

Melanoniquia longitudinal como manifestación de un carcinoma escamocelular *in situ* de la matriz ungular

Longitudinal melanonychia as the manifestation of squamous cell carcinoma in situ of the nail matrix.

Santiago Andrés Ariza¹, Marian Rolon², Manuel Fernando Ortiz³

1. Médico dermatólogo oncólogo; profesor asociado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia
2. Médica dermatopatóloga. Bogotá, D.C., Colombia
3. Médico, residente de tercer año de Dermatología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia

Resumen

La melanoniquia longitudinal es una manifestación común de lesiones melanocíticas de la matriz ungular. Sin embargo, existen otras causas no melanocíticas descritas. Se presenta el caso de un paciente con melanoniquia longitudinal en la mano ocasionada por un carcinoma escamocelular *in situ* de la matriz ungular y se revisa la literatura científica sobre el tema.

PALABRA CLAVE: carcinoma escamocelular ungular, melanoniquia, unidad ungular

Correspondencia:

Manuel Fernando Ortiz

Email:

manferorcar@hotmail.com

Recibido 6 de julio de 2012.

Aceptado 8 de agosto de 2012.

No se reportan conflictos de intereses.

Summary

The longitudinal melanonychia is a common manifestation of melanocytic lesions of the nail matrix. Nevertheless, nonmelanocytic rare causes have been described. We present the case of a patient with a longitudinal melanonychia in a fingernail caused by squamous cell carcinoma *in situ* of the nail matrix and a review of the literature on the subject

KEY WORDS: Nail matrix squamous cell carcinoma melanonychia, nail unit.

Introducción

Los tumores malignos de la unidad ungular son raros. El carcinoma escamocelular es el tumor maligno más frecuente en esta área anatómica. Establecer el diagnóstico de un carcinoma escamocelular ungular puede ser difícil, dado que puede simular otras entidades como verruga viral, paroniquia, trauma a repetición, exostosis subungular e infecciones bacterianas o fúngicas crónicas^{1,2}.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 43 años de edad, que consultó por una lesión pigmentada en la uña del segundo dedo de la mano izquierda, de ocho meses de evolución, sin antecedentes de importancia.

Clínicamente, se observaba una banda pigmentada longitudinal de color homogéneo y de 2 mm de ancho, que se extendía desde la matriz ungular hasta el borde distal de la lámina.

Le fue practicada una biopsia inicial en otra institución, en la cual solo se observaron células epiteliales del lecho ungular sin representación de la matriz ungular (**FIGURA 1**). Por esta razón, fue necesario tomar una nueva biopsia amplia y longitudinal de la matriz y el lecho ungular, con la sospecha de un melanoma *in situ* de la matriz ungular. En la nueva muestra se observó importante acantosis y proliferación intraepitelial de células de aspecto escamoso, algunas de ellas pigmentadas dentro del epitelio, frecuente disqueratosis y abundante retención de núcleos sobre el estrato córneo del lecho (**FIGURA 2**).

Para confirmar el origen epitelial de esta lesión y des-

cartar de forma definitiva una lesión melanocítica se practicaron marcadores de inmunohistoquímica, los cuales fueron positivos para la mezcla de queratina AE-1 y AE-3 y negativos para MELAN-A y HMB-45. Con los anteriores hallazgos se estableció el diagnóstico de carcinoma escamocelular *in situ* de la matriz ungular, pigmentado.

El paciente fue manejado quirúrgicamente con una resección local amplia del tumor y matricectomía parcial (FIGURA 3).

Discusión

La melanoniquia longitudinal es una causa frecuente de consulta. Las causas más comunes de esta alteración ungular son: la pigmentación ungular de origen melanocítico, entre las que se encuentran la activación melanocítica focal, el melanoma maligno, el nevus melanocítico y el síndrome de Laugier-Hunziker; la pigmentación ungular de origen no melanocítico, como las hemorragias y los hematomas ungulares; la pigmentación exógena por aplicación tópica de agentes químicos, por exposición ocupacional o por medicamentos como minociclina, psoralenos, ciclofosfamida y zidovudina, entre otros; las infecciones bacterianas o fúngicas; los déficit nutricionales como la deficiencia de vitamina B 12 o de ácido fólico; la pigmentación racial o étnica, especialmente en fototipos V y VI; los tumores no melanocíticos, como la enfermedad de Bowen que se describe en este caso³.

El carcinoma escamocelular es el tipo más frecuente de cáncer maligno en el aparato ungular, principalmente en el lecho de la uña⁴. La presentación clínica del carcinoma escamocelular ungular es muy variada, lo que dificulta su diagnóstico. Se ha descrito la onicólisis⁵, la distrofia ungular, la paroniquia, la eritroniquia longitudinal¹ y la melanoniquia longitudinal, la cual es una manifestación muy inusual de carcinoma escamocelular ungular⁶. Hasta donde tenemos conocimiento, solo se han descrito 15 casos de carcinoma escamocelular de la unidad ungular, manifestado como melanoniquia longitudinal^{2,4,7,8}.

