

## REPORTE DE CASOS CLINICOS

### Melanoma Maligno Nodular amelanótico asociado a Vitiligo

*[Dr. César Pérez del Arca \(1\)](#)*

#### RESUMEN.

Se reporta el caso de un paciente de 56 años de edad que presenta lesión cutánea papulonodular inicial en talón pie derecho que se ulcera y a los 2 meses presenta nuevas lesiones papulonodular color piel diseminadas, que al estudio histopatológico son compatibles con Melanoma Maligno Nodular Amelanótico (MMNAM). Durante la evolución de la enfermedad se desarrolló lesiones acrómicas diseminadas compatibles con Vitiligo. La asociación de MMNAM con lesiones de VITILIGO es poco frecuente y su importancia radica en el significado que representan las lesiones leucodérmicas como respuesta del sistema inmunológico en la evolución y pronóstico del Melanoma Maligno.

**PALABRAS CLAVES:** Melanoma Maligno Nodular Amelanótico. Vitiligo. Leucodermia. Respuesta inmunológica. Evolución.

---

**Folia. Dermatol. (Perú) 1996; 7 (2): 28-0**

---

#### INTRODUCCIÓN

El Melanoma Maligno (MM) es una de las neoplasias malignas de peor pronóstico y mayor letalidad de cáncer cutáneo, y cuya incidencia anual es cada vez mayor en diferentes poblaciones a nivel mundial, siendo más prevalente en poblaciones de piel blanca con ojos claros y cabello rubio que se encuentran expuestas a la radiación solar por tiempo prolongado, como ocurre en Australia, donde la incidencia de MM es la más alta a nivel mundial.(1)

Entre los factores etiológicos del MM es la exposición solar prolongada, color de la piel, la preexistencia de cierto tipo de lesiones nevocelular pigmentadas y predisposición genética. En el 75% de los casos ocurre sobre piel sana.(7)

El MM es una neoplasia maligna de los melanocitos que se inicia con la proliferación de esta célula en la epidermis y se puede extender adyacentemente y en profundidad a la dermis e hipodermis, dando lugar a metástasis, tanto vecinas (satélites) como distantes (7,8,9). El MM puede iniciarse en melanocitos de las mucosas y vísceras.

Existen cuatro tipos clínico-histológico de MM, siendo las siguientes:

1. Melanoma Léntigo Maligno.
2. MM de extensión superficial.
3. MM Nodular.
4. -MM Acral lentiginoso.(1,2,6,8)

En cuanto al pronóstico y al tratamiento a indicar en los MM se tiene que tener en cuenta los criterios de clasificación de Clark de acuerdo al nivel de invasión histológica ( I-IV-V ) y los Criterios de Breslow (3) de acuerdo a la profundidad de invasión (grosor de la lesión mayor o menor de 0.76 mm).

Los MM de peor pronóstico son aquellos que tienen clasificación Clark III-IV-V y clasificación Breslow grosor mayor de 0.76 mm.(9)

El Melanoma Maligno Nodular es el de peor pronóstico por su rápida invasión y diseminación metastásica y tiene una incidencia del 15% de casos de MM y la variedad Amelanótica es poco frecuente.(6)

Durante la evolución de los MM metastásicos puede ocurrir inusualmente tres fenómenos reactivos: 1.-Regresión espontánea,

2.-Melanosis difusa y

3.-Despigmentación cutánea (leucodermia)(7).

Existen casos reportados de regresión de lesiones cutáneas de MM primaria y metastásica asociados a una despigmentación cutánea. Asimismo la transfusión de suero de estos pacientes a otros pacientes con MM metastásico Nodular produjo la remisión de sus lesiones.

Estos casos evidencian que existe una respuesta inmunológica por parte del huésped tanto local alrededor de la lesión como a distancia.(7,4).

## **CASO CLÍNICO**

SAA, de 56 años de edad mestizo agricultor, natural y procedente de Junín. Inicia su enfermedad 8 meses antes de su ingreso al HAMA, con una lesión nodular en talón derecho que se ulcera.(Fig.1). A los 2 meses de evolución presenta erupción de lesiones nodulares, pequeñas, redondas, superficie lisa, color piel o levemente rosadas, numerosas, diseminadas en todo el miembro inferior derecho, y simultáneamente una adenopatía inguinal derecha, voluminosa, de 12 x 8 cm, no flogótica.(Fig.2).



