

Tumor gigante en un paciente con melanoma

Giant tumor in a patient with melanoma

Dra. Katty-Hind Selman-Housein Bernal,^I Dra. Giselle Tárano Quintero,^{II}
Dr. Iosmill Morales Pérez,^I Dr. Carlos Alfonso Sabatier,^I Dr. Francisco
Hernández Bernal^{III}

^I Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{III} Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se estudió un paciente masculino, negro, de 17 años de edad, caribeño, aparentemente sano hasta el año 2007 cuando aparece un tumor témporo-parieto-frontal izquierdo de crecimiento rápido, que compromete la cara. Al examen físico se constató, además, piel y mucosas pálidas con desnutrición severa. El diagnóstico histopatológico fue de melanoma maligno de células epiteloides.

Palabras clave: melanoma, reporte de caso.

ABSTRACT

The case of a black Caribbean patient aged 17 apparently healthy until 2007 when to appear a left temporal-parietal-frontal tumor of fast growth involving the face. At physical examination authors also confirmed a pale skin and mucosae with a severe malnutrition. The histopathological diagnosis was a malignant melanoma of epithelioid cells.

Key words: melanoma, a case report.

INTRODUCCIÓN

Entre todos los tipos de cáncer, el de piel es el más frecuente (más de 50 %). El crecimiento incontrolable de los melanocitos es causa de uno de los cánceres de piel más graves: el melanoma (tumor maligno de melanocitos),¹ que representa 3 % del cáncer de piel (menos frecuente que el carcinoma de células basales y el de células escamosas, pero el de mayores probabilidades de metástasis y muerte).²

La incidencia anual se encuentra por encima de 2 %, es más frecuente en los hombres, al nivel del torso.³ La Sociedad Americana sobre el Cáncer reportó que la incidencia de la enfermedad se ha triplicado en los últimos 20 años y es responsable de 77 % de las muertes por cáncer de piel.^{4,5}

El riesgo disminuye en sujetos de piel oscura, donde las localizaciones en palma de las manos, planta de los pies y debajo de las uñas representan la mitad de los diagnósticos en afroamericanos.³ Los factores de riesgo para desarrollar un melanoma incluyen: exposición al sol, pieles sensibles a las quemaduras, diagnósticos previos y/o historia familiar de melanoma u otros tipos de cáncer de piel, gran número de lunares (en especial si superan los 100) y presencia de nevos atípicos o displásicos.^{4,5} Entre los factores de mal pronóstico tenemos la localización en cuero cabelludo, cuello, manos y pies, el sexo masculino, la edad avanzada, la presencia de ulceraciones, el mayor grosor del tumor y la invasión vascular.³⁻¹⁰

Hay 2 sistemas para evaluar las lesiones pigmentadas: 1. Glasgow (criterios mayores: cambios en el tamaño, formas y colores irregulares; y criterios menores: diámetro > 7 mm, inflamación y sensibilidad) y 2. el ABCDE del melanoma (A: asimetría; B: bordes irregulares; C: cambios de color; D: diámetro mayor de 6 mm y E: aumento de tamaño).^{6,7}

El sistema más simple de estadiamiento clínico es el de 3 etapas: Etapa I: melanoma localizado en su lugar de origen, > 80 % de supervivencia); Etapa II: nódulos linfáticos regionales involucrados, > 40 %, 5 años de supervivencia) y Etapa III: metástasis a distancia; generalmente con desenlace fatal.⁸

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 17 años de edad, negro, de un país del Mar Caribe, aparentemente sano hasta el año 2007 cuando aparece un tumor localizado en el área fronto-parieto-temporal izquierda de crecimiento rápido.

Al examen físico se constata una desnutrición severa (peso: 39 kg, talla: 1,62 cm, IMC: 9,38); piel y mucosas pálidas; un tumor de 20 cm de diámetro en el área antes mencionada, con superficie irregular, áreas ulceradas, sangrantes y necróticas. El tumor comprometía la cara, en especial el ojo izquierdo, provocaba parálisis facial periférica (Figs. 1A y 1B).



Fig. 1. Melanoma gigante de cuero cabelludo. **A.** Vista lateral.
B. Vista posterior.

