

El diagnóstico del melanoma maligno

Dr. EUSTAQUIO D. MONTERO *

1) DIAGNOSTICO CLINICO

En general el diagnóstico clínico de Melanoma Maligno es más bien de sospecha que de certeza, salvo en los casos avanzados con ulceraciones, lesiones nodulares periféricas y adenopatías regionales.

El diagnóstico clínico debe basarse en una historia detallada y en una determinación precisa del tipo de crecimiento.

Un melanoma puede aparecer "de novo" sobre piel clínicamente normal, pero cuando existía una lesión previa habrá que determinar el tipo de lesión, ritmo y forma de crecimiento. La lesión proclive a la malignización generalmente es un nevo presente desde años, de color oscuro intenso, plano o ligeramente elevado en meseta,, sin pelos y sin crecimiento apreciable en los años previos. La malignización debe sospecharse cuando en un tiempo que generalmente se estima en meses, a lo sumo en semanas, se produce un aumento ostensible de tamaño en superficie, pigmentación o adquiere forma irregular amebóide; el aumento en altura así como la infiltración, la ulceración y la hemorragia no son signos frecuentes y en todo caso tardíos.

Existe un tipo particular de melanoma, generalmente en pacientes con edad avanzada, que se origina en una placa pigmentada extensa de coloración y bordes irregulares aparecida tardíamente en la vida adulta, llamada Melanosis Circumscripta Precancerosa o Lentigo Maligno. En esta lesión los cambios que acompañan a la malignización son más lentos y generalmente ocupan una superficie reducida dentro de la lesión previa.

Desgraciadamente existe una amplia gama de lesiones, casi todas benignas, que pueden presentar alguna o todas las características en forma discreta. BECKER (1) en una clínica dermatológica de reconocido prestigio encontró un margen de error del 57 % en 169 casos diagnosticados o sospechados de melanomas. Este porcentaje de errores es aún mayor en clínicas quirúrgicas no especializadas.

2) BIOPSIA

Teóricamente el ideal sería la extirpación quirúrgica de entrada, sin tener que recurrir al manipuleo que significa una biopsia. Pero si se tiene en cuenta que la exéresis de un melanoma debe hacerse en forma agresiva y siempre mutilante, y a la vez se recuerda el alto número de errores en el diagnóstico clínico, la decisión respecto a la biopsia debe me-

ditarse. Esquemáticamente pueden darse las siguientes tres situaciones:

a) La lesión pigmentada previa con los caracteres típicos antes descritos, crecimiento ostensible en semanas o meses con el aspecto antes señalado: *EXTIRPACION DE ENTRADA*.

b) Sin lesión previa, tumor pigmentado sobre todo en planta de pie: *EXTIRPACION DE ENTRADA*.

Pero en ambas circunstancias el diagnóstico debe establecerse por lo menos con el concurso de un dermatólogo que pueda, razonablemente, descartar toda otra lesión que se presente al diagnóstico diferencial, tal como se enunciará más adelante.

c) Dudas insalvables en el diagnóstico clínico: biopsia, con inclusión en parafina, nunca biopsia extemporánea con cortes en material congelado. (El diagnóstico histológico suele ser sumamente difícil aún en cortes impecables para un patólogo competente).

3) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe basarse en los elementos ya anotados, así como en una revisión y exclusión de todas o la mayoría de las lesiones dermatológicas que se prestan para el diagnóstico diferencial. Las más frecuentes son:

a) Angioma trombosado.

Sobre todo en pacientes jóvenes con historia de una lesión rojiza previa, en la que se produce un aumento brusco de tamaño (días o semanas), a menudo con hemorragia. El diagnóstico generalmente es imposible ya que el aspecto clínico del tumor es indistinguible del de un melanoma.

b) Granuloma piogénico (botriomicoma).

Cuando se puede observar el aspecto de botón de camisa saliendo a través de una perforación dérmica es bastante característico.

c) Hematoma subungueal.

