

Melanoma y su clínica

Los tumores del sistema melanocítico pueden ser benignos y malignos. Los benignos son extraordinariamente frecuentes y muy pocos poseen potencial de malignidad que los haga considerar como precursores de melanoma. Sólo el melanoma maligno (MM) extensión superficial y el MM Nodular se ulceran.

El término "nevus" se define como un desarrollo anormal circunscrito y debe ir acompañado del término que define de dónde procede (melanocítico, epidérmico, conjuntivo, vascular, etc).

Los nevus melanocíticos se dividen en dos grandes grupos: Congénitos, presentes en el nacimiento o en los primeros meses de vida y adquiridos, que son mucho más numerosos y aparecen durante la infancia o la pubertad. Estos últimos desaparecen lentamente a lo largo de la vida. Están clasificados como: Efélides o peca, lentigo simple, lentigo solar y nevus melanocíticos adquiridos (nevus Halo, nevus lentiginoso, nevus azul, nevus de Ota).

Palabras clave: Melanoma, Névus atípico.

Nevus Melanocítico congénito

El 1% de los recién nacidos presenta al menos un Névus melanocítico. Según su tamaño pueden ser:

	PEQUEÑOS	GRANDES	GIGANTES
TAMAÑO	< 1'5 cm	1'5 - 20 cm	> 20 cm
INCIDENCIA	1-2 %	0'6 %	0'02 %

La gran mayoría son pequeños. Parece existir diferencias entre los grandes y gigantes en relación con el mayor potencial de malignización de estos dos últimos.

Suelen tener una pigmentación marrón con diferentes tonalidades. Los grandes y gigantes pueden ocasionalmente estar recubiertos por pelo escaso. Los grandes es aconsejable extirparlos o al menos vigilarlos. Los gigantes deben ser extirpados en la mayor extensión posible ^(foto 1).

Datos que hacen aconsejable la extirpación de un nevus melanocítico:

1. Prurito u otra sintomatología.
2. Diámetro > 1 cm.
3. Incremento de tamaño en el adulto.
4. Perfil geográfico o irregular.
5. Diferentes tonalidades de color.
6. Inflamación.
7. Costras o hemorragia.

Nevus atípico o Nevus de Clark

Aparece en los primeros años de la vida, aumentando en número durante la adolescencia, predominan en el tronco y se pueden ver de forma esporádica o familiar.

A diferencia de los névus melanocíticos adquiridos que se caracterizan por ser de pequeño tamaño (< 1 cm.), con una lesión simétrica, una clara delimitación y coloración uniforme. El névus atípico o de Clark presenta unas características o criterios que son el ABCDE, para la prevención del Melanoma y recomiende su extirpación ^(foto 2):

- A. Forma asimétrica.
- B. Bordes irregulares.
- C. Color irregular.
- D. Diámetro 6 mm.
- E. Evolución.

El riesgo de aparición de Melanomas en pacientes con nevus atípicos ha sido sobrevalorado,

Federico Palomar Llatas.
Coordinador Unidad de
Enfermería Dermatológica,
úlceras y heridas CHGUV.

Correspondencia:
www.chguv.org
palomar_fed@gva.es



Foto 1.



Foto 3.



Foto 2.

aunque es mayor que sobre un nevus adquirido, especialmente si son numerosos. Los pacientes con nevus atípicos (foto 3) deben vigilarse periódicamente y los más atípicos deben ser extirpados, aunque no con ello desaparece totalmente el riesgo de padecer Melanoma.

