

METASTASIS MAMARIA BILATERAL DE SEGUNDA LESIÓN PRIMARIA DE MELANOMA MALIGNO

*Dra. Anna R. Di Francescantonio, **
*Dra. Katrina Fernández, **
*Dra. Omaira Camejo, ***
*Dr. José R. Sardi B. ****

REPORTE DEL CASO:

La incidencia del Melanoma maligno cutáneo se está incrementando. Una historia personal de melanoma se considera como factor de riesgo para el desarrollo de una nueva lesión primaria. Muchos factores predicen el pronóstico y riesgo de metástasis para el melanoma.

Los tumores malignos pueden metastizar cualquier órgano. pero las mamas son poco mencionadas como asiento de metástasis y es el melanoma maligno cutáneo el que con mayor frecuencia las coloniza.

Se presenta el caso de una paciente con un Melanoma maligno ungueal, que siete años después hace un nuevo primario localizado en el conducto auditivo externo, coincidiendo con un embarazo y que luego se disemina dando metástasis a piel, hígado, páncreas, riñón, hueso y a las dos mamas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años de edad con piel tipo IV, sin factores de riesgo para desarrollar melanoma maligno, quien relató una melanoniquia estriada longitudinal desde agosto de 1992 que pronto cubrió progresivamente la totalidad de la uña del primer dedo de la mano izquierda, provocando elevación de esa estructura (Fig. 1). En esa oportu-

nidad se practicó desarticulación metacarpofalángica, reportando la biopsia un Melanoma maligno primario Clark V con Breslow de 1,8 mm. No se detectaron adenopatías regionales asociadas y los estudios radiológicos tampoco mostraron extensión de la enfermedad. La paciente se negó a la disección profiláctica de la axila correspondiente. Estuvo controlándose con regularidad por cuatro años, permaneciendo asintomática. En septiembre de 1999 consultó por un nódulo de color marrón-negro de nueve meses de evolución, localizado en la porción externa del conducto auditivo externo derecho y cursando un embarazo de 20 semanas (Fig. 2). En el examen físico no se encontraron adenomegalias regionales. Se extirpó la lesión y ésta fue reportada como Melanoma maligno nodular primario Clark V y Breslow 6,82 mm (Fig. 3). No regresó a consulta y la vemos nuevamente cinco meses después del parto por presentar dolor en la región lumbar. En el examen físico se detectan nódulos múltiples en las mamas y en la piel del tórax posterior. Se extirpan varias lesiones subcutáneas del tórax que correspondían a metástasis cutáneas de melanoma. La mamografía mostró mamas multinodulares con apariencia de metástasis (Fig. 4). El ecosonograma abdominal mostró componente multinodular en hígado. La tomografía axial toraco-abdomino-pélvica reportó heterogeneidad en los coeficientes de atenuación del hígado, riñones, bazo y páncreas, lesiones líticas distribuidas difusamente en los cuerpos vertebrales del segmento lumbar con lesión en L1 que protuye hacia el canal espinal.

DISCUSIÓN

La incidencia de melanoma maligno cutáneo se esta incrementando continuamente¹, el melanoma ungueal es poco frecuente, se lo reporta con una incidencia de 0.1 por 100.000 habitantes por año². Los pacientes con historia familiar o personal de melanoma maligno tienen un riesgo

* Médicos residentes del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, adscritos al post-grado de Dermatología de la Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

** Profesora de la Cátedra de Dermatología de la Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Dermatopatólogo del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas.

*** Profesor de la Cátedra de Dermatología de la Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Jefe de la Sección de Cirugía Dermatológica del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas.



Fig 1. Melanoniquia tumoral (Melanoma) en el primer dedo de la mano izquierda.

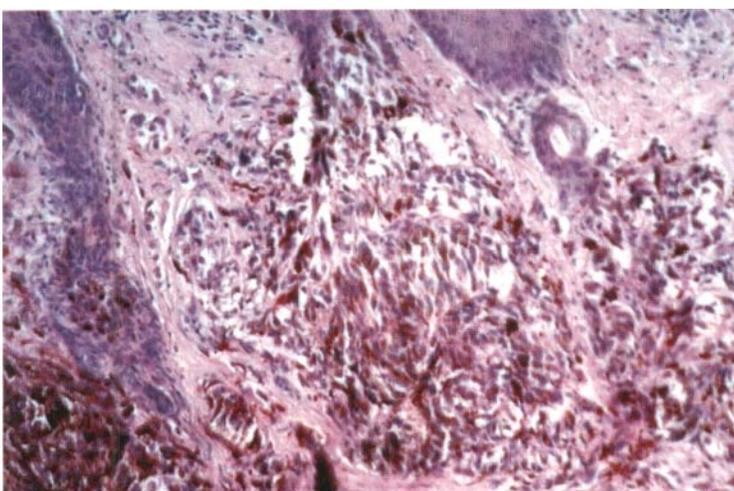


Fig 3. Histología del segundo melanoma.