Los estudios de laboratorio mostraron bajos valores de hemoglobina y hematócrito (7,3 g/L y 0,25, respectivamente), además de eritrosedimentación acelerada (80 mm).

La TAC de cráneo mostró un gran tumor que se extendía desde los tejidos blandos de la región malar y crecía hacia todas las estructuras de la convexidad del pericráneo (densidad entre 10 y 90 UH), con destrucción de huesos adyacentes que incluía la órbita ocular. Al administrar sustancia de contraste, la lesión se mostró altamente vascularizada con áreas de fistulización (Fig. 2).

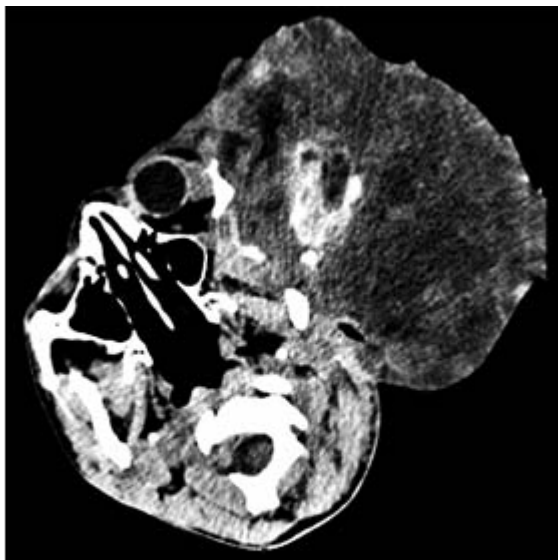


Fig. 2. TAC de cráneo: tumor que se extiende desde los tejidos blandos de la región malar y hacia todas las estructuras de la convexidad del pericráneo, destrucción de huesos adyacentes que incluye la órbita ocular.

En el estudio ultrasonográfico del abdomen, el hígado se mostraba heterogéneo, con múltiples imágenes nodulares (la mayor de 37,1 por 30,8 mm) y en el lóbulo derecho aparecía una lesión más pequeña de aspecto quístico. Se realizó una TAC que confirmaba las lesiones metastásicas hepáticas (Fig. 3).

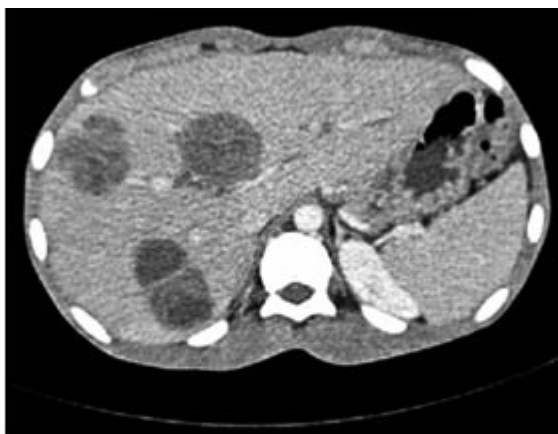


Fig. 3. TAC de abdomen: múltiples imágenes nodulares sugestivas de metastásis hepáticas.

Se realizó una biopsia del tumor (Fig. 4) mediante la que se informó diagnóstico histopatológico: melanoma maligno con patrón difuso de crecimiento, células de citoplasma claro con núcleos redondos pálidos y nucléolos eosinofílicos centrales prominentes. También se encontraron inclusiones pseudonucleares, extensas áreas de necrosis tumoral y un alto índice mitótico (técnica de inclusión en parafina/hematoxilina y eosina).

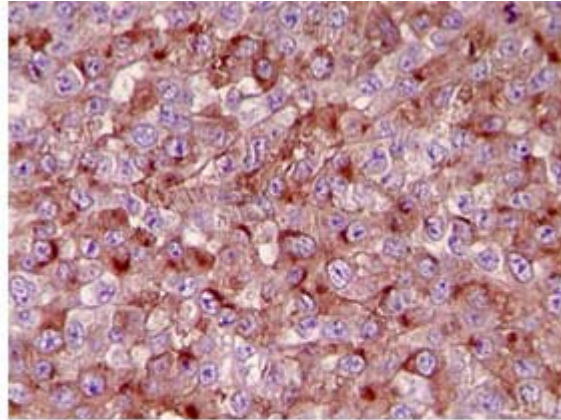


Fig. 4. Técnica de inclusión en parafina/hematoxilina y eosina: melanoma maligno con difuso patrón de crecimiento; células de citoplasma claro con núcleos redondos pálidos y nucléolos eosinofílicos centrales prominentes.

