



Melanoma lentiginoso acral: uma apresentação rara de neoplasia maligna melanocítica.

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Chefia: Dr. David Rubem Azulay

Centro de estudos da Unha (CEU) – Chefia: Dra. Robertha Nakamura

GUERRA, ML; BICHARA, RM; MADRID, LM; LEVERONE, AP; NAKAMURA, RC.

Introdução

O melanoma lentiginoso acral é uma forma rara de neoplasia maligna melanocítica, sendo a apresentação mais comum desta doença em negros e asiáticos. Representa 2 a 8% de todos os casos de melanoma, ocorrendo com maior frequência entre a quinta e sétima décadas de vida, sem predomínio entre os sexos. Caracteriza-se por um quadro inicial de mácula marrom ou negra de bordas irregulares, localizada na extremidade digital, sendo dor e desconforto locais sintomas pouco frequentes. Pode apresentar evolução para nódulo ou ulceração e ainda gerar deformidade da lâmina ungueal quando de origem subungueal. Dentre os diagnósticos diferenciais deve-se considerar onicomicose, hematoma subungueal, melanoníquia estriada e nevo juncional. Formas amelanóticas frequentemente são confundidas com granuloma piogênico. O sinal de Hutchinson constitui derrame de pigmento melânico além da borda da lesão, enquanto o pseudo-sinal de Hutchinson corresponde ao surgimento de pigmento milímetros além da lesão, ambos indicando doença avançada. O diagnóstico clínico pode ser auxiliado pela dermatoscopia. A análise histopatológica é o exame “padrão-ouro” para o diagnóstico definitivo. O tratamento depende do grau de estadiamento e tem a excisão cirúrgica como melhor opção. O prognóstico é reservado devido a seu comportamento agressivo e, sobretudo, pelo diagnóstico tardio na maioria dos casos.

Relato de caso

Paciente feminina, parda, 49 anos, dona-de-casa, referindo surgimento de onicorrexe na lâmina ungueal do terceiro quirodáctilo direito, acompanhada de ponto enegrecido na borda distal. O quadro evoluiu em 6 meses com a formação de uma tumoração sobre o leito ungueal que apresentou crescimento progressivo, quando procurou atendimento médico em nosso serviço.

Ao exame dermatológico, havia lesão tumoral eritematosa em falange distal do 3º quirodáctilo direito, com telangiectasias e perda parcial da lâmina ungueal, cuja superfície apresentava melanoníquia estriada. Observaram-se 2 pontos enegrecidos na região periungueal distal e dor à compressão local. Ao exame físico, não havia linfonodos aumentados à palpação.



1A – 1B: Correspondem a clínica.

2A – 2B: Rx que evidenciou destruição da falange distal e aumento de partes moles.

A radiografia de 3º quirodáctilo direito evidenciou destruição da falange distal e aumento de partes moles. Foram realizados exames laboratoriais e radiografia de pulmão, que não mostraram anormalidades.

A paciente foi submetida a exame histopatológico que confirmou o diagnóstico de melanoma e encaminhada ao Instituto Nacional do Câncer. Foi realizada pesquisa de linfonodo sentinela por linfocintilografia e posterior abordagem cirúrgica com desarticulação das falanges média e distal do quirodáctilo acometido. O estudo dos linfonodos axilares demonstrou negatividade de proteína S-100 e HMB-45 na imunohistoquímica. No linfonodo epitroclear foi encontrada micrometástase subcapsular com positividade de proteína S-100 e HMB-45 na imunohistoquímica.

A análise da peça cirúrgica concluiu melanoma em fase de crescimento vertical, Breslow 6,0cm e limites cirúrgicos livres de neoplasia.



3A: Pesquisa de linfonodo sentinela por linfocintilografia.

3B: Desarticulação das falanges média e distal do quirodáctilo acometido.

3C: Resultado após 6 meses da cirurgia.

Discussão

O melanoma acral é apresentação relativamente rara desta neoplasia, sendo muitas vezes subdiagnosticado, o que leva a um atraso no diagnóstico definitivo, contribuindo para o agravamento do prognóstico de uma doença que por si só já é muito agressiva, e a uma menor sobrevida para o paciente. Demonstramos em nosso caso, como um diagnóstico tardio pode influenciar no prognóstico e na morbidade de uma doença grave.

Referências Bibliográficas:

- 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, Zurrada 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.
- 8) Mendonça JRSM, Kac BK, Teixeira da Silva R, Spinelli LP et al. Melanoma do aparelho ungueal. *Anais Bras. Dermatol.* 2004; 79 (5): 575-80.