

PRESENTACIÓN DE CASOS

Melanomas en el pie

LAURA SANTAMARTA y RAMIRO SAENZ

*Servicio de Ortopedia y Traumatología
Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor A. Posse*

Caso clínico 1

Una paciente de 70 años se presentó en el consultorio de ortopedia y traumatología en octubre de 2004 con una biopsia positiva para melanoma, efectuada por el servicio de dermatología. Según su relato, hacía dos años, a raíz de una lesión en el *hallux* derecho de origen traumático, había comenzado a aumentar la coloración de la lesión. La anatomía patológica mostró que se trataba de un melanoma maligno de tipo ulceroso o superficial en fase de crecimiento vertical que se infiltraba a la hipodermis (septiembre de 2004).

Se decidió realizar una amputación de tipo Dickson del primer segmento del pie derecho, lo que se efectuó en octubre de 2004. La biopsia posoperatoria informó: melanoma maligno ulcerado infiltrante en todo el espesor de la dermis y la hipodermis, nivel V de Clark, en fase de crecimiento vertical, originado en un melanoma lentiginoso acral, espesor lesional 4 mm (Breslow). Bordes quirúrgicos libres.

La evolución fue favorable. A los 7 años de evolución, realiza una marcha plantígrada, con ortoprótesis, sin recidiva (Fig. 1).

Caso clínico 2

Una mujer de 83 años acudió al consultorio de traumatología en febrero de 2010 por presentar, en la uña del *hallux* derecho, un tumor ulcerado, exofítico y húmedo,

circunscrito a ella. Había comenzado hacía unos 15 años con un aumento paulatino de la coloración de la uña. Se trató en el servicio de dermatología, donde se le realizó una biopsia, cuyo diagnóstico dio positivo para melanoma. En abril de 2010 se le realizó una amputación de tipo Dickson del primer segmento del *hallux* derecho. La anatomía patológica informó: melanoma maligno noduloide en fase de crecimiento vertical ulcerado. Margen quirúrgico a 3,5 cm de la neoplasia.

Al mes comenzó con marcha plantígrada con calzado posoperatorio y se le indicó una ortoprótesis que utiliza hasta la fecha, sin recidivas. Lleva 7 meses de evolución (Fig. 2).

Caso clínico 3

Un varón de 70 años se presentó en el consultorio de ortopedia y traumatología en mayo de 2009 con una lesión verrugosa exofítica ulcerada en el interdigital del *hallux* y el segundo dedo, que comprometía la zona plantar de *hallux* izquierdo. Había comenzado hacía un año con una úlcera en dicho lugar, que fue tratada en el servicio de dermatología. En octubre de 2008 se le efectuó una biopsia, cuyo resultado fue: tumor indiferenciado compatible con melanoma epiteloide ulcerado e infiltrado.

En mayo de 2009 se le realizó una amputación de tipo Dickson del primer segmento del pie izquierdo, cuya biopsia informó: melanoma maligno extensivo superficial en fase de crecimiento vertical infiltrante en la dermis reticular (Clark IV), espesor lesional (Breslow 3,6 mm). Margen de resección quirúrgica: 8 mm del tumor.

En febrero de 2010, se le realizó el vaciamiento ganglionar de la ingle izquierda; la biopsia dio positiva para melanoma.

La evolución fue favorable. A los dos años y medio, la paciente deambula con ortoprótesis, sin recidiva (Fig. 3).

Recibido el 8-6-2010. Aceptado luego de la evaluación el 16-6-2011.

Correspondencia:

Dra. LAURA SANTAMARTA
lsantamarta@hotmail.com

Discusión

El melanoma es el tumor maligno menos diagnosticado en el pie que en otra localización. Tiene especial predilección por la planta y el tejido periungueal, así como gran tendencia a la ulceración y al crecimiento rápido vertical, no al crecimiento radial, que tiene mejor pronóstico.^{9,15} Se lo considera el tumor maligno más frecuente en el pie y el tobillo.¹² Los tumores ungueales y subungueales necesitan amputaciones¹ para su tratamiento.

