

## ONCOLOGÍA

# CLÍNICA DE PRESENTACION DE MELANOMA MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

MALIGNANT MELANOMA: CLINICAL PRESENTATION, REPORT OF A CASE

Gonzalo Carpio Deheza<sup>1</sup>  
Mary Cruz Almendras<sup>2</sup>  
Pablo Joaquín Canedo Blanco<sup>3</sup>  
Cecilia Marcela Barrientos Zuñiga<sup>3</sup>

**Trabajo Recibido:**  
21 de Junio de 2010  
**Trabajo Aceptado:**  
18 de Agosto de 2010

### RESUMEN

La aparición de melanomas primarios, si bien en nuestros días no son tan infrecuentes en presentación, pero aún sigue sin dilucidarse sus formas de presentación y sintomatología, mas si la clínica de presentación es por el órgano metastatizado. La agresividad de esta entidad y la ausencia de protocolos de tratamiento estandarizado, hacen que el pronóstico sea infausto.

En el melanoma maligno, la afectación pleural ocurre en el 15 % de los pacientes con metástasis torácicas. En el presente trabajo presentamos un caso: Paciente masculino, de 58 años, con antecedentes de presentación de tumor inguinal de tres años de evolución, estrechamiento de mediastino con metástasis pulmonares, con tumor primario desconocido. El cual es diagnosticado como Melanoma Maligno Primario, post-biopsia y estudio Inmunohistoquímico del mismo (después de habersele realizado varias biopsias, con resultados de atipia, no pudiéndose determinar la estirpe del mismo).

**PALABRAS CLAVE:** Melanoma Maligno, Metástasis Pulmonar.

### ABSTRACT

Nowadays, there is not frequently the appearance of primary melanoma, because it has a difficult diagnosis. It has different ways of presentation and symptomatology, especially, when you cannot know if they come from melanoma or from a different organ with metastasis. Melanoma has an aggressive behavior and it has not a Standard Treatment Protocol, all of this involves a bad prognostic.

Pleural affectation is present in 15 % of patients with malignant melanoma and thoracic metastasis. In this investigation we present the case of 58 years old masculine patient with an inguinal tumor of three years of evolution, narrow mediastinum with pulmonary metastasis and an unknown primary tumor, as pathologic personal history. The last one is diagnosed like primary malignant melanoma, after a lot of biopsies (with atypia as results) and immunohistological chemistry studies.

**KEY WORDS:** Malignant Melanoma, Pulmonary Metastasis.

1. MD - Medico Cirujano, Diplomado Salud Familiar, Diplomado Tutoría para la Investigación en Salud
  2. Estudiante de 4º año de la Facultad de Medicina - Universidad Mayor de San Simón
  3. Estudiante de 5º año de la Facultad de Medicina - Universidad Mayor de San Simón
- Correspondencia: Gonzalo Carpio Deheza: gcd\_smed@hotmail.com

El melanoma, aunque representa alrededor del 1% de todos los cánceres y menos del 10% de los cutáneos, es el responsable del 75% de las muertes por cáncer de piel. La mayoría de las muertes son debidas a las metástasis, que suelen ser resistentes al tratamiento convencional. En diversas revisiones, las metástasis pulmonares por melanoma ocurrían entre el 12,2% (2) y el 20% de los enfermos, siendo el segundo órgano en preferencia después de los ganglios linfáticos y el primero de las metástasis viscerales<sup>1, 2, 3, 7</sup>.

El melanoma maligno (MM) es un tumor con alta capacidad de generar metástasis a cualquier órgano.

Las metástasis a distancia del MM pueden afectar todos los órganos, con una frecuencia variable: pulmón (del 18% al 36%), piel (del 13% al 38%), ganglios linfáticos (del 5% al 34%), hígado (del 14% al 20%), sistema nervioso central (del 2% al 20%), huesos (4%), tracto gastrointestinal (del 1% al 8%), páncreas (3%), pleura (3%), glándulas adrenales (del 1% al 11%), riñón (1%), corazón (1%) y tiroides (1%)<sup>4</sup>.

El 16% de los pacientes presentan metástasis torácicas descubiertas la mayoría de los casos con un control radiográfico de tórax en pacientes asintomáticos, o bien puede manifestarse con un cuadro clínico de tos persistente, disnea, dolor torácico, hemoptisis; raramente síndrome de vena cava superior, obstrucción bronquial y excepcionalmente hemotórax y/o neumotórax<sup>6, 13</sup>.

