

Melanoma verrugoso: Una lesión maligna disfrazada de benigna

Sorangel Lugo-Mosquera¹; José Schalper-Pérez²



RESUMEN

El melanoma verrugoso se considera una variante histológica rara e infrecuente del melanoma maligno (del 0,4% al 3,2% de todos los melanomas). Puede ser clínicamente similar a un nevo verrugoso o queratosis seborreica, por lo que frecuentemente este tipo de melanoma puede ser confundido por clínica y dermatoscopia con una lesión benigna, lo que crea la necesidad de confirmación histológica e inmunohistoquímica.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de piel; Melanoma maligno; Melanoma verrugoso.

VERRUCOUS MELANOMA: A MALIGNANT LESION DISGUISED AS BENIGN

SUMMARY

Verrucous melanoma is considered a rare histological variant of malignant melanoma (accounting for 0.4 to 3.2% of all melanomas). It may be clinically similar to a verrucous nevus or seborrheic keratosis. Therefore, this type of melanoma can often be confused, both clinically and dermoscopically, with a benign lesion, highlighting the need for histological and immunohistochemical confirmation.

KEY WORDS: Malignant melanoma; Skin cancer; Verrucous melanoma.

1. Médica especialista en Dermatología. Pediatra y puericultor. Ejercicio privado. Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0968-582X>
2. Patólogo y citopatólogo. Profesor titular, Patología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6454-5273>

Correspondencia: Sorangel Lugo-Mosquera; **email:** drasorangellugo@gmail.com

Recibido: 3/12/2023; **aceptado:** 23/4/2024; **publicado:** 28/10/2024

Cómo citar: Lugo-Mosquera S, Schalper-Pérez J. Melanoma verrugoso: Una lesión maligna disfrazada de benigna. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2024;32(4):455-460. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1895>

Financiación: ninguna

Conflictos de interés: ninguno

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 43 años, fototipo III, quien consulta por lesión en el muslo derecho desde la infancia, con crecimiento acelerado en pocos meses, sin síntomas asociados, adenopatías o visceromegalias. Solicita exéresis por estética. Al examen clínico, en el muslo derecho se observa una placa queratósica-verruginosa, romboidal, pardo oscura, bien definida, irregular y asimétrica, de 1,5 × 0,6 cm (**Figura 1**).

La evaluación dermatoscópica muestra lesión asimétrica, superficie verrugosa-queratósica, con tres colores (marrón clarooscuro y negro) y algunas áreas con escamas blanco-amarillentas adheridas. (**Figura 2**).

La histología reportó neoplasia con superficie verrucosa e hiperqueratosis, nidos de células atípicas de aspecto melanocítico, algunas pigmentadas, que infiltran la dermis. Positiva para anticuerpos anti-HMB, anti-Melan-A y antiproteína S100 y 20% de las células neoplásicas positivas para anticuerpos anti-Ki-67 (**Figura 3**).

Estudios complementarios de imágenes, sin hallazgos relevantes.



Figura 1. En el muslo derecho, placa queratósica-verruginosa, romboidal, pardo oscura, bien definida, irregular y asimétrica, de 1,5 × 0,6 cm.

