

S. Gómez-Díez<sup>a,\*</sup>, B. García-García<sup>a</sup>, M.S. Fernández-García<sup>b</sup> y N. Pérez-Oliva<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Facultad de Medicina, Oviedo, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Facultad de Medicina, Oviedo, España

doi:10.1016/j.ad.2009.04.003

## Melanomas y carcinomas basocelulares en un paciente con enfermedad de Parkinson

### Melanomas and basal cell carcinomas in a patient with parkinson disease

Sr. Director:

Estudios recientes han observado un aumento del riesgo de melanoma en pacientes con enfermedad de Parkinson<sup>3</sup>. La mayoría de éstos coinciden en que el riesgo de melanoma se duplica en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática, y encuentran un incremento del riesgo del 20% de cáncer de piel no melanoma<sup>1,2</sup>, incluso en los que aún no habían desarrollado la enfermedad, es decir, encuentran una asociación positiva entre la enfermedad de Parkinson y el melanoma<sup>3</sup>. Podría existir un factor etiopatogénico común que produjese la destrucción de la sustancia negra así como la transformación neoplásica de los melanocitos cutáneos.

Se cree que los determinantes genéticos de la enfermedad de Parkinson idiopática aumentan la susceptibilidad de la piel frente a la radiación ultravioleta<sup>1</sup>.

En la literatura médica se ha indicado que el tratamiento con levodopa en pacientes con enfermedad de Parkinson aumenta el riesgo de cáncer cutáneo no melanoma y melanoma sobre la base de la existencia de una vía metabólica común para la síntesis de melanina y dopamina<sup>1-7</sup>.

La levodopa es un aminoácido que habitualmente no se encuentra presente en las proteínas celulares, sin embargo,



Figura 1 Imagen dermatoscópica del primer melanoma.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sangodi@telefonica.net  
(S. Gómez-Díez).

en estudios *in vitro* se ha observado que se incorpora en líneas celulares de diferentes melanomas<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de un paciente varón, de 42 años de edad, con antecedente de enfermedad de Parkinson de 10 años de evolución tratado con levodopa. En mayo de 2005 se le intervino de un melanoma en el flanco izquierdo (fig. 1), que histológicamente presentaba un nivel II de Clark y 1 un índice Breslow de 0,5 mm, no ulcerado y sin áreas de regresión. El estudio de extensión fue negativo. No recibió tratamiento coadyuvante.

En febrero de 2008 se envió desde el servicio de oncología por la reciente aparición de múltiples placas eritematoescamosas de bordes perlados en la espalda y en las áreas de extensión de ambos brazos (fig. 2). En la exploración, el paciente presentaba también una lesión pigmentada atípica en el flanco derecho. El estudio histológico de las lesiones de la espalda confirmó que se trataban de carcinomas basocelulares superficiales. La lesión pigmentada se informó como melanoma, presentaba un nivel V de Clark y un índice Breslow de 3,8 mm.

Se le intervino quirúrgicamente del segundo melanoma. El estudio de extensión fue negativo. Se realizó terapia fotodinámica para los carcinomas basocelulares, con buen resultado.

La sospecha de que la levodopa podría aumentar el riesgo de melanoma se ha indicado en varios ensayos clínicos en pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con este



Figura 2 Múltiples carcinomas basocelulares en la espalda (círculos). Melanoma en el flanco derecho (flecha).

fármaco, pero no existe evidencia de que el tratamiento con este fármaco aumente el riesgo de melanoma o su progresión<sup>1</sup>.

