



**INSTITUTO DE DERMATOLOGIA PROF. R. D. AZULAY**

**I  
N  
S  
T  
I  
T  
U  
T  
O  
D  
E  
D  
E  
R  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
A**  
**P  
R  
O  
F.  
R  
U  
B  
E  
M  
D  
A  
V  
I  
D  
A  
Z  
U  
L  
A  
Y**

# **MELANOMA DE LA UNIDAD UNGUEAL: UNA PRESENTACIÓN RARA DE ESTA NEOPLASIA**

**Maryi López Guerra  
Raquel Murad Bichara  
Lucia Montes Madrid  
Andreia Leverone  
Robertha Nakamura**



## RELATO DE CASO

**ID:** Paciente femenina, 49 años, Parda, casada, ama de casa, natural de Rio de Janeiro, Brazil.

**MC:** “ Problema en el dedo”.

**EA:** Paciente que acude a la consulta del **Centro de Estudios de la Uña** relatando historia clínica de 1 año de evolución, con distrofia de la lámina ungueal del tercer dedo de la mano derecha, acompañada de punto negro en el borde distal, desarrollándose 6 meses después una lesión tumoral sobre el lecho ungueal.

**AP/HS/HF:** Niega.



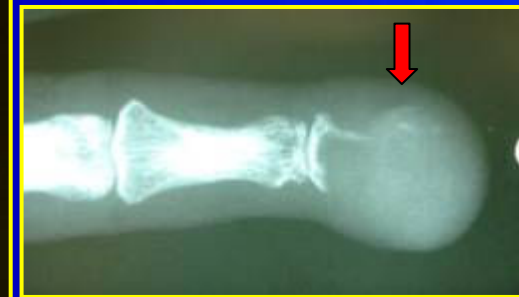
## Examen dermatológico:



Lesión tumoral, eritematosa con telangiectasias, pérdida parcial de la uña, cuya superficie presenta melanoníquia estriada en el 3 dedo de la mano derecha y en el extremo distal con 2 puntos negros.



