

Melanoma metastásico

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Cristina Del Pilar Liberato Cano**, María José Calvo López, Alejandro Pérez Martín, Cristina García Villar

Objetivos Docentes

-El principal objetivo de este trabajo es poner de manifiesto la capacidad del melanoma para metastatizar en cualquier parte del cuerpo, teniendo en cuenta que puede generar metástasis en localizaciones atípicas que no son comunes en otros tipos de neoplasias.

Revisión del tema

INTRODUCCIÓN:

-El melanoma es una neoplasia originada en el melanocito y su localización primaria más frecuente es la piel.

-Su comportamiento es agresivo ya que tiene potencial para metastatizar a cualquier órgano, siendo característico de esta neoplasia ciertas localizaciones atípicas.

-Las localizaciones más frecuentes son: los ganglios linfáticos regionales (42-59%), pulmones (18-36%), hígado (14-20%) cerebro (12-20%) y hueso (11-17%).

-Dentro de las localizaciones atípicas los tejidos subcutáneos, el intestino y el bazo son los sitios más comunes.

-Puede experimentar regresión espontánea (el 4% de los primarios desaparecen dejando metástasis).

DIAGNÓSTICO:

-La estadificación y el seguimiento de los pacientes con melanoma puede necesitar de múltiples técnicas de imagen.

-La ecografía es de elección para valorar las cadenas ganglionares y además sirve de guía para biopsias de las adenopatías sospechosas de malignidad.

-La tomografía computarizada actualmente es la técnica más utilizada para la estadificación del tumor, la vigilancia y la evaluación de la respuesta terapéutica.

-La resonancia magnética es la prueba de elección en la detección de las metástasis cerebrales y tiene alta sensibilidad para el diagnóstico de la afectación ósea.

MANIFESTACIONES DEL MELANOMA METASTÁSICO:

1) Ganglios linfáticos

Son el lugar más frecuente de enfermedad metastásica.

Características ecográficas de adenopatías sospechosas de malignidad: forma ovalada o redondeada, ausencia, obliteración o situación excéntrica de la grasa hiliar, aumento del grosor cortical focal o difuso y presencia de flujo vascular cortical no hiliar. (Figura 1)

2) Afectación pulmonar

Las metástasis pulmonares son las segundas en frecuencia tras la afectación ganglionar. Pueden aparecer como nódulos pulmonares o lesiones pleurales. (Figura 2)

3) Afectación hepática

Las metástasis hepáticas son las tercera en frecuencia y presentan características similares a las metástasis hepáticas de otros tumores primarios. (Figura 3)

4) Afectación cerebral

El melanoma es la tercera causa más común de metástasis cerebrales, después del cáncer de pulmón y de mama. Puede afectar al cerebro y leptomeninges. En el 75% de los casos las lesiones metastásicas son múltiples. (Figura 4)

5) Afectación ósea

Las metástasis musculoesqueléticas afectan al 7% de los pacientes diagnosticados de melanoma. La mayoría de las lesiones óseas son osteolíticas con asociación o no de masa de partes blandas.

La primera manifestación clínica es el dolor. (Figura 5)

6) Afectación de la glándula mamaria

El melanoma es el segundo cáncer más común en dar lugar metástasis en la mama, siendo el cáncer de mama primario el más frecuente. (Figura 6)

7) Afectación tejido subcutáneo

Localización frecuente de las metástasis atípicas características del melanoma. (Figura 7)

8) Afectación de la vesícula biliar

Las metástasis en la vesícula biliar son infrecuentes y es el melanoma el tumor que con mayor frecuencia las origina. (Figura 8)

9) Afectación intestinal

El intestino delgado es la localización más frecuente afectada (75% de los casos). El diagnóstico clínico es difícil ya que <5% presentan síntomas y cuando los presentan son inespecíficos. La afectación por una lesión intraluminal puede ser el origen de una invaginación. (Figura 9)

10) Afectación esplénica

Las metástasis esplénicas son variables en apariencia (únicas o múltiple, quísticas o sólidas y de tamaño variable). (Figura 10)

