

### Metástasis pleurales de melanoma de coroides

**Sr. Director:** El melanoma maligno (MM) es un tumor poco frecuente (el 1% de los tumores malignos) y se encuentra como causa de derrame pleural maligno en un pequeño porcentaje (< 2%)<sup>1-3</sup>. El MM primario de localización ocular se presenta con una frecuencia del 4%<sup>3</sup>, tiene capacidad para metastatizar en la mayor parte de órganos y tejidos, la diseminación se produce por vía hematogena localizándose con mayor frecuencia en el hígado; el pulmón y la pleura ocupan el segundo lugar en frecuencia y la diseminación a otros órganos generalmente se asocia con afectación hepática<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años con antecedentes de: vitrectomía por desprendimiento de retina en el ojo derecho sin recuperar la visión, melanoma de coroides en ojo izquierdo (T3N0M0) diagnosticado en 1990 (no se practicó enucleación por tratarse de ojo único y fue sometido a radioterapia local). Ingresó en nuestro servicio en diciembre de 1995 por cuadro de disnea progresiva y hallazgo radiológico de un derrame pleural derecho. En la exploración física sólo destacaba la abolición del murmullo vesicular en el hemitórax derecho; no se encontró ninguna lesión cutánea ni adenopatías. Analítica: hemograma, coagulación, parámetros bioquímicos y sistemático de orina normales. Gasometría arterial normal. La radiografía de tórax mostró un derrame pleural derecho masivo y la tomografía computarizada (TC) evidenció derrame pleural derecho con múltiples implantes en la superficie pleural, sin adenopatías mediastínicas (fig. 1). En la fibrobroncoscopia se observó edema de la mu-

cosa del árbol bronquial derecho; la citología del broncoaspirado y la biopsia bronquial no mostraron signos de malignidad. El líquido pleural obtenido tras toracocentesis tenía aspecto seroso con características bioquímicas de exudado (proteínas 5,9 g/dl, LDH 1.506 U/l, colesterol 107 mg/dl), pH 7,38 y celularidad escasa (120/mm<sup>3</sup>): 85% linfocitos y 15% PMN, no se detectaron atipias celulares. La biopsia pleural a ciegas informó de pleuritis crónica inespecífica. Se realizó toracoscopia que evidenció lesiones nodulares en la pleura visceral, parietal y diafragmática indicativas de infiltración neoplásica; la descripción microscópica informó como neoformación de células fusiformes hiperpigmentadas. Las técnicas inmunohistoquímicas (S-100, EMA y Queratina, Vimentina, Fontana) confirmaron el diagnóstico anatomopatológico de metástasis de melanoma. No se detectaron metástasis en otros órganos. Se practicó pleurodesis con tetraciclinas con fines paliativos.

El MM es un tumor pigmentario que puede localizarse en piel, mucosas o estructuras pigmentadas del globo ocular (coroides, cuerpo ciliar o iris)<sup>1</sup>. El melanoma intraocular representa el tumor maligno primario ocular más frecuente en la raza blanca; se origina en los melanocitos de la estroma uveal y representa el 70% de todas las neoplasias oculares, seguido en frecuencia por el retinoblastoma en niños (13%)<sup>4</sup>. La extensión tumoral extraescleral se puede observar en el 18% de los tumores que superan los 10 mm de diámetro. Debido a la ausencia de linfáticos en el ojo, no se ha podido demostrar la existencia de diseminación linfática. Las metástasis hepáticas son las más frecuentes de las hematogenas, aparecen en un 2% de pacientes en el momento del diagnóstico<sup>5</sup> y suelen acompañarse de metástasis en otros órganos, principalmente el pulmón<sup>1,6</sup>. Mientras que en el MM cutáneo la afectación pleural se presenta en el 2-3% de los casos, en el MM ocular se desconoce la frecuencia de diseminación metastási-

ca en la pleura. El tratamiento indicado es la enucleación excepto en los pacientes con visión en un solo ojo, como sucedió en el caso que se presenta. La mayoría de las muertes ocurren a los 5 años del diagnóstico con un pico de mortalidad en el segundo y tercer año<sup>6</sup>. El MM ocular metastásico es incurable en el momento actual pero puede ser tratado de forma paliativa con quimioterapia y/o radioterapia; sin embargo, la supervivencia media es menor de un año en los pacientes con afectación pulmonar y/o pleural. En el paciente no se detectaron metástasis en ningún otro órgano; el tiempo transcurrido entre el diagnóstico del melanoma y la diseminación metastásica a la pleura fue de 5 años; actualmente, transcurridos 9 meses del diagnóstico y la pleurodesis, se ha detectado recurrencia del derrame y gran deterioro de su estado general.

**M.C. Rogado González,  
A. Torrego Giménez\*, D. Nauffal Manzor  
y E. Cases Viedma**  
Servicios de Neumología  
y \*Medicina Interna.  
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

1. Patel JK, Didolkar MS, Pickren JW, Moore RH. Metastatic pattern of malignant melanoma. A study of 216 autopsy cases. *Am J Surg* 1978; 135: 807-810.
2. Light RW. Malignant pleural effusions. En: Light RW, editor. *Pleural diseases* (2.ª ed.). Filadelfia: Lea and Febinger, 1990; 97-114.
3. Chen JTT, Dahmash NS, Ravin CE, Heaston DK, Putman CE, Seigler HF et al. Metastatic melanoma to the thorax: report of 130 patients. *Am J Roentgenol* 1981; 137: 293-298.
4. Albert DM, Earle JD, Sahel JA. Intraocular melanomas. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Cancer: principles and practice of oncology* (3.ª ed.). Filadelfia: JB Lippincott Company, 1992; 1.543-1.556.
5. Donoso LA, Berd D, Augsburger JJ, Masrangelo MJ, Shields JA. Metastatic uveal melanoma: pretherapy serum liver enzyme and liver scan abnormalities. *Arch Ophthalmol* 1985; 103: 796-798.
6. Wagoner MD, Albert MD. The incidence of metastases from untreated ciliary body and choroidal melanoma. *Arch Ophthalmol* 1982; 100: 939-940.



Fig. 1. TC torácica que muestra derrame pleural derecho con implantes pleurales (flecha).

### La traqueostomía complica la evolución de los pacientes con mediastinitis de origen bucofaringeo

**Sr. Director:** El magnífico artículo de González Aragonese et al publicado en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA<sup>1</sup> describe muy acertadamente los principios básicos del manejo de los pacientes con mediastinitis de origen bucofaringeo. Sin embargo, según la experiencia que detallamos a continuación, no estamos de acuerdo con la afirmación de los autores referente a la conveniencia de la traqueotomía en el manejo de este problema.