La inmunohistoquímica HMB-45 resultó positiva al presentar patrón difuso granular intracitoplasmático (antimelanoma), según se muestra en la figura 5.

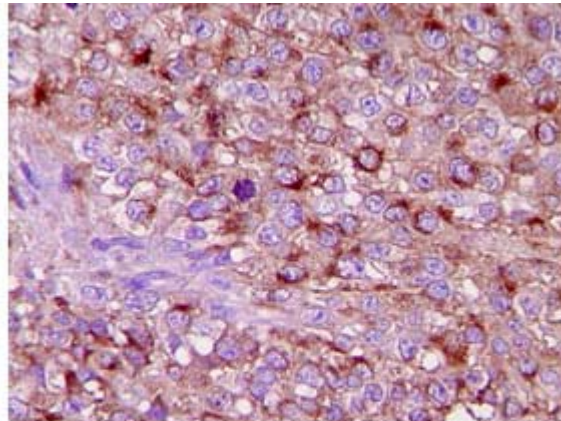


Fig. 5. Inmunohistoquímica HMB-45: positiva, con patrón difuso granular intracitoplasmático (anti-melanoma).

DISCUSIÓN

La combinación de múltiples características poco comunes en un solo paciente es la principal razón para este reporte de caso.

1. *Piel negra*: La incidencia de la enfermedad es superior en la personas con piel blanca (10 veces superior).³ En Estados Unidos, la incidencia es aproximadamente 1/50 para las personas con piel blanca; 1/1 000 en la piel negra y 1/200 en los hispanos.¹¹

2. *Melanoma en un paciente de 17 años*: Puede aparecer en adultos de cualquier edad, pero es raro en niños. Menos del 1 % aparece antes de los 20 años; 13 % entre los 20 y 40 años; 36 % entre los 40 y 59 años y 51 % en aquellos que sobrepasan los 60 años.¹²

3. *Melanoma en el cuero cabelludo*: Es una presentación rara,⁹ solo 6 % de los melanomas se reportan en esta localización o el cuello.¹³

Un estudio hecho a 51 704 casos de melanoma en Estados Unidos reportó que los pacientes con la enfermedad en cuero cabelludo o cuello morían 1,84 veces sobre los pacientes con cualquier otra localización. Los rangos de supervivencia a los 5 años para los melanomas de cuero cabelludo y cuello fueron de 83 %, comparado con 92 % para los restantes; a los 10 años la supervivencia se comportaba en 76 % y 89 %, respectivamente.¹³

Los investigadores piensan que estos resultados se relacionan con la mayor posibilidad de que el cáncer se extienda hacia el cerebro, también que las lesiones pueden encontrarse escondidas por el cabello y los diagnósticos más tardíos, además de que la vascularización y el drenaje linfático en estas áreas es rico y complejo lo que puede facilitar que las células del melanoma penetren y circulen.¹³

4. *Tumor gigante*: Es poco común la presencia de un melanoma cutáneo primario tan grande como el que reportamos.¹⁴ Según hallamos en la literatura, el más grande publicado medía 16 cm hasta un reporte de caso de un melanoma nodular masivo en la espalda baja de 25 x 20 cm.¹⁵

El tratamiento de elección en estos casos es la cirugía, principalmente cuando están bien localizados (con 100 % de supervivencia si están limitados a la epidermis). Cuando aparece evidencia de lesión regional o a distancia, el tratamiento debe involucrar el tumor primario, los nódulos linfáticos y las metástasis, si existen.³

En los casos de pacientes con metástasis o con altos riesgos de desarrollarlas se han realizado estudios empleando la terapia biológica, principalmente con el uso del interferón α -2b recombinante (a altas dosis) y quimioterapia.¹⁶⁻¹⁸ No obstante, las posibilidades actuales de tratamiento no muestran adelantos en los melanomas metastásicos¹⁹ y no ha habido consenso en cuál sería el tratamiento óptimo (las respuestas completas son pobres, < 6 %).¹⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estape-Rodríguez J, Grau de Castro JJ. Historia natural y factores etiológicos del cáncer. *Oncología Médica*. 2005;1168-9.
2. Swerlick RA, Chen S. The melanoma epidemic: more apparent than real? *Mayo Clin Proc*. 1997;72:559-64.
3. Diepgen TL, Mahler VM. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol*. 2002;146(61):1-6.

