



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo asintomático facial



Asymptomatic Facial Nodule

Historia clínica

Mujer de 37 años sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión en la mejilla derecha, asintomática, de más de 5 años de evolución, con crecimiento rápido en los últimos 3 meses.

Exploración física

A la exploración se apreciaba un nódulo mal delimitado de aproximadamente 1 cm de diámetro, coloración gris-azulada, sin ulceración ni descamación en superficie, adherido a planos profundos (fig. 1). No se encontraron lesiones similares en la exploración completa de piel y mucosas, ni se detectaron adenopatías en territorios ganglionares accesibles.

Histopatología

La lesión fue extirpada en su totalidad, y el estudio histopatológico mostró una lesión dérmica multinodular, bien delimitada, con atipia citológica, mitosis y áreas de necrosis, sin conexión con la epidermis ni con el epitelio folicular (figs. 2A y D). Se realizaron marcadores inmunohistoquímicos



Figura 1 Nódulo en mejilla derecha

que fueron positivos en las células neoplásicas para Melan-A, S100 y HMB45 (figs. 2B, C y E), y negativos para citoqueratinas. Se completó el estudio con p53 (positivo 95%), ciclina D1 (31%), Ki-67 (44%) y D2-40 bajo.

Pruebas complementarias

El estudio de extensión con TAC cervical, torácico, abdominal y pélvico, tomografía de emisión de positrones y exploración otorrinolaringológica y oftálmica, no evidenciaron hallazgos patológicos.

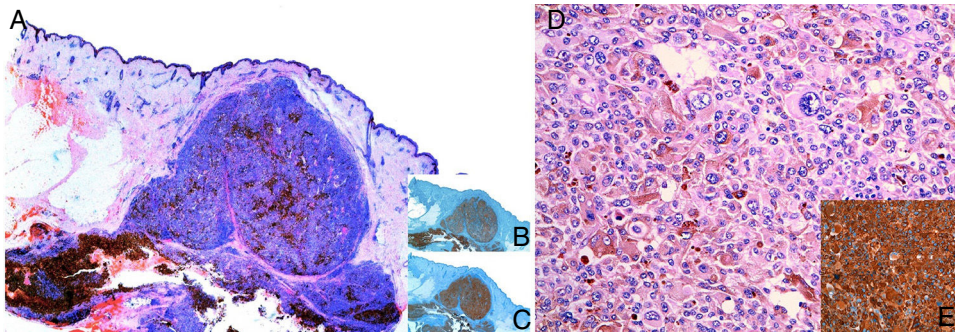


Figura 2 A) Panorámica hematoxilina-eosina. B) Inmunohistoquímica con Melan-A. C) Inmunohistoquímica con S100. D) Hematoxilina-eosina $\times 20$. E) Inmunohistoquímica con HMB45.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Melanoma dérmico primario.

Evolución

El índice de Breslow fue de 13 mm. Realizamos ampliación de 2 cm de margen y estudio de ganglio centinela, que fue negativo, seguido de tratamiento con interferón adyuvante a dosis altas durante un año. Tres años después, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Comentario

El melanoma dérmico primario (MDP) es un subtipo de melanoma con una prevalencia inferior al 1% de las neoplasias melanocíticas malignas, caracterizado por una supervivencia inesperadamente prolongada, comparado con otras neoplasias melanocíticas malignas de similar índice de Breslow¹.

En el año 2000, Bowen acuñó el término para referirse a neoplasias melanocíticas dérmicas y/o del tejido celular subcutáneo que reunían una serie de características, como la localización en la dermis, la ausencia de componente junctural o de conexión con el epitelio folicular, ausencia de regresión y necrosis, y de nevus melanocítico preexistente².

En la serie de Cassarino, publicada en 2008, realizan un estudio inmunohistoquímico de p53, ciclina D1, Ki-67 y D2-40 en MDP, y encuentran diferencias estadísticamente significativas en la expresión de estos marcadores al compararlos con pacientes diagnosticados de metástasis de melanoma y melanoma nodular. Los autores sugieren que los bajos niveles de expresión de genes relacionados con la oncogénesis (p53 defectuosa), el ciclo celular y la proliferación (ciclina D1 y Ki-67) se podrían correlacionar con un comportamiento menos agresivo del MDP¹. Además, la expresión de D2-40, relacionada con la linfangiogénesis tumoral se correlaciona con la invasión linfática tumoral y con una reducida supervivencia³. Si bien no son criterios diagnósticos por sí solos, podrían ser útiles para hacer el diagnóstico diferencial con otras neoplasias melanocíticas malignas¹.

Se han comunicado casos individuales y series cortas de pacientes con MDP^{1,4,5}. En la literatura española, solo encontramos un caso publicado⁶. En nuestro paciente, se realizó además un estudio inmunohistoquímico con el panel propuesto por Cassarino. Aunque los niveles de expresión de ciclina D1 y D2-40 fueron inferiores a los observados en metástasis de melanoma, encontramos altos niveles de expresión de p53 y Ki-67.

La supervivencia global a 5 años para los casos de metástasis cutánea única de melanoma es del 5-19%, con una mediana de supervivencia de 7 a 15 meses^{1,6}. En la serie de MDP publicada por Swetter, se describe una supervivencia

a 5 años del 100%, claramente diferenciada de la esperada para los casos de metástasis de melanoma y de melanoma cutáneo primario con índice de Breslow similar⁴.

Las diferencias en el pronóstico y el manejo terapéutico del MDP y las metástasis de melanoma han llevado a plantear al primero como una entidad independiente, cuyo diagnóstico pasa por una adecuada correlación clínico-patológica y un exhaustivo estudio de extensión. Debería, por tanto, ser considerado en pacientes con melanoma confinado a la dermis sin evidencia de lesión primaria a otros niveles.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cassarino DS, Cabral ES, Kartha RV, Swetter SM. Primary dermal melanoma: Distinct immunohistochemical findings and clinical outcome compared with nodular and metastatic melanoma. *Arch Dermatol.* 2008;144:49-56.
2. Bowen GM, Chang AE, Lowe L, Hamilton T, Patel R, Johnson TM. Solitary melanoma confined to the dermal and/or subcutaneous tissue: Evidence for revisiting the staging classification. *Arch Dermatol.* 2000;136:1397-9.
3. Dadras SS, Lange-Asschenfeldt B, Velasco P, Nguyen L, Vora A, Muzikansky A, et al. Tumor lymphangiogenesis predicts melanoma metastasis to sentinel lymph nodes. *Mod Pathol.* 2005;18:1232-42.
4. Swetter SM, Ecker PM, Johnson DL, Harvell JD. Primary dermal melanoma: A distinct subtype of melanoma. *Arch Dermatol.* 2004;140:99-103.
5. Sidiropoulos M, Obregon R, Cooper C, Sholl LM, Guitart J, Gerami P. Primary dermal melanoma: A unique subtype of melanoma to be distinguished from cutaneous metastatic melanoma: A clinical, histologic, and gene expression-profiling study. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:1083-92.
6. González-de Arriba M, Bordel-Gómez MT, Solera JC, Sánchez-Estella J. Primary dermal melanoma: A case report and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104: 518-22.

P. Espinosa Lara^{a,*}, Y. Pérez González^b
y J. Jiménez Reyes^c

^a Unidad de Oncodermatología, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: pablo.e.lara@outlook.es, espinosapab@gmail.com (P. Espinosa Lara).