

## Lesiones nodulares suprapúbicas en varón de 102 años

Cad Aten Primaria  
Año 2014  
Volume 20  
Páx. 243

Rodríguez Fonseca, O D; Toba Alonso, F

Paciente de 102 años sin antecedentes de interés quién consulta debido a que desde hace 2 meses presenta múltiples lesiones redondeadas y eritematosas a nivel suprapúbico que en alguna ocasión presentan sangrado espontáneo, además de síndrome general caracterizado por astenia, anorexia e importante pérdida de peso.

Refiere además dificultad para micción dado por disminución de la fuerza y calibre del chorro de orina así como intermitencia en éste desde hace algunos años.

En la exploración física destacaban múltiples lesiones excrecentes, redondeadas y agrupadas, a nivel suprapúbico, de coloración rojo-purpúrica, algunas de ellas con erosión central (figuras 1 y 2). Además, presenta una lesión plantar derecha asintomática tipo mácula < de 1 cm de bordes irregulares sin distintos tonos en coloración.

No se palpan visceromegalias pero sí adenopatías inguinales de gran tamaño.

En el Tc tóraco-abdomino-pélvico se observan a nivel hepático múltiples lesiones hipodensas, afectan a ambos lóbulos, la mayor en LHI de 9 cm, compatible con hígado metastásico. Múltiples lesiones blásticas en esqueleto óseo visible relación con afectación metastásica ósea. Lesiones polipoides en el tejido celular subcutáneo de la región suprapúbica en relación con afectación metastásica ya conocida. A nivel del riñón derecho se observan dos lesiones parcialmente exofíticas de 1,5-2 cm.

La biopsia de piel era compatible con metástasis cutánea de melanoma.

Diagnóstico:

1. Melanoma lentiginoso acral planta del pie derecho
2. Metástasis cutáneas de melanoma.
3. Neo próstata estadio IV.

Una vez diagnosticada la patología prostática del paciente y sabiendo la extensión de lesiones corporales y pronóstico, se inicia bloqueo hormonal y se da cita posterior para resultados de la biopsia cutánea durante la cual se realiza el diagnóstico de melanoma metastásico. Durante esta visita se visualiza deterioro clínico progresivo del paciente por lo cual se decide detener tratamiento hormonal y informar del

pronóstico desfavorable a la familia.

En el presente caso era de suma importancia el diagnóstico diferencial de las patologías que afectan a piel tanto de forma primaria cómo metastásica por lo cual se decidió realizar una biopsia específica del sitio de la lesión así como una analítica general.

Los primeros resultados obtenidos dados por antígeno de superficie prostático y fosfatasa alcalina, orientaban hacia una patología prostática primaria con probable diseminación por lo cual se realizaron estudios de imagen para valorar extensión.

Con los diagnósticos establecidos de cáncer prostático y melanoma lentiginoso, es importante mencionar algunas de las diferencias entre éstos en cuestiones de afección a distancia, ya que el cáncer de próstata suele tener predilección por metástasis óseas (desde la pelvis hasta vertebrae lumbares así como dorsales y costillas), y en menor proporción hacia vísceras (púlmon, hígado, glándulas suprarrenales y cerebro) y por último hacia la piel, mientras que en el melanoma las metástasis cutáneas son una de las principales localizaciones.

Dentro de los signos de alarma para identificación de lesiones tipo melanoma maligno, se encuentran: Asimetría en su forma, bordes irregulares, coloración no uniforme, diámetro habitualmente grande y elevación casi siempre presente en la lesión.

El Melanoma es una patología dermatológica asociada a los melanocitos que puede o no asentarse a una lesión melanocítica preexistente. Su etiología es desconocida, sin embargo se conoce de diversos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar este tumor, como características propias del sujeto (coloración de piel clara con ojos azules y cabello rubio, así como el hecho de haber padecido previamente de melanoma), genéticos (antecedentes familiares y patologías asociadas a alteración en reparación del ADN) y adquiridos (exposición prolongada a radiación ultravioleta).

