

Melanoma Acral Lentiginoso

Sergio Sardón Melo

Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina,
Pabellón II. Avda Complutense, s/n. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
sersarmel@gmail.com

Tutor

Esther García Morales

Universidad Complutense de Madrid. Clínica Universitaria de Podología. Facultad de Medicina.
Pabellón I. Avda. Complutense, s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
esthergarciamorales@yahoo.es

Resumen: Los melanomas cutáneos son los tumores de piel más agresivos. La incidencia de casos ha ido en aumento en los últimos años. El riesgo de desarrollar melanoma en 1935 era de 1 por 1.500 mientras que en 2010 fue de 1 por 50. En 2008, se diagnosticaron 60.000 casos y se produjeron 8.000 muertes (datos en EEUU). Sin embargo, de todos los cánceres, es el de más fácil diagnóstico precoz de entre todos los tumores primarios. El melanoma acral lentiginoso es un tipo de melanoma que se caracteriza por aparecer en zonas distales (acrales) como son la palma de manos, planta de pies y uñas. Se da más frecuentemente en asiáticos, africanos subsaharianos y afroamericanos. Se da más frecuentemente en ancianos y en este caso, el diagnóstico precoz se hace más complicado debido a la localización del tumor y a que el diagnóstico diferencial es más complicado que en otros tipos de melanoma. En los melanomas, así como en cualquier tipo de cáncer, la clave del éxito está en un diagnóstico precoz; que ha de ser fomentado por la vigilancia que deberán ejercer los profesionales de la salud, cada uno en su ámbito.

Palabras clave: Melanoma. Piel - Tumores. Pies - Tumores.

Abstract: cutaneous melanomas are the more aggressive skin cancers. The incidence of cases has been increasing in recent years. The risk of developing melanoma in 1935 was 1 per 1.500 while in 2010 was 1 in 50. In 2008, 60.000 diagnosed cases and 8.000 deaths occurred (U.S. data). However, all cancers, is the easiest among all the early diagnosis of primary tumors. Acral lentiginous melanoma is a type of melanoma that occurs in areas characterized by distal (acral) like the palm of hands, soles of feet and nails. Occurs more frequently in Asians, sub-Saharan Africans and African Americans. Occurs more frequently in elderly and in this case, early diagnosis is made more complicated by the location of the tumor and the differential diagnosis is more complicated than in other types of melanoma. In the melanomas, as well as any cancer, the key to success is early

diagnosis, which is to be encouraged by the surveillance exercise the health professionals, each in its field.

Keywords: Melanoma. Skin - Tumors. Foot-Tumors.

INTRODUCCIÓN

Melanomas cutáneos

El melanoma cutáneo es el más maligno de los tumores de piel. Aparece a partir de la transformación maligna de los melanocitos en la unión dermoepidérmica o a partir de los nevos melanocíticos o NNM que se tornan invasores y forman metástasis después de varios intervalos de tiempo^(1,2).

Clasificación del melanoma⁽²⁾

- **Melanoma de novo**
 - ✓ Melanoma in situ.
 - ✓ Melanoma lentigo maligno.
 - ✓ Melanoma extensivo superficial.
 - ✓ Melanoma nodular.
 - ✓ Melanoma lentiginoso acral.
 - ✓ Melanoma de las mucosas.
 - ✓ Melanoma desmoplásico.

- **Melanoma proveniente de precursores**
 - ✓ Melanoma que aparece en nevos melanocíticos.
 - ✓ Melanoma que aparece en nevos melanocíticos congénitos.
 - ✓ Melanoma que aparece en nevos melanocíticos comunes.

La incidencia del melanoma va en aumento. En EEUU el riesgo de desarrollar melanoma invasor de por vida era de 1 en 1.500 en 1935. Este dato ha ido incrementándose hasta situarse en un 1 de 50 en el 2010. En el 2008, se registraron 60.000 casos de melanoma y hubo 8.000 muertes por esta causa en los EEUU. El número de melanomas continúa en aumento, a razón de un 7% por año^(2,3).

