



MEDISAN

ISSN: 1029-3019

Centro Provincial de Ciencias Médicas

Infante Carbonell, María Cristina; Neyra Barros, Rafael Manuel; Jaén Infante

Melanoma de escroto en un paciente de mediana edad

MEDISAN, vol. 24, núm. 1, 2020, Enero-Febrero, pp. 126-133

Centro Provincial de Ciencias Médicas

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368462717012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Melanoma de escroto en un paciente de mediana edad

Scrotum melanoma in a middle-age patient

Dra. María Cristina Infante Carbonell^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8863-585X>

Dr. Rafael Manuel Neyra Barros¹ <https://orcid.org/0000-0001-8172-8199>

Dra. Lianne Jaén Infante² <https://orcid.org/0000-0002-3909-9787>

¹Hospital Oncológico Docente Provincial Conrado Benítez García, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico Docente Armando García Aspurú, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: mcinfante@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 42 años de edad, de piel negra, que asistió a la consulta de Cirugía de Tumores Periféricos en el Hospital Oncológico Docente Provincial Conrado Benítez García de Santiago de Cuba, por presentar una lesión oscura hiperpigmentada en el lado izquierdo del escroto, próxima a la región del rafe, de aproximadamente 4 mm y bordes irregulares, que no elevaba la piel ni dolía. Se realizó exéresis de la lesión y el estudio histopatológico reveló la existencia de un melanoma, sin ulceración ni satelitosis, con crecimiento radial, por lo que se profundizó en el área operada en busca de márgenes sin afectación y se resecaron los ganglios linfáticos inguinales bilaterales de manera profiláctica. Luego se indicó quimioterapia e inyecciones de interferón. El paciente mantenía una evolución favorable hasta el año y medio después de operado.

Palabras clave: melanoma; escroto; escisión del ganglio linfático; ingle; instituciones oncológicas.

ABSTRACT

The case report of a 42 years, black skin patient is described, he attended the Peripheral Tumors Surgery Service in Conrado Benítez García Teaching Provincial Cancer Hospital in Santiago de Cuba, due to a hyperpigmented dark lesion in the left side of the scrotum, next to the raphe region, of approximately 4 mm and irregular borders that didn't elevate the skin or hurted. An excision of the lesion was carried out and the histological and pathological study revealed the existence of a melanoma, without ulceration or satelitosis, with radial growth, reason why there was a deep examination of the operated area in search of margins without affection and the bilateral groin lymph nodes were dried up in a prophylactic way. Then chemotherapy and interferon injections were indicated. The patient maintained a favorable clinical course until a year and a half after the surgery.

Key words: melanoma; scrotum; lymph nodes excision; groin; cancer institutions.

Recibido: 06/11/2018

Aprobado: 24/09/2019

Introducción

El melanoma es un tipo de cáncer de piel invasivo y uno de los más graves, pues causa metástasis con gran facilidad en los pulmones, el cerebro y otras partes del cuerpo.⁽¹⁾ Este se origina por cambios que ocurren en las células llamadas melanocitos, las que producen un pigmento en la piel denominado melanina, determinante en el color de la piel, del cabello y el iris del ojo, aunque también se puede encontrar en el tracto gastrointestinal, las meninges, las mucosas bucales y los genitales; por tanto, dicha neoplasia maligna eventualmente puede surgir en la piel, los ojos y otras zonas corporales.

Algunos estudios epidemiológicos muestran que en los últimos años la incidencia por la enfermedad se ha incrementado significativamente, con mayor afectación en las mujeres blancas entre los 40 y 60 años de edad y en menor cuantía en los hombres de raza negra.^(2,3)

Igualmente, hoy día se considera que las tasas de incidencia y de mortalidad por este tipo de cáncer varían ampliamente entre los diferentes grupos raciales y étnicos.

Con referencia a lo anterior, los factores causales son múltiples y polémicos. Al respecto, la exposición a la luz solar es todavía un tema muy controvertido, debido a que la enfermedad se presenta en áreas poco expuestas a estas radiaciones; por ejemplo, la planta de los pies, el troco, la mucosa bucal y otras partes del cuerpo. Sin embargo, varios autores relacionan su aparición con la mayor sensibilidad y exposición al sol, que es considerado el factor de riesgo principal, de modo que las personas más propensas a padecer melanoma son pelirrojas, rubias, con ojos claros o pecas.^(1,2,4,5)

Otro elemento hallado recientemente, que influye en la aparición de este cáncer, es la correlación genética en 3 % de los casos, pues algunos investigadores han determinado que el gen causante se encuentra en el cromosoma 1 y que existen modificaciones en la secuencia de los aminoácidos del ácido desoxirribonucleico.^(6,7,8)

Entre otros factores de riesgo asociados al desarrollo de melanomas se encuentran los estilos modernos de vida, con nuevos modelos de belleza; la exposición a químicos, como el arsénico y alquitrán de humo; la presencia de diferentes tipos de lunares (displásicos y atípicos) o múltiples marcas de nacimiento; así como el debilitamiento del sistema inmunitario por enfermedades y medicamentos.