11) Afectación suprarrenal

La afectación es típicamente unilateral aunque puede ser bilateral. Los hallazgos de imagen no son específicos, similares a los observados en metástasis de otros tumores. (Figura 11)

12) Afectación del tracto genitourinario

El melanoma es el 3º tumor más común en metastatizar en el riñón (tras cáncer de mama y de pulmón) (Figura 12)

Imágenes en esta sección:

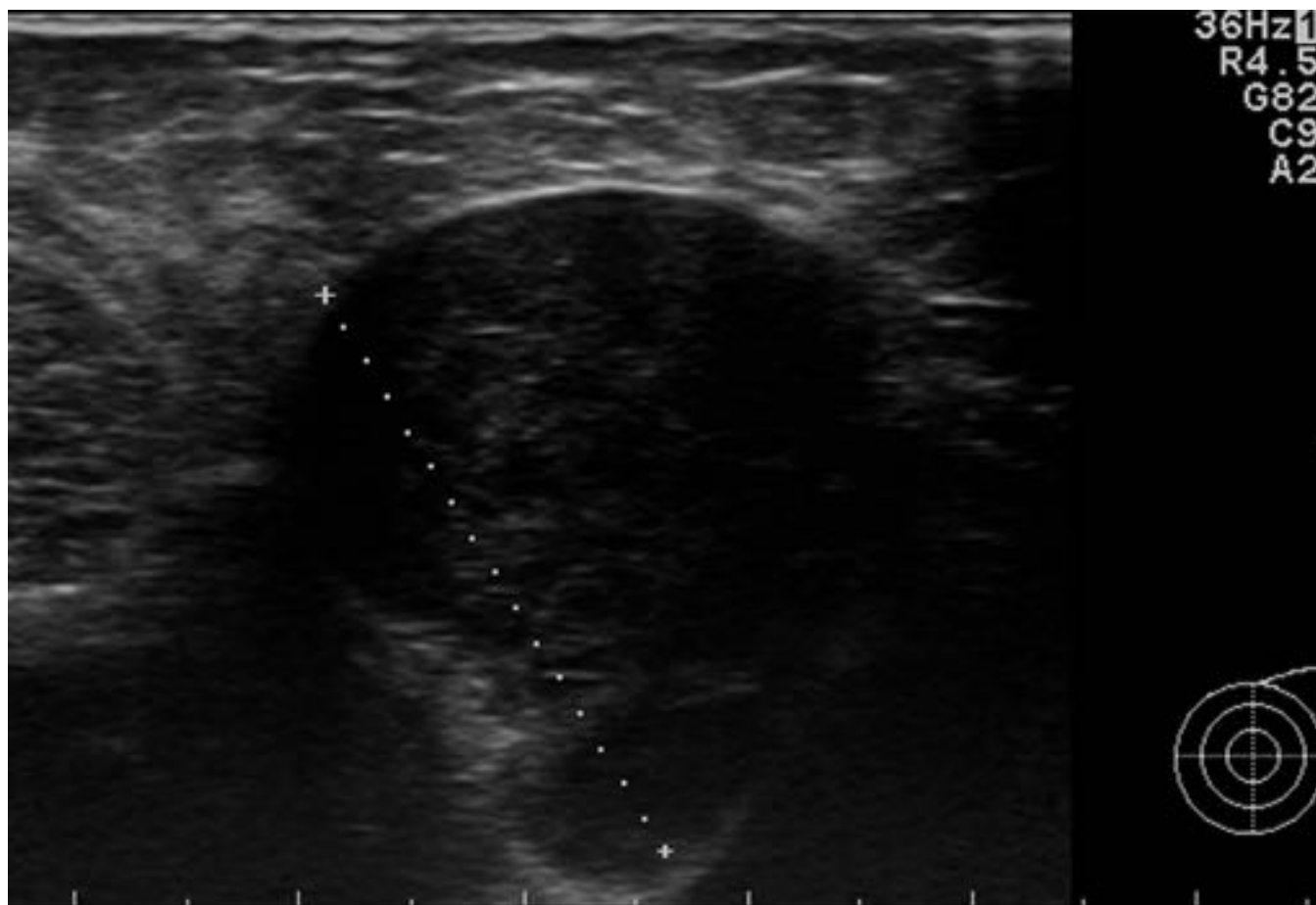


Fig. 1: Adenopatía axilar hipoecoica con pérdida del hilio graso y bordes lobulados, > 1cm de diámetro menor sugestiva de malignidad.

