

LOS "LUNARES" (NEVOS MELANOCÍTICOS) Y OTRAS LESIONES PIGMENTADAS EL CANCER DE PIEL MELANOMA Y NO MELANOMA. SU IATROGENIA Y CONFUSIÓN

Dr. Luciano Domínguez Soto

INTRODUCCIÓN

Los nevos son neoformaciones que pueden aparecer muy comúnmente al nacimiento o en los primeros meses de vida, y aún en la edad adulta.

Algunos de estos nevos tienen posibilidad de transformarse en tumores malignos, de éstos los que con mayor frecuencia lo hacen son los nevos melanocíticos de unión, y de estos la subvariedad displásica, son precisamente los que tienen mayor potencial de transformación maligna. Existen otras variedades o formas clínicas como: intradérmico y compuesto que en general no tienen riesgo.

Existen además otras variedades de tumoraciones no névicas, que constituyen los tumores benignos más frecuentes en la edad adulta, y son las queratosis o verrugas seborreicas.

Pero lo que nos interesa señalar en primer lugar es, que tanto los nevos melanocíticos como las queratosis o verrugas seborreicas pueden confundirse clínicamente con un tumor cutáneo maligno que puede poner en riesgo la vida del paciente si no se efectúa un diagnóstico clínico temprano y oportuno, tal es el caso del melanoma.

Estas neoformaciones benignas y malignas son más o menos fácilmente diagnosticadas por el dermatólogo, pero no sucede lo mismo con el médico no especialista en esta rama de la medicina. Incluso para el mismo especialista, es absolutamente necesario en algunas ocasiones recurrir a ayudas diagnósticas como son la dermatoscopia y el estudio histopatológico, que deberá a su vez, llevarse a cabo por un dermatopatólogo, pues algunos casos de melanoma no son fáciles de diagnosticar adecuadamente, por otros patólogos no entrenados en esta subespecialidad de la dermatología.

Con estos antecedentes es fácil deducir que el número de iatrogenias que se cometen constantemente es muy alto, por ello el interés de nuestra parte para insistir en algunos puntos básicos que son de conocimiento general no solo para el médico de primer nivel, sino también para el público, que frecuentemente se ve atrapado por la promoción masiva de múltiples “remedios” para tratar los “lunares”.

Las neoformaciones pigmentadas malignas o benignas son causa muy frecuente de la consulta diaria del médico general, especialista de otras ramas de la medicina y desde luego del dermatólogo y ocupa uno de los primeros lugares de la consulta diaria institucional o privada.

Como ya señalábamos arriba, las neoformaciones más frecuentes en la consulta diaria son las QUERATOSIS O VERRUGAS SEBORREICAS (Figuras 1 y 2), que por lo general aparecen después de los 40 años de edad;

habitualmente son múltiples y pueden observarse en cualquier área del tegumento cutáneo, su tamaño varía desde 2–4 mm de diámetro hasta las mayores de 3-4 cm. Así mismo, pueden ser exofíticas, es decir, más o menos prominentes, o bien aplanadas, por lo general son pigmentadas, pero también pueden tener el color de la piel normal o por el contrario francamente negras; característicamente presentan superficie rugosa y queratósica.



Figura 1



Figura 2

Siendo esta la tumoración pigmentada más frecuente, es por consecuencia la más susceptible de tratarse empíricamente por el público en general pero,

insistimos, aún por médicos de primer contacto no capacitados para diagnosticarla. Lo grave es que este tipo de neoformaciones son algunas de las que precisamente se confunden fácilmente, cuando, en realidad se trata de melanoma o carcinoma basocelular pigmentado, con las consecuencias que se pueden inferir.

Tratándose de los NEVOS MELANOCITICOS, conocidos popularmente como “lunares”, son neoformaciones o tumores que también se prestan a confusión, pues su aspecto puede ser del todo similar a las Queratosis o Verrugas seborreicas. Pero más importante aún, hay que enfatizar, se pueden confundir también con tumores malignos que tienen pronóstico y tratamiento distintos.

Dentro de los nevos melanocíticos existe una gran variedad clínica, siendo los más comunes los nevos melanocíticos de unión, nevos compuestos y nevos intradérmicos, así como el nevo de Spitz y el nevo azul. La distinción clínica puede requerir de una adecuada correlación clínico-patológica, pues existen algunas que tienen mayor posibilidad de malignizarse como son, ya lo decíamos antes, los nevos de unión displásicos.

Las distintas variedades de cáncer cutáneo, el CARCINOMA BASOCELULAR (CBC), CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC), y el MELANOMA (M), se encuentran dentro de las 5 primeras causas más frecuentes de cáncer en México; y de éstos, el CBC es el más común.

