

Melanoma metastásico

Metastatic melanoma

Robert Cumpa-Quiroz¹,
Federico Elguera-Falcón²,
Cesar Vargas-Alayza³,
Mishell Cindy Correa-Dávila⁴

Cumpa-Quiroz R, Elguera-Falcón F, Vargas-Alayza C, Correa-Dávila M.
Melanoma metastásico. 2021;34(1): 36-39.
<https://doi.org/10.36393/spmi.v34i1.583>

RESUMEN

Paciente varón de 69 años con una lesión hiperpigmentada en la planta del pie derecho, náuseas y vómitos, pérdida de peso, adenomegalias en las regiones inguinales y cervicales y proptosis del ojo derecho. Las imágenes revelaron metástasis en ganglios torácicos, cerebro y la región orbitaria derecha. El estudio histopatológico de la lesión del pie y de la mucosa duodenal de confirmó la presencia de melanoma.

Palabras claves: Melanoma, metástasis.

ABSTRACT

A 69-year-old male patient with hyperpigmented lesion in the right foot sole, nausea and vomiting, weight loss, adenomegaly in the inguinal and cervical regions and proptosis of the right eye. The images revealed metastasis in the thoracic lymph nodes, brain and right orbital region. Histopathological study of foot lesion and duodenal mucosa confirmed the presence of melanoma.

Keywords: Melanoma, metastasis.

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un tumor que se desarrolla en los melanocitos, células que producen el pigmento melanina, dan color a la piel y que permite protegerla de los rayos ultravioleta.^{1,2}

Cuando los daños producidos por esta radiación superan a la capacidad que nuestro cuerpo tiene de repararlos, se producen mutaciones en estas células que hacen que pierdan el control de su proliferación. Si esta proliferación no es detenida por las propias células o si el sistema inmune no es capaz de detectarlas y destruirlas, entonces aparece el melanoma. La mayoría de los cánceres de piel son causados por la exposición excesiva a los rayos ultravioleta, otra cierta cantidad es por herencia genética y por fuentes creadas por el hombre tales como las cámaras bronceadoras.³ El melanoma representa sólo 4% de todos los tumores malignos de la piel pero es responsable aproximadamente del 80% de todas las muertes por cáncer de la piel.⁴ Según el Boletín Epidemiológico del Perú, para el período comprendido entre enero y diciembre de 2017, se registró que los tipos de cáncer más frecuentes, independiente del sexo, fueron los de cervix (20,9 %), estómago (11,1 %) y piel (10,4 %).⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 69 años que fue admitido a hospitalización con un tiempo de enfermedad de 10 semanas caracterizada por la aparición de una lesión en la planta del pie derecho, hiperpigmentada y elevada, masas en las regiones cervical e inguinal, y diplopía. Refería náuseas y algunos episodios

- 1 Médico internista. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.
- 2 Médico internista. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.
- 3 Médico residente. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.
- 4 Interna de medicina. Facultad de Medicina, Universidad nacional Federico Villarreal. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.

de vómitos con contenido alimentarios, asociados a pérdida de peso de aproximadamente cinco kilos en el último mes. El examen físico mostraba proptosis y parálisis en la abducción del ojo derecho, lesiones hipopigmentadas en el rostro y lesión hiperpigmentada y elevada en la planta del pie derecho (Figura 1), y múltiples tumores compatibles con adenomegalias en las regiones cervical e inguinal. En la analítica, resaltaba anemia (Hb 7,2 gr/dl) e hipoalbuminemia (2,69 gr/dl). Los estudios de imágenes revelaron lesiones nodulares en el parénquima cerebral,

pulmones, suprarrenal, pared abdominal, tejido muscular, columna cervical y región extraconal de ojo derecho; además, múltiples adenopatías a nivel cervical, supraclavicular, axilar, mediastinal, retroperitoneal, mesentéricas, pélvicas e inguinales (Figura 2). Los estudios por endoscopia digestiva alta mostraron lesiones polipoides y exofíticas-ulcerativas hiperpigmentadas en estómago y duodeno (Figura 3).



Figura 1. lesión nodular queratocítica melanocítica con lesiones melanocíticas satélites en planta de pie derecho

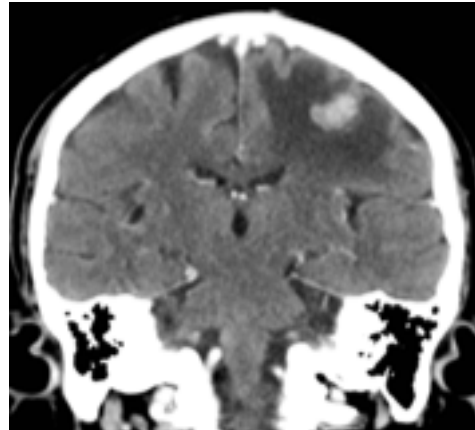


Figura 2C. tomografía cerebral sin contraste muestra nódulo en parénquima cerebral izquierdo con foco hemorrágico y edema vasogénico.

