

Melanoma amelanótico subungueal simulando granuloma telangiectásico. Correlación clínica, histológico y radiológica



Amelanotic Subungual Melanoma Mimicking Telangiectatic Granuloma: Clinical, Histologic, and Radiologic Correlations

Sra. Directora:

El melanoma subungueal (MSU) es poco frecuente, correspondiendo a un 2-3% de los melanomas cutáneos. Menos del 10% de estos corresponden a melanomas amelanóticos. El 90% ocurre a nivel del hallux o primer dedo, y típicamente aparecen en la séptima década de la vida, se diagnostican de forma tardía y se asocian a mal pronóstico¹⁻⁴. El MSU amelanótico generalmente se manifiesta como un nódulo vascular o ulcerado persistente. Ecográficamente el MSU aparece como una zona hipocogénica medianamente delimitada de aumento del espesor y disminución de la ecogenicidad del lecho ungueal, que con frecuencia erosiona el margen óseo hiperecogénico laminar de la falange distal, solevantando y erosionando la estructura bilaminar hiperecogénica de la placa ungueal, demostrando en el doppler color marcada hipervascularización⁵. El granuloma telangiectásico (GT) es su principal diagnóstico diferencial, caracterizado por ser un tumor vascular benigno adquirido, relativamente común, que frecuentemente compromete la uña, su lecho y los tejidos periungüeales⁶. Ecográficamente, el GT subungueal se presenta como una zona focal hipocogénica de engrosamiento y disminución de ecogenicidad del lecho ungueal que solevanta la placa ungueal y no erosiona el margen óseo de la falange distal y demuestra hipervascularización⁵. El MSU requiere un alto índice de sospecha, debido a su similitud con otros cuadros clínicos; por este motivo, decidimos presentar el siguiente caso evaluado en nuestro servicio.

Un hombre de 67 años presentaba una lesión asintomática de un mes de evolución en la uña del primer dedo izquierdo,



Figura 1 Nódulo eritematoso subungueal.

de rápido crecimiento y asociada a sangrado ante traumatismos menores (fig. 1). Al examen físico destacaba la presencia de un nódulo eritematoso friable subungueal de aspecto vascular, asociado a disrupción de la lámina ungueal. Se realizó ecografía doppler color, observándose aumento del espesor y disminución difusa de la ecogenicidad del lecho. Adicionalmente se visualizó un aumento de vascularización difusa del lecho. Estos hallazgos ecográficos son compatibles con un proceso inflamatorio subungueal asociado a cambios de aspecto granulomatoso que predominan en la zona central, compatibles con GT como primera posibilidad (fig. 2). Se realizó extirpación quirúrgica amplia ante la sospecha de granuloma telangiectásico y el estudio histopatológico demostró un melanoma maligno del lecho

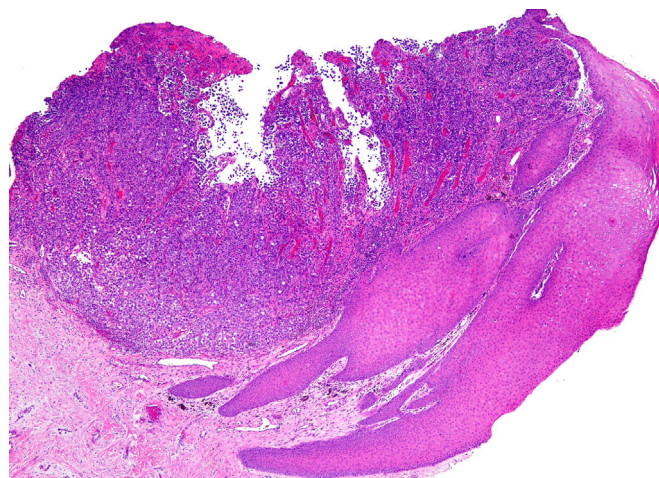


Figura 2 Histología. Melanoma amelanótico ulcerado Bres-low 3 mm.

Tabla 1 Diagnóstico diferencial ecográfico

Lesión	Ecogenicidad	Bordes	Erosión placa ungueal	Remodelación ósea	Erosión ósea	Hipervascularización
Melanoma ungueal	Hipoecogénico	Mal delimitados	+++ ^a	+	+++ ^a	+++
Granuloma telangiectásico	Hipoecogénico	Mal delimitados	++	Rara	+	+++
Tumor glómico	Hipoecogénico	Bien delimitados	Rara	+++	Rara	++
Carcinoma epidermoide	Hipoecogénico o heterogéneo	Mal delimitados	+++ ^a	+	++ ^a	++ ^a

La remodelación ósea implica cambio en el relieve o convexidad de la falange distal sin interrupción de la cortical. La erosión ósea implica interrupción de la cortical de la falange distal.

^a Puede variar según el grado de infiltración.