Hoy en día, el melanoma cutáneo representa el 5% de los cánceres nuevos diagnosticados en hombres y el 6% en mujeres⁽⁴⁾. Es la principal y más grave enfermedad que aparece en la piel y es la responsable del 80% de las muertes por cánceres de piel. En los EEUU muestran que el melanoma tiene el segundo incremento más alto de la tasa de mortalidad entre los hombres mayores de 65 años. Por otro lado, el melanoma provoca la muerte a edades más tempranas que otros tipos de cáncer y el melanoma está entre

los tipos de cáncer más comunes en los adultos con altas tasas de curación después de la resección.

De todos los cánceres, el melanoma de piel es el de más fácil detección de entre los tumores primarios con curación temprana que previene, por lo tanto, las metástasis y la muerte. Hoy en día, la herramienta más potente a la hora de luchar contra este cáncer es la detección temprana mediante exámenes clínicos.

Aproximadamente el 30% de melanomas aparece en una lesión melanocítica preexistente y el 70% restante en piel normal. Casi todos los melanomas muestran una fase inicial de crecimiento radial, seguido por una fase posterior de crecimiento vertical, dado que la metástasis sólo aparece durante la fase de crecimiento radial con poca frecuencia, la detección del melanoma en dicha fase, es esencial.

La detección temprana del melanoma primario asegura un aumento de la supervivencia; el melanoma primario avanzado tiene un pronóstico y una supervivencia muy bajos. La tasa de supervivencia cuando existen metástasis regionales en los ganglios linfáticos cae en picado. Por todo ello, el sanitario tiene un papel crítico a la hora de no pasar por alto las lesiones pigmentadas. Esto se hace especialmente importante para el médico de cabecera, enfermero, fisioterapeuta, podólogo, etc. (todo aquel profesional que tiene visión de la piel del paciente). Resulta útil usar la regla mnemotécnica de riesgo de melanoma de Fitzpatrick (Tabla 1).

Una regla mnemotécnica para tener en cuenta para médicos y pacientes sobre los riesgos (risk) del melanoma (mm). Cada letra representa uno de los mayores factores de riesgo para el melanoma de piel.

M. Lunares	Atípicos (<i>moles</i>) (nevo displásico) (>5).
M. Lunares	Lunares comunes (<i>moles</i>) (numerosos, >50).
R. Cabellos rojizos y pecas	(red hair:) A menudo tienen pocos o ningún lunar.
I. Incapacidad para broncearse	Piel fototipos I y II.
S. Quemaduras por sol	(Sunburn): graves, especialmente antes de los 14 años.
K. Parentesco	(Kindred): Historia familiar de melanoma.

Tabla 1. MMRISK de FITZPATRICK⁽²⁾.

Examen de todas las lesiones pigmentadas adquiridas, según la regla ABCDE^(1,2)

Esta regla analiza las lesiones pigmentadas según la simetría, los bordes, el color, el diámetro, el crecimiento y la elevación. Aunque no se aplica a todos los tipos de melanoma, permite distinguir entre la mayoría de los melanomas y los nevos comunes y otras lesiones pigmentadas mediante el diagnóstico diferencial:

- Asimetría en la forma: una mitad diferente a la otra.
- El borde es irregular: bordes festoneados, aserrados irregularmente, claramente definidos.

- El color no es uniforme: jaspeado, colores al azar, tonos de marrón, negro, gris, rojo y blanco.
- El diámetro es habitualmente grande: más grande que la punta de un lápiz borrador (6,0 mm); otros utilizan la D para el signo “patito feo”: la lesión es diferente con respecto a los cambios en tamaño, la forma y el color.
- La elevación está casi siempre presente y es irregular: la distorsión de la superficie se evalúa con luz tangencial. El melanoma in situ y las lesiones lentiginosas acrales son inicialmente maculares; antecedentes de aumento en el tamaño de la lesión es uno de los signos más importantes de melanoma maligno.