El antecedente traumático puede haber sido olvidado. Una observación durante unas pocas semanas muestra que todo el hematoma se desliza o desplaza siguiendo el crecimiento distal de la uña, apareciendo o aumentando una zona libre proximal a la matriz ungueal. El melanoma no se desplaza distalmente con la uña, si bien el pigmento puede desplazarse, la lesión no se separa de la matriz, aunque puede originar una banda o estela pigmentada hasta el borde libre de la uña.

(*) Jefe de Servicio de Dermatología, Hospital Pasteur, Montevideo.

d) Epitelioma basocelular pigmentado.

Tiene todas las características clínicas de un basalioma con el agregado de pigmento. Su crecimiento es lento en el curso de años.

e) Nevo celular intradérmico en domo.

Generalmente es piloso, su crecimiento es rápido por foliculitis agregada.

f) Hematoma subepidérmico.

Traumático, puede verse en los pies de futbolistas en una zona traumatizada por un tacón del zapato. También es frecuente en los mecánicos por pellizcamiento de la piel por pinzas o tenazas.

Otros diagnósticos a tener en cuenta incluyen la verruga seborreica (papiloma pigmentado) inflamada; el dermatofibroma (fibroma en pastilla o histiocitoma pigmentado); y sobre todo la verruga vulgar virósica de planta de pie, a menudo ennegrecida por la aplicación de nitrato de plata; la mama supernumeraria, etc.

4) TRAUMATISMOS Y EVOLUCION DE LOS NEVOS

El viejo concepto de que los nevos pigmentados no deben ser extirpados parcialmente o en su totalidad, por la posibilidad de su malignización carece de respaldo científico. Si bien es probable que la historia de un traumatismo previo a la aparición de un melanoma sea coincidencia, y que la transformación ya estuviera en marcha, no se puede negar que ese antecedente es lo suficientemente frecuente, como para tener en cuenta la posibilidad de que los traumatismos, incluida la destrucción parcial quirúrgica o por electrofulguración, puedan provocar la malignización.

Los nevos melanocíticos desde su aparición hasta su fase final de maduración sufren una serie de cambios que condicionan un potencial evolutivo muy diverso con respecto a la posibilidad de malignización. El aspecto más joven de un nevo es el de una mancha oscura lenticular llamada lentigo. Histológicamente puede presentar solo una elongación de los conos interpapilares con aumento de los melanocitos y pigmentación basal, o los melanocitos se disponen en nidos o tecas. Este último aspecto histológico es el llamado de "nevo junction" o de la unión dermo-epidérmica (2).

En una etapa más avanzada de maduración del nevo junction se produce la migración celular intradérmica, es el llamado nevo celular compuesto (nevo junction más nevo intradérmico). Por último el componente junctional desaparece, es el llamado nevo celular intradérmico, etapa final en la histogénesis de un nevo melanocítico, en la cual ya no es posible la transformación maligna, ya que ésta se produce en la unión dermo epidérmica y por lo tanto solo puede ocurrir en el lentigo —nevo— junction o en el nevo compuesto.

Los nevos que poseen componente junction corresponden generalmente a lesiones pigmentadas planas o ligeramente elevadas en mese-

ta, menos frecuentemente tienen aspecto polipoide con o sin halo periférico plano y sin pelos (3). Los nevos intradérmicos generalmente son elevados en domo, con o sin pelos, de color castaño, así como los verrucosos o pediculados. Los nevos de planta de pie, palma de mano y genitales externos generalmente tienen componente junction, mientras que los de la cara habitualmente son nevos intradérmicos.

Parecería innecesario enfatizar la importancia del trauma en estas lesiones pigmentadas con un componente junctional, particularmente en el manejo de los nevos con métodos agresivos.

5) DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

Frecuentemente el diagnóstico histológico del melanoma maligno puede hacerse con un margen de error despreciable. Desgraciadamente no es excepcional que se planteen dificultades serias, a veces insalvables, por lo que es aconsejable que el patólogo recurra a la consulta histológica. Indudablemente que la experiencia del patólogo tiene un valor decisivo, sin embargo 20 años de experiencia en dermatopatología a veces no son suficientes para disipar las dudas que frecuentemente se plantean en la diferenciación de un nevo compuesto "activado" y un melanoma maligno. Otro tanto sucede con una lesión benigna conocida como Melanoma Juvenil. A manera de ejemplo, en un caso que estudiábamos recientemente hicimos el diagnóstico de melanoma maligno, pero planteamos ciertas dudas. Un dermatólogo extranjero consultado hizo el diagnóstico de Melanoma Juvenil. Los mismos preparados enviados al Instituto de Patología de la Armada (Washington D.C. USA), fueron informados en los siguientes términos: "El concepto general de los patólogos consultados es de que se trata de una lesión benigna, sin embargo, no asumimos responsabilidad respecto a la evolución (benigna o maligna) de este caso". Desde hace 10 años integramos un club de intercambio en dermatopatología, integrado por 10 patólogos. Uno de los motivos más frecuentes de consulta (y de discrepancias diagnósticas) son las lesiones melánicas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico clínico de melanoma maligno tiene un alto porcentaje de error que según BECKER llega al 57 %. Por supuesto que el alto porcentaje corresponde fundamentalmente a lesiones pequeñas e incipientes. Cuando nos vemos frente a lesiones avanzadas con ulceración y adenopatías regionales las posibilidades de error son mucho menores.

Por lo tanto se considera que la biopsia debe refrendar al diagnóstico en la mayoría de los casos ya que la terapéutica del melanoma maligno es mutilante.

Existen muchas lesiones que plantean diagnósticos diferenciales muy difíciles tal como el angioma trombosado, granuloma piogénico, hematoma sub-ungueal, el epiteloma basocelular pigmentado, el nevo celular intradérmico y el hematoma subepidérmico.

Dentro de las lesiones consideradas benignas, por ejemplo los nevos melanocíticos, pueden tener un potencial evolutivo muy diverso con probabilidad de malignizarse.

El diagnóstico histológico en un pequeño porcentaje de casos puede presentar dudas insalvables, razón por la cual en estos casos se debe ir a la consulta de patólogos y aun mismo así, como en el ejemplo que presentábamos, puede no haber acuerdo.

RESUMEN

Se hace una revisión de los elementos del diagnóstico del melanoma maligno poniendo énfasis en el alto porcentaje de errores.

Se plantea la necesidad de la biopsia para tomar decisión terapéutica en la mayoría de los casos, señalándose casos típicos donde se debe realizar la exéresis de entrada.

Por último se recalca la dificultad del diagnóstico histológico.

RÉSUMÉ

Révision des éléments du diagnostic du mélanome malin, où on souligne le pourcentage élevé d'erreurs.

Considérations sur la nécessité de la biopsie en matière de décision thérapeutique, dans la plupart des cas, et cas types où l'exérèse doit être pratiquée d'emblée.

Enfin on souligne la difficulté du diagnostic histologique.

SUMMARY

A revision is made of diagnosis procedures of malignant melanoma, emphasizing the high percentage of errors.

Biopsy is always necessary before deciding the therapy to be followed, and mention is made of typical cases where exeresis had to be performed immediately.

Problems in making an histological diagnosis are emphasized.

BIBLIOGRAFIA

1. BECKER, S. W. Pitfalls in the Diagnosis and Treatment of melanoma. *Arch. Dermat.*, 69: 11, 1954.
2. LEVER, W. F. *Histopathology of the Skin* 3ed. Philadelphia, J. B. Lippincot, 1961.
3. SHAFFER, B. Pigmented Nevi. A Clinical Appraisal in the Light of Present Day Histopathologic Concepts. *Arch. Dermat.*, 72: 120, 1955.