# EXAMENES COMPLEMENTARIOS

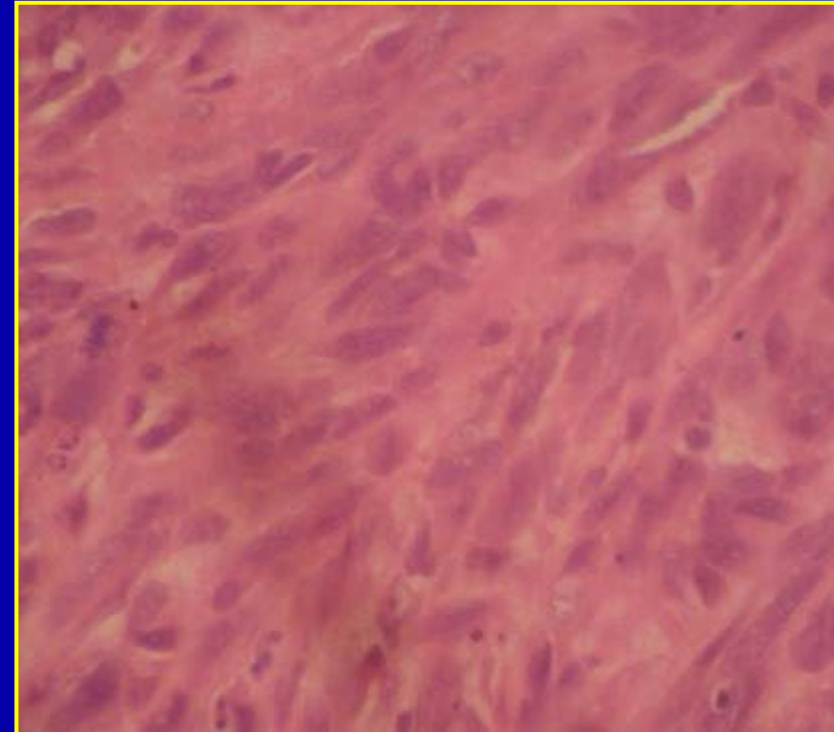
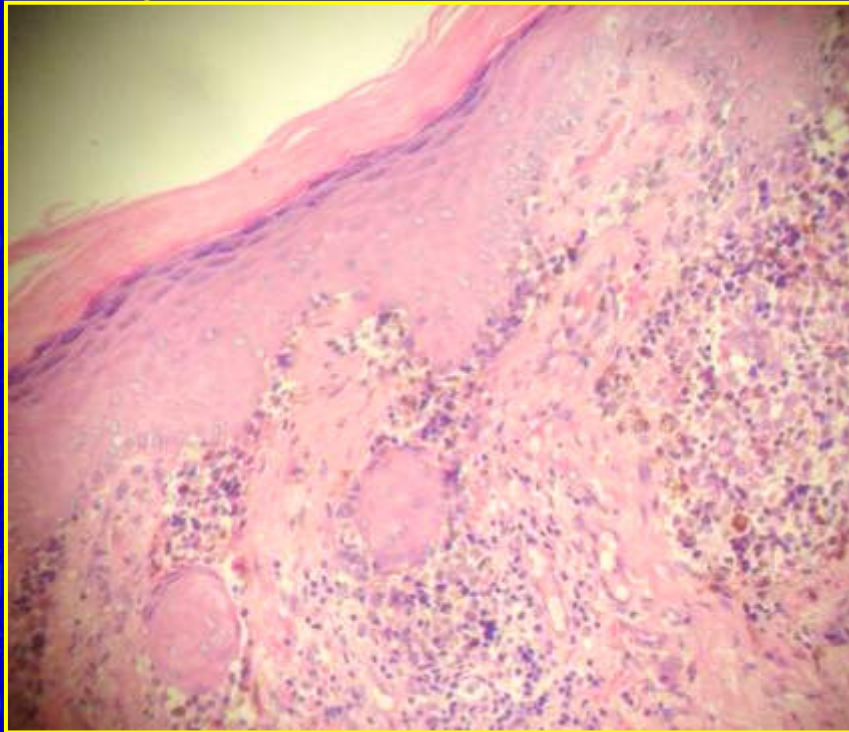


Radiografía de mano derecha: **Destrucción de la falange distal y aumento de las partes blandas.**

- Exámenes de laboratorio y Radiografía de torax normales



# HISTOPATOLOGIA

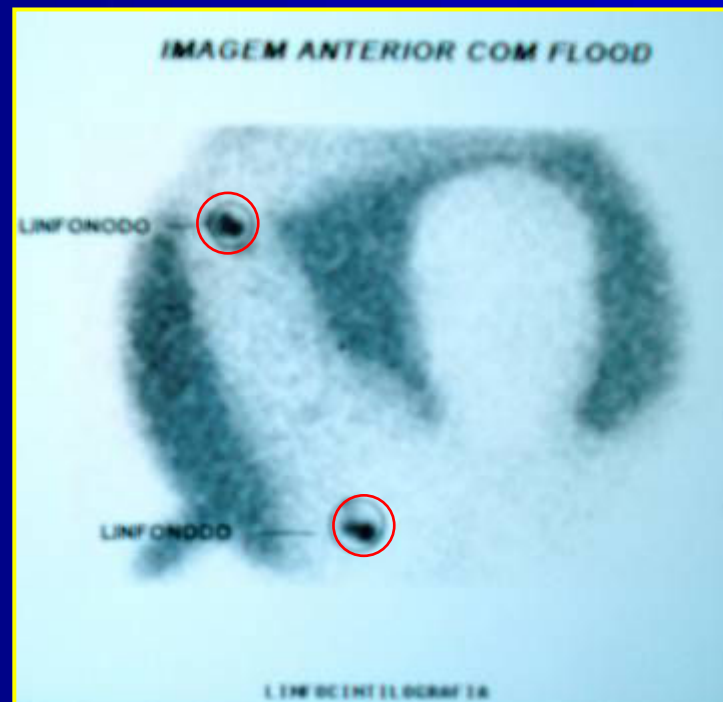


Masa de melanócitos en la epidermis, de morfología ovalada, núcleos atípicos e infiltrado en la dermis reticular, donde adquieren aspecto fusiforme.