Etiología y patogenia

Se desconoce la etiología y la patogenia del melanoma cutáneo. Los estudios epidemiológicos demuestran el papel de la predisposición genética y de la exposición solar en el desarrollo de melanomas. Del 25% al 40% de los miembros de las familias con tendencia al melanoma tiene mutaciones en el inhibidor de la cinasa ciclina dependiente 2ª (CDKN2A) y unas pocas familias en la cinasa 4 ciclina dependiente (CDK4). Se trata de genes supresores de tumores que se asocian con la susceptibilidad al melanoma.

Los estudios epidemiológicos aportan evidencia convincente sobre la exposición a la radiación solar como la causa principal del melanoma cutáneo. El melanoma cutáneo es un gran problema en las personas de raza blanca, con piel muy clara (pieles tipo I y II) y las quemaduras solares durante la infancia y la exposición intermitente a quemaduras en la piel sana parecen tener un mayor impacto que la exposición acumulativa a los rayos UV a lo largo del tiempo. Hay otros factores de predisposición y riesgo que son la presencia de lesiones precursoras e historia familiar de melanoma en padres, hijos o hermanos. Factores de riesgo para el melanoma⁽²⁾:

- Marcadores genéticos (mutación CDKN2a).
- Piel tipo I y II.
- Antecedentes familiares de nevos displásicos o melanoma.
- Antecedentes personales de melanoma.
- Radiación de rayos UV, particularmente quemaduras de sol durante la niñez y exposiciones intermitentes con quemaduras.
- Cantidad (>50) y tamaño (>5mm) de nevos melanocíticos.
- Nevos congénitos.
- Cantidad de nevos displásicos (>5mm).
- Síndrome del nevo melanocítico displásico.

Patrones de crecimiento del melanoma

Casi todos los melanomas muestran una fase de crecimiento radial inicial seguida por una posterior de crecimiento vertical. La fase de crecimiento radial es un patrón de crecimiento principalmente intraepidérmico, preinvasor o mínimamente invasor: el crecimiento vertical es el crecimiento hacia la dermis y, por lo tanto, hacia la vecindad de vasos que sirven como avenidas para metástasis. Dado que muchos melanomas producen el pigmento melanina, aún los melanomas preinvasores en su fase de crecimiento radial son detectables clínicamente por sus patrones de color. La diferencia de pronóstico entre los tipos clínicos de melanoma se relaciona principalmente con la duración de la fase de crecimiento radial, que puede durar desde años a décadas en el melanoma lentiginoso maligno, de meses a dos años en el melanoma superficial extensivo y de 6 meses o menos en el melanoma nodular.

Presentaciones clínicas del melanoma

Los cuatro tipos principales de melanoma ⁽⁵⁾				
Tipo	Frecuencia (%)	Ubicación	Crecimiento radial	Crecimiento vertical
Extensivo superficial	70	Cualquier sitio, parte inferior de las extremidades, tronco	Meses a 2 años	Tardío
Nodular	15	Cualquier sitio, tronco, cabeza, cuello	No es clínicamente perceptible	Inmediato
Melanoma lentigo maligno	5	Rostro, cuello, dorso de las manos	Años.	Muy tardío
Melanoma lentiginoso acral	5 - 10	Palma de las manos, planta de los pies, subungueal	Años a meses	Temprano, pero de reconocimiento tardío

Pronóstico de los melanomas de piel

Existe una clasificación del pronóstico en función del estadio clínico del tumor:⁽⁵⁾.

- Estadio clínico I: (lesiones invasivas localmente). El factor más importante es el grado de invasión vertical del tumor.
- Estadio clínico II: (invasión de ganglios regionales): lo más importante es el número de ganglios afectados.

- Estadio clínico III: (metástasis diseminadas). Pronóstico muy malo; con supervivencia de pocos meses.