La etiología del carcinoma escamocelular ungular es desconocida. Sin embargo, se ha asociado con infección por el virus del papiloma humano, principalmente en pacientes con epidermodisplasia verruciforme y en aquellos con trasplante renal. Aunque el serotipo HPV-16 es el más frecuente, el serotipo HPV-56 ha sido reportado en más de cinco casos asociados a carcinoma escamocelular ungular manifestado clínicamente como melanoniquia⁹.

Otras causas de carcinoma escamocelular ungular son la exposición a arsénico o alquitrán, el trauma, la pa-



FIGURA 1. Melanoniquia longitudinal del borde lateral de la uña y alteración de la solución de continuidad de la lamina ungular por biopsia previa.

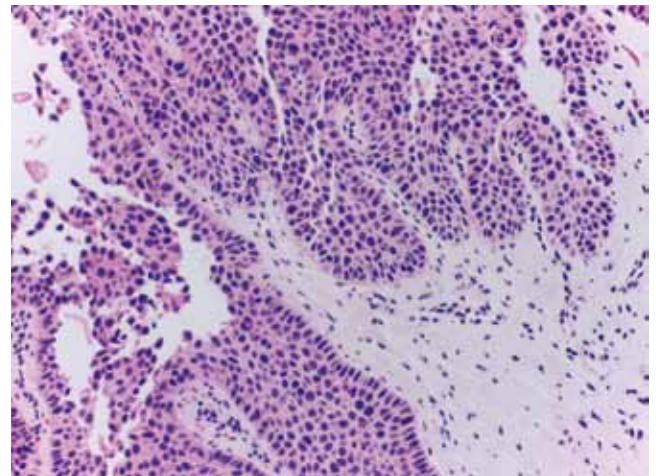


FIGURA 2. Proliferación intraepitelial de células de aspecto escamoso, algunas de ellas pigmentadas, y frecuente disqueratosis. Hematoxilina y eosina, 10X.

quioniquia crónica, la exposición a rayos X y las infecciones crónicas¹⁰.

El carcinoma escamocelular ungular tiene baja incidencia de metástasis y solo se ha reportado afección ganglionar en el 2 % de los casos. La presencia de nódulos, ulceración o sangrado puede indicar que el carcinoma escamocelular ungular se ha vuelto infiltrante¹⁰.

El tratamiento del carcinoma escamocelular ungular depende de la extensión y la profundidad histológica de la lesión: la escisión local amplia con matricectomía es una técnica adecuada para las lesiones *in situ* con un compromiso menor de 50 % de la unidad ungular^{2,10}. La cirugía micrográfica de Mohs es otra opción efectiva en las lesiones que no son invasivas.

Cuando existe compromiso invasor, especialmente óseo, la amputación de la falange es el tratamiento adecuado¹⁰.



FIGURA 3. Resección local amplia del tumor y matricectomía parcial.

Se reporta el caso de un carcinoma escamocelular *in situ* de la matriz ungular cuya presentación clínica fue una melanoniquia longitudinal en un dedo de la mano. Aunque en primera instancia la presencia de una melanoniquia debe suscitar la sospecha de una lesión melanocítica en la matriz ungular, bien sea de origen benigno o maligno, se deben tener en cuenta otros diagnósticos diferenciales, entre los cuales se debe incluir el carcinoma escamocelular de la matriz.

Referencias

1. Cohen PR. Longitudinal erythronychia, individual or multiple linear red bands of the nail plate: A review of clinical features and associated aonditions. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12:217-31.
2. Dalle S, Depape L, Phan A, Balme B, Ronger S, Thomas L. Squamous cell carcinoma of the nail apparatus: Clinico-pathological study of 35 cases. *Br J Dermatol*. 2007;156:871-4.
3. Braun R, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, *et al*. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:835-47.
4. Oon HH, Kumarasinghe SP. Subungueal squamous cell carcinoma masquerading as a melanotic macule. *Singapore Med J*. 2008;49:e77.
5. Hale LL, Dawber R. Subungueal squamous cell carcinoma presenting with minimal nail changes: A factor in delayed diagnosis? *Australas J Dermatol*. 1998;39:86-8.
6. Domínguez J, Roldán R, Pichardo P, Valente C, Fonte V, Vega M, *et al*. Melanonychia, melanocytic hyperplasia, and nail melanoma in a Hispanic population. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:785-91.
7. Shimizu A, Tamura, Abe M, Motegi S, Nagai Y, Ishikawa O, *et al*. Detection of human papillomavirus type 56 in Bowen's disease involving the nail matrix. *Br J Dermatol*. 2008;158:1273-9.
8. Saxena K, Campanelli L, Humphreys W. Pigmented Bowen's disease clinically mimicking melanoma of the nail. *Dermatol Surg*. 2006;32:1522-5.
9. Inokuma D, Aoyagi S, Saito N, Maroto M, Homma E, Hamasaka C, *et al*. Bowen's disease of the nail matrix presenting as melanonychia: Detection of human papillomavirus type 56. *Acta Derm Venereol*. 2009;89:638-9.
10. Baran R, Richert B. Common nail tumors. *Dermatol Clin*. 2006;24:297- 311.