

# MELANOMA SUBUNGUEAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

CARLOS SANTONI-ESCUELA\*  
ALBANY SOSA-SOLÍS\*  
HÉCTOR CANTELE\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** presentación de un caso clínico de melanoma subungueal de presentación atípica en el contexto de un paciente con antecedente traumático en mano izquierda y lesión nodular metastásica en región axilar izquierda.

**Métodos:** se presenta caso de paciente masculino de 50 años de edad con antecedente de amputación de falange distal de pulgar izquierdo por traumatismo contuso y osteomielitis quien refiere inicio de enfermedad actual al presentar una lesión nodular en región axilar izquierda que aumenta progresivamente de volumen hasta 10 cm de diámetro, adherida a planos profundos con telangiectasias peritumorales y ruptura espontánea con salida de descarga fibrinosa no fétida, acompañada de dolor de moderada intensidad con limitación funcional del miembro superior ipsilateral, motivo por el cual consulta a centro hospitalario donde es ingresado.

**Resultados:** se le realiza biopsia de la lesión, la cual reportó tumor maligno indiferenciado de patrón epiteliode asociado a resultado positivo para vimentina y S-100 que confirma el diagnóstico de melanoma por lo que se decide iniciar ciclos de radioterapia.

**Conclusión:** un posible diagnóstico diferencial del melanoma subungueal podría ser un hematoma subungueal pero cuando hay signos radiológicos de destrucción ósea, hay que tomar en cuenta osteomielitis, osteolisis postraumática o metástasis de un tumor primario. En pacientes con melanoma subungueal, metástasis ganglionar y antecedente de traumatismo en el sitio del tumor primario, es importante sospechar esta patología, con el fin de mejorar la supervivencia mediante el diagnóstico precoz.

## Palabras clave

Melanoma subungueal, osteomielitis, metástasis linfática, vimentina.

## SUBUNGUAL MELANOMA: DIAGNOSTIC CHALLENGE. REPORT OF A CASE

### ABSTRACT

**Objective:** presentation of clinical case of an atypical presentation of subungual melanoma in the context of a patient with a history of trauma in his left hand and nodular metastatic lesion in left axillary region.

**Methods:** a case report of male patient aged 50 with a history of amputation of distal phalanx of the left hallux due to blunt trauma and osteomyelitis who reports onset of present illness by presenting a nodular lesion in the left axillary region with progressive volume increase up to 10 cm diameter, attached to deep planes with peritumoral telangiectasias and spontaneous rupture with fibrinous and not fetid discharge outlet, with moderate intensity pain and ipsilateral upper limb functional limitation, which is why the patient is admitted to the hospital.

**Results:** the biopsy of the lesion reported a malignant undifferentiated tumor with epithelioid pattern associated with positive outcome for vimentin and S-100 confirming the diagnosis of melanoma so it was decided to start cycles of radiotherapy.

**Conclusion:** a differential diagnosis of the subungual melanoma could be a subungual hematoma but when there is radiographic evidence of bone destruction, we must take into consideration osteomyelitis, posttraumatic osteolysis or metastases from a primary tumor. In patients with subungual melanoma, lymph node metastases and a history of trauma in the primary tumor site, this entity must be considered in order to improve survival through early diagnosis.

### Key words

Subungual melanoma, osteomyelitis, lymphatic metastasis, vimentin.

\* *Estudiante de Medicina. Escuela "Luis Razetti". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.*

\*\* *Jefe de Servicio de Cirugía IV. Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D". Caracas, Venezuela*

El melanoma tiene la más alta mortalidad de todos los tipos de cáncer de piel. Cualquier subtipo clínico de melanoma cutáneo puede ser amelanótico (no pigmentado) aunque parece ser más frecuente en los tumores subungueales y desmoplásicos. El melanoma subungueal es considerado una variante del melanoma lentiginoso acral<sup>1</sup>. Aproximadamente la mitad de los melanomas subungueales pueden tener una ligera o nula pigmentación. La variante subungueal comprende 1 a 3 por ciento de melanoma en la población blanca y 85 por ciento son inicialmente no diagnosticados<sup>2</sup>. A diferencia del resto de los melanomas, el subungueal no parece estar relacionado a la exposición a rayos ultravioleta (UV); sin embargo, un factor controversial asociado a la aparición de este tipo de trastorno es el antecedente de trauma previo en el sitio de la lesión. En la literatura, 23 a 44 % de pacientes han reportado la presencia de traumatismos locales que precedieron al desarrollo del melanoma subungueal<sup>2</sup>. Implica por lo general, el primer dedo de la mano o del pie. El melanoma subungueal metastatiza más rápidamente que el melanoma cutáneo, y las tasas de supervivencia son más bajas, a igual estadio e igual tamaño tumoral.