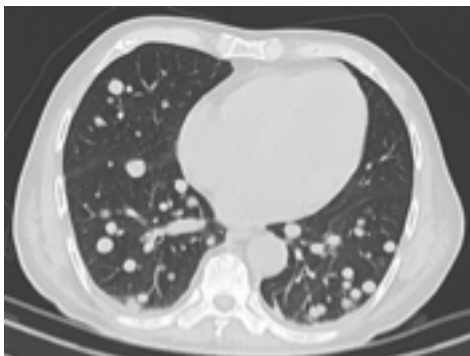


Figura 2A. Tomografía de tórax con contraste: múltiples nódulos con distribución subpleural y periférica en ambos campos pulmonares.

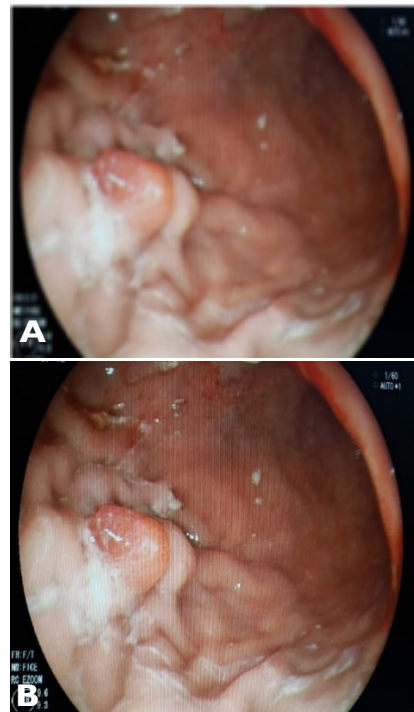


Figura 3A. Estómago-cuerpo: Lesiones exofíticas elevadas con depresión central en sacabocado en tercio distal curvatura mayor; eritematosa, bordes definidos. **Figura 3B:** Segunda porción duodenal: lesión exofítica con depresión central en sacabocado de aproximadamente 10 mm, de superficie irregular bordes definidos, hiperpigmentada.



Figura 2B. Tomografía cervical con contraste: múltiples adenopatías con pérdida de morfología en las regiones cervical, supraclavicular, axilares y mediastinales.



Informe anatomopatológico

Mucosa duodenal con proliferación neoplásica maligna de células epiteloides de núcleo hiperromático algunas con núcleo prominentes y citoplasma abundante y regular cantidad de mitosis.

Piel (planta de pie derecho): hallazgos histológicos compatibles con melanoma. Tipo: melanoma nodular.

DISCUSIÓN

El melanoma representa sólo 4% de todos los tumores malignos de la piel pero es responsable aproximadamente del 80% de todas las muertes por cáncer de la piel.³

Según el Boletín Epidemiológico del Perú para el período comprendido entre enero y diciembre de 2017, se registró que los tipos de cáncer más frecuentes independiente del sexo fueron los de cérvix (20,9 %), estómago (11,1 %) y piel (10,4 %).⁵

La Dirección General de Epidemiología (DGE) ha realizado un análisis de la situación del cáncer a nivel nacional entre los años 2006 y 2010 donde según este informe, el cáncer de piel ocupa el cuarto lugar de frecuencia a nivel nacional. Las regiones donde la distribución proporcional del cáncer de piel respecto al total de neoplasias registradas es superior al promedio nacional (6,6%) han sido la Libertad (10,7%), Cajamarca (9,5%), Madre de Dios (9,2%), San Martín (8,0%), Amazonas (7,9%), Lima (7,9%), Arequipa (7,8%), Ayacucho (7,3%) y Ucayali (7,1%).⁶

En el paciente en referencia presento el tipo de melanoma nodular. Hay tres tipos clínicamente definidos de melanoma cutáneo. El melanoma superficial es la variedad más común, le sigue el melanoma nodular, siendo el melanoma lentigo maligno menos común aunque algunas publicaciones lo consideran como el más frecuente en cabeza y cuello.⁷

