

Metástasis pulmonares de melanoma maligno. Presentación infrecuente endobronquial

A. Briones Gómez, E. Cases Viedma, R. Doménech Clar y J.L. Sanchis Aldás

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

El melanoma maligno (MM) es un tumor con tendencia a presentar metástasis pulmonares en su evolución. Se han descrito multitud de casos en la bibliografía médica, aunque es más difícil encontrar metástasis endobronquiales de este tipo de tumor al realizar una fibrobroncoscopia. Presentamos 3 casos de pacientes con extensión del tumor primario al pulmón, con la particularidad de haber sido diagnosticados mediante fibrobroncoscopia con la obtención de distintas muestras, que tras su estudio anatomopatológico confirmó la sospecha inicial de metástasis de MM. Se repasa la prevalencia, presentación radiológica, pronóstico y opciones de tratamiento de esta clase de metástasis.

Palabras clave: Melanoma maligno. Metástasis endobronquial. Fibrobroncoscopia.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 455-457)

Introducción

El melanoma maligno (MM) representa sólo el 1% de todos los tumores malignos. Sin embargo, en un considerable porcentaje metastatiza en el pulmón (del 5 al 15% de todas las metástasis pulmonares), siendo el tórax el emplazamiento favorito para una recidiva inicial^{1,2}. De estas metástasis pulmonares entre el 18 y el 35% son metástasis endobronquiales³.

El origen más frecuente de las metástasis endobronquiales es el cáncer de mama y el carcinoma de células renales. En una serie de 27 casos Martínez et al³ encontraron que el 7,4% eran debidas a un MM. El período de tiempo desde el diagnóstico del tumor primario hasta el reconocimiento radiológico de las metástasis torácicas es, como media aproximada, de 32 meses¹. Muchos pacientes con metástasis pulmonares aisladas de un MM se hallan asintomáticos; las metástasis se detectan en la radiografía de tórax realizada en el seguimiento tras el tratamiento aplicado al tumor primario⁴.

Correspondencia: Dr. A. Briones Gómez.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe.
Av. Campanar, 21. 46009 Valencia.
Correo electrónico: jsanchis@san.gva.es

Recibido: 29-12-98; aceptado para su publicación: 9-2-99.

Pulmonary metastases of malignant melanoma. A rare endobronchial presentation

Malignant melanoma has a tendency to metastasize to the lung in the course of tumor growth. Many such cases have been described in the literature, although cases of endobronchial metastasis of this type of tumor revealed during fiberoptic bronchoscopy are difficult to find. We report three cases of extension of the primary tumor to the lung, diagnosed by fiberoptic bronchoscopy during which biopsy specimens were obtained. After tissue inspection, the initial suspicion of metastasis of malignant melanoma was confirmed. We review the prevalence, radiologic presentation, prognosis and treatment options for this type of metastasis.

Key words: Malignant melanoma. Endobronchial metastasis. Fiberoptic bronchoscopy.

Presentamos 3 casos de metástasis endobronquiales de MM diagnosticadas mediante fibrobroncoscopia y cuya histopatología confirmó el origen extratorácico del tumor primitivo.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 62 años, diagnosticada en 1988 de MM cutáneo en el brazo izquierdo. Se realizó cirugía de exéresis, siendo entonces negativo el estudio de extensión. No se aplicó tratamiento adyuvante, apreciándose en 1989 una extensión ganglionar axilar secundaria. Fue controlada posteriormente en las consultas externas hasta que, en julio de 1991, ingresó en nuestro hospital por deterioro del estado general de un mes de evolución (astenia, anorexia y adelgazamiento de 6 kg), junto con dolor en la región toracolumbar irradiado hacia el esternón. A la exploración física destacaban febrícula de 37,2 °C, palidez cutánea y dolor selectivo en la palpación de la columna dorsolumbar desde D9 a L1. Las exploraciones complementarias mostraron, en la analítica, un aumento de la LDH sérica (402 UI/l) y anemia normocítica-normocrómica (hemoglobina 10,3 g/dl, hematócrito 31,6%, VCM 85 fL, HCM 27,8 pg y CHCM 32 g/dl). En la radiografía de tórax aparecía una masa de 3 × 3 cm, de contornos bien definidos en el segmento 10 del lóbulo inferior derecho. También se objetivaba la des-