La Academia Americana de Dermatología realizó una guía llamada “ABCDE” para orientar a médicos no dermatólogos y pacientes sobre cómo identificar presuntas lesiones.^(9,10)

El diagnóstico del melanoma es esencialmente clínico y los estudios de las biopsias de piel, ya sean parciales o totales, lo confirman. Asimismo, es fundamental la evaluación interdisciplinaria del paciente por un equipo profesional: un cirujano, un patólogo, un especialista en Medicina Nuclear y un oncólogo.

En cuanto al tratamiento, este depende del grado de evolución de la neoplasia maligna; no obstante, en todos los casos se indica la remoción quirúrgica de toda la lesión, que, en

estadios más avanzados, debe ir junto con quimioterapia y radioterapia. Algunos pacientes pueden ser tratados con inmunoterapia, como la interleucina-2.

Según se ha venido planteando, existen factores tales como el color de la piel, los sitios menos visibles, la presentación inusual, que pueden llevar a la demora del diagnóstico y, por consiguiente, a un tratamiento no oportuno.

A continuación se describe el caso clínico de un paciente con melanoma maligno cutáneo en el escroto, que constituye un lugar raro o poco frecuente de aparición.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un hombre de 42 años de edad, de raza negra y procedencia urbana, que asistió a la consulta de Cirugía de Tumores Periféricos en el Hospital Oncológico Docente Provincial Conrado Benítez García de Santiago de Cuba por presentar una lesión oscura hiperpigmentada en el escroto, en la región del rafe, que no elevaba la piel ni dolía, cubierta por pelos, la cual había sido detectada por su esposa.

El paciente no poseía antecedentes familiares ni personales de enfermedad, no ingería café ni fumaba, aunque consumía bebidas alcohólicas frecuentemente. Su peso corporal era de 70 kg y su estatura de 1,68 cm. Trabajaba en la construcción y, por ende, se exponía a radiaciones solares, pero no en la zona donde fue localizada la lesión.

Examen físico

Se confirmó la existencia de una lesión pigmentada en el lado izquierdo del escroto, de tono carmelita oscuro casi negro y bordes irregulares de aproximadamente 4 mm, asimétricos, sin sangrado espontáneo ni siquiera con la manipulación (figura 1). Se palpaban adenomegalias en la región inguinal izquierda.



Fig. 1. Localización de la lesión

Exámenes complementarios

- Rayos X de tórax: No se encontraron lesiones inflamatorias ni tumorales.
- Ecografía hepática: No se halló alteración alguna.
- Análisis habituales de hemoquímica: Normales.

Tratamiento aplicado

Se realizó exéresis de la lesión, cuyo estudio histopatológico reveló la existencia de un melanoma maligno, sin ulceración ni satelitosis, de crecimiento radial, con índice mitótico bajo, nivel II de Clark e índice de Breslow menor de 0,75 mm.

Posteriormente se efectuó otra intervención quirúrgica en la región ya operada, en busca de márgenes sin afectación tumoral; se amplió para garantizar 3 cm de margen y se disecaron de manera profiláctica los ganglios linfáticos (linfadenectomía) inguinales bilaterales, por la localización central de la lesión primaria (figura 2). Durante la intervención se apreció daño en el grupo ganglionar derecho, lo que cambió el estadio clínico y el proceder médico posterior.



Fig. 2. Tratamiento quirúrgico

El paciente fue evaluado por un equipo multidisciplinario para determinar cuál tratamiento adyuvante se aplicaría, que consistió en quimioterapia e inyecciones de interferón.

Hasta la última consulta de seguimiento, su evolución había sido favorable luego de 1 año y medio de operado (20 meses).

Comentarios

El cáncer de piel ha aumentado en incidencia durante las últimas décadas, con el melanoma maligno cutáneo en su variedad más invasiva. En cuanto a su aparición por sexo y raza, existe un predominio en mujeres blancas, aunque en este artículo se describe el caso de un hombre de piel oscura.

