

## CASO CLÍNICO

# Melanoma maligno originado en nevo melanocítico congénito

## *Malignant melanoma arising in a congenital melanocytic nevus*

Adeliza Manrique<sup>1</sup>, José Catacora<sup>2</sup>, Víctor Delgado<sup>3</sup>

### RESUMEN

Presentamos el caso de un varón adolescente quien presentó una lesión tumoral asentada sobre un nevo congénito lumbar. La exploración física y radiológica reveló una tumoración infiltrante, así como la presencia de adenopatías inguinales ipsilaterales. El estudio histopatológico confirmó la presencia de melanoma maligno. Se reporta el caso y se revisa la literatura.

**Palabras clave:** Nevo melanocítico congénito, Melanoma maligno, Adolescente.

### SUMMARY

We report the case of an adolescent male patient who presented a skin tumor arising on a congenital lumbar nevus. Physical exploration and radiologic studies revealed an infiltrated tumor and ipsilateral inguinal lymphadenopathy. Histopathologic study confirmed the diagnosis of malignant melanoma. We report the case and review the literature.

**Keywords:** Congenital melanocytic nevus, Malignant melanoma, Teenager.

## INTRODUCCIÓN

Los nevos melanocíticos congénitos (NMC) son lesiones pigmentadas presentes desde el nacimiento, las cuales tienen potencial para presentar complicaciones, sobre todo aquellos con un diámetro mayor a 10cm<sup>1</sup>. La complicación más importante es el desarrollo de melanoma maligno. Presentamos el caso de un adolescente con melanoma sobre un nevo melanocítico menor a 10cm.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 19 años, soltero, jardinero, procedente de Lima, quien dos meses antes de su evaluación nota la aparición de una tumoración de crecimiento rápido,

discretamente dolorosa y pruriginosa sobre un lunar presente desde el nacimiento en la región lumbar; refiere además que cinco años atrás nota la presencia de una tumoración inguinal izquierda asintomática y de lento crecimiento.

Al examen físico se encontró a un paciente pálido y adelgazado, quien presentaba una placa negruzca de superficie rugosa en empedrado, de 9x4cm de tamaño, con bordes definidos e irregulares, sobre la que asentaba un tumor pediculado de color gris negruzco de 3x3cm y erosionado (**Fotografía 1**). En la región inguinal izquierda se palpó linfadenopatía indurada, indolora, poco móvil y de 3cm de diámetro.

En los exámenes auxiliares se apreció hemoglobina en 15.8g/dL, con hemograma, bioquímica y DHL normales. En la tomografía espiral multicortese apreció hepato-esplenomegalia,

<sup>1</sup> Residente de Dermatología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Lima-Perú.

<sup>2</sup> Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Lima-Perú.

<sup>3</sup> Médico asistente del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Lima-Perú.

Correspondencia: Adeliza Manrique a [ade\\_manrique@hotmail.com](mailto:ade_manrique@hotmail.com)



Fotografía 1. Tumoración pediculada sobre placa pigmentada.

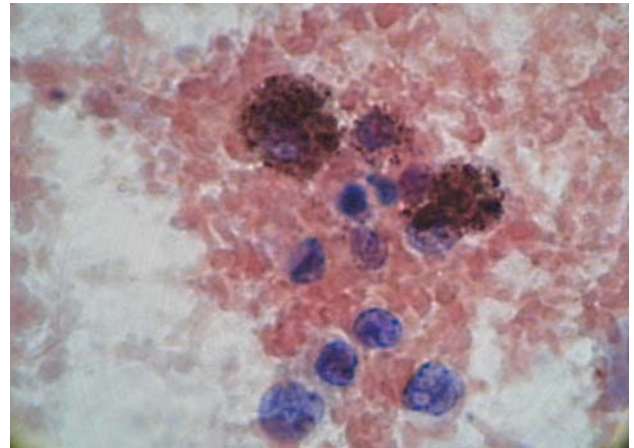
linfadenopatías pequeñas axilares, mesentéricas e inguinales, significativas a nivel inguinal izquierdo (Fotografías 2 y 3). El informe de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de ganglio inguinal fue compatible con melanoma maligno (Fotografía 4).