## CASO CLINICO:

Paciente masculino, de 58 años, que ingresa al Hospital Central de la Ciudad de Mendoza-Argentina, con antecedentes de presentación de tumor inguinal de tres años de evolución, estrechamiento de mediastino con metástasis pulmonares, con tumor primario desconocido.

Dentro de los antecedentes médicos, refiere haber consultado por el servicio de oncología donde se le receto prednisona 40 mg/día, tratamiento interrumpido por el mismo paciente, por factores económicos.

Tras la suspensión de los corticoides, paciente nota, agravamiento de su cuadro, refiere haber notado un aumento en la tumoración inguinal, además de presentar una clínica de: disnea (CF III de dos meses de evolución) y edema indoloro de miembro superior derecho (día antes de su internación), y presentación de alzas térmicas no cuantificadas seguidas de tos productiva, con expectoración amarillo verdosa, dos días previos a su internación.

Presenta informe de biopsias realizadas tanto de tumor inguinal como de las metástasis pulmonares, que demuestran atipia, sin poder determinar estirpe, que muestra Carcinoma poco diferenciado, sin presentar inmunohistoquímica. Además de informes de ecografía de partes blandas (de la tumoración inguinal), que concluye: Hematoma organizado, cara anterior muslo izquierdo.

A su ingreso paciente nos reporta un examen físico:

*Examen físico general:* Regular estado general, lúcido, afebril, hidratado, en decúbito dorsal activo, con signos vitales: TA: 120/70 mmHg, FC: 86x', FR: 18x', SaO2 84% aa

*Examen físico Segmentario:*

- **Cardiovascular:** 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> ruido, conservados, normofonéticos, silencios impresionan libres, pulsos periféricos presentes y simétricos.
- **Respiratorio:** sin presencia de tiraje, aleteo nasal, si disnea y presencia de rales crepitantes en base y tercio medio de campo pulmonar izquierdo.
- **Abdomen:** Globoso, a expensas de Tejido Celular Subcutáneo. Ruidos Hidroaereos positivos normoactivos, en número de 8 por minuto. A la palpación: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial. Además presenta *masa indurada-pétrea*, en región inguinal derecha, de 10 x 15 cm aproximadamente (poco móvil), con presencia de lesión ulcerada en vértice de +/- 2 cm sin presencia de supuración (Ver figura N° 1)



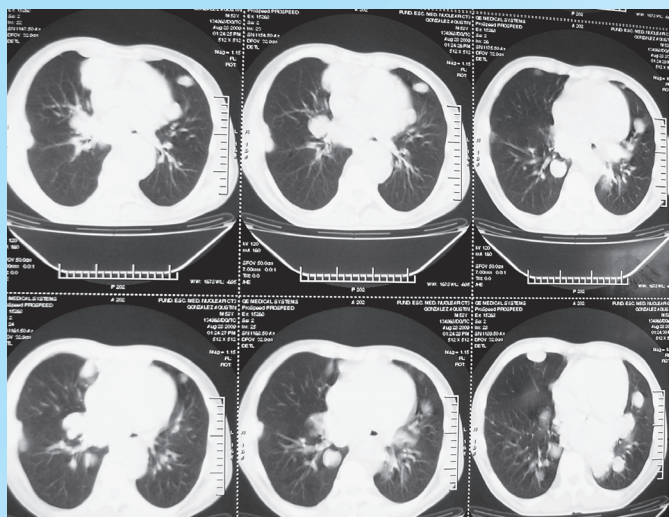
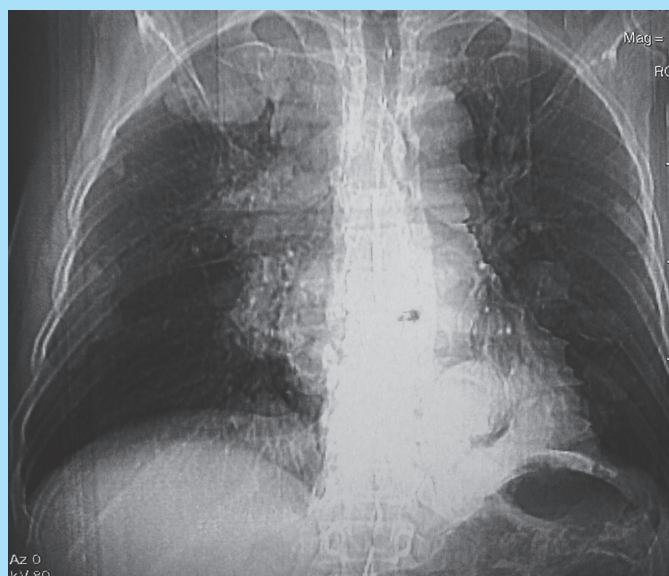
Figura 1. Fotografía Melanoma "Tumor Primario"

- **Extremidades:** Presenta, edemas blandos, indoloros, sin signos de flogosis, en ambos miembros superiores, a predominio derecho, eritema general en región de cintura escapular y base de cuello.