Nevus de Clark familiar con riesgo de Melanoma	
Névus atípico solitario y esporádico	^
Névus atípico esporádico y múltiple	^^
Névus atípico familiar y sin atípias	^^^
Névus atípico familiar y con atípias	^^^^^

La pigmentación de la piel, esquemáticamente y sin profundizar en la materia, diremos que es debida a los melanocitos, que son unas células sintetizadoras que fabrican la melanina que se encuentra en el citoplasma, son células grandes, están situadas a nivel de la basal y la capa germinativa. Los melanocitos según los estudios de Harrison en 1910, provienen de la cresta neural, y que desde esta, en el embrión, van destinadas a distintas estructuras orgánicas, excepto al pigmento de la retina. La importancia de este tema está que tras conocer los signos de esta enfermedad, si un paciente nos consulta sobre una peca que ha ido cambiando su tonalidad o tamaño y si nosotros no sabemos distinguir como mínimo un nevus con signos de atipia y hacemos una pequeña incisión o electrocoagulación para su extirpación, sin aconsejarle que lo visite un dermatólogo e incluso enviar la extirpación para que le realicen un estudio anatomopatológico, esto acarrearía

graves consecuencias, principalmente para el enfermo y moralmente a nosotros por no haber sabido diferenciar un nevus adquirido de un Melanoma, por no preocuparnos de nuestra formación continuada y no remitir al enfermo a un médico dermatólogo.

Melanoma Maligno Incidencia y epidemiología

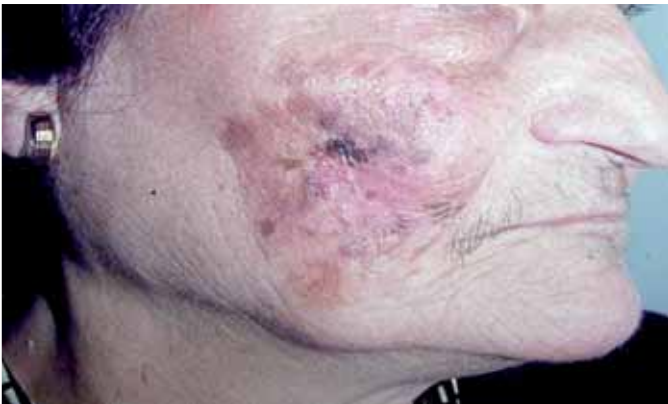
El Melanoma Maligno es un tumor derivado de los melanocitos de la piel y también puede aparecer ocasionalmente en mucosas. Su incidencia ha aumentado en todo el mundo. En Europa la incidencia anual es de 6 hombres o 12 mujeres/100.000 habitantes. Esta diferencia entre hombres y mujeres no existe en áreas de intensa exposición a la radiación ultravioleta, lo que parece indicar que la influencia hormonal es menor que la de la radiación ultravioleta.

Factores etiológicos predisponentes

Raza: El melanoma en la piel es menos frecuente entre los orientales que entre los caucásicos; sin embargo, el de mucosas, sobre todo en cavidad oral, es más común en Japón.

Edad: Es raro antes de la pubertad y cuando sucede es más frecuentemente sobre un nevus congénito gigante.

Radiación ultravioleta: Parece tener una clara influencia sobre la aparición del melanoma; así, su incidencia aumenta con la latitud, es decir, es más frecuente en zonas próximas al ecuador. Es también más frecuente en individuos con exposición solar intensa esporádica, en personas con historia de quemadura solar.



Fotos 4.



Foto 5.

Fases de crecimiento

El estadio inicial es una placa de diferentes tonalidades y bordes irregulares que crece por la periferia. La lesión aquí no desborda la epidermis en el estudio histológico: Fase de crecimiento radial. Posteriormente crece en profundidad además de en superficie. En el estudio histológico rompe la capa basal epidérmica y se introduce en profundidad en dermis, a la vez que empuja hacia arriba y da lugar a la formación de un nódulo en superficie: Fase de crecimiento vertical.

Clínica del Melanoma Maligno

Existen cuatro formas clínicas:

- Léntigo melanoma maligno.
- Melanoma de extensión superficial.
- Melanoma nodular.
- Melanoma lentiginoso acral.

Lentigo Melanoma Maligno

Constituye EL 15% del total de melanomas. Aparece en áreas de exposición solar, especialmente en mejillas y suele aparecer a partir de la sexta década de la vida. La evolución en el momento de la primera consulta suele ser de unos 10 años. Tiene una fase de crecimiento radial muy lenta (foto 4).

