



CASO CLÍNICO

Melanoma pulmonar primario: a propósito de un caso

Autores: Ordóñez Dios IM¹, Herrero González B¹, Bujalance Cabrera C¹, de Lara Simón IM², Mata Calderón P, F.J. Lázaro Polo¹

¹ Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Ciudad Real (Ciudad Real)

² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Ciudad Real (Ciudad Real)

Resumen:

Presentamos el caso de un melanoma pulmonar primario en un varón de 73 años. El diagnóstico se obtuvo finalmente tras la extirpación quirúrgica de la masa pulmonar y tras haber descartado razonablemente la existencia de melanoma maligno a cualquier otro nivel. Se trata de una entidad realmente rara, constituyendo el 0,01% de los tumores pulmonares malignos.

Palabras clave: Melanoma maligno; melanoma primario pulmonar; resección quirúrgica.

Resume:

We present the case of a primary lung melanoma in a 73-year-old man. The diagnosis was finally obtained after the surgical removal of the lung mass and after having reasonably ruled out the existence of malignant melanoma at any other level. It is a really rare entity, accounting for 0.01% of malignant lung tumors.

Keywords: Malignant melanoma, primary pulmonary melanoma, surgical resection.

Introducción:

El melanoma maligno primario pulmonar es una entidad muy infrecuente, debiendo ser descartada la afectación metastásica por melanoma de otra localización. Los signos y síntomas son similares a los asociados a neoplasias pulmonares y la resección quirúrgica con o sin quimioterapia adyuvante continúa siendo la mejor opción terapéutica en estos casos.

Presentamos el caso de un paciente de 73 años diagnosticado de melanoma pulmonar primario sometido a lobectomía inferior izquierda y posterior tratamiento con inmunoterapia.

Observación clínica:

Varón de 73 años en estudio por expectoración hemoptoica. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial e intervención de estenosis del canal lumbar. Nunca fumador. Consulta al presentar, tras proceso catarral, episodio autolimitado de expectoración hemoptoica leve (no melanoptoica). No aquejaba astenia, síndrome constitucional ni disnea acompañante. La exploración física era normal. El estudio comenzó con la realización de una radiografía de tórax en la que se evidenció una imagen retrocardiaca compatible con una masa localizada en lóbulo inferior izquierdo (LII). En la tomografía computarizada (TC) se confirmaba la

presencia de una masa (de aproximadamente 5 cm de diámetro) en lóbulo inferior izquierdo sin adenopatías mediastínicas (Figura 1). En la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) se apreció que la lesión era altamente sugestiva de malignidad (SUV de 10.1), sin evidencia metabólica de afectación adenopática ni a distancia. Se realizó fibrobroncoscopia donde no se visualizaron lesiones endobronquiales, siendo la citología del broncoaspirado negativa para malignidad. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por TC de la lesión pulmonar, siendo en este caso la citología positiva para malignidad y compatible con melanoma. Las técnicas de inmunohistoquímica (Figura 2) demostraron en las células tumorales positividad para HMB45, Melan A y Vimentina y negatividad para CKAE1/AE3 y CD45, con un alto índice de proliferación con Ki67. Se descartó la presencia de lesiones dérmicas o en cuero cabelludo sugestivas de melanoma maligno así como la evidencia de patología coroidea o retiniana. Por último, se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) y colonoscopia sin evidencia de lesiones mucosas sospechosas.

Se decidió entonces realizar intervención quirúrgica con una lobectomía inferior izquierda y linfadenectomía mediante videotoracosopia (VATS) izquierda. La Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica fue compatible con melanoma maligno en LII sin evidencia de infiltración de pleura visceral y sin alcanzar el extremo de

resección bronquial. Invadía el tejido peribronquial próximo al extremo de resección sin afectar el borde proximal estudiado en la biopsia intraoperatoria. Las células resultaron positivas con el anticuerpo proteína S-100 y HMB45, negativas con los anticuerpos p63, CK7. Se descartó con ello la posibilidad de un tumor neuroendocrino primario de alto grado.



Figura 1. Imagen de TAC que muestra la lesión pulmonar en lóbulo inferior izquierdo

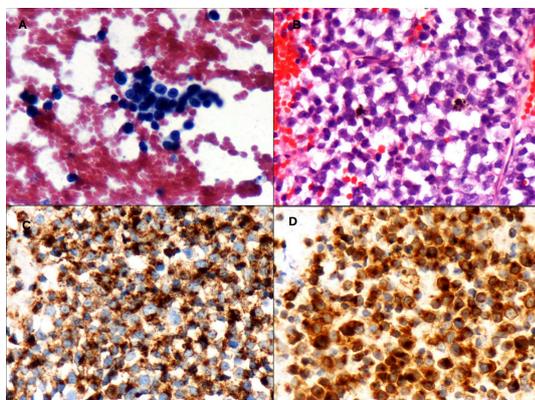


Figura 2. Melanoma. PAAF de pulmón y bloque celular. Grupo poco cohesivo de células tumorales atípicas, algunas sueltas, con núcleos aumentados de tamaño y nucleolo evidente (40x HE) (A), algunas con pigmento marrón intracitoplasmático, de tipo melánico (40x HE) (B) que muestran positividad para las técnicas inmunohistoquímicas de HMB45 (40x) (C) y Melan (40x) (D)

El paciente evolucionó satisfactoriamente tras la cirugía y comenzó tratamiento con Interferón a dosis de 18 millones de UI (MUI) subcutánea tres veces a la semana. Fue necesario reducir la dosis administrada hasta 10 MUI a la tercera semana por aparición de trombopenia y mala tolerancia inicial. Completó 8 semanas de tratamiento y a los 10 meses de la cirugía el paciente continúa libre de enfermedad. Actualmente se encuentra en seguimiento estrecho por Oncología.