Fotografía 2. Tumoración lumbar infiltrando tejido celular subcutáneo (flecha).

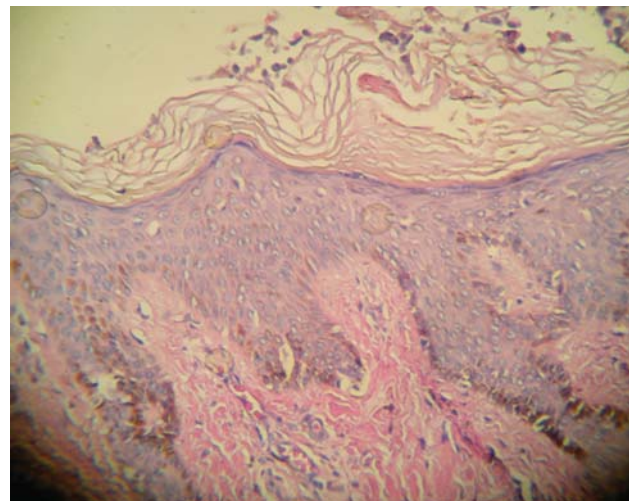


Fotografía 3. Linfadenopatías significativas a nivel inguinal izquierdo (flecha).

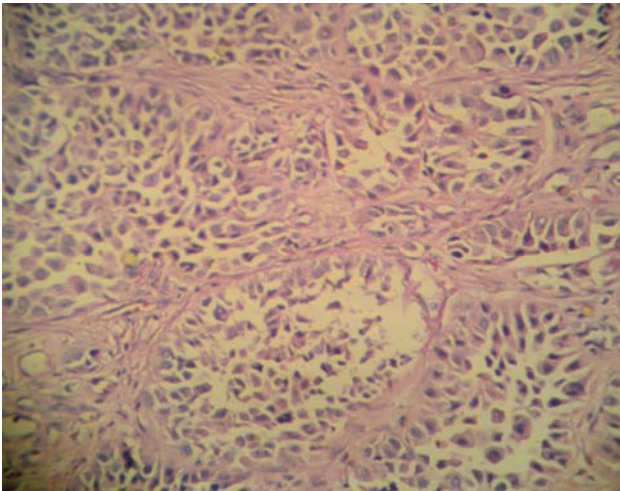


Fotografía 4. Células neoplásicas grandes conteniendo pigmento melánico en BAAF de ganglio inguinal. Positivo a células neoplásicas de melanoma maligno metastásico. PAP 100X.

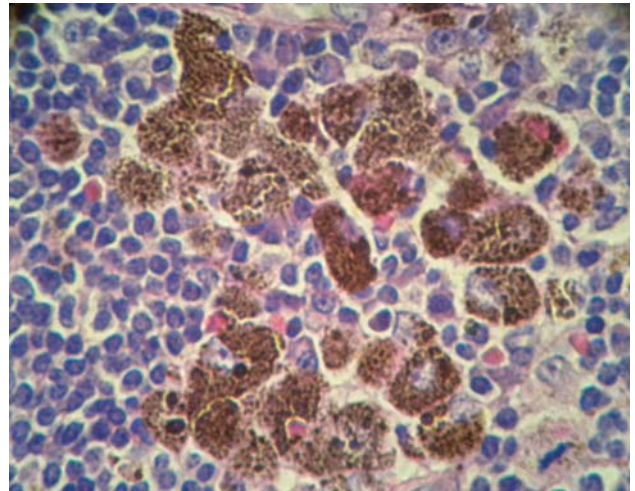
Se realizó exéresis de toda la lesión pigmentada y linfadenectomía regional. El estudio histopatológico concluyó en melanoma maligno lentiginoso y nodular, entre los criterios del nivel Breslow se observó tamaño mayor de 4mm, ulceración presente (8mm), 21 mitosis en diez campos de alto poder, crecimiento vertical y radial de tipo epiteliode presente, presencia de diseminación pagetoide epidérmica y paraqueratosis melanótica, así como invasión vascular y satelitosis microscópica. En la inmunohistoquímica la muestra de tejido fue positiva para Vimentina, S-100 y PAN-MELAN, con bordes quirúrgicos libres. También se realizó estudio de nevo melanocítico congénito asociado y de ganglios inguinoocrales izquierdos encontrándose cuatro de 16 positivos (Fotografías 5 a 9).