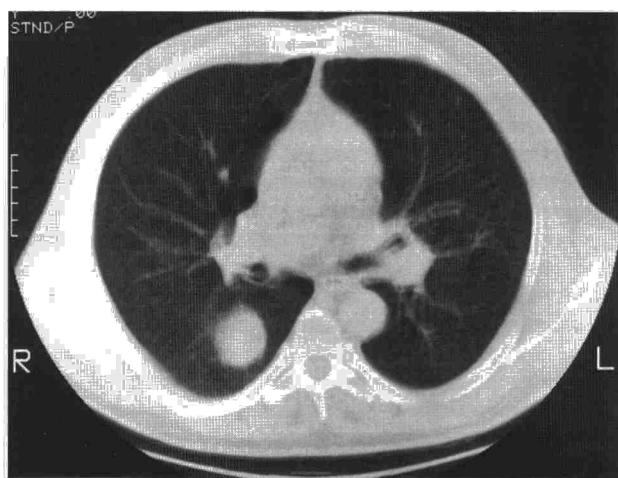


Fig. 1. Tomografía computarizada torácica del caso 2. Masa de 3 x 3 cm en la parte posterior del lóbulo inferior del pulmón derecho, junto a pequeños nódulos en los planos anteriores de ambos pulmones.

trucción del pedículo izquierdo de la vértebra D9 con desplazamiento de la línea paraespinal.

En la fibrobroncoscopia se objetivó un edema de pliegues del bronquio del lóbulo inferior derecho con sospecha de infiltración submucosa. La punción aspirativa y el broncoaspirado fueron negativos para células malignas. No así la biopsia bronquial, informada como metástasis de melanoma. Del resto de las pruebas que se realizaron, la ecografía abdominal y la mamografía fueron normales y en la gammagrafía ósea se apreciaron diversas acumulaciones patológicas sugestivas de metástasis en D9, D10, D11, en la arcada costal posterior derecha y en el vértice de la escápula.

Durante el ingreso la evolución de la paciente fue mala, presentando en agosto de 1991 un síndrome de compresión medular de L3 a S1, por aparición en la tomografía computarizada (TC) de lesiones líticas en cuerpo y apófisis transversas de L4 y L5, con afectación medular subsiguiente. La paciente falleció a principios de septiembre de 1991.

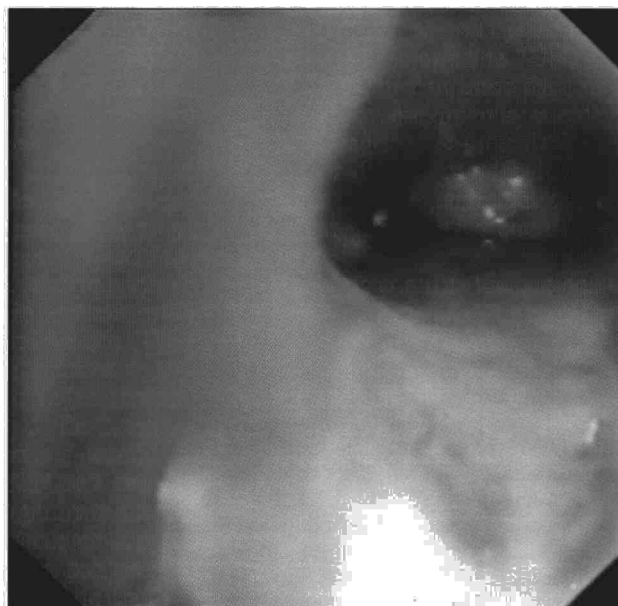


Fig. 2. Fibrobroncoscopia del caso 3. Lesión endobronquial excrecente, que corresponde a una metástasis de melanoma maligno.

Caso 2

Hombre de 62 años, diagnosticado en agosto de 1993 de MM cutáneo en la zona central de la espalda (Clark IV, Breslow 4 mm). Tras practicar un estudio de extensión, que resultó negativo para tumor, se realizó cirugía radical en dos tiempos y tratamiento adyuvante con 5 ciclos de quimioterapia (dacarbacina).