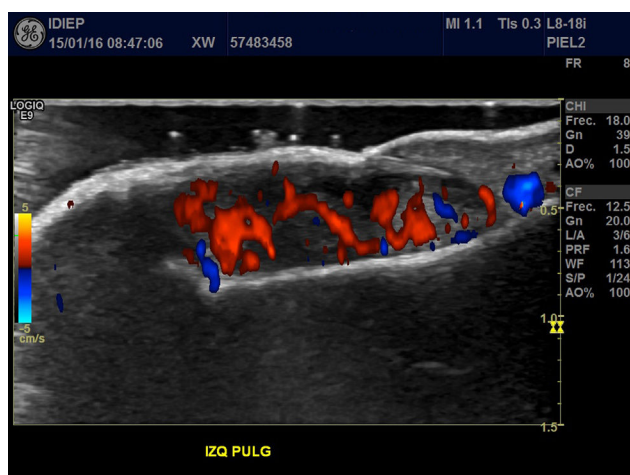


Figura 3 Ecografía doppler color 18 Hz del aparato ungueal.

ungueal, nodular, ulcerado, nivel III de Clark, con Breslow de 3 mm e índice mitótico de 10/mm² (fig. 3).

El MSU generalmente se manifiesta como un nódulo vascular o ulcerado persistente. Su diagnóstico diferencial es amplio, incluyendo tumor glómico, carcinoma epidermoide y GT, siendo este el más importante^{4,7,8}. En la tabla 1 se enumeran algunas características ecográficas de importancia en el diagnóstico diferencial⁵.

Clínicamente el MSU presenta una superficie de un matiz eritematoso apagado, mientras que la mayoría de los tumores vasculares tienen una coloración roja brillante⁹. Además, tienden a sangrar menos y son de crecimiento lento (meses a años), a diferencia del GT, que habitualmente crece en semanas. El MSU no es raro que presente el antecedente de un traumatismo hasta en el 25% de los casos. Ecográficamente este caso de MSU representa un desafío diagnóstico, debido a la ausencia de márgenes delimitados, a la ausencia de erosión del margen óseo de la falange distal, ambas características comunes en los MSU, sumado a la actual limitación de la ecografía en detectar pigmento.

En el melanoma cutáneo se ha reportado una fuerte correlación entre el grosor del tumor por ecografía doppler color e histología (Breslow), por lo que resulta interesante contar con este recurso de imagen como método complementario de estudio. A diferencia del uso de ecografía

doppler color en una gran variedad de lesiones ungueales, en el MAS solo existen casos aislados del uso de ecografía doppler color y ninguno de uso de la ecografía⁵.

Estudios iniciales planteaban tasas de supervivencia del MSU a 5 años cercanas a 16%, inferiores incluso con amputaciones distales de la articulación metacarpo o metatarsofalángica, razón por la que la amputación proximal es el tratamiento de elección¹⁰.

Un interesante tratamiento que se ha planteado es la posibilidad de usar cirugía micrográfica de Mohs en casos de MS, aunque la mayoría de estudios que usan esta técnica son de pequeñas series, y requiere un mayor número de casos para determinar su efectividad¹⁰.

En conclusión, la variante amelanótica del melanoma subungueal es de difícil diagnóstico clínico y ecográfico, por lo que debe diferenciarse oportunamente de otros tumores malignos o benignos y realizarse precozmente una biopsia. Los melanomas amelanóticos pueden simular ecográficamente la presencia de un granuloma telangiectásico subungueal, especialmente cuando no se observa erosión de la falange o de la placa ungueal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Sergio González, dermatopatólogo de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Bibliografía

- Gosselink CP, Sindone JL, Meadows BJ, Mohammadi A, Rosa M. Amelanotic subungual melanoma: A case report. *J Foot Ankle Surg.* 2009;48:220-4.
- Piraccini BM, Bellavista S, Misciali C, Tosti A, de Berker D, Richert B. Periungual and subungual pyogenic granuloma. *Br J Dermatol.* 2010;163:941-53.
- Dika E, Patrizi A, Fanti PA, Christman H. An asymptomatic subungual nodule. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:e27-8.
- Ghariani N, Boussofara L, Kenani N, Ghannouchi N, Mebazaa A, Denguezli M, et al. Post traumatic amelanotic subungual melanoma. *Dermatol Online J.* 2008;14:13.

5. Wortsman X. Sonography of the nail. En: Wortsman X, Jemec GBE, editores. Dermatologic ultrasound with clinical and histologic correlations. 1st edition NY: Springer; 2013. p. 419–76.
6. Zaballos P, Rodero J, Serrano P, Cuellar F, Guionnet N, Vives JM. Pyogenic granuloma clinically and dermoscopically mimicking pigmented melanoma. *Dermatol Online J*. 2009;15:10.
7. Rigby HS, Briggs JC. Subungual melanoma: A clinicopathological study of 24 cases. *Br J Plast Surg*. 1992;45:275–8.
8. Sbrano P, Nami N, Grimaldi L, Rubegni P. True amelanotic melanoma: The great masquerader. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63:e307–8.
9. Harrington P, O'Kelly A, Trail IA, Freemont AJ. Amelanotic subungual melanoma mimicking pyogenic granuloma in the hand. *J R Coll Surg Edinb*. 2002;47:638–40.
10. Cochran AM, Buchanan PJ, Bueno RA Jr, Neumeister MW. Subungual melanoma: A review of current treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2014;134:259–73.