4. Charles CA, Marghoob AA, Busam KJ. Melanoma or pigmented basal cell carcinoma: a clinical-pathologic correlation with dermoscopy, in vivo confocal scanning laser microscopy, and routine histology. *Skin Res Technol.* 2002;8:282-7.
5. Rigel DS, Russak J, Friedman R. The Evolution of Melanoma Diagnosis: 25 Years Beyond the ABCDs. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(5):301-16.
6. Cockburn M, Swetter SM, Peng D, Keegan TH, Deapen D, Clarke CA. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *Melanoma.* 2005;55(2):74-108.
7. Torpy J, Lynm C, Glass MN. Melanoma. *JAMA.* 2004;292(22):2800.
8. Hasney C, Butcher RB, Amedee RG. Malignant melanoma of the head and neck: a brief review of pathophysiology, current staging, and management. *Ochsner J.* 2008;8(4):181-5.
9. Strayer SM, Reynolds P. Diagnosing skin malignancy: assessment of predictive clinical criteria and risk factors. *J Fam Pract.* 2003;52(3):210-8.
10. Markovick SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 2: staging, prognosis, and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:490-513.
11. Goodson AG, Grossman D. Strategies for early melanoma detection: Approaches to the patient with nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(5):719-35.
12. Simpson CL. The ABCs of Melanoma: Expanding Basic Screening and Education. *Virtual Mentor.* 2006;8(8):517-9.
13. Panajotovic L. Big Primary Cutaneous Melanoma of the Scalp - Case Report. *ANZ J Surg.* 2003; 73 Suppl 2:A310.
14. Díaz de Corcuera I, Arévalo-Lobera S, Basterretxea L, Otaño E, Mínguez J, Lacasta Muñoa A. Un caso de melanoma maligno meníngeo en un varón adulto que debuta con paraplejía. *Oncología.* 2004;27:9.
15. Harting M, Tarrant W, Kovitz CA, Rosen T, Harting MT, Souchon E. Massive nodular melanoma. *Dermatology Online Journal* 2007;13(2):7. [citado noviembre de 2011]. Disponible en: http://dermatology.cdlib.org/132/case_reports/melanoma/harting.html
16. Win-Piazza H, Schneeberger V, Chen L, Pernazza D, Lawrence HR, Sebti SM, et al. Enhanced anti-melanoma efficacy of interferon alfa-2b via inhibition of Shp2. *Cancer Lett.* 2012 Jan 31. PMID:22306001.
17. Gogas H, Ioannovich J, Dafni U, Stavropoulou-Giokas C, Frangia K, Tsoutsos D. Prognostic significance of autoimmunity during treatment of melanoma with interferon. *NEJM* 2006;16:709-18.
18. Eggermont AM, Suciú S, Santinami M, Testori A, Kruit WH, Marsden J, et al: EORTC Melanoma Group. Adjuvant therapy with pegylated interferon alfa-2b versus observation alone in resected stage III melanoma: final result of EORTC 18991, a randomised phase III trial. *Lancet.* 2008;372(9633):117-26.

19. Crosby T, Fish R, Coles B, Mason M. Cochrane Reviews. Systemic treatments for metastatic cutaneous melanoma, Review. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD001215. DOI: 10.1002/14651858.CD001215.

Recibido: 11 de diciembre de 2011.

Aprobado: 10 de febrero de 2012.

Dra. *Katty-Hind Selman-Housein Bernal*. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). Calle 216 esquina a 13, Reparto Siboney, Playa, La Habana, Cuba. khselman@cimeq.sld.cu