

# Síndrome confusional agudo como manifestación primaria de metástasis cerebrales de melanoma maligno

Roberto Valdés-Barajas,\* Dulce Alejandra Vargas-Chávez,\* Miguel Ángel Collado-Ortiz,\*\*  
Roberto De Leo-Vargas,\*\*\* Paul Shkurovich-Bialik,\*\* Miguel Ángel Collado-Corona\*\*

## RESUMEN

Se presenta el caso de masculino de 54 años de edad quien acude por presentar en forma primaria síndrome confusional agudo y posteriormente disartria, alteraciones en juicio y memoria inmediata de una semana de evolución, como única sintomatología. La exploración física demostró edema de papila de ojo izquierdo, sin otros datos agregados. Se realiza resonancia magnética de encéfalo que mostró tumoración en lóbulo frontal izquierdo asociada a gran edema, el cual desplazaba estructuras de la línea media. Se realiza resección quirúrgica de la lesión que es reportada por el Servicio de Patología como metástasis de melanoma maligno. No se localizó lesión primaria. El propósito de este reporte es enfatizar en la necesidad de la detección temprana y el manejo oportuno de estas lesiones metastásicas a nivel cerebral.

**Palabras clave:** Síndrome confusional, metástasis cerebrales, melanoma maligno.

## INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno (MM) es una neoplasia de los melanocitos que afecta a la piel en forma principal y secundariamente a ojos, oído, tracto gastrointestinal, leptomeninges, mucosa oral y genitales. Es uno de

*Acute confussional syndrome as primary manifestation of brain metastasis of malignant melanoma*

## ABSTRACT

*A 54 year-old male presented to our institution with a one week history of acute confussional syndrome followed by dysarthria, judgement and memory failure. The physical exam revealed papilledema of the left eye. MRI of the brain showed a left frontal lobe tumor together with great edema, which deviate midline structures. Surgical resection was performed and the pathology report was consistent with a metastatic malignant melanoma. The primary tumor was not found. The purpose of this paper is to emphasize the importance of early diagnosis and surgical treatment in this kind of patients.*

**Key words:** Confussional syndrome, brain metastasis, malignant melanoma.

los tumores más agresivos debido a su gran potencial para producir metástasis a cualquier órgano, principalmente a cerebro y corazón.<sup>1</sup>

Los factores de riesgo más importantes descritos para su desarrollo son: historia familiar de melanoma, presencia de nevos benignos o atípicos y antecedente de melanoma previo. La inmunosupresión, la sensibilidad a la luz solar y la exposición a radiación ultravioleta son también otros factores de riesgo relacionados a este padecimiento.

La incidencia de melanoma, que es considerada el cáncer más agresivo de piel, ha ido en aumento en los últimos años. Solamente en los Estados Unidos de Norteamérica se diagnosticaron 68,130 casos en el año 2010. Es considerado el quinto cáncer más común en el sexo masculino y el séptimo en el femenino.<sup>1,2</sup>

En México, la incidencia de melanoma maligno (MM) se ha incrementado hasta en un 500% en los úl-

\* Médico Interno de Pregrado. Centro Médico ABC.

\*\* Departamento de Neurofisiología Clínica. Centro Neurológico ABC.

\*\*\* Departamento de Neurocirugía.

Recibido para publicación: 08/12/11. Aceptado: 27/01/12.

