

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

COMPORTAMIENTO DE PARÁMETROS CITOLÓGICOS EN EL MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL

Por:

MSc. Marisabel García Gutiérrez¹, Lic. Tamara Baldomir Mesa² y Dr. Rafael Castillo García³

1. Especialista de II Grado en Histología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Departamento de Especialización. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
2. Licenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Histología. Departamento de Histoembriología. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital "Celestino Hernández Robau". Asistente. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

MELANOMA/diagnóstico
TECNICAS CITOLOGICAS

Subject headings:

MELANOMA/diagnosis
CYTOLOGICAL TECHNIQUES

En el diagnóstico del melanoma maligno, los parámetros citológicos generalmente se describen asociados a otras variables pronósticas, como los niveles de Clark y Breslow, índice mitótico, entre otras.

Motivados por esta interrogante, basamos nuestra investigación en el estudio de los parámetros citológicos de esta enfermedad, para analizar en qué medida pudieran ser útiles para el diagnóstico histopatológico.

Fueron revisadas 46 biopsias con diagnóstico de melanoma extensivo superficial (forma más frecuente de melanoma maligno), recibidas en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau", perteneciente a la provincia de Villa Clara, en un período de cinco años.

Los parámetros citológicos que se tomaron en consideración fueron los siguientes:

Distribución de los melanocitos: se determinó si existía predominio de células aisladas o formando grupos o nidos celulares.

- Células aisladas: predominio de células aisladas sobre los nidos, dispersas irregularmente en todos los niveles de la epidermis.
- Grupos o nidos celulares: predominio de células fusionadas anormalmente o coalescentes, que infiltran el tumor y producen nódulos redondeados expansivos en la dermis.

Tipo de célula tumoral predominante: Se dividió en las siguientes categorías:

- Células epitelioides: presentan una forma típica de melanoma, núcleo grande, nucleolo prominente, con melanina dispersa en su citoplasma.

- Células fusiformes: tienen forma de huso, alargadas, de extremos afilados.
- Epitelioides y fusiformes: Cuando el predominio celular estuvo compartido en estos dos tipos celulares.

Tamaño del núcleo: se consideraron las categorías:

Grande: núcleo bien visible, nucleolo prominente.

Pequeño: núcleo, con nucleolo, poco prominente o no visible.

Pleomorfismo: variación del tamaño y forma de la célula; en el núcleo celular se determinó la ausencia o presencia de este en las células tumorales.

Presente: existían células con variedades de tamaño y forma: grandes, medianas o pequeñas.

Ausente: no existía variación del tamaño y forma de la célula.

Las células del melanoma son grandes, con abundante citoplasma eosinófilo y granular, con forma variable: cuboidales, fusiformes, redondeadas, desprovistos de dendritas; núcleos atípicos, marcadamente pleomorfos, con nucleolo prominente, con grumos de cromatina en la periferia; suelen presentar ausencia de maduración nuclear, pero las mitosis son frecuentes^{1,2}.

El tipo de célula tumoral "epiteliode" (78 %) predominó con una diferencia altamente significativa ($p < 0,001$), en relación con las "fusiformes" y "epitelioides y fusiformes". Granter y colaboradores describen en su serie mayor frecuencia de células fusiformes³; Figueroa y colaboradores presentan en su estudio un predominio de células epitelioides en el melanoma extensivo superficial⁴; otros hallaron una incidencia de células epitelioides en 21 de 22 lesiones estudiadas⁵.

Los tumores compuestos principalmente por células fusiformes han demostrado estar asociados con un mejor pronóstico que los melanomas constituidos fundamentalmente de células epitelioides. La célula fusiforme es de importancia pronóstica, aun cuando se ajusta a otras variables; no obstante, estas observaciones no han sido confirmadas por otros autores⁶; algunos comentan una sobrevida del 75 % a los 15 años: los de células fusiformes, y de 35 % los integrados por células epitelioides⁷.

La distribución de los melanocitos, en grupos o nidos, y aislados, no mostró diferencias significativas en nuestro trabajo ($p < 0,140$), aunque el mayor por ciento correspondió a grupos o nidos celulares (60,9 %), resultados que coinciden con investigaciones realizadas⁶; otras series refieren la presencia de nidos y células aisladas⁷. En melanomas delgados, de tipo extensivo superficial, las células aisladas predominan sobre los nidos, y esta proporción se invierte con un aumento del tamaño de la lesión⁶.