Hay consenso internacional en la utilización de los índices de Breslow y de Clark^{3,1} para evaluar los estadios y los grados de infiltración en la anatomía patológica, como la utilización de la clasificación TNM (espesor, ganglios y localización) para el estudio clínico.⁹

La bibliografía trasnacional de los últimos años coincide en que el número de melanomas está en aumento: 6% a 12% por año.⁶

Hemos observado que en gran parte de la bibliografía los autores acuerdan en los déficits de diagnósticos de esta patología en su forma acral (manos y pies). Las lesiones pequeñas y las ubicaciones no comunes son mayoritariamente las causantes de ese déficit. Nuestra experiencia con los tres casos presentados tiene un promedio de evolución de tres años (de siete meses a siete años). Como refieren Walsh y cols.,¹⁹ la lesión es vista tarde por el paciente, no es diagnosticada por el médico y cuando se la diagnostica, no se la trata en forma adecuada. Un 70% de los pacientes con melanoma cutáneo tienen localización acral.¹³ Estaría consensuado el hecho de que el retardo en el diagnóstico lleva a la menor supervivencia por el crecimiento vertical del tumor que, al pasar de la epidermis, infiltra los vasos sanguíneos, y por las



Figura 1. Caso 1. Lesión de hallux derecho, ulcerada, costrosa de inicio.



Figura 2. Caso 2. Lesión de hallux derecho ulcerada que compromete el lecho ungueal y la primera falange del hallux.



Figura 3. Caso 3. Lesión verrugosa exofítica que compromete el primer interdígito del pie izquierdo. Vistas plantar y lateral.

metástasis que se originan.^{7,13,14,18,19} No se informan trabajos en los cuales se encuentre comprometido el tejido óseo.¹⁸ Wagner y cols.,¹⁸ en un total de 30 melanomas acrales en la mano y el pie, realizaron la resección parcial de la presentación subungueal, gesto que es hoy muy controvertido. Numerosos autores no diferencian las zonas de apoyo de las que no son y no queda claro cómo fue la evolución, ya que al comentar sobre los injertos plantares no dan ningún tipo de informe en el seguimiento, con evidencia.^{7,14,18}

Los melanomas pequeños y finos permiten una buena supervivencia, con algunas recidivas y nuevas resecciones. En estos casos deberán tener un margen de seguridad de 1 a 2 cm. Los melanomas de 0,76 a 4 cm requerirán 3 cm de margen de seguridad; los que tengan más de 4 cm, requerirán 5 cm.⁷ Los estadios que suelen utilizarse son: I local; II regional y III metastásico.

En los Estados Unidos el melanoma representa un 4% de todos los cánceres de piel, pero produce el 79% de las muertes por cáncer de dicho tejido.⁶ Se utiliza la terapia coadyuvante con interferón en altas dosis, pero la quimioterapia no parece mejorar la supervivencia de los pacientes.⁹

El *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) utiliza dichas clasificaciones y en nuestro país habría consenso en la utilización de los índices de Breslow y de Clark.^{3,1}

Se continúa utilizando la terapia coadyuvante con interferón y la quimioterapia no mejoraría la supervivencia.³

En nuestra experiencia no nos hemos enfrentado con compromisos en la zona de apoyo que, con un tipo de amputación como la que realizamos de rutina,¹⁷ haya



Figura 4. Amputación de tipo Dickson del hallux derecho.

dejado un déficit de la marcha plantígrada. Creemos que la amputación de Dickson,⁵ descrita en el siglo pasado por ese cirujano, es un abordaje en V corta muy agresivo porque pone en peligro los paquetes laterales de cada segmento del pie. Eso motivó que hayamos diseñado, hace más de 13 años, un abordaje en raqueta al que denominamos "tipo Dickson" y que utilizamos con resultados satisfactorios¹⁷ (Fig. 4).



Figura 5. Ortoprótésis. Vista frontal.



Figura 6. Ortoprótésis. Vista perfil medial.

En la anatomía patológica utilizamos los índices de Breslow, que mide los estadios de grosor vertical de la lesión en milímetros, y de Clark, que mide el grado de infiltración tisular.