Asimismo, se demostró compromiso de otros sistemas, siendo el gastrointestinal uno de ellos. En la endoscopia se evidencia lesiones infiltrativas en estómago y duodeno, pero en las muestras de biopsia sólo fue confirmada a nivel duodenal, que lo más probable de carácter metastásico. Dentro de los no cutáneos se encuentran los originados en ojos, meninges y mucosa gastrointestinal, entre los que se incluye la cavidad oral, esófago, intestino delgado, colon, recto y ano. En su mayoría los melanomas hallados en el tracto gastrointestinal son metástasis de un cáncer primario cutáneo o de un tumor primario de la mucosa gastrointestinal. Los de carácter metastásico se ubican con frecuencia en el estómago y el intestino delgado. Solamente el 3 a 4% de todos los melanomas se originan primariamente de la mucosa gastrointestinal, con mayor frecuencia en la región anorrectal o el esófago.⁸ En el 2018 se publicó un caso nacional de cancer por melanoma anorrectal primario.⁹ La edad es un factor importante ya que pacientes mayores de 50 años presentan una evolución menos favorable que los pacientes jóvenes además también se sabe que las mujeres presentan un mejor pronóstico que los hombres en estadios I y II y en pacientes con metástasis ganglionar se sabe que

a 10 años la supervivencia de pacientes con metástasis microscópicas es de 63%, mientras que, si se presentan metástasis macroscópicas, es de 47%.³ El paciente tuvo una evolución tórpida con compromiso del estado general, no logrando alcanzar ha recibir tratamiento oncológico falleciendo.

Los enfoques que pueden proporcionar beneficios clínicamente importantes para subconjuntos seleccionados de pacientes con melanoma metastásico incluyen la metastasectomía quirúrgica, la inmunoterapia, la inhibición dirigida de la vía de la proteína quinasa activada (MAPK) y la radioterapia en los sitios sintomáticos de metástasis. Aunque la quimioterapia citotóxica se usaba ampliamente antes del desarrollo de la inmunoterapia de inhibición de puntos de control y las terapias dirigidas, no tiene un papel establecido para los pacientes con melanoma metastásico.¹⁰ La radioterapia puede tener un papel paliativo para las áreas sintomáticas localizadas de la enfermedad. La radioterapia, especialmente la radiocirugía estereotáctica, puede ser particularmente importante para pacientes con metástasis cerebrales. No se ha demostrado que la quimioterapia citotóxica (agente único o en combinación) mejore la supervivencia general en pacientes con melanoma avanzado. Las tasas de respuesta suelen ser inferiores al 20 por ciento y la duración media de las respuestas es de cuatro a seis meses.^{11,12}

En conclusión, la localización anatómica del tumor primario es un factor pronóstico muy importante. El melanoma se comporta de manera diferente en diferentes zonas del cuerpo por ejemplo los melanomas primarios que se ubican en las extremidades, con excepción de las manos y los pies, son de mejor pronóstico que los ubicados en el cuello y el tronco. Una oportuna evaluación de una lesión inicial sospechosa asegura un buen pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de prevención del cáncer de piel inducido por la exposición prolongada a la radiación ultravioleta, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú, 2018.
2. Márquez Rodas, I. Melanoma. Sociedad Española de Oncología Médica. URL disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/melanoma?showall=1>
3. Acosta A, Fierro E, Velásquez V y Rueda X. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología*. 2009;17(2),87-108.
4. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer de piel tipo melanoma. URL disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/acerca/estadisticas-clave.html>
5. Ramo, M. (2018). Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 2017;27(31),703-705.
6. Sordo C y Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014;30(1).
7. Avello, F., y Avello, A. (2015). Melanoma en la región de cabeza y cuello. *Anales de la Facultad de Medicina*. 76(2), 187-192.
8. Ahn JY, Hwang HS, Park YS, Kim HR, Jung HY, Kim JH, et al. Endoscopic and pathologic findings associated with clinical outcomes of melanoma in the upper gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol*.

- 2014;21(8):2532-9.
9. Pamo-Reyna O, Chinén-Fukuhara IL. Melanoma anorrectal. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2018;31(4):165.
 10. Jeffrey A Sosman. Overview of the management of advanced cutaneous melanoma. *Uptodate*. Sep 14, 2020.
 11. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob JJ, Rutkowski P, Lao CD, et al. Five-year survival with combined nivolumab and ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med*. 2019;381(16):1535. Epub 2019 Sep 28.

12. Warner, Allison & Palmer, Jessica & Shoushtari, Alexander & Goldman, Debra & Panageas, Katherine & Hayes, Sara, et al. Long-term outcomes and responses to retreatment in patients with melanoma treated with PD-1 blockade. *J Clin Oncol*. 2020;38(15):1655. Epub 2020 Feb 13.

CORRESPONDENCIA
Robert Cumpa-Quiroz
robertcumpa@gmail.com

Fecha de recepción: 18-01-2020.
Fecha de aceptación: 01-02-2021.