

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%)¹⁻³. El MM primario de localización ocular se presenta con una frecuencia del 4%³, 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 hepática⁴.

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/mm³): 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)¹. 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%)⁴. 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 diagnóstico⁵ y suelen acompañarse de metástasis en otros órganos, principalmente el pulmón^{1,6}. 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 año⁶. 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 BRONCONEUMOLOGÍA¹ 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.

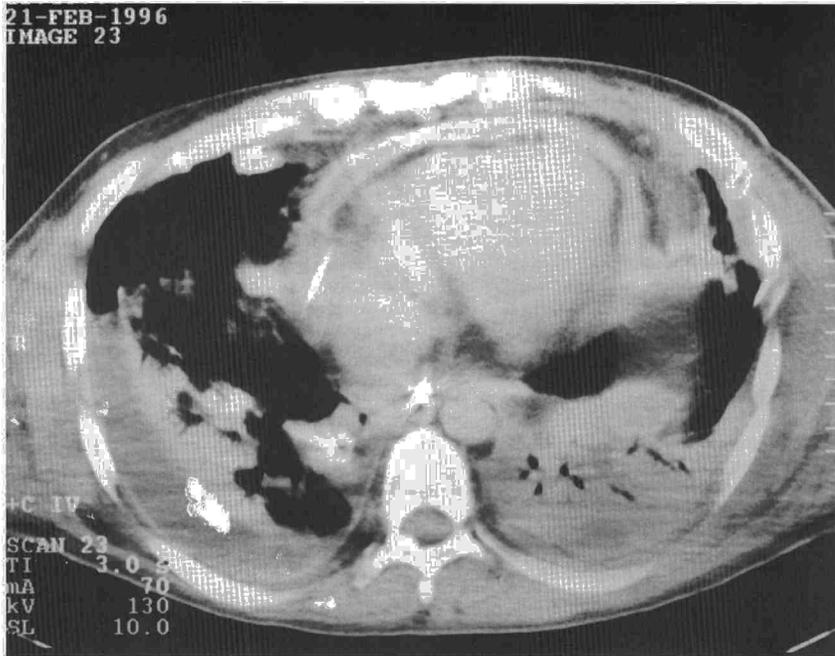


Fig. 1. Tomografía axial del paciente al que se realizó una traqueostomía. Pueden apreciarse signos de neumonía, derrame pleural y pericárdico (este último drenado con un catéter).

Entre enero y octubre de 1996 hemos tratado 4 pacientes varones (de edades comprendidas entre 35 y 65 años) diagnosticados de mediastinitis secundaria a una infección bucofaríngea (2 casos por amigdalitis, uno por absceso dentario y otro por absceso faríngeo por una espina de pescado). Tres fueron intervenidos por cervicotomía y toracotomía derecha horas después de su ingreso en el hospital y evolucionaron satisfactoriamente. En el cuarto enfermo (el más joven de la serie), el tratamiento inicial fue efectuado por otros especialistas, quienes indicaron una traqueostomía –para facilitar el manejo posterior del enfermo en la UVI– y cervicotomía para drenaje. Posteriormente, aunque en el mismo acto quirúrgico, realizamos una toracotomía derecha. La evolución de este caso fue insatisfactoria. Desarrolló neumonía y empiema pleural bilateral y pericarditis purulenta (fig. 1). El enfermo precisó ventilación mecánica prolongada y dos reintervenciones –por toracotomías derecha e izquierda– para desbridamiento de los empiemas y drenaje pericárdico. Fue dado de alta 40 días después de su ingreso.

En este último caso, creemos que la mala evolución se debió a que la traqueostomía facilitó la aspiración de material purulento y la diseminación de la infección al mediastino anterior y pericardio.

La traqueostomía en casos de mediastinitis descendente sólo es necesaria cuando la intubación oro o nasotraqueal es imposible² o cuando, una vez resuelta la infección cervi-

cal, la mala evolución del enfermo por sepsis u otros problemas hace necesaria la ventilación mecánica prolongada. Además, la traqueostomía realizada en un terreno infectado, fácilmente puede complicarse con rotura de la arteria innominada³.

L. Hernández-Cosido, M. Jiménez y G. Varela
Sección de Cirugía Torácica.
Hospital Universitario de Salamanca.

1. González Aragonese F, Moreno Mata N, Orusco Palomino E, Vázquez Pelillo JC, Peña González E, Folqué Gómez E. Mediastinitis descendente necrosante de origen orofaríngeo. Arch Bronconeumol 1996; 32: 394-396.
2. Allen D, Loughnan TE, Ord RA. A re-evaluation of the role of tracheostomy in Ludwig's angina. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43: 436-439.
3. Colmenero Ruiz C, Labajo AD, Yáñez Vilas Y, Paniagua J. Thoracic complications of deeply situated serous neck infections. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21: 76-81.

Réplica

Sr. Director: En primer lugar quiero agradecer a Hernández-Cosido et al el interés mostrado por nuestro trabajo así como por sus comentarios. El control de la vía aérea en estos pacientes suele ser necesario por el ede-

ma cervical y esofágico, acompañado a veces de trismus, que altera los mecanismos de la deglución (con el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias altas y aspiraciones repetidas). Este control puede hacerse por medio de una intubación orotraqueal o de una traqueostomía. Para algunos autores¹⁻³ la traqueostomía es una maniobra esencial en el tratamiento de estos pacientes. La intubación orotraqueal tiene la desventaja de la gran dificultad de la reintubación. Por otra parte, estos pacientes suelen requerir ventilación mecánica y control de la vía aérea durante un período de tiempo prolongado (nuestra primera enferma estuvo traqueostomizada durante 70 días).

No estamos de acuerdo con la afirmación de que la propia traqueostomía complica la evolución de estos pacientes. De lo que conocemos acerca de la evolución de uno de sus enfermos no puede deducirse que sea a consecuencia de ésta. Respecto a la complicación vascular, otros autores encuentran roturas a nivel de aorta descendente, arteria carótida y vena innominada por la infección y por el uso de drenajes rígidos⁴. Los autores a los que aluden en su cita⁵ también son partidarios de practicar la traqueostomía de entrada en todos los casos, con o sin afectación torácica, incluso reconociendo que puede haber complicaciones (fistula traqueoinnomada, fistula traqueoesofágica, broncoaspiración) que pueden ser debidas tanto a la traqueostomía como a defectos técnicos (drenajes rígidos) o persistencia de la infección.

Por último, quiero felicitar a Hernández-Cosido et al por la experiencia acumulada en sólo 10 meses en esta patología infrecuente y por el éxito conseguido en estos pacientes de tan alto riesgo.

F. González Aragonese
Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

1. Estrera AS, Landay MJ, Grisham J, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1983; 157: 545-552.
2. Levine TM, Wurster CF, Krespi YP. Mediastinitis occurring as a complication of odontogenic infections. Laryngoscope 1986; 96: 747-750.
3. Wheatley MJ, Stirling MC, Kirsh MM, Gago O, Orringer MB. Descending Necrotizing mediastinitis: transcervical drainage is not enough. Ann Thorac Surg 1990; 49: 780-784.
4. Economopoulos GC, Scherzer HH, Gryboski WA. Successful management of mediastinitis, pleural empyema, and aortopulmonary fistula from odontogenic infection. Ann Thorac Surg 1983; 35: 84-187.
5. Colmenero Ruiz C, Labajo AD, Yáñez Vilas Y, Paniagua J. Thoracic complications of deeply situated serous neck infections. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21: 76-81.