

Melanoma subungular *in situ* tratado con resección local e injerto libre. ¿Cómo abordar un paciente con melanoniquia longitudinal estriada?

Subungueal melanoma treated with local resection and free graft. How to treat a patient with longitudinal melanonychia?

Ana Lucía Molina¹, Luz Marina Gómez², Beatriz Orozco³, Rodrigo Restrepo⁴

1. Médica, residente II de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
2. Médica dermatóloga; profesora titular; jefe, Servicio de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
3. Médica dermatóloga; docente ad honorem de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
4. Médico dermatopatólogo; docente adscrito, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Resumen

El melanoma subungular es una neoplasia infrecuente, caracterizada por melanoniquia longitudinal. El diagnóstico se debe hacer por historia clínica, dermatoscopia y biopsia ungular. El tratamiento es quirúrgico.

Se presenta un caso de melanoma subungular *in situ* y se discute cómo enfocar un paciente con melanoniquia longitudinal estriada.

PALABRAS CLAVE: melanoma, enfermedades de las uñas, biopsia.

Summary

Subungual melanoma is an uncommon tumor, that presents as a longitudinal melanonychia. Diagnosis is made based on the medical record, dermatoscopic findings and biopsy; treatment is always with surgery.

We present a case of subungual melanoma and we discuss briefly how to manage patients with longitudinal melanonychia.

KEY WORDS: melanoma, nails diseases, biopsy.

Correspondencia:

Ana Lucía Molina

Email:

anamolina2@une.net.co

Recibido: 23 de noviembre de 2012.

Aceptado: 15 de febrero de 2013.

No se reportan conflictos de intereses.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 62 años de edad, natural y residente en Medellín, con antecedentes personales y familiares negativos, que consultó en el 2002 al Servicio de Dermatología por un cuadro clínico de varios meses de evolución de cambios en la uña del primer dedo del pie, consistentes en melanoniquia longitudinal estriada; se tomó una biopsia de la lesión que se informó como nevus melanocítico de unión sin componente displásico. La paciente no asistió a los controles de seguimiento.

En el 2010 consultó por una razón diferente y se ob-

servó una lesión roja transversa de reciente aparición en el primer dedo del pie derecho.

En el examen físico se observó pigmentación en banda longitudinal que comprometía más del 50% del ancho de la uña, con diferentes tonalidades, irregular, de 9 mm de ancho, y una banda transversa purpúrica irregular de 2 mm (**FIGURA 1**). En la dermatoscopia se encontraron bandas pigmentadas longitudinales en toda la extensión de la lámina, irregulares, con pérdida abrupta del borde, con diferentes tonalidades (café claro y oscuro, azul, púrpura), presencia de puntos hemorrágicos y pigmento amarillo-ocre.

Ante estos hallazgos clínicos y dermatoscópicos, se de-



FIGURA 1. A la izquierda, melanoniquia longitudinal irregular, de 9 mm de ancho en el primer dedo del pie derecho. En la dermatoscopia (a la derecha) se encontró pigmentación café del fondo, irregularidad en el espesor, continuidad y tono en las bandas, y puntos hemorrágicos.