Además de presentar adenopatías cervicales.

Durante la hospitalización se realiza pruebas de rutina donde se constata: Hto de 43%, GB de 25.800 x mm<sup>3</sup> (con 3% baciliformes y 1% de mielocitos); Na de 186, K de 3.9, y a la gasometría arterial, presencia de: pH de 7.5, SaO<sub>2</sub> de 89.6% y PAFI < a 42%.

A su ingreso se le realiza una TAC de tórax (con ventana pulmonar), donde se constata: imágenes redondeadas en campo pulmonar superior derecho, con presencia de infiltrado en tercio medio y base de campo pulmonar izquierdo, imágenes en "Suelta de Globo" (Ver figuras N° 2 y 3)



**Figuras 2 y 3. TAC de Tórax (Reconstrucción Espacial y Ventana pulmonar, respectivamente)**

Con todo lo planteado, se le dio una Impresión Diagnóstica de:

- Tumor, Carcinoma poco diferenciado primario desconocido.
  1. Metástasis Mediásticas en Estudio
  2. Metástasis Pulmonares en Estudio
  3. Metástasis Inguinales en Estudio
- Síndrome Febril en estudio
  1. NAC probable

Iniciándosele, Dieta Blanda, CSV c/ 6 horas, curva térmica, dexametasona 1 ampolla c/ 8 hrs, heparina 1cc c/8hrs, O<sub>2</sub> húmedo permanente, posición semifowler, omeprazol 20 mg/día EV, Ampicilina/sulbactam 1,5 gr c/6 hrs EV, Claritromicina 500 mg c/ 12 hrs VO.

Al tercer día de internación también se realiza el Histoquímico faltante, dentro de las prueba concluyentes de las tumoraciones presentadas, obteniéndose: **MUESTRA:** GL esternal: Met. Neo. Indif.; **ESTUDIO:** Inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales, con técnica de segundos anticuerposbiotinilados y polímero con estreptavidina-biotina-peroxidasa.

**RESULTADOS:** Las células neoplásicas son:

- Positivas para:
  1. Vimentina (marca Sarcomas, linfomas, melanomas)
  2. Proteína S 100 (marca neos derivados del Sist. Nervioso, melanomas)
  3. Citoqueratinas de alto peso molecular, 34BE12 (marca Ca escamoso y algunos adenocarcinoma)
- Negativas para:
  1. CD45 (marca linfomas)
  2. Citoqueratina 8 de bajo peso molecular (marca Adenocarcinoma)
  3. Citoqueratinas de alto peso molecular (marca Ca escamosos y algunos Adenocarcinoma)

**CONCLUSIÓN DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA:**

Los resultados del panel soportan, el diagnostico de Metástasis De Melanoma.

Con todo lo anteriormente descrito la evolución y pronóstico del paciente es desfavorable.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En el melanoma la vía de diseminación metastásica más frecuente es la linfática, seguida de la hematogéna<sup>14</sup>.

La radiografía de tórax es esencial para la evaluación y seguimiento de pacientes con melanoma maligno.

no. Se han identificado metástasis pulmonares radiográficamente en un porcentaje elevado de casos (90% en la serie de Webb).

La imagen más frecuente son nódulos múltiples bilaterales en un 70%. La metástasis única tipo nódulo solitario no es rara (25%). La forma miliar es menos frecuente implicando una diseminación hematogena masiva. La carcinomatosis linfática pulmonar se presenta como densidades lineales intersticiales, superponibles a las líneas B de Kerley, implicando una diseminación linfática. Los nódulos linfáticos hiliares o mediastínicos son frecuentes, siendo radiográficamente visibles en un 23-41 % de los casos. Imágenes de atelectasia y obstrucción bronquial son raras, debidas a compresión por la masa o adenopatías tumorales. Otras localizaciones torácicas son menos frecuentes e implican un pronóstico fatal al reflejar diseminación masiva (lesiones óseas líticas, masas extrapleurales, implantes cardíacos, pericárdicos o diafragmáticos)<sup>4, 8, 9, 12</sup>.