Discusión:

El melanoma maligno (MM) es la neoplasia cutánea más frecuente. Sin embargo, el melanoma pulmonar sin evidencia de afectación extrapulmonar (melanoma maligno primario pulmonar) es una entidad realmente rara,

constituyendo el 0,01% de los tumores pulmonares malignos. Por otro lado, la afectación metastásica pulmonar de MM puede ocurrir en un 12% de los casos, presentándose como una lesión única en tan sólo el 1% de los casos.¹

La presencia de un melanoma maligno primario en el pulmón podría explicarse por la migración de melanocitos benignos durante la embriogénesis, ya que los melanocitos y las proliferaciones melanocíticas se han identificado en la laringe y en el esófago y estos comparten con el pulmón un origen embriológico común.²

Otra posible explicación es la diferenciación de cierto número de células epiteliales hacia melanocitos en las áreas de metaplasia escamosa.³

Los síntomas del MM primario pulmonar son similares a aquellos producidos por neoplasias pulmonares de otra estirpe. Frecuentemente cursan con tos, expectoración hemoptoica, neumonitis obstructiva o atelectasias. Raramente cursan de forma asintomática. La apariencia radiológica es indistinguible del carcinoma broncogénico. El diagnóstico final es controvertido, debiéndose realizar el diagnóstico diferencial con la afectación metastásica pulmonar por MM de otra localización. Para ello se requiere un examen minucioso de aquellos órganos en los que esta entidad aparece con relativa frecuencia como pueden ser la piel o mucosas tales como la oral, vaginal, anorrectal y esofágica.⁴

*Allen et al.*⁵ propusieron una serie de criterios histológicos para considerar el origen pulmonar del MM; éstos son los siguientes: presencia de células de melanoma confirmada mediante inmunohistoquímica (proteína S-100 y HMB-45), evidencia de actividad de la unión, anidación de las células por debajo del epitelio bronquial e infiltración de la mucosa bronquial intacta por las células del melanoma maligno. Por otra parte, los criterios clínicos propuestos por *Jensen et al.*⁶, vigentes en la actualidad son los siguientes: no evidencia de melanoma maligno actual o anterior en cualquier órgano, no existencia de un melanoma demostrable en otro órgano en el momento de la cirugía, tumor solitario en el espécimen quirúrgico obtenido de pulmón, morfología tumoral congruente con un melanoma maligno que afecta al epitelio respiratorio y ausencia de evidencia en la autopsia de la presencia de un melanoma maligno en otra localización.

Consideramos que nuestro caso puede considerarse un melanoma maligno primario pulmonar ya que, considerablemente, se ha excluido el origen extrapulmonar del tumor.

Se sugiere que la resección quirúrgica con márgenes de seguridad apropiados es el tratamiento de elección. Lobectomía o neumonectomía con linfadenectomía son las técnicas que deben ser recomendadas para estos pacientes siempre que no existan criterios de inoperabilidad. El papel de la quimioterapia vs radioterapia adyuvante es incierto en esta entidad. La quimioterapia adyuvante podría prevenir las recurrencias o incluso la

aparición de metástasis a distancia. Se ha descrito el tratamiento con Dacarbazina e inmunoterapia con Interleukina-2 o Interferón². Nuestro paciente, tras ser sometido a cirugía ha recibido tratamiento con este último fármaco. El pronóstico de esta entidad es bastante pobre, pero los datos existentes no son suficientes para llegar a una conclusión definitiva. Se estima que la supervivencia media a los 5 años del diagnóstico se sitúa en torno al 10%.⁷

Bibliografía:

1. Ost D. Primary pulmonary melanoma: case report and literature review. *Mayo Clin Proc* 1999; 74: 62-6.
2. Seitelman E, Donenfeld P, Kay K, Takabe K, Andaz S and Fox S. Successful treatment of primary pulmonary melanoma. *J. Thorac Dis* 2011; 3:207-8.
3. Zhang X, Wang Y and Du J. Primary malignant melanoma of left lower lobe of lung: a case report and review of the literature. *Oncology letters* 2015; 10: 528-30.
4. Neri S, Komatsu T, Kitamura J, Otsuka K, Katakami N and Takahashi Y. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 17 (2): 170-3.
5. Allen MS and Drash EC. Primary melanoma of the lung. *Cancer* 1968; 21: 154-9.
6. Jensen OA and Egedorf J. Primary malignant melanoma of the lung. *Scand J Respir Dis* 1967;48: 127-35.
7. Kamposioras K, Pentheroudakis G, Pectasides D and Pavlidis N. Malignant melanoma of unknown primary site. To make the long story short. A systematic review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;78:112-26.