Correspondencia: Dr. Miguel Ángel Collado-Ortiz.  
Carlos Graef Fernández 154-152, Centro Neurológico ABC.  
E-mail: mcollado@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

timos años y la incidencia global calculada fue de 1.01 por cada 100,000 habitantes.<sup>3</sup> Como posibles causas de este incremento, se considera que pueden deberse tanto al aumento a la exposición solar intermitente, como a la radiación ultravioleta; o bien, a que la sospecha diagnóstica es más frecuente o bien a los cambios en los criterios diagnósticos, lo que resulta en mayores índices de detección de melanoma como tal o en la detección en etapas más tempranas de la enfermedad.<sup>4</sup>

El estado confusional agudo o *delirium*, como se le conoce en la literatura médica mundial, es una condición seria, común y casi siempre amenazante para la vida del paciente. Es uno de los síndromes más antiguos conocidos en la medicina y que se ha denominado con más de treinta sinónimos de los cuales actualmente sólo se aceptan el *delirium* o el estado confusional agudo, que puede ser definido como un síndrome mental orgánico transitorio caracterizado por un trastorno global de la cognición y la atención, un nivel de conciencia reducido, incremento o reducción de la actividad psicomotora y un desorden en el ciclo sueño-vigilia.

Su presentación es aguda, generalmente por la noche, y su duración relativamente breve (comúnmente menos de un mes).<sup>5,6</sup>

El objetivo del presente trabajo es demostrar que aunque el melanoma es la tercera causa de metástasis cerebrales después del cáncer de pulmón y de mama, su diagnóstico es difícil, a pesar de ser responsable del 20 al 54% de las muertes en pacientes portadores de esta patología. En los pacientes que presentan metástasis cerebrales, la sintomatología es diversa y relacionada a la localización de las mismas y pueden ser, entre otras: cefalea, diplopía, náusea, vómito, hemiparesia, pérdida de la memoria, alteraciones de la personalidad y crisis convulsivas, entre otras.

### INFORME DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años que acude a consulta por presentar síndrome confusional agudo de una semana de evolución, particularmente a nivel de memoria inmediata y en juicio, con presencia posterior de disartria discreta. Es acompañado por el jefe de área en su trabajo, quien menciona que el primer dato de alerta para sus compañeros fue el envío de correos electrónicos «extraños» de parte del paciente a sus proveedores en el extranjero del tipo de «*manden la chimoltrufia al apartado Z-24*» (sic) entre otros con las mismas características, como única sintomatología. Cuenta con los siguientes antecedentes heredo-familiares: madre con diabetes mellitus tipo 2. Antece-

dentes personales no patológicos: Originario de Perú y residente de la Ciudad de México desde hace seis años, gerente de empresa metalúrgica en contacto con metales como cobre y plomo; hábito tabáquico durante seis años, a razón de un cigarrillo diario, suspendido desde hace 20 años. Antecedentes médicos: Diagnosticado en el año de 2009 como portador de hipercolesterolemia, por lo que recibió manejo conservador. Vitiligo diagnosticado tres meses previos a su ingreso en la Ciudad de Cali, Colombia, con tratamiento no especificado, el cual fue suspendido. El interrogatorio por aparatos y sistemas demostró pérdida de peso, de aproximadamente 5 kg en las últimas tres semanas, astenia, adinamia, hiporexia. Niega cefalea, fiebre, déficit motor, síntomas visuales o auditivos.

A la exploración física, se encuentra alerta, con comunicación adecuada y buen estado general. Se aprecia lesión hiperocrómica localizada en la región frontal facial de aproximadamente 2 x 3 cm. La exploración del fondo de ojo mostró papiledema bilateral de franco predominio izquierdo. Extremidades simétricas con reflejos + + / + + +, sensibilidad sin alteraciones, fuerza muscular 5/5 (en la escala de Daniels) tanto en extremidades superiores como inferiores, reflejos patológicos ausentes. Pares craneales sin alteraciones. Se realizó el examen de orientación, memoria y concentración «*Short blessed test*» que arrojó baja puntuación a expensas de trastorno de memoria a corto plazo y de concentración. Lenguaje coherente la mayor parte del tiempo, en ocasiones respondiendo al interrogatorio con palabras incomprensibles. Resto de la exploración neurológica sin compromiso.