## TRATAMIENTO

- Se realizó linfocintilografía para pesquisa de linfonodo centinela despues de inyección intradérmica perilesional de 1mCi de  $^{99m}\text{Tc}$ - Fitato que reveló la presencia de 2 áreas de hiperfijación del radiofármaco en topografía de la fosa cubital y axila ipsilaterales.





Detector manual de radiación gamma o “gama probe” fue utilizado para evaluar el número de recuento radioactivo detectado sobre la piel (en la región previamente marcada durante la linfocintilografía), confirmando la posición de los linfonodos Centinelas antes de la incisión inicial.



Anestesia general  
Asepsia



Inyección intradérmica  
de 10ml de Azul de Metileno



Linfonodo axilar



Linfonodo en fosa cubital

El promedio de linfonodos removidos es de 1,47 o sea, no siempre el linfonodo centinela es único.





Infiltración de anestésico  
para disminuir el dolor en el  
pós operatorio



Resección de las falanges média y  
distal



## RESULTADO FINAL

Linfonodo axilares: Negativo para proteína S-100 y HMB-45 en la inmunohistoquímica. En el linfonodo epitrocLEAR se encontró micrometástase subcapsular positiva para proteína S-100 y HMB-45 en la inmunohistoquímica.

El análisis de la pieza quirúrgica concluyó melanoma en fase de crecimiento vertical, Breslow 6,0 cm y límites quirúrgicos libres de neoplasia.

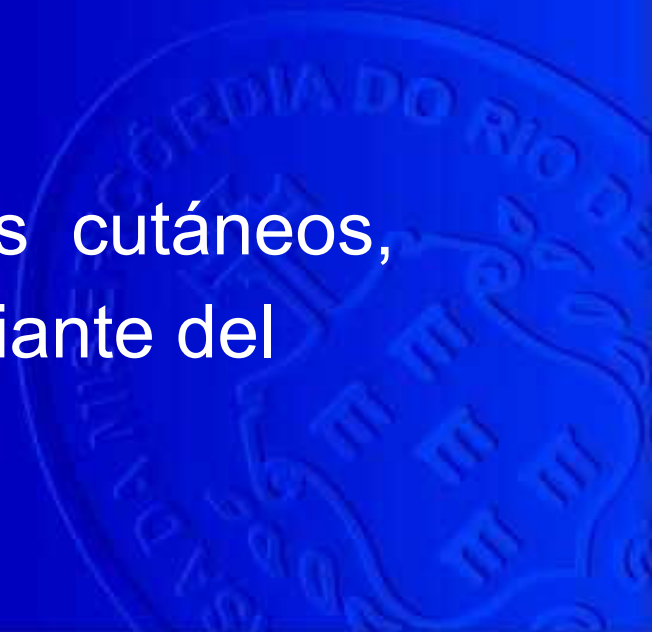




# MELANOMA UNGUEAL - DEFINICION

INSTITUTO DE DERMATOLOGIA  
PROF. RUBEM DAVID AZULAY

- El Melanoma de la unidad ungueal fue descrito por primera vez por Boyer en francia en 1834 y en la lengua inglesa, por Hutchinson, en 1886;
- Es raro entre los melanomas cutáneos, siendo considerado una variante del melanoma lentiginoso acral.





# EPIDEMIOLOGIA

INSTITUTO DE DERMATOLOGIA  
PROF. RUBEM DAVID AZULAY

- Incidência 0,7% - 3,5% de todos los casos de melanoma
- Es más común en adultos, de raza negra y asiáticos entre la quinta y séptima década de vida
- No hay predominio entre los sexos.





