

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Melanoma primario en ganglio linfático cervical. A propósito de un caso.

Primary lymph node melanoma. Case presentation.

Luis M. Torres-Morientes *, Gonzalo Puente-López **, Tamara Keituqwa-Yáñez **, Fernando Sánchez-González **, Julián López-Ríos Velasco **, Victoria Pérez-Holgado ***, Pedro Pérez-Cidoncha ***.

*Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Don Benito-Villanueva (Badajoz). ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Don Benito-Villanueva (Badajoz).

luismitorres27@yahoo.es

Recibido: 24/09/2012

Aceptado: 13/11/2012

Publicado: 18/11/2012

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Torres-Morientes LM, Puente-López G, Keituqwa-Yáñez T, Sánchez-González F, López-Ríos-Velasco J, Pérez-Holgado V, Pérez-Cidoncha P. Melanoma primario en ganglio linfático cervical. A propósito de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (30): 251-256

Resumen	Los melanomas que afectan inicialmente a los ganglios linfáticos, sin lesión primaria identificada, tradicionalmente se han denominado melanomas metastásicos de origen desconocido (MMOD). Su etiología o historia natural no es bien conocida y no hay un consenso unánime de tratamiento. Aunque son casos excepcionales, los hallazgos encontrados nos hacen plantearnos la existencia de un grupo de melanomas hasta ahora considerados como MMOD. Las últimas teorías los definen como verdaderos melanomas primarios de ganglios linfáticos con una evolución biológica diferente.
Palabras clave	melanoma; ganglio linfático; primario; metástasis.
Summary	Melanomas that initially affect the lymph nodes without an identified primary lesion traditionally have been termed unknown origin metastatic melanomas (UOMM). Its etiology or natural history is not well known and there is no unanimous consensus of treatment. Although they are exceptional cases, clinical findings make us consider the existence of a group of melanomas until now regarded as UOMM. The latest theories defined them as true primary melanomas of lymph nodes with a different biological evolution.
Keywords	melanoma; lymph node; primary; metastasis

Introducción

El 25% de los melanomas se localizan en la región de la cabeza y el cuello, localizándose un 60% de estos en la cara, principalmente en las mejillas. Hay muchos factores de riesgo en los melanomas cutáneos; individuales (piel blanca, rubios, ojos claros, pecosos, pelirrojos), exposición solar intermitente e intensa, factores genéticos, antecedentes familiares, nevus, cánceres de piel diferentes e inmunosupresión. Existen fundamentalmente 6 tipos de melanomas; melanoma de extensión superficial (75%), nodular, desmoplásico, léntigo maligno, léntigo acral y melanomas mucosos (2%), estos últimos con muy mal pronóstico. Sin embargo, existen melanomas localizados en vísceras y ganglios linfáticos sin una lesión primaria o mucosa reconocible [1]. La clasificación actual es la de *The American Joint Committee on Cancer* (AJCC) revisada en el año 2002 y el estadio III corresponde a la afectación ganglionar. El tratamiento electivo es quirúrgico, en estadios iniciales con biopsia del ganglio centinela y a partir del estadio III disecciones ganglionares y tratamiento adyuvante posterior (radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia con Interferon) [1].

En lo que respecta a los melanomas primarios de ganglios linfáticos se han comparado su comportamiento biológico con los melanomas de igual estadio con primario conocido encontrándose datos contradictorios en cuanto a la supervivencia [2, 3,4]. Tampoco hay guías terapéuticas claras y algunos autores recomiendan la linfadenectomía exclusiva mientras que otros añaden el tratamiento adyuvante como protocolo del estadio III [2,3].

Descripción

Paciente de 49 años de edad remitida desde el Servicio de Medicina Interna para valoración de adenopatía supraclavicular de tiempo de evolución. Como antecedentes significativos presenta un ictus isquémico con hemiparesia residual derecha, intervenida de endometriosis y varias intervenciones de lesiones verrucosas inespecíficas ciliares y palpebrales izquierdas con resultados anatómo-patológicos de pólipos fibroepiteliales. En la exploración cervical se observa una tumoración aislada de 2 cm de diámetro localizada en el área V derecha de consistencia blanda y rodadera. El resto de la exploración ORL es normal. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) presenta citología maligna compatible con metástasis ganglionar de melanoma. El estudio de extensión (Tomografía Computarizada cervico-tóraco-abdominal) únicamente muestra la adenopatía supraclavicular y una masa renal de 3 cm compatible con un angiomiolipoma. Se realiza una valoración dermatológica con una exploración normal y una tomografía de emisión de positrones mas tomografía computarizada (PET-TC) observando una adenopatía única hipermetabólica supraclavicular derecha compatible con enfermedad neoplásica y el resto del estudio sin otros focos hipermetabólicos (figuras 1 y 2). Se realiza un Vaciamiento Cervical Funcional Ganglionar (VCFG) bilateral sin incidencias y es remitida al Servicio de Oncología Médica para tratamiento adyuvante (figura 3). En el estudio anatomopatológico se observa una metástasis de melanoma maligno en uno de 28 ganglios aislados e histiocitosis sinusal con numerosos melanófagos en el VCFG derecho (figura 4) y 17 ganglios sin evidencia de malignidad en el VCFG izquierdo.