Engloba 4 subtipos, cada una con unas características clínicas y histopatológicas orientativas, dentro de éstas se encuentra el

### Correspondencia

Omar Rodríguez Fonseca  
Tel 627220458  
Omar.Dario.Rodriguez.Fonseca@sergas.es

Lentigo Maligno con definición etimológica "Lesión tipo lenteja", el cual corresponde a un melanoma in situ ubicado en unión dermoepidérmica con localización preferente en zonas fotoexpuestas (cabeza y cuello), de incidencia predominante entre edades 65-80 años y cuyas características clínicas se definen como lesiones tipo mácula de crecimiento progresivo, bordes irregulares, asimétrica y con distintos tonos de coloración desde parduzco hasta café.

El lentigo maligno acral posee las mismas características del mencionado previamente con la diferencia que éste tiene como localización habitual el lecho ungueal, dedos y palma de mano o plantas y dedos pie.

Entre los diagnósticos diferenciales de las lesiones tipo lentigo maligno destacan principalmente lentigo solar, queratosis seborreicas y queratosis actínicas pigmentadas, las cuales serán consideradas en un contexto clínico adecuado.

Si bien el pronóstico del melanoma va a depender de la fase en la que sea diagnosticado, en el lentigo maligno en general es mejor pronóstico que en las demás lesiones englobadas dentro de la patología del melanoma, sin embargo éste puede evolucionar a Lentigo Maligno Melanoma cuyo pronóstico es similar a las otras lesiones de

esta familia, incluso reportándose tasas de supervivencia en 5 años < del 50 %.

El porcentaje de lesiones que pueden pasar de un estado a otro se han aproximado a un 2-5 % sin ser estos resultados concluyentes. Además se ha estimado que el tiempo entre cada fase de la enfermedad va desde 10 a 50 años aproximadamente.

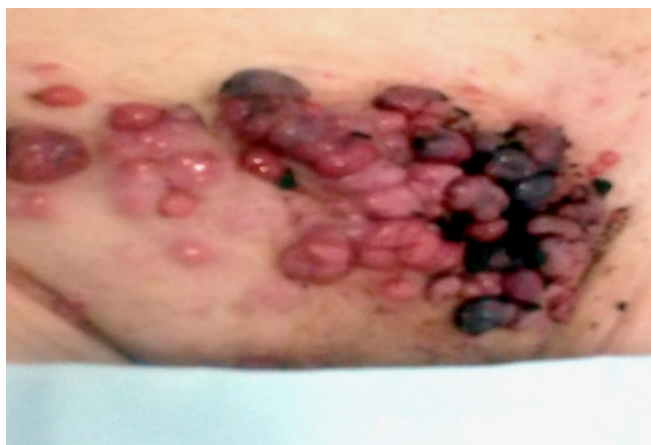
En cuanto al tratamiento de melanoma, una vez realizados los estudios pertinentes de extensión para estadificación, la resección quirúrgica temprana con márgenes de seguridad ha sido el único tratamiento curativo demostrado para ésta patología

En ciertos casos en los cuales ya se haya realizado extirpación quirúrgica y se sospeche alto riesgo de recidiva, se puede utilizar terapia adyuvante como el IFN- 2B aunque hasta el momento éste no ha mostrado claramente efectos sobre supervivencia.

En el caso de nuestro paciente debido a su estado actual, comorbilidades así como diagnósticos de neoplasias múltiples con metástasis al momento del ingreso, se decidió realizar un manejo más conservador con curas locales y información pertinente a los familiares.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 S. Swetter, A. Geller. Skin examination and clinical features of melanoma. Uptodate May 2011. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- 2 K. Wolff, R. Johnson. Precursores de melanoma y melanoma cutáneo primario. Fitzpatrick Atlas en color y sinopsis en dermatología clínica. 6ª Edición. Editorial Médica Panamericana, España 2010. Vol I, sección 12.
- 3 O. Miranda, J. García, B. Vivanco, et al. Metástasis subcutánea de cáncer de próstata. Archivos españoles de urología. v.62 n.7 Madrid sep. 2009.



FIGURAS 1 y 2: Lesiones suprapúbicas excrescentes y redondeadas, algunas con aspecto necrótico.