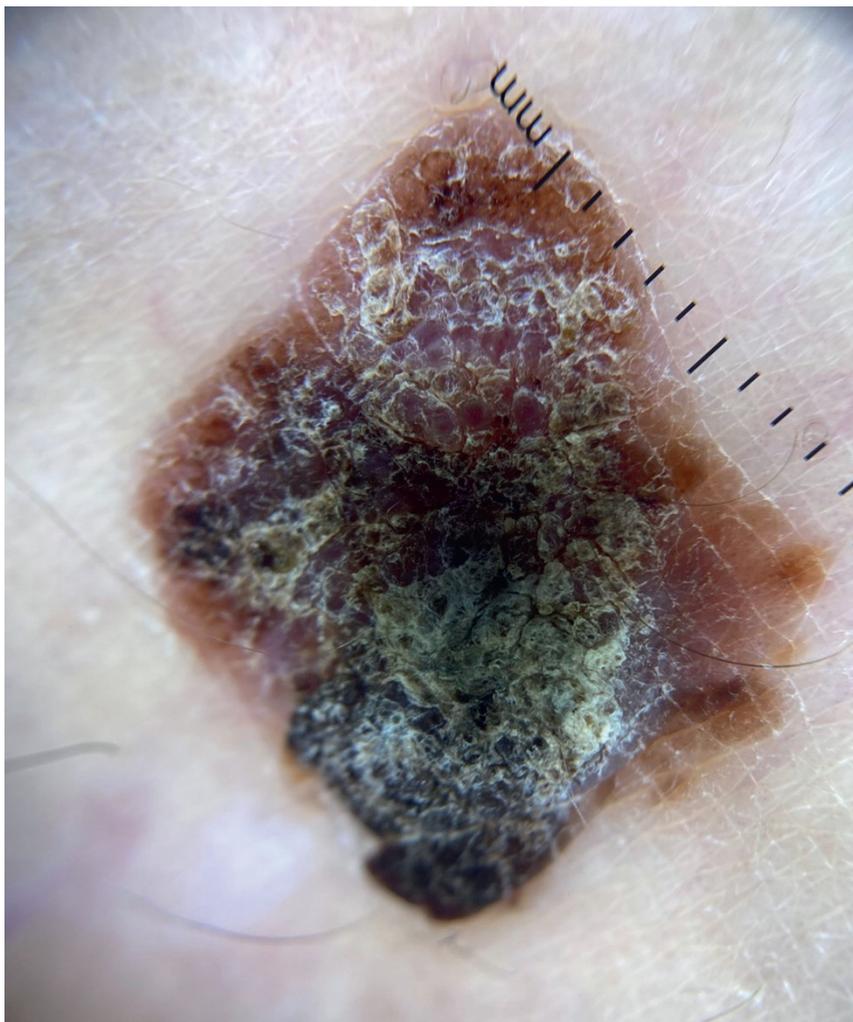


Figura 2. Evaluación dermatoscópica que muestra una lesión asimétrica, de superficie verrugosa-queratósica, con tres colores (marrón claro oscuro y negro) y algunas áreas con escamas blanco-amarillentas adheridas.

Se realizó exéresis de la lesión con márgenes quirúrgicos, de acuerdo con la recomendación por estadificación según Breslow. La paciente se ha mantenido bajo vigilancia.

DISCUSIÓN

El melanoma cutáneo se origina a partir de las transformaciones malignas de los melanocitos de la capa basal epidérmica. La acción prooxidante de la melanina produce un aumento de los radicales de oxígeno que causan daño en el ADN del melanocito; como consecuencia, se produce una activación excesiva de las vías

de señalización celular, proliferación y diferenciación descontrolada⁽¹⁾.

El melanoma verrugoso (MV) fue descrito en 1967 como una variante rara y extremadamente infrecuente del melanoma cutáneo maligno (MCM); representa cerca del 3% de todos los tipos de MCM⁽²⁻⁵⁾.

La patogénesis de los cambios verrugosos observados clínicamente y la hiperqueratosis epidérmica presente en la histología aún no están dilucidadas; se cree que el factor de crecimiento de las células epidérmicas tiene un papel relevante en esta variante del MCM^(5,6).