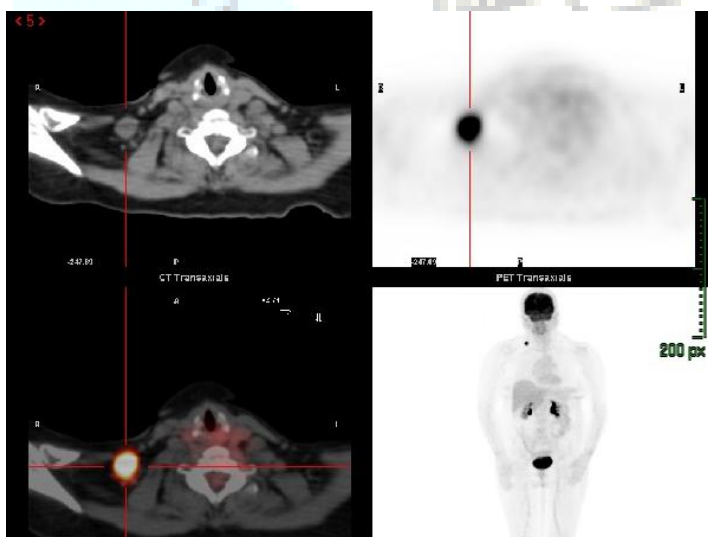


Figura 1. Captación hipermetabólica en PET-TC.

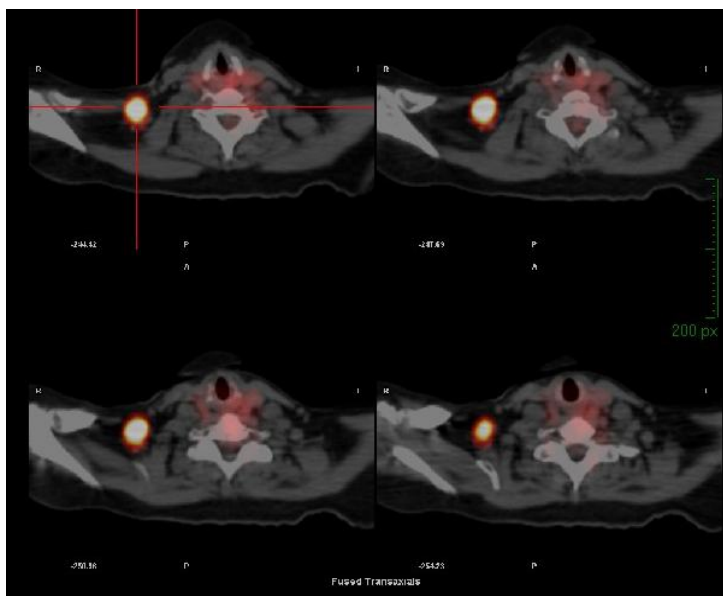


Figura 2. Adenopatía hipermetabólica supraclavicular en PET-TC.



Figura 3. Adenopatía azulada supraclavicular derecha.