M. Silva-Feistner^{a,*}, E. Ortiz^a, S. Alvarez-Véliz^a y X. Wortsman^b

^a *Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

^b *IDIEP-Instituto de Investigación y Diagnóstico por Imágenes en Piel y Tejidos Blandos, Departamento Dermatología, Universidad de Chile, Santiago, Chile*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcos.silva.feistner@gmail.com (M. Silva-Feistner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.03.008>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Panarteritis nudosa con patrón de respuesta inflamatoria sistémica: respuesta a anti-TNF



Polyarteritis Nodosa with a Systemic Inflammatory Response Pattern: Effectiveness of anti-TNF

Sra. Directora:

La panarteritis nudosa (PAN) es una vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre, diferenciándose clásicamente 2 formas. La forma cutánea sería aquella en que la clínica se limita a la piel, pudiendo asociar mialgias, artralgias generalizadas y neuritis en las zonas próximas de afectación cutánea, así como fiebre hasta en un tercio de los casos. La forma sistémica asocia afectación de órganos internos, más frecuentemente renal, hepática o del SNC¹.

Un varón de 50 años consultó en nuestro servicio por un cuadro de aproximadamente 5 años de evolución, caracterizado por brotes de lesiones nodulares, inicialmente aisladas en las piernas, asociados a artralgias generalizadas. En el último año también afectaban a los brazos, con episodios febriles, pérdida de peso, astenia y anorexia. Había estado en seguimiento en otro centro hospitalario, realizándose varias biopsias con resultados inespecíficos (infiltrado neutrofílico en dermis, dermatitis de estasis, y una última de paniculitis de predominio lobulillar). Sin diagnóstico definitivo, recibió tratamiento con diferentes fármacos, sin control de la enfermedad, manteniéndose a lo largo de todo el periodo con corticoides orales, y asociando en diferentes momentos colchicina, azatioprina, metotrexato o ciclosporina. Analíticamente, destacaba una elevación de reactantes de fase aguda (RFA), con elevación de PCR y VSG (llegando en los últimos meses a valores de 120 mm/h). Todo el estudio complementario, incluyendo autoinmunidad (ANA, ENA y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos o ANCA) y serologías (VIH y virus hepatotropos), fue normal.

Cuando el paciente acudió por primera vez a nuestro centro presentaba, principalmente en los miembros inferiores y

en menor medida en los superiores, placas eritematosas con descamación periférica y lesiones nodulares en el interior de estas. También mostraba edema en el dorso del pie y el tobillo izquierdos (fig. 1a-c). Se realizó una biopsia compatible con paniculitis septal (fig. 1d).

Coincidiendo con el descenso de la dosis de prednisona, el paciente tuvo un nuevo brote, con placas purpúricas que se extendían centrífugamente en las mismas localizaciones que los brotes previos, dolor, edema bimalleolar y fiebre.

Una nueva biopsia reveló un infiltrado neutrofílico en vasos de mediano y pequeño calibre, con necrosis fibrinoide, asociado a un infiltrado moderado eosinofílico (fig. 2 a y 2b). Con todo ello se llegó al diagnóstico de PAN. Dada la ausencia de afectación orgánica, a pesar de la llamativa elevación de RFA, y la importante afectación del estado general, se encuadraría como una forma de PAN cutánea, con un patrón de respuesta inflamatoria sistémica asociado.

Tras aumentar la dosis de prednisona a 1 mg/kg/día, y el control del brote agudo, se inició tratamiento con ciclofosfamida e inmunoglobulinas. A pesar de ello no se logró disminuir la dosis de corticoides sin nuevos empeoramientos. Por ello, se inició tratamiento con infliximab a dosis de 5 mg/kg, presentando muy buena respuesta desde la primera infusión, con una completa normalización de los parámetros analíticos. La dosis de corticoides se disminuyó progresivamente hasta su suspensión, sin presentar nuevos brotes de lesiones en un año de seguimiento, salvo livedo residual (fig. 2c), manteniéndose tratamiento con infliximab cada 8 semanas.

La clínica típica de la PAN cutánea se caracteriza por brotes de lesiones nodulares, dolorosas, que van dejando una livedo¹. En las primeras series de 1974² se describía como característica típica de esta la presencia de un patrón en «estallido de estrellas», clínica que recuerda mucho a la de nuestro paciente, no encontrando descripciones similares en la literatura reciente.

Histológicamente, la presencia de una paniculitis focal alrededor de la arteria afecta es característica. Sin embargo, si el infiltrado inflamatorio es muy intenso, puede aparecer una paniculitis tan intensa que enmascare la vasculitis¹.