

¿Es un melanoma o un hematoma subungueal?

Introducción. El melanoma subungueal (MS) es una patología rara que, debido a su diagnóstico tardío, tiene mal pronóstico¹. A veces se confunde con un hematoma subungueal (HS), que es una patología frecuente y banal.

Caso clínico. Varón de raza blanca, de 30 años de edad, que acude a consulta por la aparición reciente de una mancha rojo-pardusca en la uña del pulgar en contacto con la cutícula (fig. 1), sin que hubiera notado traumas previos. No presenta sintomatología, salvo una ansiedad debida a sus antecedentes personales de melanoma cutáneo (MC). Se le remitió a consulta de dermatología donde se diagnosticó un HS y fue revisado a las 2 semanas. Pasado dicho tiempo, la mancha se había separado del rodete ungueal proximal (fig. 2) y en los meses siguientes fue avanzando por la uña hasta desaparecer.

Discusión y conclusiones. Casi todos los MS son melanomas lentiginosos acrales (MLA). En individuos blancos suponen un 5-10% del total de melanomas. Sin embargo, en individuos asiáticos o negros constituyen los melanomas más frecuentes. La edad y la raza del paciente hacían poco probable el diagnóstico de MLA (tabla 1)¹, pero los pacientes que han tenido un MC tienen mayor riesgo de desarrollar un segundo melanoma. Aunque en este caso el paciente no había notado traumatismos previos, se han propuesto relaciones entre el MS y el trauma, que van desde la simple coincidencia (el trauma atrae la atención sobre la uña o causa hemorragia del MS) hasta una supuesta transformación maligna de un melanocito secundaria al trauma^{2,3}.



Figura 1.

Palabras clave: Melanoma. Ungueal. Hematoma. Diagnóstico diferencial.



Figura 2.

El 58% de los MS de la mano se localiza en el pulgar y el 86% de los MS del pie también se producen en el primer dedo, seguramente por el mayor tamaño del lecho ungueal (más melanocitos) y por ser los dedos más expuestos a traumatismos².

La morfología puede ser muy variable, desde una simple banda longitudinal marrón claro (melanoniquia longitudinal) hasta la destrucción total del aparato ungueal o, lo que pudo ser el caso de nuestro paciente, lesiones maculosas en el lecho ungueal extendiéndose desde la matriz; todo ello sin olvidar que hasta el 20% de los MS son amelanóticos, lo que dificulta tremendamente el diagnóstico^{4,5}.

El diagnóstico diferencial incluye: paroniquia, queratoacantoma, HS, granuloma piogénico, tumor glómico, nevus, fibroma, exostosis, onicotilomanía, radiodermatitis, onicomiosis y carcinomas^{4,5}.

Ante un dudoso hematoma, podemos observarlo durante 4-6 semanas para comprobar si se desplaza con el crecimiento de la uña, sin extenderse en la superficie. Si no es así, debe ser biopsiado^{5,6}.

TABLA 1. El alfabeto del melanoma ungueal

A. Edad (*age*): Entre los 20 y 90 años, con un pico de incidencia entre la quinta y séptima década. Razas: nativo americano, afroamericano, asiático

B. Banda \geq 3 mm. Pigmento marrón-negro (*brown-black*). Borde irregular (*blurred border*)

C. Cambio (*change*): aumento en el tamaño o la rapidez de crecimiento de la uña o del pigmento. Ausencia de cambio: distrofia ungueal que no mejora a pesar de un tratamiento correcto

D. Dedo involucrado (*digit*): Pulgar > dedo gordo del pie > dedo índice > un único dedo > múltiples dedos

E. Extensión: extensión periungueal de la pigmentación al pliegue ungueal proximal y/o lateral (signo de Hutchinson) o el borde libre de la uña

F. Antecedentes familiares o personales de melanoma previo o de síndrome de nevus displásico

El pronóstico del MS es peor que el de MC por su diagnóstico tardío. Así, el diagnóstico precoz tiene mayor importancia porque posibilita un tratamiento curativo^{1,6,7}.

El médico de atención primaria debe conocer las características del MS para poder identificarlo, especialmente ante el aumento de una población inmigrante más susceptible de padecerlo.

S. Machín Hamalainen^a, P. Ortiz Romero^b, A. Gómez Medina^c y J. Salgado Ramos^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud El Espinillo. Área 11. Madrid.

^bDermatólogo. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Delicias. Área 11. Madrid.

^dMédico de Familia. Centro de Salud Comillas. Área 11. Madrid. España.

1. Levit EK, Kagen MH, Scher RK, Grossman M, Altman E. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:269-74.
2. Möhrle M, Häfner HM. Is subungual melanoma related to trauma? *Dermatology* 2002;204:259-61.
3. O'Toole EA, Stephens R, Young MM, Tanner A, Barnes L. Subungual melanoma: a relation to direct injury? *J Am Acad Dermatol* 1995;33:525-8.
4. Spencer JM. Nail-apparatus melanoma. *Lancet* 1999;353:84-5.
5. Shukla VK, Hughes LE. Differential diagnosis of subungual melanoma from a surgical point of view. *Br J Surg* 1989;76:1156-60.
6. Banfield CC, Dawber RPR. Nail melanoma: a review of the literature with recommendations to improve patient management. *Br J Dermatol* 1999;141:628-32.
7. Alins J, Casanovas JM. Melanoma subungueal: importancia del diagnóstico precoz. *Aten Primaria* 1989;6:271.

Sarcoidosis e hipopituitarismo

Introducción. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida. Los hallazgos histopatológicos típicos de la enfermedad son

Palabras clave: Sarcoidosis. Hipopituitarismo. Eritema nudoso.