Ingresó nuevamente a los 16 meses al detectarse, a raíz de la aparición de dolor en la parrilla costal izquierda, un nódulo axilar de 4 cm de diámetro de características tumorales. En la radiografía de tórax del ingreso también se detectó un nódulo de idéntico tamaño en el lóbulo inferior del pulmón derecho. En la analítica de ingreso destacaba un aumento de la LDH sérica (708 U/l) siendo el resto normal. Durante su estancia hospitalaria se realizaron diversas pruebas complementarias, comenzando por la TC toracoabdominal (fig. 1), que objetivó la presencia de una masa sólida de 3 cm en el segmento 6 derecho y múltiples nódulos de pequeño tamaño en ambos campos pulmonares. Además, se apreciaban adenopatías axilares derechas. En la TC cerebral aparecían múltiples metástasis cerebrales. El rastreo óseo y la ecografía abdominal fueron normales.

En la fibrobroncoscopia se objetivó un proceso inflamatorio bilateral del árbol bronquial, apareciendo el bronquio segmentario 6 derecho disminuido de calibre. Se realizó una citología del broncoaspirado de esta zona, en cuyas extensiones se evidenció una lesión bronquial pigmentada de carácter melánico. Mediante técnicas inmunohistoquímicas se evidenciaban células inmunorreactivas para el anticuerpo monoclonal HMB-45 y la proteína S, lo que indicaba que la lesión era altamente sugestiva de melanoma. En el material obtenido de la punción de la adenopatía axilar se observaron acumulaciones de pigmento, siendo la muestra acelular.

Debido a la amplia extensión de la enfermedad se desaconsejó el tratamiento oncológico activo, considerándose que el paciente era tributario de un tratamiento sintomático mediante control domiciliario.

Caso 3

Mujer de 61 años, diagnosticada de melanoma de coroides en el ojo izquierdo en julio de 1992 de un tamaño de 10 x 5 x 4 mm. Tras realizar el estudio de extensión, que fue negativo, se decidió un tratamiento conservador, aplicándose crioterapia episcleral con IRIDIO-192. En 1995, tras haber presentado un derrame exudativo total con hemovítreo, necrosis tumoral y retinopatía postirradiación, se decidió la enucleación del ojo, estando en aquel momento la paciente libre de enfermedad generalizada. En octubre de 1997 se realizó una radiografía de tórax al aparecer un episodio recortado de esputos hemoptoicos de 48 h de evolución. En la radiografía de tórax se evidenciaron imágenes nodulares en ambos campos pulmonares, comprobándose posteriormente mediante TC, que también puso de manifiesto metástasis hepáticas.

En la fibrobroncoscopia (fig. 2) se objetivó una lesión blanquecina excrecente en el segmento apical del lóbulo superior derecho. Se realizó broncoaspirado y biopsia bronquial. Mientras la citología del broncoaspirado no evidenció células malignas, el estudio anatomopatológico de la biopsia reveló la existencia de células redondas con citoplasma débilmente basófilo y contornos mal definidos, que acumulaban pigmento de apariencia melánica, todo ello compatible con metástasis bronquial de MM. Tras comentar a la paciente las opciones terapéuticas, se decidió un tratamiento únicamente sintomático. Actualmente, la paciente no presenta sintomatología respiratoria y es controlada de forma periódica en las consultas externas.