**Fig. 2**

A los 3 meses presenta erupción macular acrómica, redondas, variado tamaño, de tonalidad rosada, numerosas, tendencia a la simetría, y diseminadas (Fig. 3-4). Además presentaba edema duro en todo el miembro inferior derecho. Discreta baja de peso corporal. No otro síntoma.



**Fig. 3**



**Fig. 4**

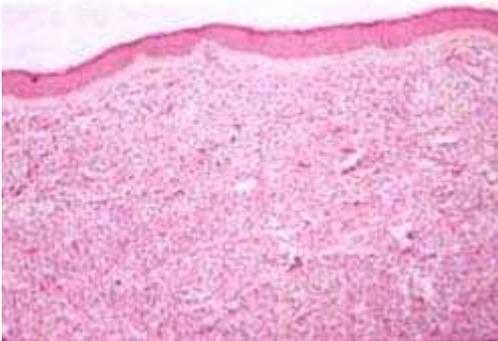
### **Exámenes de Laboratorio:**

Hemograma: Leuc. 8900 x mm<sup>3</sup>. Abast. 6%. Seg 66%. Eos. 5% Linf.23%.  
Hb. 10,8 gr% Plaquetas normal. Glucosa 86 gr%. Creatinina 0,6%. VDRL: No Reactivo.

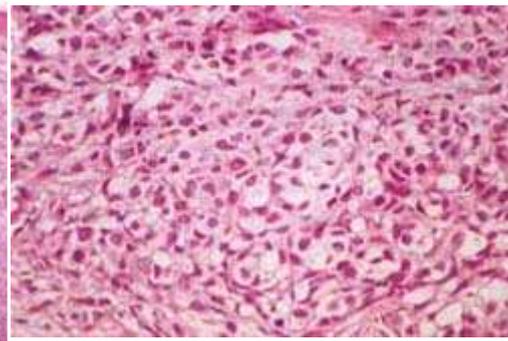
## Histopatología cutánea:

1. La biopsia de lesión nodular del muslo presentó un masa nodular circunscrita y separada de la epidermis (Fig.5), constituida por proliferación de células redondas, vacuoladas, grandes y pleomórficas, y presencia de 3 figuras mitóticas por campo.

No presencia de pigmento melánico intralesional.(Fig.6). Ausencia de actividad celular en la zona de unión.

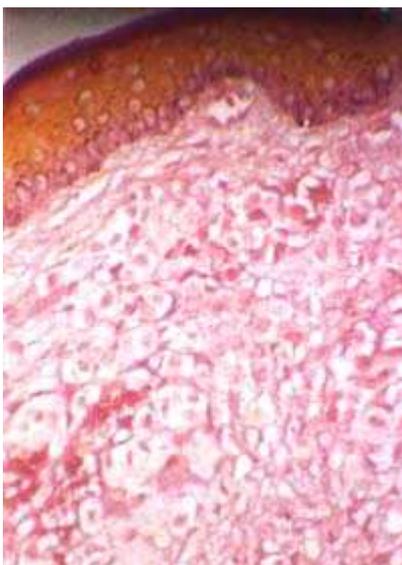


**Fig. 5** Microfotografía H. E. 100 X  
Melanoma maligno nodular amelanótico

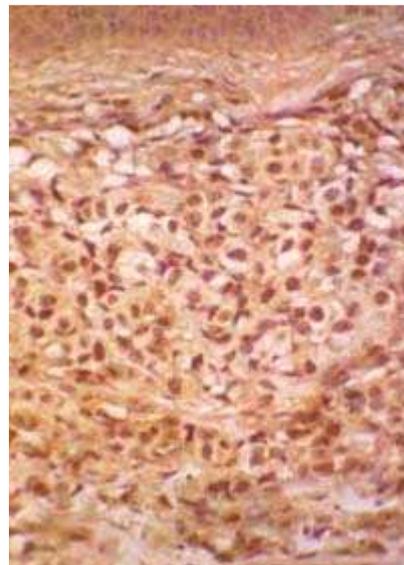


**Fig. 6** Microfotografía H. E. 400 X  
Melanoma maligno nodular amelanótico

La coloración para melanina (Masson-Fontana) fue negativa en la células tumorales. (Fig.7). El estudio inmunohistoquímico con inmunoperoxidasa a S100 y Vimentina fueron positivos (Fig.8),Io que confirmó el Dx.Melanoma Maligno Nodular Metastásico Amelanótico.