Se decidió su hospitalización y a su ingreso se realizan estudios de laboratorio generales que reportan valores dentro de parámetros normales. Se solicitó electroencefalograma que mostró una lentificación *theta-delta*, de predominio frontotemporal izquierdo y desorganización global de la actividad de fondo (*Figura 1*). Se realizó resonancia magnética simple craneal que reportó tumoración en lóbulo frontal izquierdo, lingular derecha y cerebelosa homolateral, la mayor de 32 mm con importante edema de la sustancia blanca y extensión a lóbulos frontal y temporal, que desplaza las estructuras de la línea media (*Figura 2*). Se realizó tomografía computarizada por emisión de positrones, con la finalidad de identificar el origen del tumor primario, lo cual no fue posible (*Figura 3*).

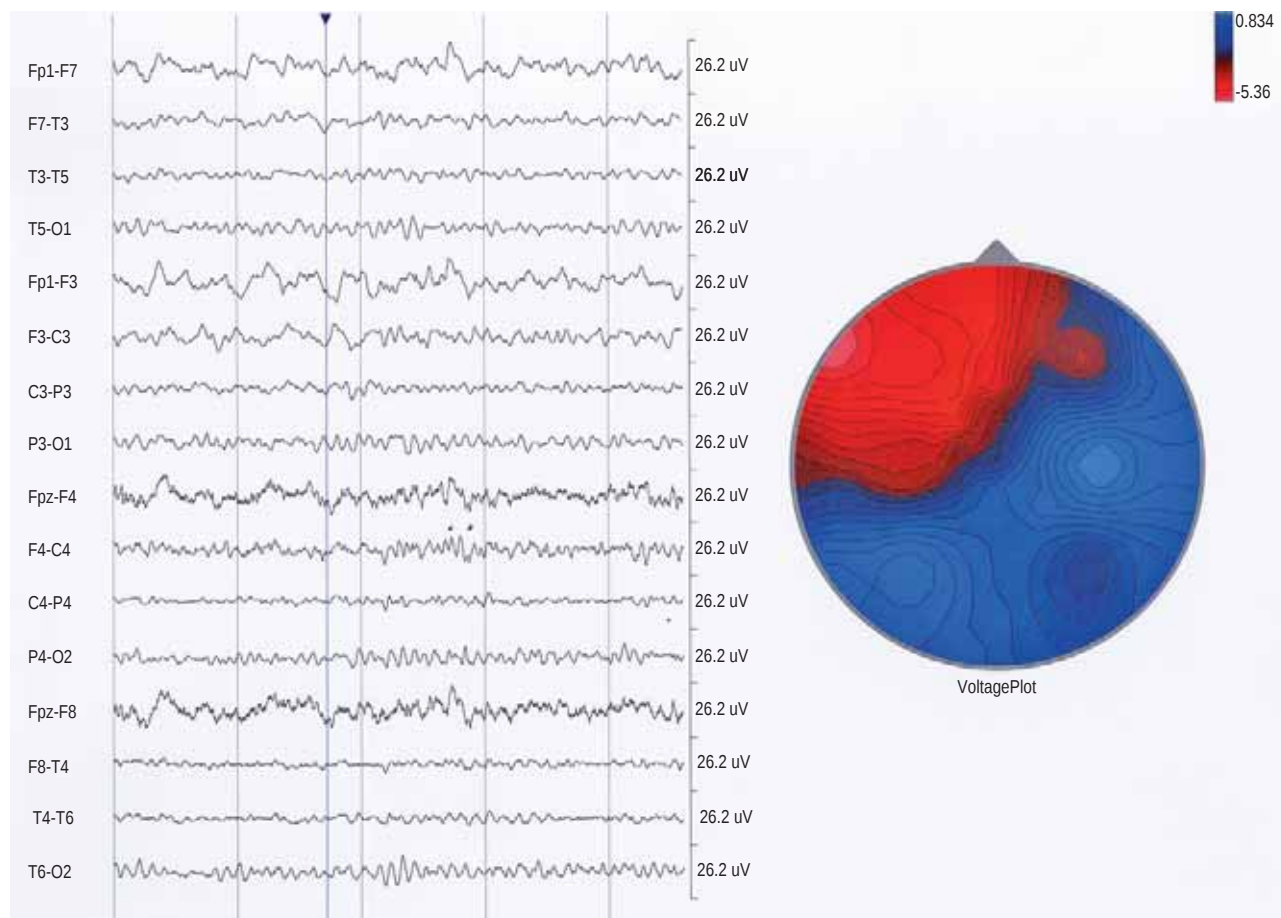
En la radiografía de tórax de control se observaron lesiones nodulares en pulmón izquierdo que presentan ejes mayores de 45 y 53 mm, sugestivas de lesiones metastásicas (*Figura 4*) corroboradas con tomografía axial computada.

