



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Melanoma en el cuero cabelludo: hallazgos clínicos e histopatológicos



Scalp Melanoma: Clinical and Histopathological Findings

Sr. Director:

De manera tradicional, el melanoma en el cuero cabelludo ha sido registrado como uno de los melanomas con peor pronóstico, junto con los situados en la parte alta de la espalda y en la cara posterior de los brazos y el cuello (BANS). De todos modos, no está claro si este hecho se debe a la dificultad de la exploración, a su localización o a un comportamiento histopatológico más agresivo. Una revisión reciente reflejó un incremento del número de melanomas en el cuero cabelludo en los últimos años¹.

Presentamos una serie de casos retrospectivos de 22 pacientes con melanoma en el cuero cabelludo diagnosticados entre 2000 y 2018 en un hospital terciario. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas e histopatológicas del melanoma en el cuero cabelludo en nuestra población. También tratamos de identificar qué factores clínicos contribuyeron a un mayor espesor de Breslow y a una peor estadificación al establecer el diagnóstico.

En nuestra serie los melanomas en el cuero cabelludo representaron el 16% del total de melanomas en cabeza y cuello. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 74 años, correspondiendo el 59,1% de los casos a los pacientes mayores de 70 años. Los hallazgos clínicos e histopatológicos para los melanomas invasivos e *in situ* se resumen de manera conjunta en la [tabla 1](#). De manera secundaria, los factores que contribuyen a un mayor espesor de Breslow o estadificación del tumor se evaluaron utilizando la prueba exacta de Fisher. Para dos categorías de espesor de Breslow (<0,8, ≥0,8 mm) y estadio tumoral (0-I, II-IV), los melanomas amelanóticos en el cuero cabelludo reflejaron un incremento del estadio tumoral (p=0,002), mientras que los melanomas ulcerados reflejaron un espesor de Breslow (p=0,004) y un estadio tumoral mayores (p=0,009). No

se observaron diferencias significativas en ninguna de las demás variables analizadas ([tabla 2](#)).

Tras las últimas recomendaciones terapéuticas del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), el tratamiento para nuestros pacientes consistió en una extirpación amplia con márgenes específicos, así como la realización de biopsia del ganglio centinela, o pruebas de imagen cuando estuviera indicado. Durante el seguimiento, dos pacientes con estadio tumoral IIB y IIIA desarrollaron metástasis a distancia y fallecieron por este motivo.

Conforme a la literatura, el melanoma en el cuero cabelludo es infrecuente, representando del 3 al 5%^{2,3} de todos los melanomas, y del 14 al 49%⁴ del total de melanomas en cabeza y cuello. A pesar de que el melanoma es normalmente más frecuente en mujeres jóvenes, y ha sido vinculado a quemaduras en la infancia, el melanoma en cabeza y cuello, y también en el cuero cabelludo, se describe normalmente en varones mayores con antecedentes de lesión actínica⁴. Xie et al.² realizaron un gran estudio transversal de 1.617 pacientes con melanomas en cabeza y cuello, 292 de ellos en el cuero cabelludo, que compararon con otras localizaciones en cabeza y cuello. Al comparar ambos estudios, en nuestra serie describimos una mayor tasa de melanomas *in situ* (19,67% vs 31,8%). Considerando por separado los melanomas invasivos e *in situ*, reportaron una mayor predominancia masculina para los melanomas invasivos (invasivos: 79,9 vs 66,7%; *in situ*: 79 vs 85,7%) con una edad media menor para los melanomas *in situ* (invasivos: 69,3 vs 68,5 años; *in situ*: 72,6 vs 78 años). Ellos observaron un mayor porcentaje de antecedentes de lesiones actínicas (invasivos: 51,2% vs 13,33%; *in situ*: 72,6% vs 42,86%) y cáncer de piel no melanoma (invasivos: 48,5% vs 6,67%; *in situ*: 50% vs 28,57%) en su grupo. De igual modo, en su serie se describió una mayor proporción de melanomas amelanóticos (31,2% vs 18,3%). Por otro lado, la mayoría de las lesiones fueron descubiertas por otra persona que no fuera uno mismo, mientras que en nuestra serie fueron detectados por la propia persona. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, aunque encontramos que el subtipo más común fue el melanoma de extensión superficial, ellos describieron lentigo maligno (35,7%) como el subtipo más frecuente de melanoma en el cuero cabelludo invasivo.

Dos de los pacientes de nuestra serie fallecieron debido a enfermedad sistémica. Los estudios sobre recidiva muestran una tasa de la enfermedad local, regional y sistémica variables a 5 años: del 11,7 al 15%, del 11 al 21,1% y del

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.01.024>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.08.009>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Hallazgos clínicos e histopatológicos en los pacientes con melanoma en el cuero cabelludo (2000-2018) (n=22)