El pleomorfismo no estuvo condicionado a diferencias estadísticas ($p = 0,376$), aunque se observó un ligero predominio de células pleomórficas; este parámetro estuvo presente en un 56,5 % y ausente en 43,5 %; no obstante, otros autores sí han informado diferencias considerables^{8,9}. Granter y colaboradores, en su trabajo, relacionan el pleomorfismo en 8 de los 10 casos estudiados³; Palenzuela y colaboradores describen, en su estudio histopatológico, que los tumores estaban compuestos por una sábana de células pleomórficas, tanto epitelioides como fusiformes, con nucleolos prominentes, que en la mayoría de los casos tenían abundante melanina intracitoplasmática, y ocasionalmente se acompañaba de células gigantes irregulares⁹. El pleomorfismo nuclear es un indicador de gran importancia en el momento de evaluar el grado de diferenciación de una neoplasia².

El 65 % de los núcleos encontrados en nuestro trabajo eran de gran tamaño, y este parámetro citológico presentó diferencias estadísticas ($p = 0,031$).

Un elemento que define la atipia celular severa son los núcleos grandes, variables en tamaño y forma irregular, cromatina grosera, con presencia de espacios claros, nucleolos grandes, a veces múltiples. En un estudio morfométrico y ultraestructural de lesiones melanocíticas del tamaño del núcleo y variación del área nuclear, figuraron estos como parámetros menores en la distinción entre nevos y melanoma; sin embargo, Veronese y colaboradores consideran que la atipia citológica fue un criterio sensible para el diagnóstico del melanoma en el 84 % de los casos⁶. Los melanocitos malignos presentan aumento del tamaño del núcleo, nucleolo grande y prominente^{1,2}.

Consideramos que el estudio de los parámetros citológicos aporta datos de interés al diagnóstico histopatológico del melanoma maligno, si se analiza su influencia en la progresión tumoral y en el pronóstico de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Pinheiro Costa AM, Fridman H, Veiga Cabral A, Rodríguez A. Melanoma Cutáneo: Características clínicas-epidemiológicas e histopatológicas. *An Bras Dermatol*. 2003;78(2):179-86.
2. Brown PP, French L, Sauratt JH. State of the art in Melanoma Diagnosis. *Rev Med Suisse*. 2005 Apr 20;1(16):1086.
3. Granter SR, Mckee PH, Calonge E, Mihm MC, Busan K. Melanoma associated with blue nevus and melanoma mimicking cellular blue nevus. *Am J Surg Pathol*. 2003;25(3):316-23.
4. Figueroa AJ, Amigó de Quesada M, Cruz Mojarrieta JC, Franco Odio S, Salazar Rodríguez S, Jiménez Galainena J, et al. Melanoma maligno cutáneo. Comportamiento de algunas variables pronósticas en 111 pacientes [monografía en Internet]. La Habana: INOR; 2004. Disponible en: <http://www.uninet.edu/conganat/IIICVHAP/posters/074/MELANOMA.htm>
5. Chavela HT. Melanoma cutáneo: de la epidemiología a la quimioterapia. *Med Jav Edu* [serie en Internet]. 2007 [citado 19 Oct 2007];48(2):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/v48n2/melanoma/pdf>
6. Veronese LA, Alencar ME. Criterios anatomopatológicos para melanoma maligno cutáneo: análise cualitativa da sua eficácia e revisão da literatura. *J Bras Patol Med Lab* [serie en Internet]. 2004 [citado 3 Oct 2007];40(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/64690/html-24k
7. Monserrat AK. Nevus displásico: gradación de la atipia y correlación de la atipia con marcadores de proliferación y de migración celular [tesis]. Barcelona: Universidad autónoma; 2001. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0111102-120911//mau1de1.pdf
8. Caminal Mitjana JM. Utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en la detección de células metastásicas en el melanoma maligno de la úvea [tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2000. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0212102-123129/index_an.html
9. Palenzuela Fernández JL, Rojo CE, Larauri MJ, Rodríguez JA, García-Sancho L. Melanoma: aportación de 10 casos. *Cir Esp*. 2004;68:211-3.