



Localizador: 12068

Metástasis ganglionares de melanoma, sin evidencia de tumor primario

Lymph nodes metastasis of malignant melanoma, without presence of the primary tumor

María Teresa López-Villaescusa,* Lorenzo Juan Pérez-García,*
María Luisa Martínez-Martínez,* Roberto Vera-Berón*

Palabras clave:

Melanoma maligno, regresión, metástasis, autoinmunidad.

Key words:

Malignant melanoma, regression, metastasis, autoimmunity.

RESUMEN

Existen ocasiones en que se detectan metástasis de melanoma sin que se tenga una clara evidencia del tumor primario, ya sea por la localización inhabitual, el desarrollo de melanoma en los ganglios linfáticos o por la regresión del tumor. Presentamos una mujer de 28 años de edad que debutó con metástasis cervicales de melanoma, sin poder evidenciar la presencia del tumor primario. Se discute el mecanismo etiopatogénico del fenómeno de regresión tumoral.

ABSTRACT

Sometimes, we can detect metastasis of malignant melanoma without clear evidence of the primary tumor. One possibility it is for unusual location of the primary tumor, a melanoma development in lymph nodes or regression of the primary tumor. We present a 28-years-old women with a cervical metastatic of malignant melanoma without clear evidence of primary tumor. We discussed the tumor regression phenomenon.

En muchas ocasiones no resulta difícil hacer el diagnóstico clínico de melanoma; sin embargo, existen ocasiones en las que se detectan metástasis de melanoma sin una clara evidencia del tumor primario, ya sea por la localización inusual de presentación del melanoma, quizás por la hipótesis de desarrollo de melanoma en los ganglios linfáticos¹ o por la regresión del tumor. La regresión de los tumores primarios es el resultado de un proceso inflamatorio que se observa en múltiples cánceres, incluido el melanoma.²

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 28 años, con antecedentes de piloroplastia por úlcera pilórica y appendicectomizada. Acudió a Consulta de Otorrinolaringología por presentar crecimiento de adenopatía cervical derecha de ocho meses de evolución, que a pesar de tratamiento antibiótico y antiinflamatorio no se asociaba a clínica sistémica ni pérdida de peso. Posteriormente, desarrolló un nódulo de partes blandas situado en línea media de la región cervical anterior. El estudio radiológico con ecografía y resonancia

magnética (RM) mostró una adenopatía patológica necrosada laterocervical derecha de 2.5 x 1.5 cm, y otra de 2 x 1.3 cm por encima del manubrio esternal. Se realizó entonces una biopsia selectiva de ambas lesiones que determinó un diagnóstico anatopatológico de tejido ganglionar con áreas de necrosis y totalmente sustituido por un denso infiltrado, compuesto por células fusiformes con aumento de la relación núcleo/citoplasma, de núcleos polimorfos, con nucléolos prominentes y múltiples imágenes de mitosis atípicas (*Figura 1*). El estudio inmunohistoquímico mostró negatividad para citoquinas, tiroglobulina, CD45LC, calcitonina, mamoglobina, BRST-II, y TTF-1. Resultó positivo para S-100, MELAN-A, y positivo focal para HMB-45.

El Servicio de Oftalmología descartó lesiones coroideas, y con el diagnóstico de metástasis ganglionar de melanoma la paciente fue remitida a Consulta de Dermatología. En la anamnesis, la paciente refería que había tenido previamente una lesión pigmentada en la zona central del cuello, con sangrado ocasional y con desaparición progresiva un año antes del desarrollo de la adenopatía. Dicha lesión

* Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido:
12/Diciembre/2012.
Aceptado:
10/Enero/2013.