También existen dos índices con significado pronóstico, que clasifican las lesiones en función del grado de invasión vertical del tumor. Deben usarse conjuntamente (al igual que en la clasificación anterior se usan para melanomas de piel en general):

- Niveles de Clark⁽⁵⁾: miden los niveles anatómicos de invasión:
 - ✓ Nivel I: el tumor es aun intraepidérmico. La membrana basal está intacta. La supervivencia a 5 años es del 100%.
 - ✓ Nivel II: tumor superficial, la membrana basal está rota. Atraviesa la unión dermo-epidérmica, invade la dermis papilar sin ocuparla totalmente. La supervivencia a los 5 años es del 75% - 85%.
 - ✓ Nivel III: las masas tumorales alcanzan todo el estrato papilar de la dermis. La supervivencia a los 5 años es de 50% - 75%.
 - ✓ Nivel IV: las masas tumorales se extienden hasta el estrato reticular de la dermis. La supervivencia a los 5 años es de 35% - 50%.
 - ✓ Nivel V: las masas tumorales invaden la hipodermis (tejido celular subcutáneo). La supervivencia a los 5 años es de 15% - 30%.
- Índice de Breslow⁽⁴⁾: es más objetivo que el anterior. Mide la profundidad del melanoma en milímetros, desde la granulosa hasta la célula tumoral situada más profunda:
 - ✓ $\leq 0,75$ mm. Supervivencia en 5 años del 95% - 100%.
 - ✓ 0,76 – 1,49 mm. Supervivencia en 5 años del 65% - 75%.
 - ✓ 1,50 – 2,99 mm. Supervivencia en 5 años del 50% - 65%.
 - ✓ ≥ 3 mm. Supervivencia en 5 años del 20% - 30%.

Otros factores que implican un mal pronóstico son:

- Sexo masculino: los melanomas que aparecen en sexo masculino tienen peor pronóstico. Las mujeres tienen un 20% más de posibilidades de sobrevivir más que los hombres.
- Edad joven: cuanto más joven, peor pronóstico.

- Localización BANS: Back (espalda), Arm (cara posterior de los brazos), Neck (cara posterior del cuello), Scalp (cuero cabelludo).
- Localizados en mucosas, palmas y plantas.
- Tipo clínico de Melanoma Nodular y Melanoma Acral Lentiginoso tienen peor pronóstico. El Léntigo Maligno es el de mejor pronóstico.
- La presencia de ulceración. La supervivencia de pacientes con melanoma ulcerado es del 53% a los 10 años, y en melanomas no ulcerados es del 86%.
- La existencia de zonas de regresión parcial.
- La ausencia o disminución del pigmento. Las células de un melanoma van volviéndose cada vez más displásicas y pierden la capacidad de producir melanina y se forma una lesión capaz de confundirse con una lesión benigna, pero realmente es de enorme malignidad.
- Infiltrado inflamatorio escaso o ausente.
- Existencia de un índice mitótico elevado.

MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL

Se trata de una presentación especial del melanoma cutáneo que se forma en la planta de los pies, las palmas de las manos y el lecho ungueal de las uñas de las manos o pies y de ahí la denominación de “acral” (distal). El melanoma lentiginoso acral aparece más frecuentemente entre asiáticos, africanos subsaharianos y afroamericanos y comprende entre el 50 - 70% de los melanomas de piel hallados en esas poblaciones. Fue descrito por primera vez por Reed⁽⁶⁾ como un subtipo de melanoma.

Se da más frecuentemente en hombres ancianos (≥ 60 años) y a menudo crece lentamente durante un periodo de años.

La demora en el desarrollo del tumor es la razón por la que, a menudo, estos tumores son descubiertos solamente cuando aparecen los nódulos o, en caso de compromiso de uñas, cuando éstas se caen, por lo tanto en estos casos, el pronóstico es pobre.

Epidemiología

La edad de comienzo se establece en un promedio de 65 años. Muestra una incidencia del 7% al 9% de todos los melanomas; en blancos del 2% al 8%. La relación

entre hombre y mujer es de 3:1. Se trata el melanoma principal en japoneses (50 - 70%) y en negros afroamericanos y africanos subsaharianos^(1,7).