Las zonas más frecuentemente afectadas, según el aspecto histológico, son los miembros inferiores, el tórax y las plantas de los pies en personas negras africanas y estadounidenses. No obstante, en el paciente de este informe la lesión apareció en el escroto; lugar raro o muy poco frecuente, por lo que se debe considerar que en la práctica médica “se presentan enfermos y no enfermedades”.

En el examen físico de la piel es importante tener en cuenta, de manera especial, la presencia de lunares (nevus), que, aunque en su mayoría no se transforman en melanomas —y estos no suelen manifestarse así—, pueden confundir al establecer el diagnóstico.^(6,7)

Inicialmente el melanoma suele ser una lesión plana y, luego, cuando comienza a transformarse, se eleva la piel, que también es señal de que crece en profundidad. Esto último y el espesor de la lesión son los que definen la probabilidad de que haya metástasis e invasión en los tejidos profundos.^(4,6)

Luego de confirmada la existencia de un melanoma por medio de la biopsia, se debe precisar la posibilidad de su propagación. La indicación de exámenes complementarios es esencial para el tratamiento posterior de cada paciente en particular.

El diagnóstico tardío del melanoma maligno cutáneo determina un mal pronóstico, de manera que se debe prevenir su desarrollo y además de efectuar un estudio precoz.

Existen factores de riesgo asociados a la aparición de este cáncer, que deben ser la base en las campañas de promoción y prevención a nivel comunitario. Igualmente, se debe poner atención ante la aparición de presuntas lesiones en los pacientes, a fin de ejecutar las acciones médicas correspondientes y, por ende, un tratamiento oportuno. Por ello, tanto el entrenamiento clínico del médico general, como la educación del paciente, serán valiosos para una adecuada intervención.

El melanoma es un tumor maligno frecuente e invasivo, pero la localización en el escroto es sumamente rara. El diagnóstico temprano es importante para indicar el correcto procedimiento quirúrgico, que continúa siendo el tratamiento de elección, y para el pronóstico del paciente.

Se recomienda realizar acciones de promoción de salud en el nivel primario de atención, con vistas a establecer el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas, hiperpigmentadas o no, y detectar los cambios en el volumen o el grado de pigmentación de un nevus ya existente.

Referencias bibliográficas

1. European Society for Medical Oncology. Melanoma: A guide for patients. Lugano: ESMO; 2017 [citado 20/04/2019]. Disponible en: <https://www.esmo.org/for-patients/personalised-medicine-explained/Melanoma>

2. Schaffer J, Rigel D, Kopf A, Bolognia J. Cutaneous melanoma: Past, present, and future. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 51:65-69.
3. Morton D, Thompson J, Cochran A, Mozzillo N, Elashoff R, Essner R, et al. Sentinel-Node Biopsy or Nodal Observation in Melanoma. *N Engl J Med.* 2006; 355:1307-17.
4. Gershenwald JE, Scolyer RA. Melanoma Staging: American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th Edition and Beyond. *Ann Surg Oncol.* 2018;25:2105–10.
5. Chávez-Valera PL, Matos-Figueroa FN, Cortes-Ros OM. Melanocarcinoma lentiginoso acral. Presentación de un caso. *Dermatol Peru.* 2016;26(3): 170-3.
6. Darmawan CC, Jo G, Montenegro SE, Kwak Y, Cheol L, Kwang HC, et al. Early detection of acral melanoma: A review of clinical, dermoscopic, histopathologic, and molecular characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(3):805-12.
7. Li H, Liu X. Acral lentiginous melanoma. *Clin Oncol.* 2018; 3:1548.
8. Lee KT, Kim EJ, Lee DY, Kim JH, Jang KT, Mun GH. Surgical excision margin for primary acral melanoma. *J Surg Oncol.* 2016;114:933–9.
9. Nunes LF, Mendes GLQ, Koifman RJ. Subungual melanoma: A retrospective cohort of 157 cases from Brazilian National Cancer Institute. *J Surg Oncol.* 2018;118(7):1142-9.
10. De Anda-Juárez MC, Martínez-Velasco MA, Fonte-Ávalos V, Toussaint-Caire S, Domínguez-Cherit J. Conservative surgical management of in situ subungual melanoma: long-term follow-up*. *An Bras Dermatol.* 2016;91(6):846-8.

Conflictos de intereses

Los autores no plantean conflictos de intereses con relación a la publicación de este trabajo.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#).