Discusión

El melanoma maligno es un tumor pigmentario que puede localizarse en la piel, las mucosas u otras estructuras pigmentadas⁵. El MM del tracto respiratorio inferior puede ser un tumor primario o metastásico. Los tumores primarios son raros^{6,7} y muchos de los recogidos en la bibliografía se cree que representan metástasis solitarias de un MM oculto o bien un melanoma primario cutáneo que desapareció espontáneamente. Las metástasis del MM en los pulmones usualmente consisten en nódulos pulmonares bilaterales de localización periférica, hasta de un máximo de 3 cm de diámetro⁸. Las metástasis endobronquiales se detectan en sólo el 2% de los MM metastásicos en las autopsias y pueden presentarse como una neumonía por obstrucción¹⁰. El hallazgo broncoscópico más frecuente es una exploración normal, por lo que se precisa la realización de biopsias transbronquiales o punciones transtorácicas de los nódulos periféricos para su diagnóstico. En nuestra serie encontramos, en todos los casos, hallazgos endoscópicos que nos proporcionaron el diagnóstico histológico. La extensión extraocular del melanoma de coroides aparece hasta en un 18%, siendo el hígado la localización más frecuente⁵. En el caso de melanoma de coroides que presentamos, además de metástasis pulmonares, existían también metástasis hepáticas, si bien el motivo por el que consultó la paciente fue por hemoptisis. Habitualmente el diagnóstico de metástasis de MM pulmonar suele ser fortuito en una radiografía de tórax de control, tras el diagnóstico y tratamiento del MM primario, en un paciente asintomático^{3,4}. La clínica por la que consultan los pacientes sintomáticos es tos, disnea y hemoptisis. El hallazgo radiológico más frecuente son los nódulos pulmonares múltiples. En una serie de 65 pacientes, Webb y Gamsu¹ encontraron 41 pacientes con este dato radiológico durante el seguimiento, 14 nódulos solitarios y 8 atelectasias por obstrucción bronquial. Las imágenes histológicas encontradas en el MM metastásico son similares a las del melanoma primario. Actualmente, se emplean métodos auxiliares de diagnóstico, como la microscopía electrónica y la inmunohistoquímica². En uno de los casos de nuestra serie se pudo llegar al diagnóstico por esta última técnica, realizada en una muestra de aspirado bronquial selectivo de la zona patológica, no precisándose de otras técnicas diagnósticas invasivas. La supervivencia, tras ser diagnosticadas las metástasis, está en relación con distintos factores de riesgo, entre los que cabe destacar el inter-

TABLA I
Factores de mal pronóstico del melanoma maligno (MM)
metastásico

Mayor número de nódulos
Resección curativa del MM primario subtotal o no realizada
Intervalo de tiempo corto hasta el diagnóstico del MM metastásico
No tratamiento previo con quimioterapia (al menos de dos ciclos)
Afectación de los ganglios linfáticos regionales

valo hasta el diagnóstico de la metástasis (tabla I)⁹. La media de supervivencia tras reconocer radiológicamente las metástasis pulmonares es de 7 meses. En pacientes seleccionados con metástasis pulmonares aisladas de melanoma puede realizarse una resección en cuña, prolongándose así la supervivencia^{4,9}. La terapia adyuvante mejora la supervivencia alcanzada con la cirugía. En nuestra serie la fibrobroncoscopia ha resultado ser el método diagnóstico de elección del MM pulmonar, al igual que en otras metástasis pulmonares, aunque por la radiografía de tórax no se sospeche la afectación bronquial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webb WR, Gamsu G. Thoracic metastasis in malignant melanoma. A radiographic survey of 65 patients. *Chest* 1977; 71: 176-181.
2. Jennings TA, Axiotis CA, Kress Jennings TA, Kress Y, Carter D. Primary malignant melanoma of the lower respiratory tract. Report of a case and literature review. *Am J Clin Pathol* 1990; 94: 649-655.
3. Martínez Moragón E, Aparicio Urtasun J, Sanchis Aldás J, Rogado González MC, De Diego Damiá A, Perpiñá Tordera M. Metástasis endobronquiales. Clínica, diagnóstico y evolución en una serie de 27 casos. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 1.013-1.017.
4. Gorenstein LA, Putnam JB, Giri Natarajan G, Balch CA, Roth JA. Improved survival after resection of pulmonary metastases from malignant melanoma. *Ann Thorac Surg* 1991; 52: 204-210.
5. Rogado González MC, Torrego Giménez A, Nauffal Manzur D, Cases Viedma E. Metástasis pleurales de melanoma de coroides. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 315.
6. Littman CD. Metastatic melanoma mimicking primary bronchial melanoma. *Histopathology* 1991; 18: 561-563.
7. Farrell DJ, Kashyap AP, Aschcroft T, Morrill GN. Primary malignant melanoma of the bronchus. *Thorax* 1996; 51: 223-224.
8. Das RK, Dasgupta A, Tewari S, Mehta AC. Bronchoscopic image. Malignant melanoma of the bronchus. *Bronchol* 1998; 5: 59-60.
9. Harpole DH, Johnson CM, Wolfe WG, George SL, Seigler HF. Analysis of 945 cases of pulmonary metastatic melanoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 103: 743-750.
10. Geohardt GN. Malignant melanoma of the bronchus. *Hum Pathol* 1981; 12: 671-673.