Se presentará caso de un paciente con antecedente de traumatismo en dedo de mano con evolución desfavorable. Meses después asistió nuevamente a centro de salud manifestando lesiones nodulares en axila. Investigaciones subsecuentes permitieron el diagnóstico de melanoma subungueal con metástasis axilar. Esta es una forma atípica de presentación de melanoma y el retraso diagnóstico se debe a varios factores, entre ellos la historia previa de traumatismo, sospecha de infecciones micóticas, granulomas piógenos, hemangiomas y la amplia variedad de lesiones óseas que simulan la destrucción metastásica en hueso presentes en etapas avanzadas en pacientes con esta patología.

Es importante tomar en cuenta al melanoma subungueal como diagnóstico diferencial en el contexto de un paciente con traumatismo previo y cuya lesión ha tenido una evolución tórpida.

## MÉTODOS

Se trata de paciente masculino de 50 años de edad, con antecedente de amputación de falange distal de pulgar izquierdo por traumatismo contuso complicado con presunta osteomielitis quien refiere inicio de enfermedad actual cuatro meses previo a su ingreso cuando comienza a presentar lesión nodular en región axilar izquierda que aumenta progresivamente de volumen hasta los 10 cm de diámetro y ruptura espontánea con salida de descarga fibrinosa no fétida, adherida a planos profundos con telangiectasias peritumorales, acompañada de dolor de moderada intensidad con limitación funcional del miembro superior ipsilateral con edema moderado en dorso de la mano izquierda, motivo por el cual consulta a centro de salud donde es hospitalizado y se le realiza biopsia que reporta linfoma No

Hodgkin de células T, motivo por el cual se inicia quimioterapia (QT) sin respuesta a la misma. Por progresión del volumen de la lesión con aumento del edema y de la intensidad del dolor, consulta de nuevo a otro centro de salud donde es evaluado e ingresado en el servicio de Cirugía General.

El paciente niega la presencia de antecedentes personales médicos, sin embargo refiere antecedente quirúrgico pertinente al caso: desarticulación de falange distal del primer dedo de mano izquierda por lesión ulcerosa en mayo del 2011. Con respecto a los antecedentes familiares, hábitos psicobiológicos y examen por aparatos y sistemas, el paciente no refería ninguno que haya sido contributorio al caso.

Al examen físico, el paciente se encontraba en regulares condiciones generales, hidratado, afebril, eupneico y consciente. Tórax asimétrico, normoexpandible, ruidos respiratorios presentes sin agregados en ambos hemitórax con ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplos. La región axilar izquierda se encontraba ocupada en su totalidad por una lesión tumoral ulcerada de 20 cm de diámetro aproximadamente con telangiectasias peritumorales y defecto del epitelio superficial con secreción de líquido fibrinoso fétido, no móvil, dolorosa, adherida a planos profundos. Se evidenció abdomen plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda, sin visceromegalias ni adenopatías. (Figura 1)



**Fig. 1:**  
Lesión tumoral  
metastásica  
en región axilar  
izquierda.

Se plantean dos diagnósticos de ingreso, en primer lugar la presencia de un plastrón ganglionar axilar izquierdo de probable etiología metastásico y en segundo lugar desnutrición proteica. Se le realizaron exámenes paraclínicos presentando valores de química sanguínea (glicemia, úrea y creatinina) y tiempos de coagulación (PT, PTT) dentro de los límites normales, sin embargo presentaba leucocitosis de  $45,8 \times 10^3/uL$  con una distribución de 85% de neutrófilos y 3,1% de linfocitos, además presentaba alteración del valor de Hematocrito de 30,2 % por debajo de lo considerado normal de acuerdo a su edad y sexo.

## RESULTADOS

Con el fin de conocer el contenido de la lesión axilar, se decide realizar un ultrasonido de partes blandas el cual reflejó la

presencia de lesión ocupante de espacio (LOE) hipoeoica, en la profundidad de la región axilar que mide aproximadamente 5,3 x 1, 8 x 2,6 cm, no presentaba señal vascular al doppler color, no comprometía plano muscular, comportándose como absceso organizado. Se procedió a la realización de una punción aspiración por aguja fina (PAAF) de la región axilar hallándose escasas células ovoides, abundantes eritrocitos, linfocitos y ausencia de atipias. Posteriormente se decidió realizar biopsia, evidenciándose tumor maligno indiferenciado de patrón epitelioides asociado al resultado positivo de marcadores tumorales vimentina y S-100 que confirma el diagnóstico de melanoma. Se iniciaron ciclos de radioterapia para disminuir el volumen de la lesión y hacer posible el tratamiento quirúrgico, sin embargo el paciente falleció posterior al último ciclo.

## DISCUSIÓN

El retraso en el diagnóstico del melanoma subungueal es frecuente. Sólo un 20 % de los casos son diagnosticados en estadio I (American Joint Committee on Cancer) de la enfermedad<sup>2</sup>. Esto puede deberse a que gran cantidad de pacientes posponen por varios meses e incluso años la consulta a un médico que evalúe los cambios que han venido manifestándose en sus lechos ungueales. Existen diferentes diagnósticos diferenciales de esta patología como: hematoma subungueal, traumatismo ungueal crónico u onicomiosis, que pueden hacer confuso el diagnóstico.