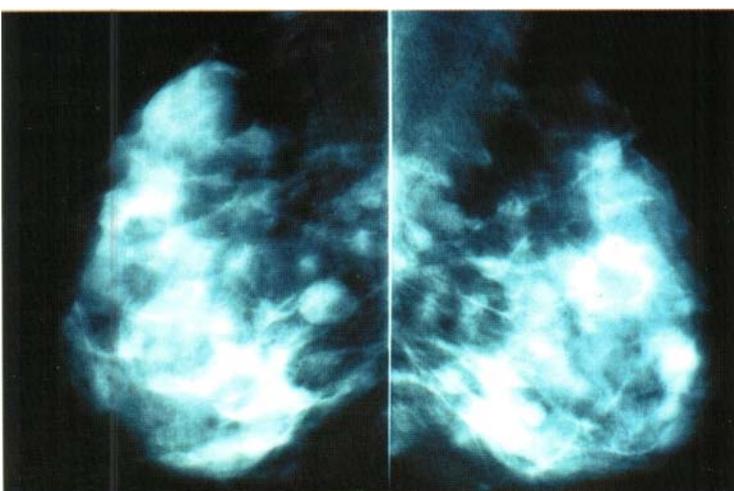


Fig 4. Mamografía mostrando las metástasis

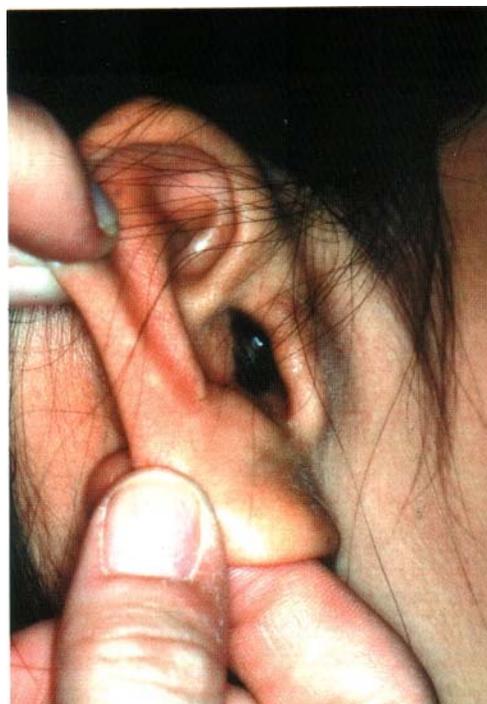


Fig 2. Melanoma localizado en el conducto auditivo externo derecho.

mayor de desarrollar lesiones adicionales³. Sin embargo, es relativamente poco común, pero es un hecho bien conocido, con una frecuencia de 1.3% al 8.2% según las series revisadas⁴⁻⁸. La latencia entre una neoplasia y la otra se encuentra en incremento y está discutida en varios estudios. Los juicios usados por muchos investigadores para distinguir una segunda lesión primaria se basan en la exclusión de metástasis y en la ausencia de tumor persistente. Muchos investigadores tienden a incluir los criterios de: 1. Evidencia histológica de cambios malignos en las lesiones primarias y en las lesiones subsecuentes. 2. Las lesiones que aparecen en sitios anatómicos separados por piel normal evidenciado por clínica e histología. 3. Lesiones que aparecen cerca de los sitios de tratamiento previos son identificadas como lesiones distintas. 4. Los criterios histológicos de los cambios de la unión dermoepidérmica y la diseminación pagetoide son utilizados para distinguir los tumores primarios de las lesiones metastásicas. El tiempo promedio entre el diagnóstico del primer melanoma y los subsecuentes melanomas se encuentra en incremento en diferentes estudios, reportándose que hasta un 50% de los casos con melanoma maligno pueden desarrollar una segunda lesión primaria en el transcurso de 1 año, por lo

que sugiere un seguimiento estricto por 5 años, y luego deberá continuar al menos con un examen anual.