Patogenia

Se ha establecido que los traumatismos o microtraumatismos pueden suponer una causa de la aparición de este tipo de lesión⁽⁷⁾. Las máculas pigmentadas que con frecuencia se observan en las plantas de los pies de los negros africanos podrían ser compatibles con el nevo displásico. El melanoma lentiginoso acral tiene un patrón de crecimiento similar al melanoma lentigo maligno.

Manifestaciones clínicas

El melanoma lentiginoso acral es de crecimiento lento (sobre 2,5 años desde su aparición hasta el diagnóstico). Los tumores aparecen en la superficie de la palma de la mano o planta del pie y su fase de crecimiento radial puede aparecer como una "mancha" que se agranda lentamente. En la uña, aparece primeramente en el lecho ungueal y compromete la matriz de la uña, el eponiquio y la placa ungueal en un periodo de 1 a 2 años. En la fase de crecimiento vertical aparecen los ganglios; a menudo existen áreas de ulceración y pueden producirse la deformación y caída de la uña⁽⁸⁾.

- **En las Lesiones cutáneas acral y palmo/plantar:** lesión macular o ligeramente sobreelevada en la fase de crecimiento radial, con pápulas focales y nódulos que se desarrollan durante la fase de crecimiento vertical. Marcado de color jaspeado que incluye marrón, negro, azul, áreas pálidas despigmentadas. Bordes irregulares como en el melanoma lentigo maligno; generalmente bien definidos, pero no siempre. Este tipo de melanoma lentiginoso acral aparece en las plantas de los pies, las palmas de las manos y en las caras palmo/plantares de los dedos de las manos y de los pies.
- **Lesiones subungueales:** la mácula subungueal comienza en la matriz de la uña y se extiende comprometiendo el lecho y la placa ungueal. Las pápulas, los nódulos y la destrucción de la placa ungueal pueden producirse en la fase de crecimiento vertical. La pigmentación marrón oscura o negra que puede comprometer la uña en su totalidad y la piel circundante tiene aspecto de lentigo maligno. A medida que la lesión cambia a la fase de crecimiento vertical, aparece una pápula o nódulo y se cae la uña. Con frecuencia, los nódulos o pápulas carecen de pigmento. A menudo se pasa por alto el melanoma lentiginoso acral amelanótico durante meses y, como no existen cambios en la pigmentación, al principio se pueden presentar como una distrofia ungueal.

Diagnósticos diferenciales

Es común que este tipo de melanoma, cuando se presenta en la planta, se considere una verruga plantar y se lo trate como tal. La dermatoscopia supone una ayuda

decisiva. También se confunde su diagnóstico con la tinea nigra. Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con otras nevus u otras lesiones premalignas. También se ha descrito el diagnóstico diferencial con úlceras de pie diabético(9), verrugas seborreicas pigmentadas, epiteloma basocelular pigmentado, epiteloma espinocelular, enfermedad de Bowen pigmentada^(5,8).

Decoloración subungueal: el melanoma lentiginoso acral subungueal en general se interpreta como un simple sangrado traumático bajo la uña, aunque estos hematomas subungueales pueden persistir por más de un año, todo el área de distinto color se va desplazando progresivamente hacia distal. La distinción entre el melanoma lentiginoso acral y la hemorragia subungueal se puede hacer fácilmente mediante dermatoscopia. Con la destrucción de la placa ungueal, las lesiones con frecuencia son interpretadas como infecciones micóticas. Cuando aparecen nódulos tumorales no pigmentados, se los diagnostica erróneamente como granulomas piógenos.