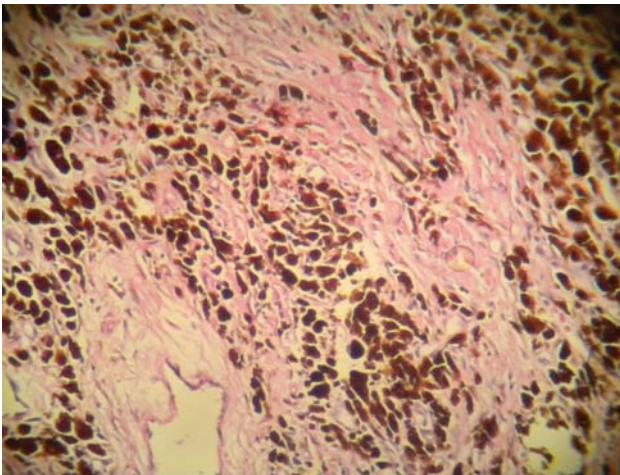
Fotografía 5. Depósito de pigmento melánico y presencia de melanocitos atípicos y pleomórficos en el estrato basal. Paraqueratosis melanótica. HE 4X



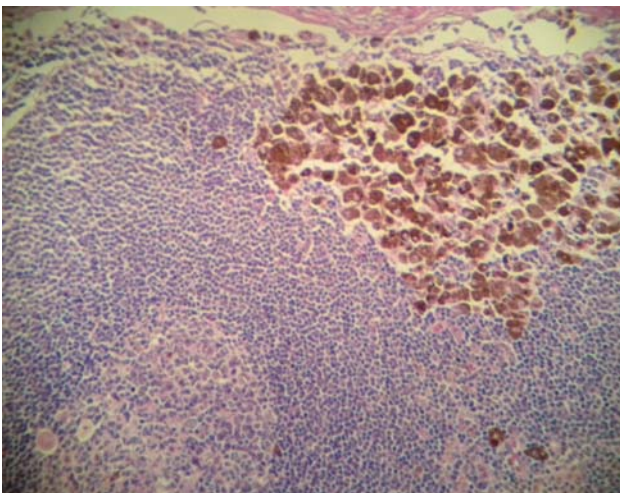
**Fotografías 6.** Nidos de melanocitos malignos con patrón morfológico epitelioido infiltrando la dermis. HE 10X.



**Fotografías 9.** Melanocitos atípicos conteniendo pigmento melánico que infiltran irregularmente el parénquima ganglionar. HE 40X.



**Fotografías 7.** Melanocitos malignos con pigmento melánico infiltrando la dermis. HE 10X.



**Fotografía 8.** Melanocitos malignos conteniendo pigmento melánico que infiltran irregularmente el parénquima ganglionar. HE10X.

El paciente fue sometido a extirpación de la lesión y linfadenectomía inguinal ipsilateral, estando al momento del presente reporte, en tratamiento con interferón alfa-2.

## DISCUSIÓN

Los nevos melanocíticos congénitos ocurren en 1 a 6% de neonatos, siendo una de las lesiones cutáneas más comunes en los recién nacidos<sup>2,3</sup>. Debido a su amplia variedad de presentación y significancia médica los NMC generan un considerable dilema clínico, que además es fuente de ansiedad y estrés para los padres<sup>4</sup>.

Los NMC son lesiones pigmentadas benignas compuestas por melanocitos que están presentes al momento del parto o dentro del primer año de vida, aunque pueden ser tardíos, presentándose a los 2-3 años de vida; no se ha reportado predominancia étnica ni por género<sup>5</sup>. Se les suele clasificar según su tamaño en pequeños, grandes (antes medianos) y gigantes, con tamaños de <1.5cm, 1.5-20cm y >20cm respectivamente; los dos últimos tienen mayor riesgo de malignidad<sup>6</sup>, sin embargo se reporta que son los NMC mayores de 10cm sobre los que asientan la mayoría de melanomas<sup>1</sup>, afortunadamente tan sólo uno de cada 20 000 neonatos tendrá un nevo de dicha dimensión<sup>7</sup>.