Se inicia tratamiento con dexametasona 8 mg cada ocho horas para disminución del edema cerebral y difenilhidantoína. Se interconsulta al Servicio de Neurocirugía quien decide realizar intervención quirúrgica para resección de la lesión por medio de incisión bicoronal y craneotomía frontal izquierda. Se realizó sulcotomía F1-F2 izquierda con exéresis del tumor, la cual macroscópicamente se observa como una tumoración hemorrágica de características «amorcilladas». El reporte transoperatorio fue de melanoma maligno. El reporte definitivo fue de metástasis de melanoma maligno. El estudio de tomografía por emisión de positrones se reportó dentro de límites normales. Se remite a Oncología para manejo posterior. A la fecha se refiere en buenas condiciones generales.

## DISCUSIÓN

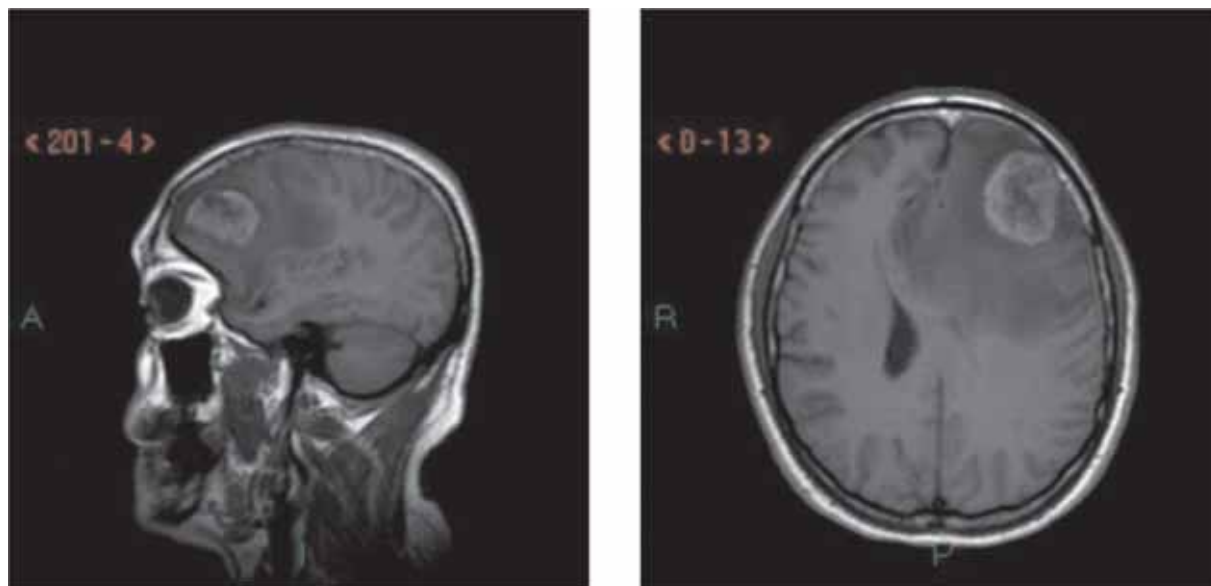
Aunque el MM ocupa sólo el 4% de todos los tipos de cáncer dermatológico, es responsable del 80% de las muertes por cáncer de piel; sólo el 14% de los pacientes con melanoma metastático sobreviven a cinco años.<sup>2</sup> Por lo anterior, es importante efectuar métodos de detección temprana ante la sospecha de MM tales como la educación a las personas de la importancia de realizar autoexploración de piel y ante la duda acudir con un profesional en dermatología; es conveniente, además, la creación de clínicas especializadas en cáncer de piel y el desarrollo tecnológico de mejores herramientas diagnósticas.<sup>7</sup>