La presentación de este caso clínico de melanoma maligno, si bien tal vez no nos muestra un caso interesante por haber sido único, sino por demostrarnos que la presentación misma de este melanoma, desde sus primeros signos y síntomas de presentaciones, no fue ni siquiera considerado como tal, y no fue sino hasta la determinación de la Inmunohistoquímica que se llegó al Diagnóstico Confirmatorio, aún cuando fue visto el paciente por varios médicos en distintos centros de la República de Argentina.

Lo que nos recuerda a todos nosotros que como médicos debemos de tener siempre la mente abierta ante casos de difícil diagnóstico, de por lo menos tener la sospecha diagnóstica, para con este tipo de casos raros, donde el tan solo sugerir un posible diagnóstico tal vez no le salvara la vida al paciente, pero podrá servir de antecedente, ante la presencia de nuevos casos similares.

Ahora, el Dr. Neville Davis describe en una frase al MM **“a diferencia de otros cánceres, que generalmente están ocultos de la vista, el Melanoma maligno escribe su mensaje en la piel con su propia tinta y está ahí para todos nosotros para que lo veamos. Algunos lo ven pero no lo comprenden”**. De esta frase se desprende la importancia que tiene la educación de todos aquellos profesionales que tengan que ver la piel así como la del público en general. La detección temprana del MM hace la diferencia en el pronóstico. Los pacientes con MM deben ser instruidos en los cuidados con respecto a la exposición solar, también

deben ser controlados sus familiares directos, en este tipo de tumor la prevención tiene una importancia superlativa.

Asimismo el MM debe ser tratado y controlado en forma multidisciplinaria (dermatólogo, cirujano, oncólogo) a lo largo de toda su evolución<sup>4</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison. “Principios de Medicina Interna”, 17ª edición. México; Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2008.
2. Farreras-Rozman. “Medicina Interna”, 16ª edición. España. Ed. ELSEVIER. 2008.
3. Blanco-Echevarría A. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 5ª ed. Madrid (Hospital Universitario 12 de Octubre); 2003.
4. Dres. H. Cabo; Hugo N. Cabrera; José G. Casas; Daniel Feinsilber; Rosa Flom; 1- Abel González; León Jaimovich; Alicia Kowalczyk; Mario Marini; Miguel Orozco; Jorge Ulnik. Reunión de consenso sobre melanoma, pautas para su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Sociedad Argentina de Dermatología 2003.
5. Moehrle M y Garbe C.2- Does mountaineering increase the incidence of cutaneous melanoma. *Dermatology* 1999; 199: 201-203.
6. Byrd Katina M, Wilson DC, Hoyler SS y col.3- Advanced presentation of melanoma in African Americans. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 21-24.
7. Desmond RA y Soong SJ.4- Epidemiology of malignant melanoma. *Surg Clin N Am* 2003; 83: 1-29.
8. Tsao H, Atkins MB y Sober AJ. 5- Management of cutaneous melanoma. *N Engl J Med* 2004; 351: 998-1012.
9. Essner, R, Belhocine T, Scott AM, Even-Sapir E. Novel imaging techniques in melanoma. *Surg Oncol Clin N Am*. 2006; 15(2):253-83.
10. Hall HI, Miller DR, Rogers JD, Bewerse B. Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 35-42.
11. Harpole DH Jr, Johnson CM, Wolfe WG, George SL, Seigler HF. Analysis of 945 cases of pulmonary metastatic melanoma. *Thorac Cardio Surger* 1992; 103: 743-50.

12. Majeski, J. Bilateral breast masses as initial presentation of widely metastatic melanoma. *J Surg Oncol* 1999; 72: 175-7.
13. Aderson CLM, Tabacof J, Legha SS. Malignan melanoma: Biology, Diagnosis, and Management. *Medical oncology: a comprehensive review (serie online)* 1997; 2: (22 pantallas). Disponible: URL: <http://www.cancernetwork.com/textbook/morev32.htm>.
14. Fidler IJ. Critical determinants of metastasis. *Semin Cancer Biol* 2002; 12: 89-96.
15. Fotsis T, Pepper MS, Akatas E, Breits S, Rasku S et al. Flavonoids, dietary-derived inhibitors of cell proliferation and «in vitro» angiogenesis. *Cancer Research* 1997; 57: 2946-51.
16. Burda S, Oleszek W. Antioxidant and antiradical activities of flavonoids. *J Agric Food Chem* 2001; 49: 2774-9.
17. Casagrande F, Darbon J M. Effects of sructurally related flavonoids on cell cycle progression of human melanoma cells: regulation of cyclindependent Kinases CDK2 and CDK1. *Bioch Pharma* 2001; 61: 1205-15.