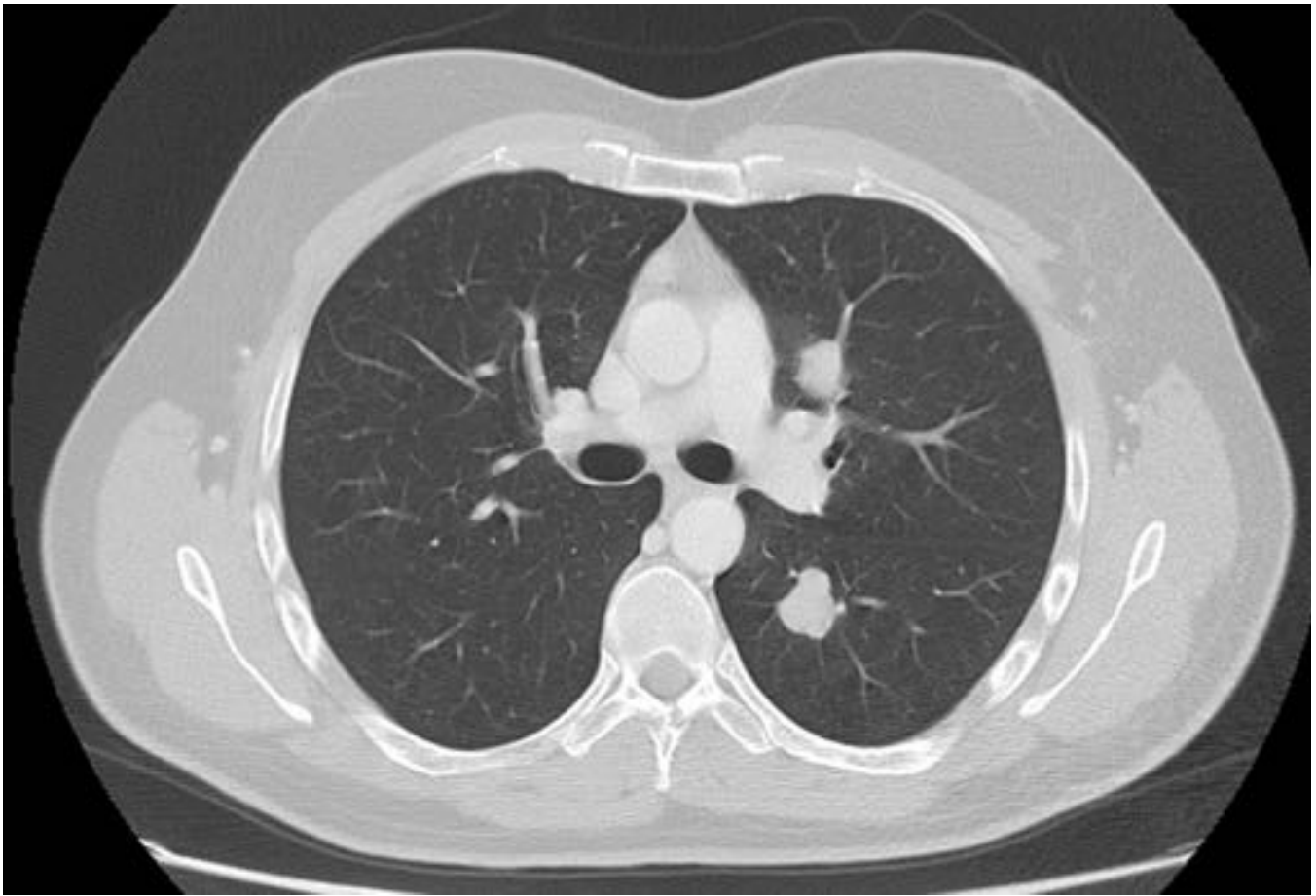


Fig. 2: Corte axial de TC de tórax: Paciente con melanoma metastásico y múltiples imágenes nodulares en parénquimas pulmonares compatibles con metástasis.