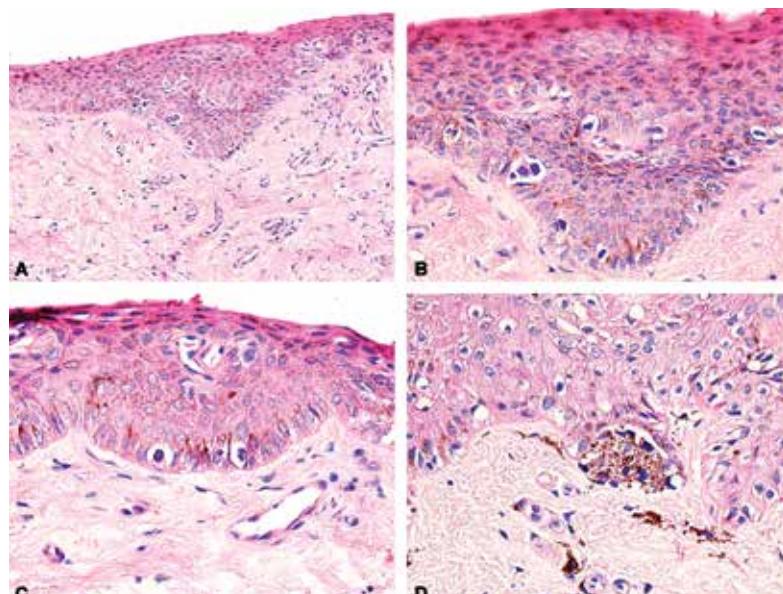


FIGURA 2. A. y B. Fotografías en pequeño y mediano aumento. Hematoxilina y eosina, 40X y 100X. Se observa la matriz ungular con un aumento neto de melanocitos atípicos, en unidades solitarias y discretamente agrupados, que ascienden a los estratos superiores de la epidermis. **C.** Imagen similar en otra área de la matriz ungular, con melanocitos atípicos de halo claro, basales. Hematoxilina y eosina, 100X. **D.** En la porción más proximal se encontraron nidos discretos de células melanocíticas que sugieren la presencia de un nevus preexistente. Este hallazgo era de naturaleza focal y muy reducido en extensión. Hematoxilina y eosina, 100X.

cidió practicar una biopsia por afeitado que incluyó matriz, lecho y lámina ungual, y se encontró la capa epitelial con melanocitos hiperclorámicos, voluminosos, con halo claro, los cuales se observaban en la parte basal del epitelio, agrupados y con tendencia a migrar a los estratos superficiales; la dermis subyacente no mostraba infiltración tumoral (**FIGURA 3**). Se llegó al diagnóstico de melanoma maligno subungular *in situ* y se decidió practicar tratamiento quirúrgico con resección local amplia, con márgenes laterales de un centímetro y profundidad hasta el hueso; el defecto se corrigió con injerto libre de la zona inguinal izquierda (**FIGURA 3**). Se logró una excelente respuesta clínica, sin recidiva a los nueve meses de seguimiento.

Discusión

El melanoma subungular es una neoplasia poco fre-

cuente, que representa de 0,7 a 3,5 % de todos los melanomas cutáneos. Generalmente se desarrolla a partir de la matriz ungular, pero puede afectar otros componentes, como el pliegue proximal, el lecho y el *hiponiquium*¹.

Afecta más frecuentemente a mujeres de raza negra, entre la quinta y la séptima décadas de la vida. Se localiza con mayor frecuencia en el pulgar, seguido del primer dedo del pie y del índice².

Su causa se desconoce. Se ha relacionado con factores genéticos y ambientales, y el trauma ha sido implicado como un factor iniciador³, pero no se ha visto relación con la exposición solar^{4,5}.

El melanoma subungular se presenta habitualmente como una melanoniquia longitudinal estriada, que es el primer signo en 70 % de los casos. No obstante, solo un tercio de los pacientes consultan en esta etapa, como en este caso. También, puede manifestarse por distrofia, destrucción ungular, sangrado, tumor, úlcera o dolor, y



FIGURA 3. A la izquierda, posoperatorio inmediato con el injerto de espesor total de la región inguinal. A la derecha se observa cicatrización completa, sin recurrencias a los nueve meses de seguimiento.

presentar el signo de Hutchinson, el cual se considera un buen indicio de melanoma subungular⁶.

Ante un paciente con melanoniquia estriada longitudinal, se debe hacer un enfoque clínico claro que incluya evaluar las diferentes causas de melanoniquia, hacer una historia clínica completa, y practicar dermatoscopia y biopsia de la uña.

Causas de melanoniquia

Existen múltiples diagnósticos que se deben tener en cuenta antes de hacer el de melanoma subungular, como hematoma subungular, infección fúngica o bacteriana, causa medicamentosa, causas posinflamatorias, enfermedades sistémicas, pigmentación racial y nevus melanocítico, entre otros⁶.

Historia clínica: Se ha propuesto la regla del ABCDEF para la detección temprana del melanoma subungular. Cualquiera de estos hallazgos nos debe hacer pensar que se trata de un melanoma subungular (**TABLA 1**)³.