Para concluir, nos gustaría transmitir la importancia de realizar una protección solar estricta así como la de enviar a estos pacientes al dermatólogo ante la aparición de cualquier lesión pigmentada.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Olsen JH, Tangerud K, Wermuth L, Frederiksen K, Friis S. Treatment with levodopa and risk for malignant melanoma. *Mov Disord.* 2007;22:1252-7.
2. Olsen JH, Søren F, Frederiksen K. Malignant melanoma and other types of cancer preceding Parkinson disease. *Epidemiology.* 2006;17:582-7.
3. Zanetti R, Loria D, Rosso S. Melanoma, Parkinson's disease and levodopa: Causal or spurious link? A review of the literature. *Melanoma Res.* 2006;16:201-6.

doi:10.1016/j.ad.2009.05.002

4. Zanetti R, Rosso S. Levodopa and the risk of melanoma. *Lancet.* 2007;369:257-8.
5. Zanetti R, Rosso S, Loria DI. Parkinson's disease and cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16:1081.
6. Siple JF, Schneider DC, Wanlass WA, Rosenblatt BK. Levodopa therapy and the risk of malignant melanoma. *Ann Pharmacother.* 2000;34:382-5.
7. Fiala KH, Whetteckey J, Manyam BV. Malignant melanoma and levodopa in Parkinson's disease: Causality or coincidence? *Parkinsonism Relat Disord.* 2003;9:321-7.

A. Hiraldo<sup>a,\*</sup>, E. Gómez-Moyano<sup>a</sup>, S. Martínez<sup>a</sup> y A. Sanz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alihiraldo@hotmail.com (A. Hiraldo).

## Hipoplasia dérmica focal unilateral

### Unilateral focal dermal hypoplasia

Sr. Director:

La hipoplasia dérmica focal (HDF) es una genodermatosis infrecuente que se caracteriza por manifestaciones cutáneas específicas como hiperpigmentación e hipopigmentación, atrofia y telangiectasias con distribución cribiforme o lineal que sigue las líneas de Blaschko.

Se hereda de forma dominante ligada al cromosoma X debido al predominio en mujeres y a la frecuente historia de abortos y fetos nacidos muertos en el caso de los varones. Se cree que los pocos casos descritos en varones se deben a mosaicismos somáticos, mutaciones de hemicromátides o nuevas mutaciones<sup>1</sup>.

En estadios iniciales de la embriogénesis uno de los 2 cromosomas X en cada célula somática se inactiva y forma la cromatina sexual (lionización). Este fenómeno es aleatorizado y permanente, y da lugar a 2 poblaciones celulares funcionalmente diferentes (mosaicismo funcional)<sup>2</sup>.

En las enfermedades dominantes ligadas al cromosoma X, las mujeres afectadas presentan diversos tipos de manifestaciones clínicas, debido a que la lionización puede dar lugar a 3 patrones de mosaicismo funcional: siguiendo las líneas de Blaschko, con un patrón de lateralización o en tablero de ajedrez<sup>3</sup>.

La HDF es una enfermedad dominante ligada al cromosoma X, letal en los varones, en la que la lionización se manifiesta habitualmente a lo largo de las líneas de Blaschko.

Presentamos el caso de un neonato con manifestaciones cutáneas limitadas a un lado del cuerpo que, 2 años más tarde, desarrolló mínimas lesiones en el lado contralateral.

Nuestro caso probablemente se debe al patrón de lateralización de la lionización. En la revisión de la literatura médica sólo hemos encontrado 3 casos similares de HDF unilateral<sup>4-6</sup>.

Se trata de una niña de 20 meses de edad que desde el nacimiento presenta lesiones cicatriciales atróficas, con telangiectasias, hiperpigmentación e hipopigmentación, que afectan a la axila izquierda, el lado izquierdo del tronco y el miembro inferior izquierdo, siguiendo las líneas de Blaschko. (fig. 1). En el lado izquierdo de la pirámide nasal presentaba una placa de atrofia cribiforme (fig. 2).

En la familia no había antecedentes de interés y la madre no refería historia previa de abortos.

Desde el nacimiento presentaba una obstrucción bilateral del conducto lagrimal, por lo que se había realizado una



**Figura 1** Lesiones atróficas lineales que siguen las líneas de Blaschko, con afectación del lado izquierdo del cuerpo.