Fig. 3: Corte axial de TC de abdomen: Múltiples lesiones de baja atenuación que afectan a ambos lóbulos, algunas con comportamiento confluyente, en relación con metástasis de melanoma.

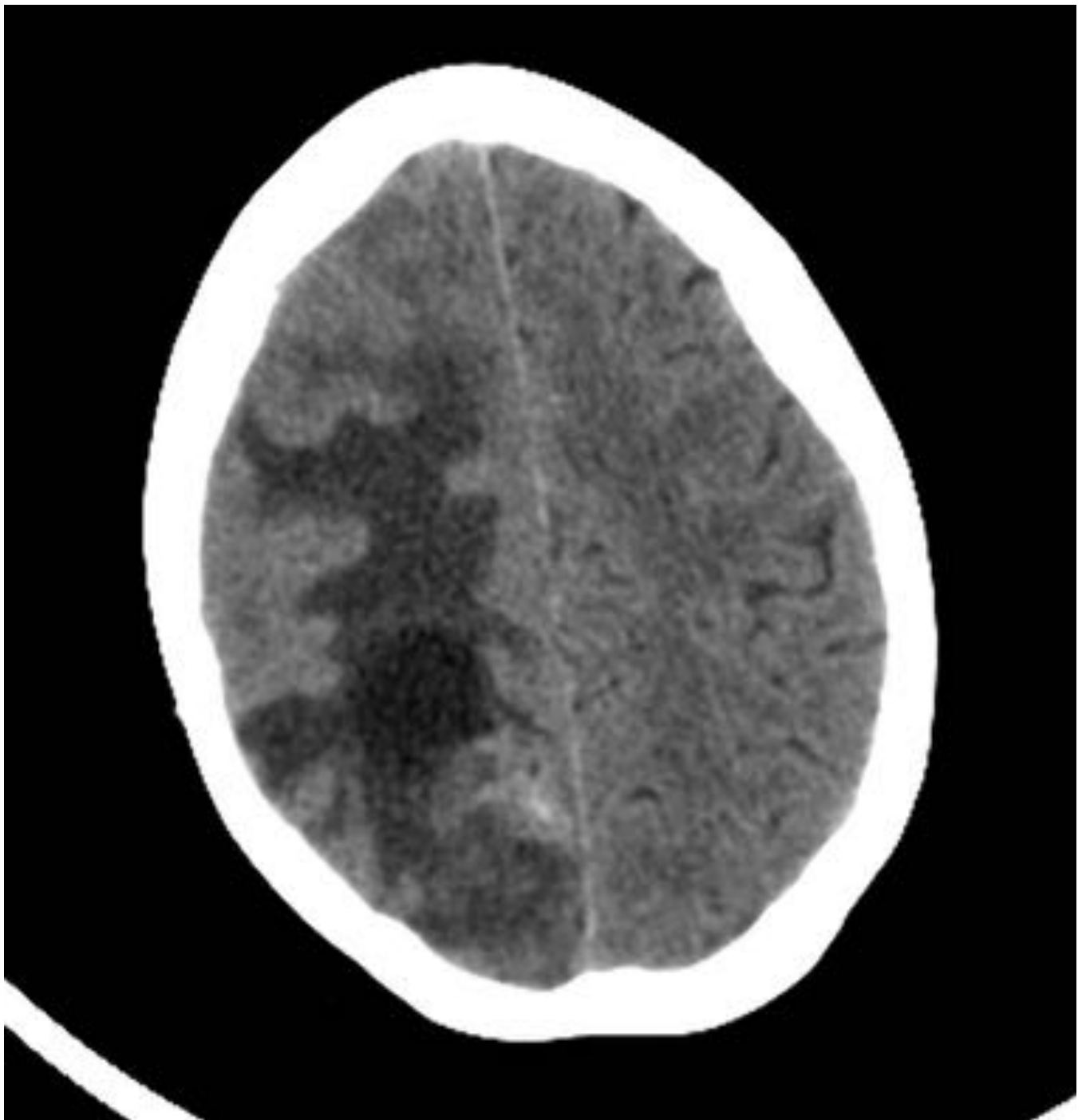


Fig. 4: Imagen de TC sin contraste iv: Paciente con metástasis melanoma. LOE parietal derecha de unos 5 x 2,7 cm de diámetros axiales máximos con componente anterior hipodenso probablemente de naturaleza quística. Se acompaña de importante edema vasogénico.