Dermatoscopia: Se ha convertido en una herramienta útil para diferenciar la melanoniquia longitudinal benigna del melanoma subungular. Lo primero es determinar si el pigmento tiene origen melanocítico o no. En las lesiones no melanocíticas, el pigmento de color gris tiende a distribuirse en forma homogénea, mientras que, en las lesiones melanocíticas, se caracteriza por cúmulos de melanina en gránulos de menos de un mm, con pigmento marrón⁷.

Se han descrito siete patrones en la dermatoscopia de la melanoniquia longitudinal: puntos hemorrágicos, pigmentación café, líneas regulares, líneas irregulares, pigmentación gris, signo de microhutchinson y grietas microscópicas. Los patrones que se han relacionado con melanoma subungular son: la pigmentación café del

fondo asociada a líneas irregulares, lo cual se describe como múltiples líneas café a negro con espaciamiento, color y grosor irregulares e interrupción del paralelismo; el signo de microhutchinson es un hallazgo dermatoscópico muy característico del melanoma subungular en estadios tempranos y se caracteriza por pigmentación de los tejidos periungulares, que es invisible al ojo y solo se observa con la dermatoscopia; los puntos hemorrágicos en ausencia de otros signos son muy sugestivos de hemorragia subungular, sin embargo, su presencia no descarta el melanoma subungular, ya que este patrón se ha encontrado en el 5 % de los melanomas subungulares pigmentados^{2,3,8,9}. En esta paciente se detectaron tres de estos patrones en la dermatoscopia.

Biopsia: La biopsia continúa siendo el método de referencia para hacer el diagnóstico. Es importante señalar en cuáles lesiones se debe practicar biopsia ungular y cuál técnica utilizar. Los signos clínicos que requieren

ABCDEF para melanoniquia longitudinal

- A. Adultos, afroamericanos, asiáticos
- B. Banda >3 mm y borde irregulares
- C. Cambio de color en el tamaño y cuando se piensa en una causa alterna sin que haya mejoría con su tratamiento
- D. Un solo dedo afectado: pulgar, dedo gordo o índice
- E. Extensión de color a tejidos periungulares (signo de Hutchinson)
- F. Antecedentes familiares o personas de melanoma o nevus desplástico

TABLA 1. ABCDEF para melanoniquia longitudinal.

siempre biopsia por escisión, son: **1)** pigmentación no homogénea; **2)** distrofia ungular; **3)** banda triangular; **4)** bordes irregulares^{3,6}; **5)** aumento progresivo de la melanoniquia; **6)** ausencia de otras causas de pigmentación; **7)** tumor subungular; **8)** ulceración; **9)** pigmentación de inicio abrupto en la lámina ungular previamente sana; **10)** pigmentación que se desarrolle después de un trauma digital y habiéndose descartado un hematoma subungular; **11)** los criterios del ABCDEF; y **12)** patrones dermatoscópicos sugestivos de melanoma^{7,8}.

La selección de la técnica de la biopsia depende de la localización, el grado de sospecha de melanoma subungular, la presencia del signo de Hutchinson, el origen (matriz proximal o distal) y el grosor de la banda. Si el pigmento se localiza lateralmente, se debe hacer una biopsia por escisión, longitudinal, lateral, la cual debe incluir 3 a 4 mm de lámina ungular y con profundidad cercana al hueso. Cuando se afecta la porción media de la lámina, es importante conocer el grosor de la banda y qué porción de la matriz está afectada. Esto se puede evaluar con el dermatoscopio: cuando existe pigmentación de la porción inferior de la lámina, se origina en la matriz distal; si la pigmentación está en parte superior de la lámina, se origina en la matriz proximal³. Si proviene de la matriz proximal y es de menos de 3 mm, se puede hacer una biopsia por sacabocado o afeitado; si es de más de 3 mm, la biopsia se hace por escisión en bloque o afeitado. Si la banda se origina en la matriz distal y mide menos de 3 mm, está indicada la biopsia por sacabocado y, si esta mide más de 3 mm, se puede hacer por afeitado (la técnica escogida en esta paciente) o una biopsia transversa. Finalmente, si existe el signo de Hutchinson, se debe hacer una biopsia por escisión en bloque^{7,10}.