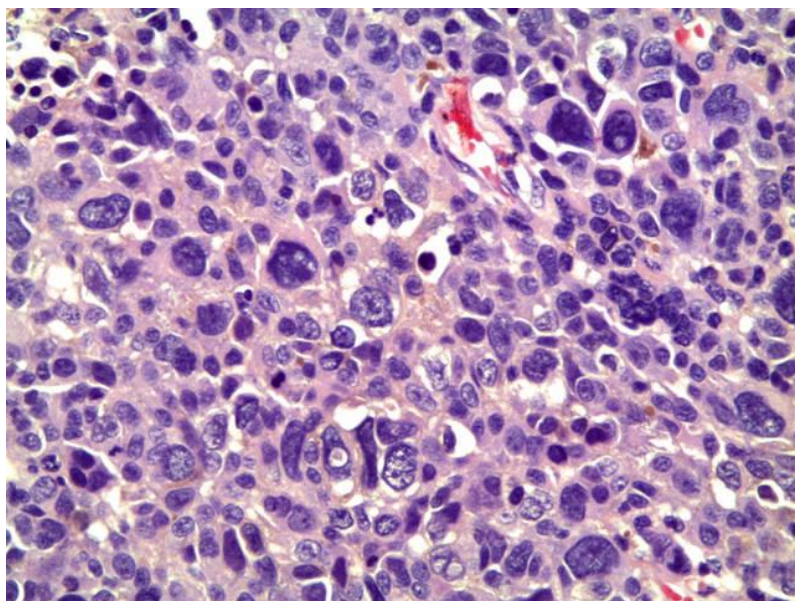


Figura 4. Células neoplásicas poligonales (epitelioides) con marcado pleomorfismo y atipia nuclear. Observamos pseudoinclusiones nucleares, figuras de mitosis y pigmentos melánicos en el citoplasma de algunas ellas.

Discusión

Hay varias series representativas en la literatura que muestran una supervivencia mayor de los melanomas primarios ganglionares respecto a las metástasis adenopáticas con tumor primario conocido con tasas de supervivencia del 55% y 62% a los 5 y 4 años respectivamente [2, 3,4]. También hay autores que discrepan en cuanto al estadio de estos melanomas ganglionares; estadio I, III o IV, en función de considerarlos melanomas primarios o metastásicos [3]. En cuanto a los criterios de exclusión de los MMOD Das Gupta (1963) estableció una serie premisas; no debe haber historia de regresión de lesión cutánea, extirpación cutánea previa o exanteración orbitaria salvo que exista la posibilidad de revisión y confirmación histológica de que no es melanoma. Tampoco casos de cicatrices previas con drenaje a la localización de la metástasis. En nuestro caso se confirmó histológicamente como pólipos fibroepiteliales las exéresis cutáneas previas. Cormier y cols (2006) añadieron la confirmación inmunohistoquímica del melanoma y la exclusión de localizaciones inusuales (urogenital, otorrinolaringológico y ocular) [4]. En nuestra paciente se tomó la decisión de realizar una disección ganglionar bilateral debido a los antecedentes de exéresis de lesiones cutáneas palpebrales contralaterales al melanoma, aún con un resultado anatomopatológico benigno. En la linfadenectomía únicamente se encontró un ganglio con metástasis de melanoma maligno y en el resto histiocitosis sinusal con numerosos melanófagos. Hasta ahora los ganglios linfáticos infiltrados por melanoma se han considerado en la literatura como adenopatías metastásicas, basándose en varias teorías; melanoma primario desconocido en localizaciones raras, previamente extirpado o mal

diagnosticado clínica o anatomopatológicamente, melanoma que ha regresado o una transformación maligna de las células melanocitarias del ganglio linfático. Por lo tanto, hasta ahora ha prevalecido la posibilidad de melanomas de origen metastásicos pero últimamente parece que puedan tratarse de melanomas primarios ganglionares como ya señalaron Shenoy y cols (1987) [2].

Así pues, el considerarlos como melanomas primarios (estadio I) o melanomas metastásicos (estadio III o IV) es fundamental a la hora de la estrategia terapéutica. Algunos autores proponen únicamente la disección ganglionar y la mayoría, además de la linfadenectomía, un tratamiento adyuvante, como en nuestro caso [2,3].

Por lo tanto podríamos concluir que hay un subgrupo de melanomas primarios localizados en los ganglios linfáticos con una evolución biológica diferente y favorable con posibilidad de no desarrollar metástasis a distancia y el tratamiento habría que individualizarlo en cada caso.

Bibliografía

1. Díaz JP, Cuello GA, Llorente JL. Melanomas de cabeza y cuello. Capítulo 127. Libro virtual de formación en ORL. Disponible en: [http://www.seorl.net/gestor/upload/clv127\(3\).pdf](http://www.seorl.net/gestor/upload/clv127(3).pdf). [Consultado el 29-10-2012].
2. Arias I, Michelena MJ, Mujika K, Rezola R, Soga E, Elorriaga K, Albistur JJ, Pericás I. Melanoma primario de ganglio linfático. A propósito de 3 casos con comportamiento biológico favorable. Rev Esp Patol 2009;42:39-45.
3. Cormier JN, Xing I, Feng L, Huang X, Davidson L, Gershenwald JE et al. Metastatic melanoma to lymph nodes in patients with unknown primary sites. Cancer 2006;106:2012-20.
4. Katz KA, Jonasch E, Hodi FS, Soiffer R, Kwitkiwski K, Sober AJ et al. Melanoma of unknown primary: experience at Massachusetts General Hospital and Dana-Farber Cancer Institute. Melanoma Res. 2005;15:77-82.