
Melanoma Acral Lentiginoso. Tres Años Post Cirugía con Metástasis a Mama. Reporte de Caso



Rev Guatem Cir Vol. 29 (2) - 2023

Juan Mazariegos, Lilian Barreda, Karen Pérez

Departamento de Cirugía y Departamento de patología, Hospital General San Juan de Dios. Universidad de San Carlos de Guatemala. Autor correspondiente: Juan José Mazariegos Recinos. Email: j.j.mazariegos95@gmail.com

RESUMEN

El melanoma ocupa el sexto lugar en incidencia de los tumores malignos en Norteamérica, según la International Agency for Research on Cancer de la OMS1. Según el INCAN en Guatemala, el melanoma acral lentiginoso puede diseminarse a varios órganos, como primer órgano de metástasis es pulmón y menos frecuente en mama6. Se presenta una paciente de 55 años con masa en mama izquierda, la cual era color violáceo con secreción purulenta, de 1 año de evolución; midió 12x14 cm y se encontró a nivel de cuadrante superior externo, masa dolorosa, sangrante, ulcerada, sin fiebre. Con antecedente de un melanoma acral lentiginoso primario en pie derecho diagnosticado hace 6 años con metástasis a mama hace 3 años. El tratamiento quirúrgico fue mastectomía higiénica para control de hemorragia e infecciones en glándula mamaria ulcerada y supurativa. El diagnóstico anatomopatológico fue melanoma pigmentado metastásico a piel y tejido glandular mamario, siendo la mama un sitio poco frecuente de metástasis por un melanoma acral lentiginoso. La paciente sobrepasa el porcentaje de supervivencia para cinco años, por la clasificación TNM, en un estadio IV.

Palabras claves: melanoma acral lentiginoso, mastectomía higiénica, metástasis primaria.

ABSTRACT

Breast Metastasis of Acral Lentiginous Melanoma, 3 Years After Surgery. Case Report

Melanoma ranks sixth in incidence of malignant tumors in North America, according to the WHO International Agency for Research on Cancer1. According to the INCAN in Guatemala, lentiginous acral melanoma can spread to various organs, the first organ of metastasis being the lung and less frequently the breast6. A 55-year-old patient is presented with a mass in the left breast, which was purplish in color with purulent discharge, of 1 year of evolution; it measured 12x14 cm and was found at the level of the upper external quadrant, a painful, bleeding, ulcerated mass, without fever. With a history of primary lentiginous acral melanoma in the right foot diagnosed 6 years ago with metastasis to the breast 3 years ago. The surgical treatment was hygienic mastectomy to control bleeding and infections in the ulcerated and suppurative mammary gland. The anatomopathological diagnosis was metastatic pigmented melanoma to the skin and mammary glandular tissue, the breast being an infrequent site of metastasis from a lentiginous acral melanoma. The patient exceeds the survival percentage for five years, according to the TNM classification, in a stage IV.

Keywords: lentiginous acral melanoma, hygienic mastectomy, primary metastasis.

INTRODUCCIÓN

El melanoma ocupa el sexto lugar en incidencia de los tumores malignos en Norteamérica, según la International Agency for Research on Cancer de la OMS.¹ Se diagnostica con frecuencia en personas de la sexta y séptima décadas, el 5,9% se presenta en pacientes de 20 a 34 años.² Existen varios subtipos de melanomas: acral lentiginoso (50%); seguidos por extensión superficial (35 a 40%) y melanomas nodulares (8 a 20 %). El melanoma acral lentiginoso se localiza especialmente en palmas, plantas, y región periungueal.³ Dentro de los sitios de metástasis de melanoma acral, se encuentra mama, el cual re-

presenta el 1,3%-2,7% de los casos informados.⁴ En Guatemala, según el INDERMA, la prevalencia es de 0.4 por cada 1000 habitantes.⁵ En un estudio realizado por el INCAN de Guatemala, se observó que la localización anatómica más frecuente es en miembro inferior izquierdo, con el 71%; el acral lentiginoso fue el 59%, con mayor frecuencia en estadio avanzado; puede diseminarse a varios órganos, como primer órgano de metástasis es pulmón y menos frecuente en mama.⁶ La terapia sistémica con inmunoterapia se establece como la opción de tratamiento inicial preferida, en pacientes con melanoma metastásico, en comparación con la quimioterapia.⁷

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, de 55 años, originaria y residente de Chiquimula, Guatemala. Consultó por masa en mama izquierda, la cual era color violáceo con secreción purulenta, de 1 año de evolución; midió 12x14 cm y se encontró a nivel de cuadrante superior externo. Paciente refirió masa dolorosa, sangrante, ulcerada, sin fiebre. Tiene antecedente de melanoma acral en pie derecho, de 6 años de evolución, con resección local y radioterapia. Tres años después recidiva con múltiples lesiones melanocíticas, en tronco anterior, extremidades inferiores y superiores. Recibió tratamiento con quimioterapia. Hace 1 año recidiva con lesión en mama izquierda, la cual estaba ulcerada que destruía el estroma y glándula mamaria.