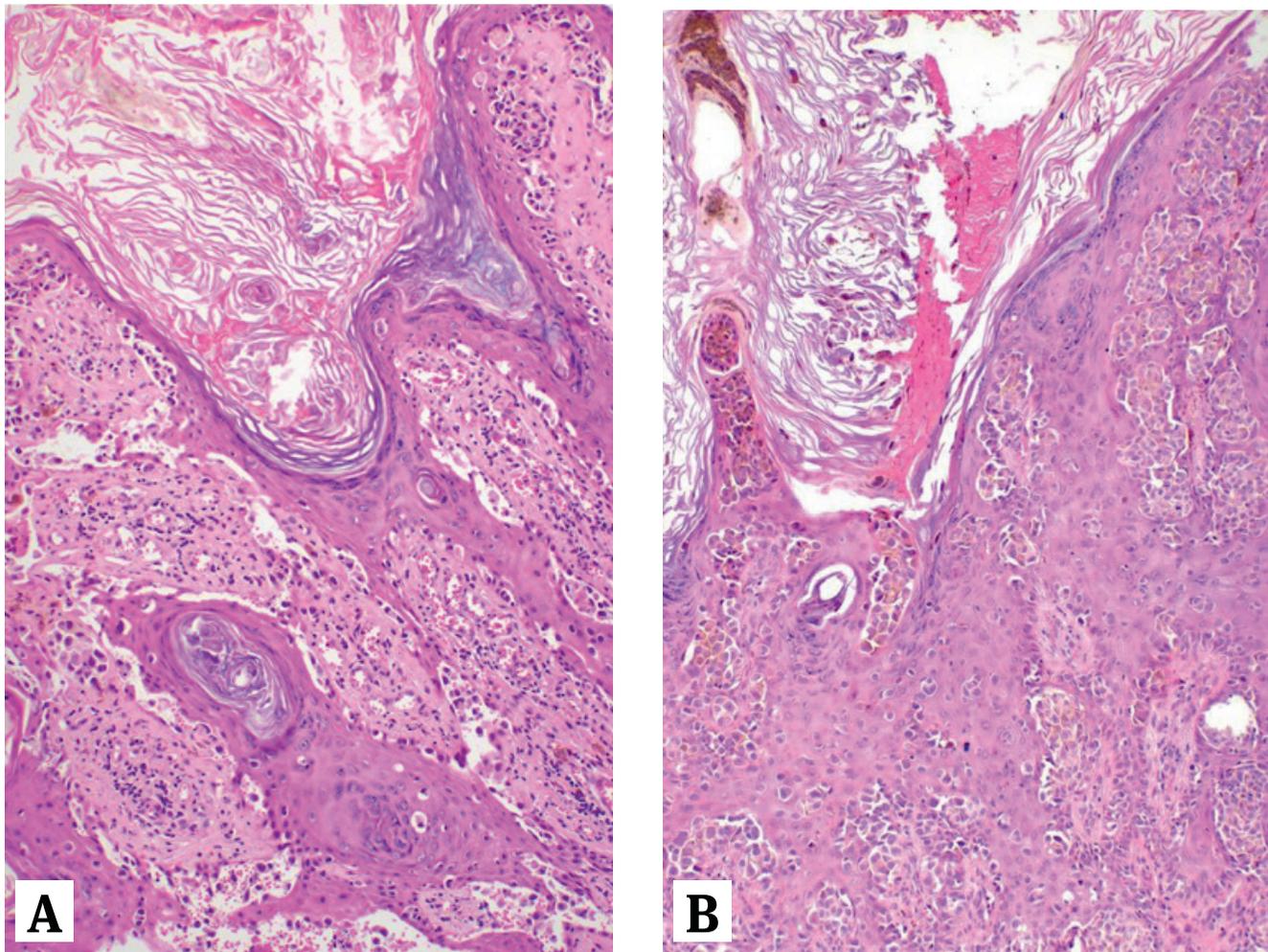


Figura 3. A y B. Imágenes histológicas del caso.

El 50% de los MV *de novo* y secundarios evolucionan de un nevo congénito, como una placa o nódulo de superficie verrucosa/hiperqueratósica, que afecta con mayor frecuencia a las mujeres, se localiza principalmente en las extremidades, aunque puede aparecer en cualquier zona anatómica. Puede ser clínicamente similar a una queratosis seborreica o a un nevo verrugoso, que frecuentemente es confundido por clínica y dermatoscopia con una lesión benigna, lo que genera complejidad diagnóstica en las etapas tempranas y errores potencialmente dañinos en su manejo ⁽²⁻⁶⁾.

La tasa de curación reportada para el MV primario oscila entre el 95% y el 100%, a diferencia del MV secundario, cuyo pronóstico es similar al MCM no verrugoso, con base en el nivel de Breslow y Clark. Por lo antes descrito, es imperativo para el diagnóstico del

MV la confirmación histológica e inmunohistoquímica, positiva para anticuerpos HMB-45 y S100, al igual que en el MCM ⁽³⁻⁶⁾.

Por otra parte, la queratosis seborreica no solo es un motivo de consulta frecuente, sino que supone un diagnóstico clínico usualmente sencillo, cuyo tratamiento se realiza con finalidad estética. Constituyen un reto diagnóstico las variantes pigmentadas e inflamatorias, de modo que, en estos casos, es imprescindible hacer un diagnóstico diferencial con un carcinoma escamoso y melanoma ⁽⁷⁾.