El melanoma en sus estadios más tempranos es una enfermedad eminentemente curable. Sin embargo, cierta cantidad de lesiones se han diagnosticado tardamente durante su historia natural y eventualmente, se manifiestan signos de enfermedad metastásica. Aproximadamente, el 20% de los pacientes con melanoma maligno hacen metástasis, que son más frecuentes en la piel, tejido subcutáneo, ganglios linfáticos (42%-59%), seguidas por los pulmones (18%-36%), hígado (14%-20%), cerebro (12%-20%) y huesos (11 %40%)^{10,11}. Las metástasis a las glándulas mamarias a partir de tumores primarios extramamarios son poco frecuentes, constituyendo aproximadamente el 1,3-2,7% de todos los tumores mamarios malignos, aquellas más frecuentes provienen del melanoma maligno cutáneo. Las metástasis con compromiso de ambas mamas procedentes del melanoma maligno es poco común, y generalmente, para el momento del diagnóstico posee otros sitios de metástasis. Las metástasis mamaria bilateral de melanoma maligno han sido reportadas hasta la actualidad en sólo once casos¹¹. El intervalo de tiempo desde el diagnóstico de melanoma maligno primario y el hallazgo de metástasis mamaria fue reportado luego de 33 meses y un solo caso se reportó 11 años después de que el tumor fue extirpado¹². Se observa frecuentemente en mujeres jóvenes y esto debido a la gran vascularidad de las mamas comparada con la de mujeres de mayor edad, presentándose comúnmente durante el embarazo o la lactancia (mayor flujo sanguíneo). La presencia de metástasis mamaria está siempre asociada con enfermedad diseminada. La distinción entre una lesión mamaria primaria y una metastásica no es sencilla por medio de radiología. La biopsia por aspiración con aguja fina es un procedimiento útil para la evaluación de las lesiones tumorales de la mama¹³. Las metástasis de melanoma maligno deben ser consideradas como diagnóstico en pacientes con historia

previa de melanoma y que. tengan una lesión mamaria reciente. El pronóstico de los pacientes con enfermedad metastásica de la mama es pobre con un promedio de supervivencia después del diagnóstico menor de 1 año¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kang, S. Barnhill, RL. Mihm, MC Jr. Sober, AJ: Multiple primary cutaneous melanomas. *Cancer*. 1992; 70: 1911-6.
2. Banfield, CC. Dawber, RPR.: Nail melanoma: review of the literature with recommendations to improve patient management. *Br. J. Dermatol*. 1999;141:628-632.
3. Conrad, N. Leis, P. Orenge, 1. et al.: Multiple primary melanoma. *Dermatol. Surg*. 1999; 25: 576-581.
4. Cascinelli, N. Fontana, V. Cataldo, 1. Balzarini, GP.: Multiple primary melanoma. *Tumorj*. 1975; 61: 481-6.
5. Beardmore, GL. Davis, NC.: Multiple primary cutaneous melanomas. *Arch. Dermatol*. 1975; 111: 603-9.
6. Moseley, HS. Giullano, AE. Storn, FK. et al.: Multiple primary melanoma. *Cancer*. 1979; 43:939-44.
7. Johnson, TM. Hamilton, T. Lowe, L.: Multiple primary melanomas. *J. Am. Acad. Dermatol*. 1998; 39:422-7.
8. DiFronzo, LA. Wanek, LA. Elashoff, R. Morton, DL. Increased incidence of second primary melanoma in patients with a previous cutaneous melanoma. *Ann. Surg. Oncol*. 1999;6:705-11.
9. Frank, W. Rogers GS.: Melanoma update. Second primary melanoma. *J Dermatol Surg Oncol*. 1993; 19:427-430.
10. Nades, GT.: Clinical presentation and diagnosis of metastasis. in Miller, SJ. Maloney, ME., Eds. *Cutaneous Oncology 1st ed.* Blackwell Science. 1998; pp292-296.
11. Majeski, L.: Bilateral Breast masses as initial presentation of widely metastatic melanoma. *J Surg Oncol* 1999; 72:175-7.
12. Arora R. Robinson, WA.: Breast metastases from malignant melanoma. *J Surg Oncol* 1992; 50:27-9.
13. Cangiarella J. Symmans, WF. Cohen, JM. et al.: Malignant melanoma metastatic to the breast: a report of seven cases diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Cancer*. 1998; 84:160-2.