En el caso presentado, al interrogatorio, el paciente no manifestó la presencia de ningún cambio de coloración en área ungueal afectada, por lo que se asume que se trataba de melanoma amelanótico. La falta de pigmentación de este tipo de melanoma dificulta aún más el diagnóstico, y en algunos trabajos se ha mostrado como el factor pronóstico más significativo del melanoma subungueal<sup>3</sup>. En muchos casos el melanoma subungueal es del tipo lentiginoso acral, sin embargo, algunos son de extensión superficial, nodulares, o de tipo indefinido<sup>4</sup>.

El melanoma subungueal es una enfermedad rápidamente progresiva sin embargo el tratamiento precoz resulta en un pronóstico favorable. En estadios avanzados el tumor exhibe crecimiento vertical, alta incidencia de metástasis a nódulos linfáticos y pobre pronóstico. El paciente descrito se encontraba en una fase avanzada de la enfermedad y su pronóstico era desfavorable, aunado a la dificultad diagnóstica que representó su caso.

Para lograr un diagnóstico precoz, el examen histopatológico es el estudio de elección del melanoma subungueal<sup>5</sup>. Las técnicas de inmunohistoquímica suelen mostrar positividad para S100, HMB-45 y vimentina<sup>4</sup>. Ante el retardo en acudir a la consulta médica y la dificultad diagnóstica del caso no se realizaron los estudios anatomopatológicos sino hasta la evidencia de metástasis en el paciente presentado, confirmando el diagnóstico de melanoma con la positividad para S100 y vimentina.

La resección quirúrgica es el tratamiento primario para los casos de melanoma. En estadio I o II, la amputación debe ser realizada con márgenes adecuados de escisión. Para estadio III lo indicado es amputación y linfadenectomía axilar. Para pacientes con metástasis de nódulos linfáticos axilares acompañada de infiltración cutánea, se debe realizar resección de tejidos subcutáneos y linfonódulos locales con técnica especial. En estadio IV, se sugiere una combinación de amputación, disección de nódulos linfáticos axilares e intervención hepática<sup>6</sup>. La biopsia de ganglio centinela es sugerida por el National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Este es un procedimiento mínimamente invasivo, útil para identificar pacientes con metástasis nodulares subclínica y alto riesgo de recurrencia, quienes podrían ser candidatos para resección completa de linfonódulos o terapia sistémica adyuvante. En estadios avanzados, otras formas terapéuticas son importantes para aumentar la expectativa de vida del paciente. Quimioterápicos como lomustina, dacarbazina y cisplatino han demostrado una buena eficacia. La inmunoterapia se ha convertido en una herramienta terapéutica atractiva en el manejo de esta patología maligna<sup>6</sup>. La radioterapia adyuvante es rara vez necesaria para melanoma locales reseccionados, sin embargo como el paciente en cuestión presentaba lesiones axilares metastásicas de difícil acceso quirúrgico, se emplearon ciclos de radioterapia con el objeto de disminuir el volumen de dicha lesión y hacerla resecable.

## REFERENCIAS

1. Chamberlain A y Ng J. Cutaneous melanoma atypical: atypical variants and presentations. *Australian Family Physician* 2009;38(7):476-482
2. Rangwala S, Hunt Christine, Modi G, Krishnan B y Orenge I. Amelanotic subungual melanoma after trauma: An unusual clinical presentation. *Dermatology Online Journal* 17(6):8
3. Quinn M, Thompson J, Crotty K, McCarthy W y Coates A. Subungual melanoma of the hand. *J Hand Surg* 1996;21A(3):506-511
4. Sánchez M, García I, Giménez H, Grasa M y Carapeto F. El melanoma subungueal: un reto diagnóstico. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2009;37(1):47-51
5. Clinical Practice Guidelines in Oncology Melanoma. Disponible en: URL: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/melanoma.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/melanoma.pdf)
6. Yang Z, Xie L, Huang Y, Sun H, Yuan T, Ma X et al. Clinical features of malignant melanoma of the finger and therapeutic efficacies of different treatments. *Oncology Letters* 2011;2:811-815
7. Ghariani N, Bousofaras L, Kenani N, Ghannouchi N, Mebazaa A, Denguezli M et al. Post traumatic amelanotic subungual melanoma. *Dermatology Online Journal* 14(1):13
8. Fries A y Higginson I. "Hitting the nail on the bed". *Emerg Med J* 2007;24
9. Mimeaul M y Batra S. Novel biomarkers and therapeutic targets for optimizing the therapeutic management of melanomas. *World J Clin Oncol* 2012; 3(3):32-42.