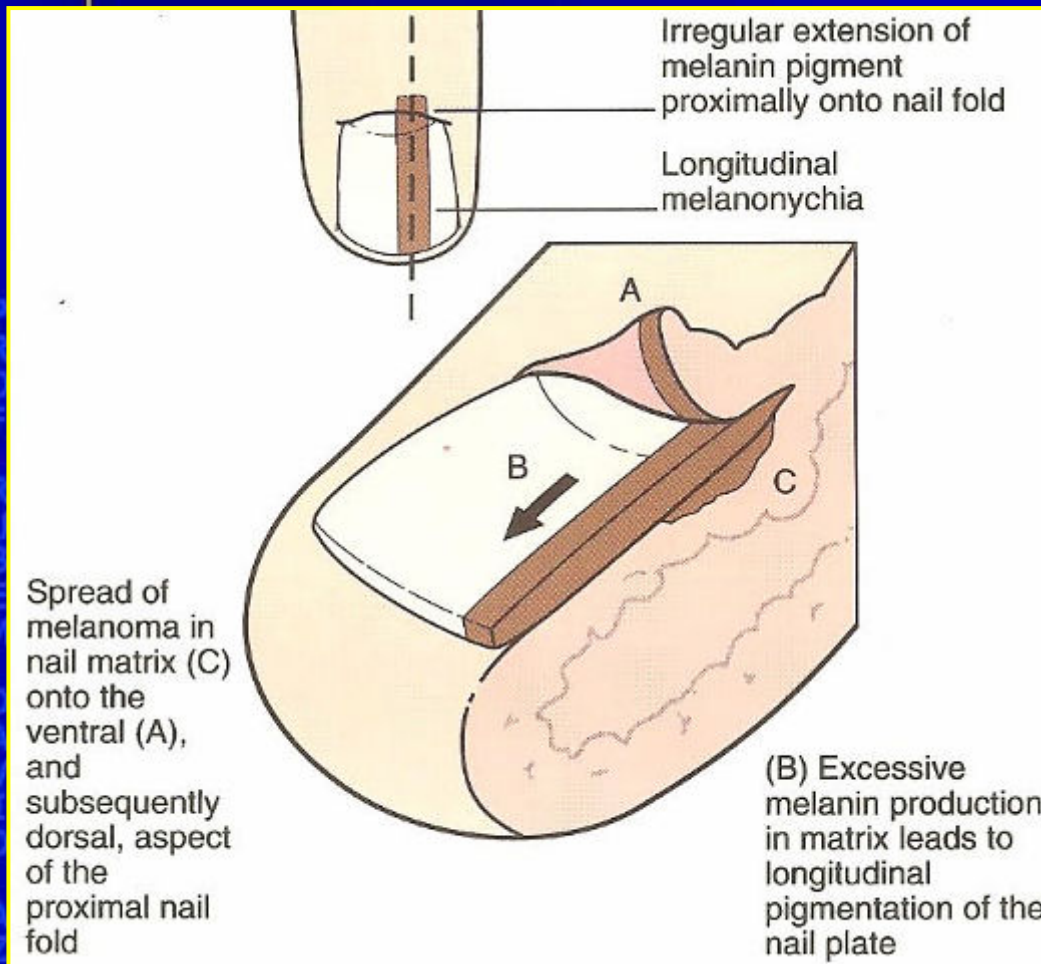
# CLÍNICA

Puede presentarse de diferentes formas:

- mácula hiperocrómica (maron o negra) en la matriz, lecho o lámina ungueal
- Melanoníquia estriada con poco tiempo de evolución o variación clínica de una lesión preexistente
- Derrame de pigmento melánico – siempre es sugestivo de tumor;
- La forma amelanótica – melanoma amelanótico que imita granuloma piogénico.



# DIAGNÓSTICO



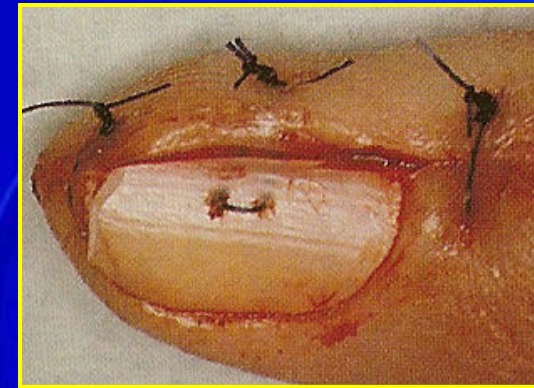
Signo de Hutchinson  
Seudo signo de  
Hutchinson  
indicativo de enfermedad  
avanzada.