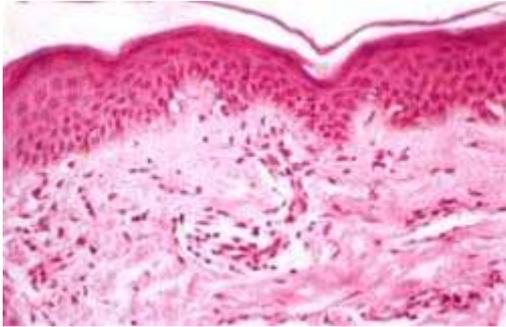
**Fig. 7** microfotografía Masson-Fontana 400 X.  
Negativo para melanoma en células del tumor



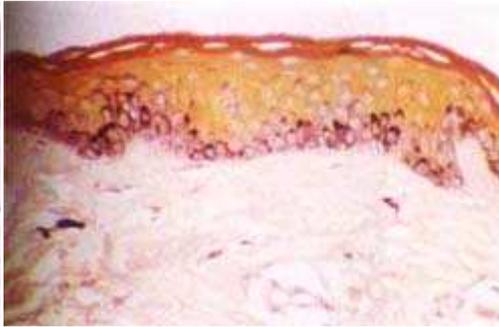
**Fig. 8** Microfotografía inmunoperoxidasa S 100 400 X  
positivo par a células tumorales

2. La biopsia de lesión acrómica de la espalda evidenció una disminución del pigmento de la capa basal por zonas (Fig.9).

La coloración para melanina, (Fig.10) igualmente demostró disminución del pigmento de la basal.



**Fig. 9** Microfotografía H.E. 400 X Vitiligo



**Fig. 10** Microfotografía Mason-Fontana 400 X Vitiligo Disminución del pigmento melánico

Conclusión: Leucodermia compatible con Vitiligo.

## COMENTARIO

La asociación de Melanoma Maligno Nodular Metastásico Amelanótico con Vitiligo es de ocurrencia poco frecuente. Realizar el diagnóstico diferencial del MMNAM con lesiones de Sarcoma de Kaposi, Verruga Peruana, carcinoma escamoso. Para tal fin es importante la realización de estudio inmunohistoquímico con marcadores con S100 y Vimentina, los cuales son positivos en Melanoma Maligno.

La evolución natural variable del MM que fluctúa desde regresión espontánea a enfermedad metastásica rápidamente progresiva, combinada con la identificación de antígenos y anticuerpos específicos para células de MM, sugiere interacciones huésped-tumor que afectan la supervivencia y el ritmo de crecimiento del tumor.

El presente caso representa una evidencia clínica de la participación del sistema inmunológico en la evolución del Melanoma Maligno por la producción de Auto-anticuerpos y Linfocitos T Citotóxicos contra melanocitos atípicos y melanocitos normales.

El pronóstico del paciente reportado fue fatal por las características clínicas e histopatológicas, los criterios de Clark y Breslow y la puntuación pronóstica de Mackie<sup>(1,5)</sup> (puntuación de 44). El paciente falleció aproximadamente a los 2 años de inicio de la enfermedad y al año de diagnosticada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREWS. Tratado de Dermatología. 3.<sup>a</sup> Edic. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1985.
2. ACKERMAN, A. B.: Malignant? melanoma. A unifying concept Human. Pathol., 11: 591-595, 1980.
3. BRESLOW, A.: Thickness, cross sectional area, and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. Ann. Surg. 172:902-908, 1970
4. CAREY, T. E.: Immunologic aspects of melanoma. Crit. Rev. Clin. Lab. Sci., 18: 141-182, 1982.
5. JOSEPH J. CHANDA. Reconocimiento clínico factores pronósticos del melanoma primario. Clin. Med. Norte america., 1: 3-38, 1986.
6. LEVER, W. F, SCHAMBURG-LEVER, G.: Histopatología de la piel. 6.<sup>a</sup> Edición. Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, 1989.
7. MAIZE, J., ACKERMAN, A. B.: Lesiones Pigmentadas de la piel. Editorial Inter-Médica. Buenos Aires, 1989.
8. PINKUS H., MEHREGAN A. H.: A Guide to Dermatohistopathology. third Ed. New York, Appleton-Century. Crofts, Inc. 1981.
9. ROSES, D. F. HARRIS, M. N, ACKERMAN, A. B.: Diagnosis and Management of Cutaneous Malignant Melanoma. MPCS, vol. 27 Edit. WB. Saunders Company, 1983