Análisis de laboratorio

Anatomía patológica: el diagnóstico histológico de la fase de crecimiento radial del melanoma lentiginoso acral de tipo palmar puede ser difícil y requerir de biopsias por incisión grandes que brinden múltiples secciones. Habitualmente existe una inflamación linfocítica intensa en la unión dermoepidérmica. Los melanocitos grandes característicos a lo largo de la capa de células basales se pueden extender como nidos grandes hacia la dermis, a lo largo de los conductos ecrinos. Con frecuencia, los melanocitos malignos invasores son fusiformes, de manera que el melanoma lentiginoso acral suele tener histológicamente una apariencia desmoplásica.

Pronóstico

El tipo palmar puede ser engañoso en su aspecto clínico y las lesiones “planas” pueden ser profundamente invasoras. Las tasas de supervivencia a 5 años son menores del 50%.

El tipo subungueal de melanoma lentiginoso acral tiene una tasa de supervivencia a 5 años más alta (80%) pero la información probablemente no sea suficientemente exacta.

El mal pronóstico del tipo palmar puede estar relacionado con una excesiva demora en el diagnóstico⁽¹⁰⁾. Hay que atender a las clasificaciones del estadio clínico del tumor, nivel de Clark e índice de Breslow.

Tratamiento

Al considerar la resección quirúrgica es importante evaluar la extensión de la lesión mediante su observación con el dermatoscopio. Melanoma lentiginoso acral subungueal y de tipo palmar: amputación de dedos. En el tipo palmar o plantar: resección amplia con

injerto de piel parcial. Ganglio linfático centinela: procedimiento necesario en la mayoría de los casos⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia que los profesionales de la salud que estén en contacto directo con la piel del paciente no pasen por alto las lesiones pigmentarias y melanocíticas; estudiando profundamente aquellas de las que se tenga la más mínima sospecha.

Esta vigilancia se ha de incrementar cuando además se trate de individuos con factores de riesgo; una de las más comunes es el piel fototipo bajo (I y II) y que suponen aproximadamente un tercio de la población española⁽⁵⁾, pero también tener un número elevado de nevus, poseer antecedentes familiares de melanoma o bien tener un síndrome de nevus displásico.

Todo ello encaminado a ofrecer un diagnóstico precoz, que es el que otorgará el éxito del tratamiento y aumentará la esperanza de supervivencia del paciente.

En un examen rutinario del pie nos podemos encontrar con lesiones pigmentarias de la piel y el podólogo, enfermero, fisioterapeuta u otros profesionales han de estar preparados para orientar, vigilar al paciente o derivarlo al especialista ante cualquier sospecha de malignización de la lesión.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón, de 74 años de edad, que acude a la Unidad de Pie Diabético de la Clínica Universitaria de Podología el día 30 de noviembre del 2011. No presentaba alergias medicamentosas conocidas, con episodios activos de: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, problemas cardíacos, hipertrofia benigna de próstata y asma bronquial. El paciente estaba en tratamiento farmacológico con: Emconcor®, Zestril® 20, Adiro® 100, Seguril®, Cardyl®, Tebetane® compuesto, Unibenestan®, Atrovent® y Symbicort Turbuhaler®.

El motivo de consulta del paciente era una úlcera en zona proximal a la 2ª cabeza metatarsal, en la que se observaba tejido de hipergranulación, la prueba de “probing to bone” era negativa y no presentaba signos de afectación ósea en la radiografía simple que se realizó.

En la exploración se observa, próximo a la zona ulcerada, una zona hiperpigmentada, de gran tamaño y de bordes y color irregulares, ante lo cual se

decide realizar un "Punch" para biopsiar dicho tejido y mientras tanto, se pautan curas con Actisorb® y 5 mm de descarga.

En el análisis de la lesión mediante la regla del "ABCDE" nos encontramos que era **Asimétrica**, presentaba **Bordes irregulares**, también **Color irregular**, un **Diámetro** de más de 6mm y no presentaba **Elevación** sobre la piel perilesional sana; por lo que, menos el signo de sobreelevación, la lesión presentaba todos los demás signos de malignidad que analiza la regla del "ABCDE".