Cuando una lesión tumoral es extirpada quirúrgicamente por especialistas no dermatólogos o dermatólogos sin buen entrenamiento y/o experiencia; es frecuente que no se le realice estudio histológico, y en no pocas ocasiones la pieza reseca pudo haber sido en realidad, un tumor maligno y el daño al paciente podrá ser trascendente incluso para su vida.

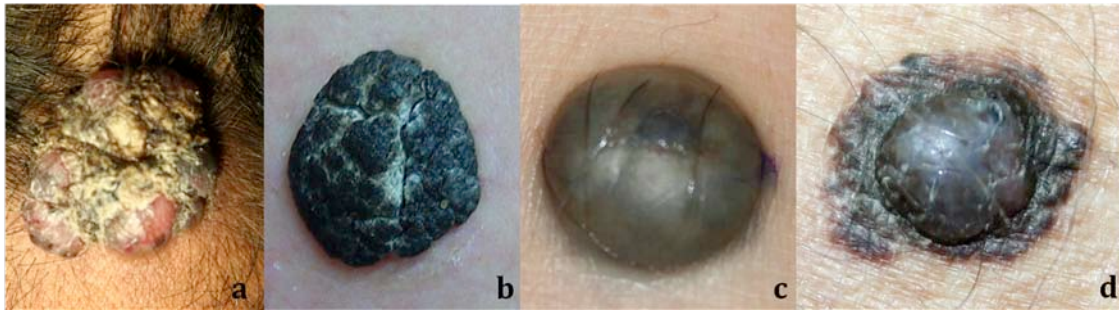
LA PROBLEMÁTICA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las queratosis seborreicas, son lesiones exofíticas o prominentes, que carecen de infiltración, estos dos datos son en la mayoría de los casos, claves para su diagnóstico por parte del especialista, además de que en ocasiones pueden ser pediculadas, sin embargo, ante la más mínima duda, el estudio histopatológico es obligado.

En alguno de los casos si existe duda, se puede rasurar la lesión y enviar la pieza para estudio histopatológico.

En la figura no. 3 vemos cuatro imágenes que se parecen clínicamente, sin embargo, el estudio microscópico comprobó que se trataba de: a) Carcinoma basocelular pigmentado. B) Queratosis seborreica, c) Nevo azul y d) Melanoma.

a



El tiempo de evolución es de ayuda en particular cuando se trata de nevos o “lunares”, pues la mayoría de ellos aparecen en la infancia o poco después, pero con alguna frecuencia llegan a la consulta institucional o privada, pacientes con nevos que refieren haber cambiado de color, han crecido o bien han empezado a presentar diversas tonalidades en su superficie, por lo que en estos casos es obligado el efectuar una biopsia incisional o excisional, según el tamaño de la lesión para comprobar si se trata de un nevo melanocítico o de un carcinoma basocelular o espinocelular pigmentado e incluso cabe la posibilidad del diagnóstico diferencial con melanoma. Lo importante es destacar que ya teniendo el estudio histológico, éste define la conducta quirúrgica a seguir, tratándose de un cáncer de piel, de cualquier tipo.

LAS DUDAS. ¿QUÉ HACER ANTE UNA O VARIAS LESIONES PIGMENTADAS?

1. Además de las características clínicas ya señaladas que pueden ser orientadoras y son muy importantes, debemos tomar en cuenta los siguientes datos:

- a) **Tiempo de evolución.** de las lesiones. Los nevus benignos reiteramos, aparecen generalmente en la infancia, por lo que una lesión de reciente aparición o con crecimiento rápido debe de ser revisada cuidadosamente
- b) **Características morfológicas.** Las lesiones benignas generalmente son bien limitadas, de un sólo color con bordes regulares.
- c) **Número de neoformaciones.** En términos generales las lesiones benignas habitualmente son múltiples, en cambio las malignas aparecen como lesiones únicas.
- d) **Fototipo de piel.** Las lesiones malignas son más frecuentes en personas con piel blanca y ojos de color claro. Ellas especialmente, deben de cuidarse del sol y revisar lesiones sospechosas.
- e) **Signos y síntomas de las mismas.** Las lesiones benignas no causan síntomas, en cambio una lesión maligna puede sangrar, ulcerarse o doler.

Habrá que tener más cuidado con lesiones que aparecieron después de la adolescencia o cambiaron al parecer en su tamaño o color, para lo cual aplicamos la regla del ABCD

A= Asimetría

B= Bordes

C= Color

D= Diámetro

Por lo general, las lesiones névicas asimétricas de bordes mal delimitados o irregulares, de color heterogéneo que van del café claro al negro, con diámetro mayor a 6 mms, deben tomarse como neoformaciones con potencial maligno hasta no demostrar lo contrario, deberán vigilarse o mejor aún extirparse quirúrgicamente para su correspondiente estudio microscópico, esto tendrá por objetivo un diagnóstico temprano y oportuno para prevenir una transformación maligna, ya que podemos estar en presencia de un nevo melanocítico de unión displásico, que son los que como ya decíamos, más suelen confundirse o transformarse a melanoma o tratarse ya, de un melanoma “in situ”.