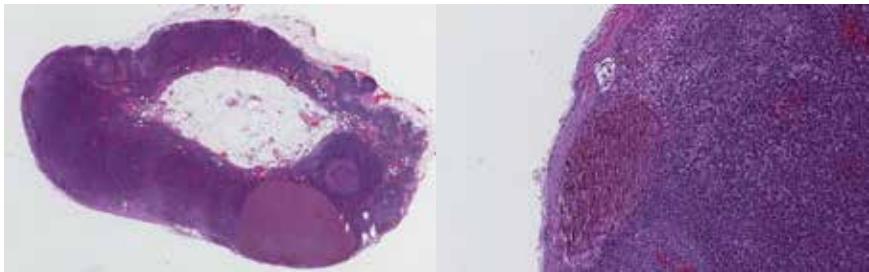


Figura 1. Ganglio extirpado. Tejido ganglionar con áreas de necrosis y totalmente sustituido por denso infiltrado compuesto por células fusiformes.



Figura 2. Fotografía aportada por la paciente en la que se observa una lesión pigmentada en la zona central del cuello. Cuando acude a la Consulta de Dermatología tras el vaciamiento cervical, no existían datos de lesión pigmentada previa.

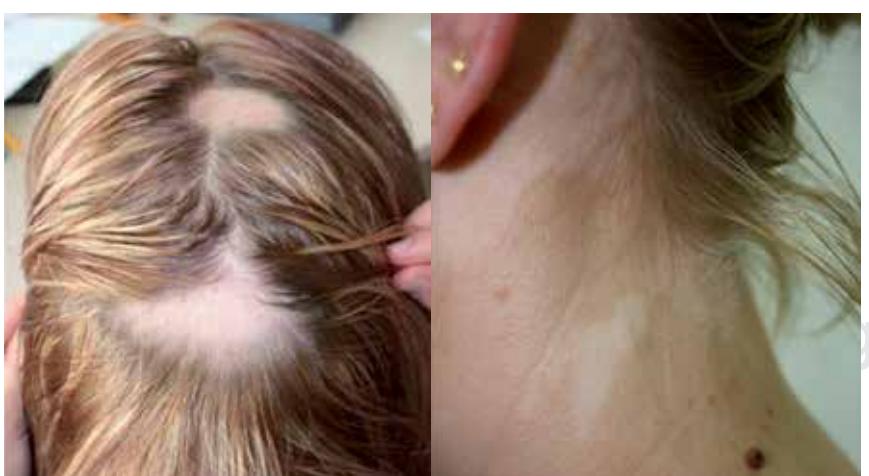


Figura 3. Placas de alopecia areata en cuero cabelludo y lesiones de vitílico en cara, desarrolladas durante su evolución.

se observaba en una fotografía anterior aportada por la paciente, en la que se podía apreciar una lesión pigmentada localizada en la zona central del cuello, simétrica de bordes regulares y discrómica, sin tener datos suficientes para poder hacer el diagnóstico clínico de melanoma (*Figura 2*). Cuando acudió a la consulta, existían signos de lesión pigmentada previa. En el resto del cuerpo presentaba escasos nevos melanocíticos y halo nevus adquiridos sin signos clínicos ni dermatoscópicos de atipia. Se completó el estudio de extensión con TAC y se realizó vaciamiento funcional derecho, siendo ambos negativos. Posteriormente, la paciente comenzó con interferón alfa-2b con buena tolerancia. Durante el seguimiento ha presentado lesiones de vitílico y dos placas de alopecia areata en cuero cabelludo, el cual se repobló con tratamiento corticoideo tópico (*Figura 3*).

COMENTARIO

El halo nevo, nevo de Sutton o leukoderma acquisitum centrifugum es un fenómeno inmunológico frecuente de despigmentación. Éste consiste en una degeneración progresiva de los melanocitos que son destruidos por un infiltrado inflamatorio linfocitario, muy prominente en las fases más iniciales. Característicamente, se ha descrito en la infancia o en la adolescencia alrededor de nevos melanocíticos adquiridos tras la exposición solar, sin embargo, puede presentarse alrededor de lesiones de origen neuroectodérmico, como nevo azul, nevo de Spitz, nevo congénito, melanosis dérmica, neurofibroma y melanoma.³