El tratamiento del melanoma subungular *in situ* siempre es quirúrgico. Lo indicado es hacer una resección quirúrgica amplia de toda la unidad ungular, con márgenes de un centímetro a cada lado y con profundidad hasta el hueso¹¹, y hacer la reconstrucción con injerto de espesor total, como en el caso de esta paciente^{12,13}. Otra alternativa es practicar una cirugía micrográfica de Mohs¹⁴.

El melanoma subungular del primer dedo del pie tiene mal pronóstico¹⁵, con una supervivencia a cinco años de 16 a 67 %, ya que muchas veces el diagnóstico es retardado pues se confunde con entidades como onicomicosis, trauma y otras causas de melanoniquia. A esto se debe la importancia de una detección temprana y oportuna⁶.

Hasta el momento, no existe consenso sobre el seguimiento de las bandas pigmentadas. Algunos autores sugieren hacer seguimiento clínico y dermatoscópico de las lesiones sospechosas cada seis meses y, ante cual-

quier banda pigmentada con signos de alarma, hacer el estudio de histopatología^{2,3}.

En conclusión, se presenta el caso de una paciente con melanoma subungular *in situ*, con un excelente resultado del tratamiento quirúrgico conservador, en lugar de la habitual amputación, conservando la función del primer dedo del pie y sin recidivas hasta los nueve meses de seguimiento.

Referencias

1. Tan KB, Moncrieff M, Thompson JF, McCarthy SW, Shaw HM, Quinn MJ, et al. Subungual melanoma: A study of 124 cases highlighting features of early lesions, potential pitfalls in diagnosis, and guidelines for histological reporting. Am J Surg Pathol. 2007;31:1902-12.
2. Koga H, Saida T, Uhara H. Key points in dermoscopic differentiation between early nail apparatus melanoma and benign longitudinal melanonychia. J Dermatol. 2011;38:45-52.
3. Tosti A, Piraccini B, Cadore D. Dealing with melanonychia. Semin Cutan Med Surg. 2009;28:49-54.
4. Patel G, Ragi G, Krysicki J, Schwartz R. Subungual melanoma: A deceptive disorder. Acta Dermatovenerol Croat. 2008;16:236-42.
5. Cohen T, Busam K, Patel A, Brady M. Subungual melanoma: Management considerations. Am J Surg Pathol. 2008;195:244-8.
6. Andre J, Lateur N. Pigmented nail disorders. Dermatol Clin. 2006;24:329-39.
7. Braun R, Baran R, Le Gal F, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, et al. Diagnosis and management of nail pigmentation. J Am Acad Dermatol. 2007;56:835-47.
8. Ronge S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viallard A, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. Arch Dermatol. 2002;138:1327-33.
9. Thomas L, Dalle S. Dermoscopy provides useful information for the management of melanonychia striata. Dermatol Ther. 2007;20:3-10.
10. Jellinek N. Nail matrix biopsy of longitudinal melanonychia: Diagnostic algorithm including the matrix shave biopsy. J Am Acad Dermatol. 2007;56:803-10.
11. Motta A, López C, Acosta A, Peñaranda C. Subungual melanoma *in situ* in a Hispanic girl treated with functional resection and reconstruction with onychocutaneous toe free flap. Arch Dermatol. 2007;143:1600-2.
12. Banfield C, Dawber R. Nail melanoma: A review of the literature with recommendations to improve patient management. Br J Dermatol. 1999;141:628-32.
13. Gómez LM, Trujillo MC, Restrepo R. Melanoma subungueal *in situ* infantil: reconstrucción con colgajo vascularizado en dos tiempos. VIII Congreso Colombiano de Dermatología Pediátrica, Medellín, agosto de 2009.
14. Banfield C, Dawber R, Walker N, Stables G, Zeina B, Schomberg K. Mohs micrographic surgery for the treatment of *in situ* nail apparatus melanoma: A case report. J Am Acad Dermatol 1999;40:98-9.
15. Haneke E, Baran R. Longitudinal melanonychia. Dermatol Surg. 2001;27:580-4.