La presentación característica de los pacientes con metástasis al sistema nervioso central (SNC),



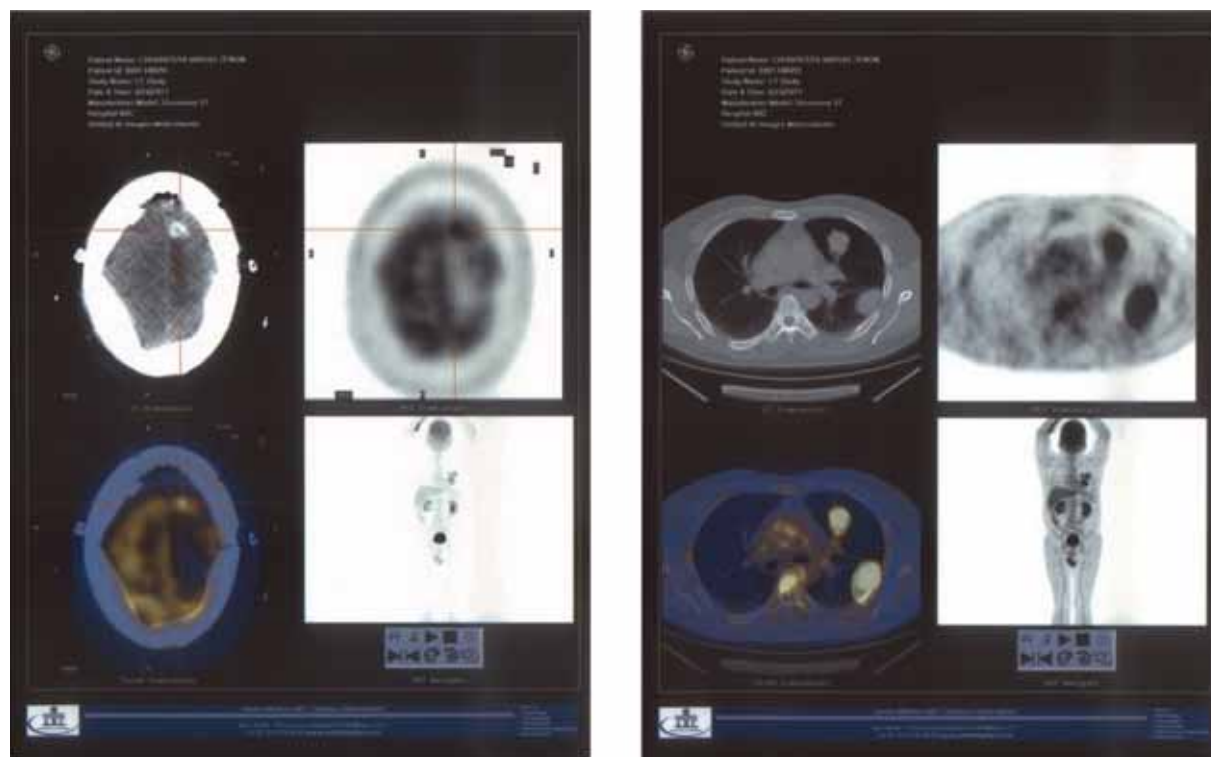
Se observa lentificación en bandas theta-delta de predominio frontotemporal izquierdo de alta potencia, así como desorganización global.