Durante este proceso autoinmune está involucrada la producción

sesgada de citoquinas por parte de los linfocitos Th1 los cuales presentan actividad selectiva y producen lisis de las células tumorales.^{4,5} De manera habitual, entre un 20-30%, se asocia con vitílico en otras localizaciones, y a la inversa, es decir, pacientes con vitílico desarrollan lesiones tipo halo nevo de un 20-60%, además tienen una mayor incidencia de desarrollar otros trastornos autoinmunitarios, como hipotiroidismo, enfermedad de Graves, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, uveítis, síndromes autoinmunitarios poliglandulares o alopecia areata, tal como sucedió con nuestra paciente.

Existen diversas cifras que denotan la incidencia de este fenómeno, la más frecuente es la regresión parcial de melanoma, que se da en un 10-40% de los casos, frente a la regresión completa la cual se da tan sólo de 0.1-0.3%.⁶ La regresión completa es más frecuente en la espalda y en varones.⁷ Histológicamente se caracteriza por la sustitución

de las células tumorales por un estroma fibroso con cantidades variables de melanófagos asociado con un infiltrado inflamatorio y neovascularización.⁸ Existen diferencias histopatológicas que diferencian la regresión de un nevo frente a un melanoma.⁹ En el melanoma existe un mayor componente de fibrosis junto con una intensa melanofagia y menor infiltrado inflamatorio. Según las diferentes series publicadas, la existencia de un denso infiltrado inflamatorio podría frenar el crecimiento tumoral, otorgando un pronóstico favorable en las fases iniciales; sin embargo, en la destrucción inicial del melanoma hace que se seleccionen clones más agresivos dando lugar a un peor pronóstico en la regresión avanzada.¹⁰

Correspondencia:

Dra. María Teresa López Villaescusa

E-mail: lopezvillaescusa@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Neill JK, Khundar R, Knowles L, Scott-Youn N, Orlando A. Melanoma with an unknown primary-a case series. *J Plast Reconstr Aesth Surg.* 2010; 63: 2071-2080.
2. Socrier Y, Lauwers-Cances V, Lamant L, Garrido I, Lauwers F, Lopez R et al. Histological regression in primary melanoma: not a predictor of sentinel lymph node metastasis in a cohort of 397 patients. *Br J Dermatol.* 2010; 162: 830-834.
3. Taïeb A, Morice-Picard F, Jouary T, Ezzedine K, Cario-André M, Gauthier Y. Segmental vitiligo as the possible expression of cutaneous somatic mosaicism: implications for common non-segmental vitiligo. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2008; 21: 646-652.
4. Duric Y. Spontaneous regression of cutaneous melanoma with subsequent metastasis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60: 588-591.
5. Vijuk G, Coates AS. Survival of patients with visceral metastatic melanoma from an occult primary lesion: a retrospective matched cohort study. *Ann Oncol.* 1998; 9: 419-422.
6. Emanuel PO, Mannion M, Phelps RG. Complete regression of primary malignant melanoma. *Am J Dermatopathol.* 2008; 30: 178-181.
7. High WA, Stewart D, Wilbers CRH, Cockerell CJ, Hoang MP, Fitzpatrick JE. Completely regressed primary cutaneous malignant melanoma with nodal and/or visceral metastases: a report of 5 cases and assessment of the literature and diagnostic criteria. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 53: 89-100.
8. Muniesa C, Ferreres JR, Moreno A, Marcoval J. Completely regressed primary cutaneous malignant melanoma with metastases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23: 327-328.
9. Martín JM, Rubio M, Bella R, Jordá E, Monteagudo C. Regresión completa de nevos melanocíticos: correlación clínica, dermatoscópica e histológica de una serie de 13 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103: 401-410.
10. Requena C, Botella-Estrada R, Traves V, Nagore E, Almenar S, Guillén C. Regresión en el melanoma: problemas en su definición e implicación pronóstica. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100: 759-766.