



## 160/2412 - EN BUSCA DEL CANGREJO BAJO LA PIEDRA: EL MELANOMA

M. Maceira Failache<sup>a</sup>, G. García Estrada<sup>a</sup>, E. Cano Cabo<sup>b</sup> y R. Abad Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias.

### Resumen

**Objetivos:** Mujer de 76 años, con fototipo I de piel (piel muy blanca, ojos azules, pelo muy claro). Motivo de consulta: acude a nuestra consulta por haberse notado una pequeña lesión en región frontal desde hace unos meses, pero en el mismo acto de consulta observamos casualmente mínima lesión pigmentada en mejilla izquierda. Antecedentes personales: carcinoma basocelular en región frontal hace unos meses en control por dermatología, varias lesiones de queratosis actínica a tratamiento tópico. Examen físico: lesión pigmentada de unos 3 mm en región inferior de pómulo izquierdo; a falta de dermatoscopia, observamos con una lupa lesión con discromía y bordes irregulares sin prurito ni dolor acompañante. Con sospecha de melanoma inicial derivamos a la paciente con carácter preferente a Dermatología, siendo vista a los 4 días (la derivación ordinaria tiene una lista de espera de 10 meses). Tras biopsia se confirma la naturaleza maligna de la lesión.

**Metodología:** Informe de Anatomía Patológica: elipse escisional cutánea de mejilla izquierda con lentigo maligno melanoma de 0,3 mm de espesor, nivel anatómico, en fase de crecimiento radial, alcanzando el componente in situ un borde lateral de resección. Se coordina para ampliación de márgenes.

**Conclusiones:** El melanoma es un tumor maligno derivado de los melanocitos, células dendríticas originadas en la cresta neural y causantes de la síntesis de melanina. Suele asentar sobre piel normal, cuando aparece sobre un nevo, los criterios mayores que nos deben hacer sospechar el diagnóstico de melanoma son el cambio de tamaño, la forma irregular de la lesión y la pigmentación desigual. (A, B, C, D, E: asimetría, borde irregular, coloración, diámetro mayor a 0,6 cm, volumen o sobreelevación). Desde principios de los años sesenta se ha detectado un incremento sostenido de la incidencia del melanoma, entre un 3 y un 7% anual en muchos países. Aunque la frecuencia del melanoma no es tan alta como la del cáncer de pulmón, mama o colon, una ventaja fundamental es que una simple inspección visual, barata, sencilla e indolora, realizada por una persona experimentada, es capaz de facilitar un diagnóstico precoz y mejorar el pronóstico. En la historia clínica debe quedar reflejada la localización de la lesión, su tamaño, si ha aumentado o cambiado de color o de forma en los últimos meses existe prurito o sangrado. Asimismo, se deben describir su forma, las características del borde y la existencia o no de ulceración y/o policromía. El lentigo maligno habitualmente es una lesión grande que se localiza en la cara. Por ello, es preferible realizar primero una biopsia incisional para confirmar el diagnóstico y practicar posteriormente la extirpación completa. Los equipos de atención primaria tienen la responsabilidad de aumentar el

conocimiento público del melanoma, explorarlo y diagnosticarlo precozmente. El riesgo de desarrollar melanoma es superior en pacientes de piel blanca, de origen nórdico o celta como es el caso de nuestra paciente. ¿Qué papel debe desempeñar el médico de atención primaria en el diagnóstico de lesiones potencialmente malignas de piel? Es fundamental que el consejo se difunda en nuestra sociedad, de que la prevención se inicie desde la infancia, porque hoy día es la época de mayor exposición solar en períodos de ocio.