No hay que olvidar que existen tumoraciones subungueales que pueden manifestarse como cambio del color de la lámina ungueal y que esencialmente pueden corresponder a traumatismos, que cuando han sido suficientemente importantes el enfermo lo recuerda de manera clara, pero en ocasiones dichos traumas fueron insignificantes y pasaron desapercibidos; entonces surge la duda si se trata de una lesión névica de reciente aparición o bien de una neoformación maligna. (Figura 4a y 4b)



Fig 4a y b. Uña con hematoma subungueal traumático (a) y melanoma subungueal (b).

Una maniobra para descartar que pueda ser una pigmentación traumática (hematoma subungueal), consiste en hacer una pequeña incisión en el extremo proximal de la lámina ungueal con una hoja de bisturí, observar durante un par de semanas, y posteriormente ver si esta marca avanza hacia el extremo distal. En este caso podemos estar seguros que ese es el diagnóstico. Si no fuera así, se deberá recurrir al especialista para que resuelva este problema adecuadamente.

TRATAMIENTO

Es un tanto riesgoso dar pautas terapéuticas para el tratamiento de lesiones pigmentadas de la piel, trátense de queratosis seborreicas, nevos o cáncer melanoma o no melanoma.

Si nos referimos a las queratosis seborreicas, el médico no especialista, puede palpar la lesión, tomarla entre sus dedos y comprobar que no presenta induración o infiltración, es decir, que la tumoración no se extiende a dermis profunda o tejido celular subcutáneo, en ese caso y si además el médico puede observar que la superficie de la lesión no es lisa sino verrugosa (estas neoformaciones también se conocen como verrugas seborreicas, que a la vez se confunden con verrugas vulgares, que son producidas por el virus del

papiloma humano en sus múltiples variedades) si se cumplen con esos criterios clínicos la lesión se puede legar y posteriormente electrofulgurar su lecho.

La crioterapia que consiste en la aplicación de nitrógeno líquido, colocado en un dispositivo especial y tiene una temperatura de -190 grados, es un procedimiento muy empleado, incluso por dermatólogos, pero solamente estaría indicada en el tratamiento de la variedad de queratosis seborreicas planas, ya que de otra forma no atraviesa el grosor de la queratosis y causa dolor importante; además de provocar eritema perilesional y en ocasiones ampollas. Por otra parte, es un procedimiento ciego que no permite el estudio histológico, cuando este es necesario.

En tratándose de los nevos melanocíticos y el cáncer melanoma o no melanoma, su tratamiento cae casi siempre en manos del especialista, pues es eminentemente quirúrgico y si la lesión a extirpar tiene diámetros mayores a los 2cm y además se encuentra en zona de riesgo como el borde palpebral, la punta de la nariz, el filtrum y otras más, se requiere manejo multidisciplinario que incluye al cirujano plástico y al oncólogo.

Podemos concluir que el mensaje para el médico no dermatólogo con respecto a este grupo de tumoraciones pigmentadas, será recurrir en caso de duda (casi siempre) al especialista y no pecar de audacia y efectuar cualquier procedimiento quirúrgico que pueda ser un acto de iatrogenia y de consecuencias severas para la vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cagnano E, Benharroch D, Sion-Vardy N. Compound nevus with congenital features and balloon cell changes--an immunohistochemical study. *Ann Diagn Pathol*. 2008 Oct;12(5):362-4. 0
2. Kapur P, Selim MA, Roy LC, Yegappan M, Weinberg AG, Hoang MP. Spitz nevi and atypical Spitz nevi/tumors: a histologic and immunohistochemical analysis. *Mod Pathol*. Feb 2005;18(2):197-204
3. Murali R, McCarthy SW, Scolver RA. Blue nevi and related lesions: a review highlighting atypical and newly described variants, distinguishing features and diagnostic pitfalls. *Adv Anat Pathol*. 2009 Nov;16(6):365-82.
4. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non melanoma skin cancer. *Lancet*. 2010 Feb 20;375(9715):673-85.
5. Basal cell and squamous cell skin cancer. NNCN Practice guidelines in oncology 2009.
6. Ross R, Zelac D. CME Squamous Cell Carcinoma of the Skin. *Plast.Reconstr. Surg*. 114: 82e, 2004
7. Melanoma. NNCN Practice guidelines in oncology 2009.