Los nevos congénitos crecen en proporción con el crecimiento del niño, pueden tener pelo terminal, superficie mamelonada o rugosa y pueden presentar satelitosis<sup>8</sup>. Se ha descrito asociación a melanosia neurocutánea, la cual es un raro síndrome que puede cursar asintomático o dar signos de hidrocefalia obstructiva o de compresión de estructuras vitales, producir convulsiones o retardo del desarrollo, llegando a ocasionar la muerte en los dos primeros años de vida, por lo que se recomienda evaluación neurológica regular

y la realización de resonancia magnética, sobre todo en los menores de cuatro meses con NMC gigantes<sup>9</sup>.

Histológicamente se evidencia la presencia de células névicas que característicamente infiltran la dermis reticular (TCSC, músculos, nervios) y anexos (folículos y glándulas sudoríparas), así como vasos sanguíneos y linfáticos; pueden además tener subtipos histológicos: juncional, azul, profundo, combinado, spitzoide<sup>8</sup>.

La complicación más temida es el desarrollo de melanoma intranévico y extracutáneo, con un valor promedio del 60% (0-10 %) <sup>10,11</sup>, siendo mayor el riesgo en los nevus gigantes, aquellos que afectan el tronco y en los de presentación múltiple<sup>11,12</sup>. En el caso que presentamos el diámetro del nevus no superaba los 10cm, a pesar de ello sufrió malignización, lo cual no es observado con frecuencia. Una serie reportada no evidenció malignización de nevus similares en tamaño<sup>13</sup>. En los NMC gigantes, el melanoma se presenta típicamente a una edad temprana (2-5 años de vida), por lo que el 70% se diagnostica dentro de los diez primeros años, y en el caso de los de menor diámetro durante la adolescencia<sup>4</sup>, dato que coincide con la historia del paciente.

En lo referente al seguimiento, se recomienda la individualización del manejo según el riesgo de transformación maligna, entre otras características<sup>14</sup>, propugnando la observación cuando son pequeños y de apariencia benigna, cuando el au-

toexamen es aplicable, la cirugía representa mayor riesgo (limitación funcional, cicatriz desfigurante) o los padres se oponen a la misma<sup>4</sup>. Algunos autores recomiendan que la escisión profiláctica de NMC gigantes (si es que es técnicamente factible) debería realizarse entre los seis y nueve meses de vida, ya que hay menor riesgo de la anestesia y es la edad previa a la malignización<sup>4</sup>; en estos casos la remoción quirúrgica debe llegar a un plano fascial (haciendo uso de procedimientos seriados, expansores tisulares, injertos o colgajos) ya que estos nevus se desarrollan en la dermis profunda o tejido celular subcutáneo<sup>15</sup>. A pesar de la escisión el riesgo de malignización no desaparece y debe haber un monitoreo a largo plazo. La extirpación completa de NMC pequeños debe tener un margen de 3-4mm y llegar a tejido celular subcutáneo. Aunque existen algunos reportes de tratamiento exitoso con láser (CO<sub>2</sub>, Nd:YAG) y láser con cirugía en NMC medianos<sup>16,17</sup>, en general no se recomienda el tratamiento con láser, curetaje o dermoabrasión, ya que éstos métodos eliminan las capas superficiales quedando la carga névica profunda, por lo que el riesgo se mantiene y sólo se consigue entorpecer el monitoreo<sup>4</sup>.