En la literatura se han reportado casos de queratosis seborreicas, con presencia de patrones dermatoscópicos atípicos en lesiones no melanocíticas, tales como

vasos polimorfos, velo azul-blanquecino y glóbulos. Esto apoya la necesidad de una correcta evaluación clínica-dermatoscópica y el estudio histológico de aquellas lesiones sospechosas para lograr no solo un diagnóstico confiable, previo a un tratamiento, también una estadificación histopatológica correcta ⁽⁸⁾.

CONCLUSIÓN

Desde el auge de la dermatoscopia, esta se ha convertido en una de las herramientas más importantes en la práctica clínica dermatológica; sin embargo, a pesar de los avances actuales, en relación con el cáncer de piel melanoma y no melanoma, no existen descripciones en la literatura de patrones dermatoscópicos para el melanoma verrugoso. Por tanto, en estos casos pocos frecuentes y con ausencia de patrones dermatoscópicos típicos de lesiones melanocíticas y no melanocíticas, la evaluación por dermatoscopia es un desafío. Es por ello por lo que el estudio histológico e inmunohistoquímico sigue siendo la prueba de referencia para la confirmación diagnóstica.

Por último, es bien conocida la alta demanda de procedimientos mínimamente invasivos, donde el paciente es sometido a exéresis de las lesiones de piel sin una evaluación dermatológica integral, y en muchos de los casos sin biopsia, por lo que es preciso reforzar la necesidad del estudio histopatológico, para así poder ofrecer al paciente no solo un diagnóstico certero, sino también un tratamiento precoz, seguro y eficaz.

REFERENCIAS

1. Strashilov S, Yordanov A. Aetiology and Pathogenesis of Cutaneous Melanoma: Current Concepts and Advances. *Int J Mol Sci.* 2021;22(12):6395. <https://doi.org/10.3390/ijms22126395>
2. Cabrera R, Recule F. Unusual Clinical Presentations of Malignant Melanoma: A Review of Clinical and Histologic Features with Special Emphasis on Dermatoscopic Findings. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19(Suppl 1):S15-23. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0373-6>
3. Kerouach A, Hali F, Belanouane S, Marnissi F, Chihab S. Verrucous Melanoma of the Scalp Initially Misdiagnosed as Seborrheic Keratosis. *Cureus.* 2022;14(9):e29098. <https://doi.org/10.7759/cureus.29098>
4. Guevara L, Martinez L, Sanchez A. Melanoma verrugoso primario. *Dermatol Rev Mex.* 2016;60(5):421-6.
5. Damianon N, Tronnier M, Koleva N, Wollina U, Gianfaldoni S, Lotti T, et al. Verrucous-Keratotic Malignant Melanoma (VKMM). *Macedonian J Med Sci.* 2017;5(4):547-8. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.142>
6. Nakamura Y, Inoue S, Maruyama H, Matsumura Y, Tanaka R, Ishitsuka Y, et al. Verrucous melanoma of the ankle with pseudoepitheliomatous hyperplasia on the skin graft. *J Dermatol.* 2020;47(8):1-2. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15406>

Puntos clave

- El melanoma cutáneo se origina a partir de la transformación maligna de los melanocitos debido a la acción prooxidante de la melanina, lo que provoca daño en el ADN y una proliferación celular descontrolada.
 - El melanoma verrucoso puede desarrollarse a partir de un nevo congénito y es frecuentemente confundido con lesiones benignas, como la queratosis seborreica o el nevo verrugoso, complicando su diagnóstico temprano.
 - La evaluación dermatoscópica de lesiones no melanocíticas como las queratosis seborreicas puede mostrar patrones atípicos, lo que resalta la necesidad de un estudio histológico adecuado para asegurar un diagnóstico y estadificación correctos.
-

7. Carrera C. Las posibles mil caras de las queratosis seborreicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110(5):338. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.12.005>
8. Arciniegas V, Jiménez C, González T, Flórez HA. Melanoma y queratosis seborreica: a propósito de dos casos de difícil diagnóstico. *Rev Ciencias Biomed.* 2021;10(4):281-7. <https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3672>