Fig. 5: Corte sagital de TC de la columna dorsolumbar, en los que se identifican lesiones líticas con rotura de la cortical en los cuerpos vertebrales L3 y L4.

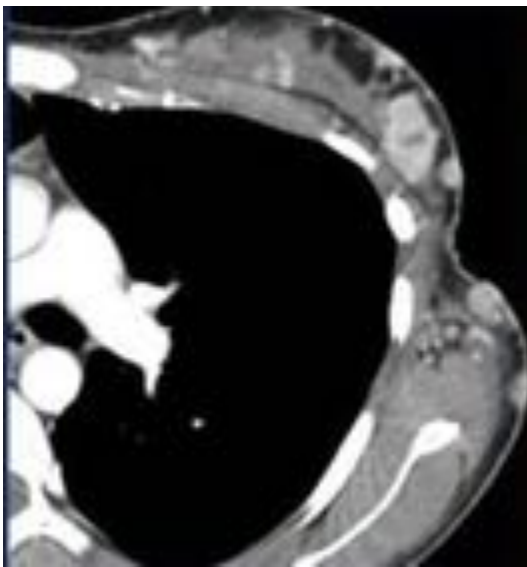


Fig. 6: Lesión nodular en la mama izquierda en paciente con melanoma.



Fig. 7: Corte axial de TC con contraste intravenoso: lesión nodular de nueva aparición en la grasa subcutánea de pared abdominal anterior en paciente con melanoma sugestivo de metástasis.



Fig. 8: Vesícula biliar en la que se observa una masa polipoidea, ecogénica, de 12,3 mm de diámetro longitudinal, dependiente de la pared del fundus vesicular en relación con metástasis de melanoma.



Fig. 9: Corte axial de TC de abdomen con contraste: A nivel de yeyuno se observa invaginación secundaria a una masa a nivel de la pared intestinal en paciente con melanoma.



Fig. 10: Corte axial de TC de abdomen: Mujer con melanoma en la oreja derecha. Lesiones de baja atenuación en el bazo, una de mayor tamaño, en relación con metástasis.



Fig. 11: Corte axial de TC de abdomen: Varón de 39 años con melanoma metastásico. Masa suprarrenal derecha de 3,8 x 2,6 cm compatible con metástasis.



Fig. 12: Corte axial de TC de abdomen con contraste intravenoso: Paciente con melanoma metastásico que presenta lesión nodular de 2,9 x 2,8 cm en seno renal derecho, de nueva aparición compatible con metástasis.

Conclusiones

-Es importante conocer la gran capacidad del melanoma para poder metastatizar en cualquier parte de cuerpo, teniendo siempre presente que es necesaria una búsqueda minuciosa de metástasis en sitios pocos comunes.

Bibliografía / Referencias

- PATNANA, M. et al. Multimethod imaging. Staging, and spectrum of manifestations of metastatic

melanoma. *Clinic Radiology*. 2011; 66: 224-236.

- TROUT AT. et al. Melanoma metastases in the abdomen and pelvis: Frequency and patterns of spread *World J Radiol*. 2013; 5 (2): 25-32.

- NAVARRETE FRANCO, G. et al. Melanoma metastásico. Presentación de un caso y breve revisión de la literatura. *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56 (1): 74-79.

- SHIMKO, M. S. et al. Renal metastasis of malignant melanoma with unknown primary. *Urology*. 2007; 69 (2): 384e9-384e10.

- ROMERO, M. et al. Metástasis de melanoma en la vesícula biliar. *Radiología*. 2006; 48 (5): 321-323.

- KLATTE, T. et al. Metastatic melanoma to the kidney presenting with renal vein tumor thrombus *Urology*. 2007, 69 (5): 982e7-982e9.