El caso es infrecuente y aunque de pronóstico lamentable, sirve para llamar la atención sobre las posibles medidas terapéutico-preventivas orientadas a disminuir la morbi-mortalidad ocasionada por la posible malignización de los NMC.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURNS T, BREATHNACH S, COX N, GRIFFITHS C. Rook's Textbook of Dermatology. 8a ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; c2010. Capítulo 54: Lentigos, Melanocytic Naevi and Melanoma; p. 54.10-54.14
- PRICE HN, SCHAFFER JV. Congenital melanocytic nevi-when to worry and how to treat: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010;28(3): 293-302.
- VILAR N, FERRÁNDIZ L, MORENO-RAMÍREZ D. Nevo melanocítico congénito. Piel. 2006;21(8):386-94.
- LYON VB: Congenital melanocytic nevi. Pediatr Clin North Am. 2010;57(5):1155-76.
- FERNANDES NC, MACHADO JL. [Clinical study of the congenital melanocytic naevi in the child and adolescent]. An Bras Dermatol. 2009;84(2):129-35.
- KANZLER MH, MRAZ-GEMHARD S. Primary cutaneous malignant melanoma and its precursor lesions: diagnostic and therapeutic overview. J Am Acad Dermatol. 2001;45(2):260-76.
- CASTILLA EE, DA GRAÇA DUTRA M, ORIOLI-PARREIRAS IM. Epidemiology of congenital pigmented nevi: I. Incidence rates and relative frequencies. Br J Dermatol. 1981;104(3):307-15.
- TANNOUS ZS, MIHM MC JR, SOBER AJ, DUNCAN LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. J Am Acad Dermatol. 2005;52(2):197-203.
- SHAH KN. The risk of melanoma and neurocutaneous melanosis associated with congenital melanocytic nevi. Semin Cutan Med Surg. 2010;29(3):159-64.
- CHAN YC, GIAM YC. A retrospective cohort study of Southeast Asian patients with large congenital melanocytic nevi and the risk of melanoma development. J Am Acad Dermatol. 2006;54(5):778-82.
- BETT BJ. Large or multiple congenital melanocytic nevi: occurrence of cutaneous melanoma in 1 008 persons. J Am Acad Dermatol. 2005;52(5):793-7.

12. SLUTSKY JB, BARR JM, FEMIA AN, MARGHOOB AA. Large congenital melanocytic nevi: associated risks and management considerations. *Semin Cutan Med Surg.* 2010;29(2):79-84.
13. SAHIN S, LEVIN L, KOPF A, RAO BK, TRIOLA M, KOENIG K, et al. Risk of melanoma in medium-sized congenital melanocytic nevi: a follow-up study. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39(3):428-33.
14. MARGHOOB AA, BORREGO JP, HALPERN AC. Congenital melanocytic nevi: treatment modalities and management options. *Semin Cutan Med Surg.* 2007;26(4):231-40.
15. KANZLER MH. Management of large congenital melanocytic nevi: art versus science. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(5):874-6.
16. AUGUST PJ, FERGUSON JE, MADAN V. A study of the efficacy of carbon dioxide and pigment-specific lasers in the treatment of medium-sized congenital melanocytic naevi. *Br J Dermatol.* 2011;164(5):1037-42.
17. LIM JY, JEONG Y, WHANG KK. A combination of dual-mode 2,940nm Er:YAG laser ablation with surgical excision for treating medium-sized congenital melanocytic nevus. *Ann Dermatol.* 2009;21(2):120-4.

Manrique A. y cols. Melanoma maligno originado en nevo melanocítico congénito

# imimore®

Imiquimod 5%



*El primer modulador tópico  
de la respuesta inmunológica*



 **LABORATORIOS  
PANALAB**

  
**ROEMMERS**  
CONCIENCIA POR LA VIDA

**IMIMORE® COMPOSICION:** Cada 100 g de crema contiene Imiquimod 5 g; Excipientes c.s. **ACCION TERAPEUTICA:** IMIMORE® es un agente inmunomodulador indicado para el tratamiento de verrugas genitales externas y perianales externas en pacientes adultos. **POSOLOGIA Y MODO DE USO:** 3 veces por semana, previo a las horas habituales de sueño, dejando en la piel de 6 a 10 horas y sin ocluir el sitio de aplicación. Una vez transcurrido ese período, lavar el área tratada con agua y jabón. **INTERACCIONES:** Corticoides, otros agentes inmunosupresores: riesgo de reducción del efecto farmacológico de ambas drogas. **CONTRAINDICACIONES:** IMIMORE® está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al imiquimod o a cualquier otro componente de la formulación. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** **EMBARAZO:** No hay estudios adecuados y bien controlados durante el embarazo. **LACTANCIA:** Aún se desconoce si Imiquimod se excreta o no con la leche materna **PRESENTACION:** IMIMORE® se presenta en envases conteniendo 6 y 12 sobres monodosis con 250 mg de crema/sobre.