Características clínicas del paciente		Hallazgos histopatológicos del melanoma	
Historia personal o familiar previa de melanoma	Ninguna	Subtipo, n (%)	Extensión superficial del melanoma: 10 (45,5) Lentigo maligno: 7 (31,8) Melanoma nodular: 4 (18,2) Otros subtipos: 1 (4,5)
Historia de lesión actínica y cáncer de piel no melanoma, n (%)	5 (22,7), 3 (13,6)	Invasión, n (%)	<i>In situ</i> : 7 (31,8)
Edad media en el diagnóstico, años (rango)	74 (31-88)	Breslow, mediana (rango)	Invasivo: 15 (68,2) 1 (0-25) mm
Sexo (hombres, mujeres), n (%)	16 (72,7), 6 (27,3)	Número de mitosis (mediana)	0 (0-52)/mm ²
Alopecia, n (%)	9 (47,1)	Ulceración, n (%)	5 (22,7)
Fototipo de Fitzpatrick, n (%)	II: 9 (59,1), III: 13 (40,9)	Regresión, n (%)	5 (23,8)
<i>Características clínicas del melanoma</i>		Invasión linfovascular/neuronal, n (%)	1 (4,8)
¿Quién descubrió la lesión? n (%)	Paciente: 16 (72,7) Médico: 1 (4,2) Peluquero/barbero: 1 (4,2) Otra persona: 4 (16,7)	pT, n (%)	T1a: 3 (13,63)
Causa para la detección, n (%)	Cambio de color en lesiones previas: 5 (25) Nueva lesión no apreciada previamente: 4 (20) Lesiones previas que aumentan de tamaño: 8 (40) Ulceración: 3 (15)		
Localización anatómica, n (%)	Parietal: 12 (54,5) Frontal: 2 (9,1) Occipital: 2 (9,1)		<i>Estadio tumoral^a, n (%)</i> Temporal: 6 (27,3) 0: 7 (31,8)
Color del melanoma, n (%)	II A, B, C: 0, 1 (4,5), 4 (18,2)		III A, B, C, D: 1 (4,5), 0, 0, 0
I A, B: 4 (18,2), 5 (22,7)			
Tamaño medio, cm (rango)	1,45 (0,4-5)		IV: 0
Tiempo de desarrollo, n (%)	< 1er año: 7 (31,8) 1-2 años: 5 (22,7) > 2 años: 2 (9,1) Desconocido: 8 (36,4)		

^a El estadio tumoral del melanoma se calculó considerando las recomendaciones de la AJCC correspondientes al año de diagnóstico.

15 al 31,7%^{5,6}, con un tiempo hasta la primera recidiva de 11,8 meses⁶. Se ha reportado una supervivencia global a 5 años de alrededor del 58%, significativamente inferior a la de otros sitios primarios, tales como extremidades, tronco o resto de la cabeza y cuello ($p < 0,0001$)⁷.

Sigue existiendo poca evidencia sobre los factores del paciente y clínicos que confieren peor pronóstico al melanoma en el cuero cabelludo. En nuestra serie, el único factor que guardó relación con un mayor espesor de Breslow y una peor estadificación fue la amelanosis.

A modo de conclusión, nos gustaría resaltar la importancia de la exploración sistemática del melanoma en el cuero cabelludo en la clínica diaria. Son necesarios más estudios, con mayor evidencia y tamaño muestral, para comprender

Tabla 2 Factores contributivos a un mayor espesor de Breslow/estadio tumoral evaluados utilizando la prueba exacta de Fisher

Nuestra serie (n = 22)	Espesor de Breslow		p	Estadio tumoral		p
	< 0,8	≥ 0,8		0-I	II-IV	
Sexo						
Hombres (n = 16)	8 (50%)	8 (50%)	0,646	12 (75%)	4 (25%)	1
Mujeres (n = 6)	2 (33,3%)	4 (66,7%)		4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Alopecia (n = 9)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,637	7 (77,8%)	2 (22,2%)	1
Amelanótico (n = 4)	0	4 (100%)	0,096	0	4 (100%)	0,002
Ulceración (n = 5)	0	5 (100%)	0,04	1 (20%)	4 (80%)	0,009
Regresión (n = 5)	2 (40%)	3 (60%)	1	4 (80%)	1 (20%)	1
Invasión linfocelular/neuronal (n = 1)	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0,238

el comportamiento clínico e histopatológico del melanoma en esta localización.

Conflictos de intereses

Ninguno que declarar.

Bibliografía

- Hernández Aragiés I, Avilés Izquierdo JA, Suárez Fernández R. Cutaneous head and neck melanoma: Changes in clinical and histologic features from 1995 to 2015 in a tertiary hospital in Madrid, Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;11:503-9.
- Xie C, Pan Y, McLean C, Mar V, Wolfe R, Kelly JW. Scalp melanoma: Distinctive high risk clinical and histological features. *Aust J Dermatol.* 2017;58:181-8.
- Tas F, Erturk K. Scalp melanoma is associated with high mitotic rate and is a poor prognostic factor for recurrence and outcome. *Melanoma Res.* 2017;27:387-90.
- Zito PM, Scharf R. *Cancer, Melanoma, Head and Neck.* StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018.

- Lachiewicz AM, Berwick M, Wiggins CL, Thomas NE. Survival differences between patients with scalp or neck melanoma and those with melanoma of other sites in the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Arch Dermatol.* 2008;144:515-21.
- Sparks DS, Read T, Lonne M, Barbour AP, Wagels M, Bayley GJ, et al. Primary cutaneous melanoma of the scalp: Patterns of recurrence. *J Surg Oncol.* 2017;115:449-54.
- Ozao-Choy J, Nelson DW, Hiles J, Stern S, Yoon JL, Sim MS, et al. The prognostic importance of scalp location in primary head and neck melanoma. *J Surg Oncol.* 2017;116:337-43.

P. Garbayo-Salmons*, M. Sàbat Santandreu, N. Fernández-Chico, V. Exposito Serrano y J. Luelmo Aguilar

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pgarbayo@gmail.com
 (P. Garbayo-Salmons).