En cuanto a los factores de riesgo que el paciente presentaba nos encontramos con que desconocemos si existe predisposición genética, ya que el paciente no está seguro de tener antecedentes familiares. Tampoco presentaba antecedentes personales de otro tipo de lesiones tumorales. Tampoco refería una exposición al sol especial o prolongado. El fototipo de la piel del paciente no era ni de tipo I ni II (los dos fototipos de piel más susceptibles de desarrollar melanoma). No recuerda haber sufrido quemaduras solares durante la infancia de importancia, así como tampoco exposición intermitente a las quemaduras en la piel sana. El único factor de riesgo que el paciente presenta de una manera clara es ser hombre y tener más de 60 años.

Como resultado del análisis del "punch" se obtiene que los signos observados son compatibles con melanoma por lo que se pauta una biopsia escisional para el día 22 de diciembre del 2011, en la que se manda la pieza a anatomía patológica.

Se van sucediendo las diversas curas postquirúrgicas, las cuales avanzan positivamente hasta que el 10 de enero aparece una ligera dehiscencia en la herida quirúrgica, sin embargo no muestra complicaciones de relevancia.

El 20 de enero llegan los resultados de la anatomía patológica, obteniendo como resultado el diagnóstico de "Melanoma acral lentiginoso en fase de crecimiento radial microvasivo". Se deriva al servicio de Oncología del Hospital Gregorio Marañón en el que se realiza la 1ª consulta el 27 de enero del 2011, cita en la que se pauta intervención quirúrgica para ampliar los márgenes de la lesión para el día 9 de marzo.

El día 22 de febrero del 2011 el paciente presenta una cicatrización completa de la lesión, por lo que se le da el alta desde la Unidad de Pie Diabético de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Si realizamos un análisis de los factores pronósticos en este caso, observamos que al ser hombre presenta un peor pronóstico, así como por la localización (acral o distal), el tipo clínico de melanoma (lentiginoso), la presencia de ulceración y la ausencia de infiltrados inflamatorios. El melanoma, al no presentarse en edad infantil, supone un mejor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sutherland CM, Mather FJ, Muchmore JH, Carter RD, Reed RJ, Kremenz ET. Acral lentiginous melanoma. *Am J Surg.* 1993 Jul;166(1):64-7.
2. Wolff K, Johnson RA. Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. 6ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
3. Bristow IR, De Berker DA. Development of a practical guide for the early recognition for malignant melanoma of the foot and nail unit. *J Foot Ankle Res.* 2010;3:22.
4. Bristow IR, De Berker DA, Acland KM, Turner RJ, Bowling J. Clinical guidelines for the recognition of melanoma of the foot and nail unit. *J Foot Ankle Res.* 2010;3:25.
5. Bonilla Toyos E. Lesiones melanocíticas en el pie. Diagnóstico diferencial. *El Peu.* 2004;24(3):129-39.
6. Coleman WP, 3rd, Loria PR, Reed RJ, Kremenz ET. Acral lentiginous melanoma. *Arch Dermatol.* 1980 Jul;116(7):773-6.
7. Bristow IR, Acland K. Acral lentiginous melanoma of the foot and ankle: A case series and review of the literature. *J Foot Ankle Res.* 2008;1(1):11.
8. Chiu HH, Hu SC, Ke CL, Cheng ST. Dermoscopy identifies histopathologically indiscernible malignant lesion of atypical melanosis of the foot, an early lesion of acral lentiginous melanoma in situ. *Dermatol Surg.* 2008 Jul;34(7):979-83.
9. Torres T, Rosmaninho A, Caetano M, Selores M. Malignant melanoma misdiagnosed as a diabetic foot ulcer. *Diabet Med.* 2010 Nov;27(11):1302-3.
10. Jeremías X. Melanoma maligno: Consideraciones sobre su diagnóstico precoz, prevención y tipos clínicos. *El Peu.* 2003;23(4):186-92.

Recibido: 4 octubre 2011.

Aceptado: 6 octubre 2011.