Al ingreso se evaluó paciente, con examen físico alerta, activa, pupilas isocóricas y fotorreactivas, cuello móvil, sin adenopatías palpables, tórax simétrico y expandible, masa en mama izquierda de 24x12 cms, violácea, indurada, con secreción hematopurulenta, dolorosa a la palpación; pulmones con adecuado murmullo vesicular bilateral, con estertores subcrepitantes de predominio basal, sin frémito táctil. Corazón rítmico S1 y S2 sincrónico con el pulso, sin soplos, abdomen plano, con ruidos gastrointestinales presentes y normales en frecuencia e intensidad, sin signos de irritación peritoneal,

sin masas palpables. Extremidades con tono y fuerza muscular normal, llenado capilar menor a 3 segundos.

Se realizan estudios complementarios de ingreso en los cuales se encuentran leucocitos en 9.38 K/uL, neutrófilos en 72%, hemoglobina en 13.67 gr/dl, hematocrito 47%, plaquetas 231.3 K/uL, tiempo de protrombina en 10.8 segundos, INR 1.0, tiempo de tromboplastina 21, fibrinógeno 327, glucosa en 106 mg/dl, creatinina 0.72 mg/dl, nitrógeno de urea 12 mg/dl, sodio 139 mmol/L, potasio 3.8 mmol/L.

Previo ingreso, paciente se realiza estudios de imagen y tomas de biopsias en mama izquierda.

Se evaluó paciente por Unidad de Cirugía de Mama, indicando tratamiento quirúrgico para mastectomía higiénica.

Se realizó mastectomía higiénica con una incisión tipo Stewart modificada (adaptada a la localización del tumor), con hallazgos de tumor indurado exofítico +/- 10*15 cm en mama izquierda, con conglomerado ganglionar axilar de 3*3 cms (figura B).

Se realizó disección del colgajo dermoglandular superior e inferior y posteriormente, se levantó la fascia del músculo pectoral y se reseco conglomerado ganglionar (figura 1).



Figura 1A. Disección de colgajo dermoglandular y posteriormente, se separa glándula mamaria de la fascia del músculo pectoral mayor en dirección cefálico. **1B** Hemostasia de vasos torácicos externos para liberar conglomerado ganglionar axilar. **1C** liberación de conglomerado ganglionar y levantamiento de colgajo lateral con margen de línea axilar anterior.

Se cerró herida con puntos subdérmicos con Vycril 2-0 y piel con grapas. Se colocó un drenaje tipo Jackson Pratt, con pérdidas sanguíneas 400 cc aproximadamente. Procedimiento sin complicaciones.

En su quinto día post operatorio, paciente tolerando dieta libre, sin signos inflamatorios en región mamaria, herida operatoria sin hematoma creciente, con vendaje compresivo y se cuantifica líquido serosanguinolento en drenaje Jackson Pratt, de aproximadamente 90 ml. Cumplió tratamiento antibiótico con ceftriaxona, tuvo adecuada evolución. Egresó paciente por cirugía y medicina interna para programar tratamiento de quimioterapia de forma ambulatoria por consulta externa.

La pieza quirúrgica mostró a nivel de piel dos áreas ulceradas de 2 x 1 cm y 7 x 8 cm, en la de mayor tamaño se observó lesión de 11 x 10.5 cms, exofítica, nodular, ulcerada, color negro (figura 2A). Al corte lesión con una profundidad de 10 cm, color negro y consistencia firme (figura 2B).

El diagnóstico anatomopatológico fue melanoma pigmentado metastásico a piel y tejido glandular mamario. (Figura 3 A y B)

DISCUSIÓN

Según el INCAN en Guatemala, el melanoma acral lentiginoso es el más frecuente de todos los subtipos, de los casos que se diagnosticaron en la institución. Presentamos el caso de un melanoma acral lentiginoso, el cual presentó metástasis a mama izquierda, con lesión grande, hemorrágica y con secreción purulenta. En un estudio realizado en el 2021 en la China, demostraron el melanoma metastásico se expresaba más frecuentemente en varios órganos, como piel, pulmones, cerebro, hígado y testículos, no mencionando mama.⁸ Sin embargo, nuestro caso es un melanoma acral lentiginoso primario con metástasis a mama izquierda, lo cual lo hace un caso interesante. El diagnóstico inicial se hizo en pie derecho, hace 6 años, superando ya los 5 años de sobrevida. La supervivencia para cinco años en un estadio IV, es el 15 al 20% en la clasificación TNM.⁹ Actualmente la paciente sigue en tratamiento con quimioterapia, después de mastectomía higiénica para control de hemorragia e infección.