Las ortoprótesis son la unión de una plantilla y una prótesis. En las plantillas utilizamos cuero y corcho; y en las prótesis, espuma de polietileno (Polifom) (Figs. 5 y 6).

Bibliografía

1. **Breslow A.** Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanomas. *Ann Surg* 1969; 172(5).
2. **Butler CE, Chevray P.** Retrograde-flow medial plantar island flap reconstruction of distal forefoot, toe, and webspace defects. *Ann Plast Surg* 2002; 49(2):196-201.
3. **Clark WH, et al.** The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res* 1969;29;705-27
4. **Cowles RA, Johnson TM, Chang AE.** Useful techniques for the resection of foot melanomas. *J Surg Oncol* 1999 Apr;70(4): 255-9.
5. **Dickson J.** Surgical treatment of intractable plantar warts. *J Bone Joint Surg* 1948;30-A (3)
6. **Downey MS, Lamm BM.** Metastatic malignant melanoma to the foot and ankle: a review of the literature and case report. *J Foot Ankle Surg* 2000 Nov-Dec; 39(6):392-401.
7. **Evans GR, Friedman J, Shenaq J, Mosser S.** Plantar flap reconstruction for acral lentiginous melanoma. *Ann Surg Oncol.* 1997 Oct-Nov; 4(7):575-8.
8. **Hayashi K, Okubo S, Watanabe T, Yamazaki Y, Horiuchi N, Saida T.** Malignant melanoma on the sole showing prominent neural differentiation and perineural infiltration. *Int J Dermatol* 2002 Apr; 41(4):247-9.
9. **Hochwald SN, et al.** Rol of elective lymph node dissection in melanoma. *Sem Surgery Oncol* 14(\$); 276-82 1998 (publmed abstract).
10. **Hughes LE, Horgan K, et al.** Malignant melanoma of the hand and foot: diagnosis and management. *Br J Surg* 1985 Oct; 72(10):811-5.
11. **Hutchinson BL.** Malignant melanoma in the lower extremity. A comprehensive overview. *Clin Podiatr Med Surg.* 1986 Jul; 3(3):533-50.
12. **Kong ME, et al.** When to biopsy a foot ulcer? Seven cases of malignant melanoma presenting as foot ulcers. *Dto de DBT y Endocrinología UK* 4-2007.
13. **Matusiak L, Bieniek A, Wozniak Z, Szepietowski JC.** Amelanotic malignant melanoma in an acral location. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat.* 2008 Jun;17(2):72-4.
14. **Querings K, Bachter D, Balda BR.** Meshed reversed dermal graft in patients with surgical defects of sole and scalp: technique and long-term results. *Dermatol Surg.* 2002 Feb;28 (2):122-6.
15. **Ramanujam C, Kearney T, Zgonis T, Williams RP, Fernandez MP.** A case report of malignant melanoma of the great toe. *J Foot Ankle Surg.* 2009 Mar-Apr;48 (2):225-9.
16. **Sakai N, Yoshida T, Okumura H.** Distal plantar are a reconstruction using a flexor digitorum brevis muscle flap with reverse-flow lateral plantar artery. *Br J Plast Surg.* 2001 Mar;54(2):170-3.
17. **Santamarta L, Loterzo L.** Amputación de tipo Dickson. *Rev Asoc Arg Ortop Traumatol* 1997;62(2):190-5.
18. **Santamata L y cols.** Irrigación del calcáneo. Premio 2.º Congreso SAMECIP 1983.
19. **Wagner A, Garrido I, Ferron G, Chevreau C, Lafosse JM, Grolleau JL, Chavoïn JP.** Subungual melanoma: for a conservative approach on the thumb scale. *Ann Plast Surg.* 2007 Sep;59 (3):344-8.
20. **Walsh SM, Fisher SG, Sage RA.** Survival of patients with primary pedal melanoma. *J Foot Ankle Surg.* 2003 Jul-Aug;42(4): 193-8.
21. **Yamaguchi Y, Kubo T, et al.** Epithelial-mesenchymal interactions in wounds: treatment of palmoplantar wounds by nonpalmoplantar pure epidermal sheet grafts. *Arch Dermatol* 2001 May;137(5):621-8.