# DIAGNÓSTICO

- Dermatoscopia – método auxiliar diagnóstico.
- Biópsia y análisis histopatológico es el patron ORO.





# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

INSTITUTO DE DERMATOLOGIA  
PROF. RUBEM DAVID AZULAY

- Nevos melanocíticos congénitos o adquiridos de origen matricial
- Hematoma subungueal
- Onicomicosis
- Granuloma piogénico





# PRONÓSTICO

I  
N  
S  
T  
I  
T  
U  
T  
O  
D  
E  
D  
E  
R  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
A

P  
R  
O  
F.  
R  
U  
B  
E  
M  
D  
A  
V  
I  
D  
A  
Z  
U  
L  
A  
Y

- Los principales factores pronósticos de melanoma cutáneo son la espesura del tumor, la presencia de ulcera y la detección de metástasis ganglionares.
- El pronóstico del melanoma de la unidad ungueal es peor que el de melanoma cutáneo, con índice de supervivencia en 5 años variando, en la literatura, entre 16% y 87%, siendo que mas del 50% de los pacientes mueren antes de completar 5 años.
- La pesquisa de LNC es el factor pronóstico mas importante para la sobrevivencia de pacientes con melanoma maligno.



# TRATAMIENTO

- El tratamiento tradicional es la amputación del dedo comprometido, a la altura de la articulación proximal si tiene márgenes libres del tumor.
- La eficacia de la cirugía micrográfica de Mohs para el tratamiento del melanoma in situ, tiene la ventaja de preservar los tejidos nobles para la función adecuada del segmento afectado.



# MOTIVO DE LA PRESENTACIÓN

INSTITUTO DE DERMATOLOGIA  
PROF. RUBEN DAVID AZULAY

- El melanoma acral es una presentación relativamente rara de esta neoplasia, siendo muchas veces subdiagnosticado, llevando a un retraso en el diagnóstico definitivo, lo que contribuiría en el agravamiento del pronóstico de una enfermedad que por si sola ya es muy agresiva, y a una menor sobrevida para el paciente.
- Demostramos en nuestro caso, como un diagnóstico tardío puede influenciar en el pronóstico y en la morbilidad de una enfermedad grave.



## **BIBLIOGRAFIA**

- 1) Byrd-Miles K, Toombs EL, Peck GL. Skin cancer in individuals of African, Asian, Latin-American and American-Indian descent: differences in incidence, clinical presentation, and survival compared to Caucasians. *J Drugs Dermatol.* 2007 Jan;6(1):10-6.
- 2) Kwon IH, Lee JH, Cho KH. Acral lentiginous melanoma in situ: a study of nine cases. *Am J Dermatopathol.* 2004 Aug;26(4):285-9.
- 3) Rahman Z, Taylor SC. Malignant melanoma in African Americans. *Cutis.* 2001 May;67(5):403-6.
- 4) Harmelin ES, Holcombe RN, Goggin JP, Carbonell J, Wellens T. Acral lentiginous melanoma. *J Foot Ankle Surg.* 1998 Nov-Dec;37(6):540-5.
- 5) Tseng JF, Tanabe KK, Gadd MA, Cosimi AB, Malt RA, Haluska FG, Mihm MC Jr, Sober AJ, Souba WW. Surgical management of primary cutaneous melanomas of the hands and feet. *Ann Surg.* 1997 May;225(5):544-50.
- 6) Ridgeway CA, Hieken TJ, Ronan SG, Kim DK, Das Gupta TK. Acral lentiginous melanoma. *Arch Surg.* 1995 Jan;130(1):88-92.
- 7) Cascinelli N, Zurrida S, Galimberti V, Bartoli C, Bufalino R, Del Prato I, Mascheroni L, Testori A, Clemente C. Acral lentiginous melanoma. A histological type without prognostic significance. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994 Dec;20(12):817-22.

Muchas Gracias !