En nuestra revisión en Pubmed y Google scholar, no se encontraron casos reportados en Guatemala parecidos al nuestro. Es importante documentar este caso, por haberse observado metástasis a mama de un melanoma primario en pie, siendo poco frecuente.

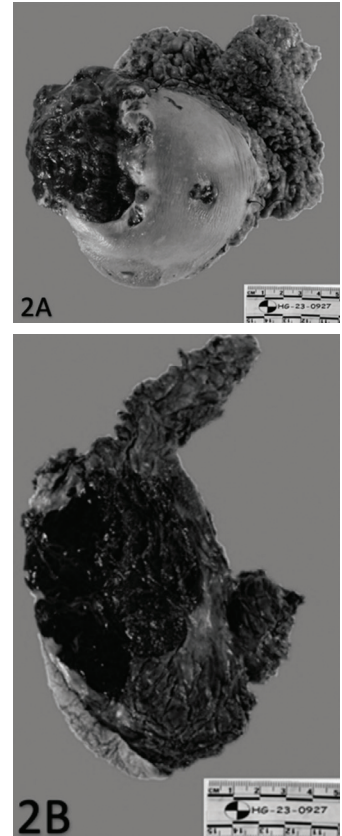


Figura 2A. Vista macroscópica de mama. Lesión exofítica nodular ulcerada. 2B: profundidad de lesión al corte de mama.

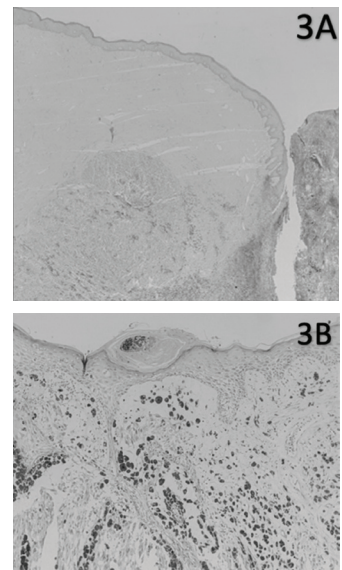


Figura 3A. piel con úlcera y neoplasia en tejido glandular mamario. 3B: células tumorales epitelioides pigmentadas.

El melanoma es un tumor maligno con alta tasa de mortalidad y pronóstico desfavorable, la intervención médica y quirúrgica temprana, determina un tratamiento oportuno con resultados favorables y evita complicaciones como metástasis.

CONCLUSIÓN

Se presenta un melanoma acral lentiginoso primario en pie derecho diagnosticado hace 6 años con metástasis a mama hace 3 años, siendo poco frecuente la diseminación a este órgano.

La paciente sobrepasa el porcentaje de supervivencia para cinco años, por la clasificación TNM, en un estadio IV. El tratamiento quirúrgico se realizó por mastectomía higiénica para control de hemorragia e infecciones en glándula mamaria ulcerada y supurativa. La terapia sistémica con inmunoterapia se establece como la opción de tratamiento inicial preferida, en pacientes con estadios avanzados, en comparación con la quimioterapia.⁶

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer – IARC/OMS. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-dual-bars>
2. Batus M, Waheed S, Ruby C, et al. Optimal management of metastatic melanoma: current strategies and future directions. *Am J Clin Dermatol* 2013; 14(3):179–94.
3. Dubec F, Martin L, Derancourt C, Grange F. Melanoma of the hand and foot: epidemiological, prognostic and genetic features. A systematic review. *British Journal of Dermatology*, Volume 166, Issue 4, 1 April 2012, Pages 727–739, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10772.x>
4. Instituto Nacional de Cancerología. INCAN Registro de Cáncer en Guatemala, Unidad de estadística 2006-2010. Registro de Mortalidad por Cáncer. <http://regcangua.zzl.org/>
5. Instituto Nacional de Dermatología y cirugía de la piel INDERMA. <http://www.indermaguatemala.com/>
6. Agosto-Arroyo E, Rosa M, Chau A, et al. Concurrent BRAF and PTEN mutations in melanoma of unknown origin presenting as a breast mass. *SAGE Open Med Case Rep* 2017; 5:2050313X17711064.
7. Ascierto A, Long V, Robert C, et al. Survival Outcomes in Patients With Previously Untreated BRAF Wild-Type Advanced Melanoma Treated With Nivolumab Therapy: Three-Year Follow-up of a Randomized Phase 3 Trial. *JAMA Oncology*. 2019;5(2):187-194. doi:10.1001/jamaoncol.2018.4514
8. Zeng W, Zhang W, Feng J, He X, Lu H. Expression of OPN3 in acral lentiginous melanoma and its associated with clinicohistopathologic features and prognosis. *Immun Inflamm Dis*. 2021;9:840-850. <https://doi.org/10.1002/iid3.438>
9. Duarte C, López H. Acral lentiginous melanoma: bibliographic review. *rev. colomb. cir.* vol.29 no.2 Bogotá Apr./June 2014.