Se manifiesta como una mancha oscura, con diferentes tonalidades de color y zonas de regresión en su interior. Posteriormente se desarrollan

nódulos tumorales en la superficie que pueden llegar a ulcerarse y sangrar. Es la forma de mejor pronóstico.

Melanoma de Extensión superficial

Constituye entre 45 y 50% de melanomas. Sienta en cualquier parte del cuerpo, pero preferentemente en tronco, especialmente en espalda y en extremidades inferiores en mujeres. Suele aparecer en la edad media. El crecimiento ya no es tan lento y su pronóstico es intermedio (foto 5).

Se inicia como una lesión pigmentada, de pocos milímetros de diámetro, de color marrón, que puede permanecer estable muchos años hasta que empieza la fase de crecimiento vertical. Con frecuencia presenta áreas de regresión en su interior. Incluso se ha observado casos de regresión completa de la tumoración con aparición posterior de metástasis.

Melanoma Nodular

Constituye el 35% del total de melanomas. Aparece en edad media y predomina en varones, sobre todo en tronco. Presenta un crecimiento vertical desde el primer momento y es por tanto el de peor pronóstico y una evolución rápida. Su color varía entre negro, azul, pardo o rejizo, a veces incluso carece de pigmento (melanoma acrómico) lo que dificulta el diagnóstico (foto 6).



Foto 6.



Injerto y múltiple.



Foto 7.

Melanoma Lentiginoso Acral

Constituye el 6% de todos los melanomas, siendo pues la variedad menos frecuente. Se localiza en palmas, plantas, dedos y región subungueal y en zonas sometidas a presión es frecuente aparición de erosiones y ulceraciones. Suele aparecer a partir de la sexta década. La clínica es semejante al Lentigo melanoma maligno pero el crecimiento vertical es más invasor. En región subungueal puede confundirse con un hematoma pero la lesión sigue creciendo y acaba por destruir la uña. Otras veces comienza como una banda lineal pigmentada subungueal (foto 7).

Pronóstico del Melanoma

Es un tumor con gran capacidad para metastatizar por vía linfática y hemática a cualquier parte del organismo. Los factores de mayor valor pronóstico son el espesor tumoral y la presencia de ulceración. Se entiende por espesor de Breslow de la lesión el grosor medido en milímetros desde la capa granulosa hasta la célula tumoral más profunda. Es el factor pronóstico más exacto para predecir la aparición de metástasis.

Niveles de Clark:

- Nivel I: *El Melanoma es intraepidérmico.*
- Nivel II: *El Melanoma atraviesa la basal epidérmica e invade dermis papilar o superficial.*

Nivel III: *El Melanoma llega a dermis papilar y forma una línea horizontal.*

Nivel IV: *El Melanoma llega a dermis reticular total o parcial sin llegar a hipodermis.*

Nivel V: *El Melanoma llega a la hipodermis o tejido graso.*

Tratamiento del Melanoma

El tratamiento de base es la extirpación y con márgenes de seguridad y profundidad. Por ejemplo 0'5 cm. en el caso de melanomas in situ, 1 cm. en tumores de menos de 1 mm. de profundidad y un margen entre 2 y 3 cm. para los de 2 a 4 mm. La utilización del ganglio centinela para la mayoría de los autores se aconseja cuando el espesor es mayor de 1 mm. La negatividad del ganglio centinela hace que el pronóstico del paciente sea más favorable en la supervivencia. El interferón alfa según estudios tiene una actividad modesta frente al melanoma y el aumento de la supervivencia no está claramente demostrado. Respecto a la quimioterapia no ha sido útil. A nivel inmunológico se han utilizado vacunas autólogas, alogénicas y modificadas genéticamente, pero no han dado los resultados esperados. La radioterapia, puede ser útil en el lentigo melanoma, se ha utilizado como paliativo en metástasis óseas y cerebrales.

Bibliografía:

- A. García Díez. **Avances en el tratamiento del cáncer cutáneo.** Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.
- P. Mejina Martínez, V. Hernández Machado y V. González Mestre. **Manual de Cirugía Plástica, "Tumores epiteliales malignos".** Sociedad Española de cirugía plástica reparadora y estética.