**Figura 1.** Electroencefalograma y mapeo cerebral.



Lesión en región frontal izquierda con diámetro mayor de 32 mm, hiperintensa con importante edema de la sustancia blanca y efecto de masa sobre las estructuras de la línea media y extensión a la rodilla del cuerpo calloso.

**Figura 2.** Imagen de estudio RM de cráneo, secuencia T1.



Se observan áreas hiperdensas en el pulmón derecho y en lóbulo frontal de encéfalo.

**Figura 3.** Tomografía computarizada por emisión de positrones.



Lesiones nodulares en pulmón izquierdo.

**Figura 4.** Radiografía AP de tórax.

se manifiesta como síndrome de hipertensión intracraneana, con cefalea, diplopía, vómito en proyectil, en algunos casos crisis convulsivas, escotomas, tinnitus y disminución de la agudeza visual.<sup>8</sup> En nuestro informe, llama la atención la presentación atípica de la enfermedad en un estadio tan avanzado por la presencia de daño estructural importante a nivel de encéfalo y la incapacidad para localización de la lesión primaria, aunque se considera que ésta pudo haber correspondido al antecedente referido por el paciente como «vitiligo curado».

La capacidad de metástasis por MM a SNC es relativamente frecuente, ya que aproximadamente el 46% de los pacientes la presentan, lo que constituye al menos el 10% de todas las metástasis a SNC, por lo que ocupa el segundo lugar después del cáncer de pulmón. Más del 70% de los pacientes que desarrollan metástasis a SNC son diagnosticados con lesiones sintomáticas múltiples.<sup>7</sup> Las metástasis a

SNC son responsables del 54% de las muertes en pacientes con MM y del 95% en los pacientes con lesiones ya identificadas.<sup>9</sup>

El pronóstico habitualmente es muy malo y la sobrevida habitualmente está relacionada con el manejo quirúrgico, cuando éste es posible por la ubicación y capacidad de resección de la metástasis y del número y estado de otros órganos de la economía que estén afectados.<sup>10</sup>

La enseñanza que deja este caso es la importancia de la detección temprana y el manejo oportuno de estas lesiones metastásicas a nivel cerebral.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pollack LA, Li J, Berkowitz Z, Weir HK, Wux C, Ajani A, Li C, Pollack BP. Melanoma survival in the United States. 1992 to 2005. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65 (5 suppl 1): S78-86.
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2010; 60 (5): 277-300.
3. Schmerling RA, Loria D, Cinat G, Ramos WE, Cardona AF, Sánchez JL, Martínez-Said H. Cutaneous melanoma in Latin America: The need of more data. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30 (5): 431-438.
4. Jacobo R, Pineda B, León G. Melanoma maligno cutáneo. Perfil epidemiológico en México. *Gaceta Mex Oncol* 2003; 2 (4): 17-22.
5. González PAC, Llibre RJJ. Estado confusional agudo en el paciente anciano. *Rev Cubana Med Milit* 2001; 30 (Supl.): 89-96.
6. Lipowski ZJ. Update in delirium. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15 (2): 335-346.
7. Terushkin V, Halpern AC. Melanoma early detection. *Hematol Oncol Clin North Am* 2009; 23 (3): 481-500.
8. Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology* 2002; 59 (10): 1492-1495.
9. Chiarion-Sileni V, Guida M, Ridolfi L, Romanini A, Del Bianco P, Pigozzo J, Brugnara S, Colucci G, Ridolfi R, De Salvo GL. Central nervous system failure in melanoma patients: Results of a randomized, multicentre phase 3 study of temozolomide and dacarbazine based regimens. *Br J Cancer* 2011; 104 (12): 1816-1821.
10. Sampson JH, Carter JH, Friedman AH, Seigler HF. Demographic, prognosis and therapy in 702 patients with brain metastases from malignant melanoma. *J Neurosurg* 1998; 88 (1): 11-20.