

CASO CLINICO

METASTASIS DE MELANOMA EN CADERA

Reporte de un caso

Dr. PEDRO BOLAÑOS SALVATIERRA*
 Dr. JULIO MONTERO UBISCO*
 Dr. CARLOS ZAMORA GONZALEZ***

RESUMEN

El Melanoma maligno es uno de los tumores con peor pronóstico, por ser de gran malignidad y capacidad de metástasis. Tiene una incidencia de 1.1% de todos los carcinomas y en la revisión hecha por STEWART de 1.677 pacientes con melanoma sólo 6.9% presentaron metástasis óseas.

Estas metástasis cursan clínicamente como fracturas patológicas. Presentamos el primer caso de metástasis ósea por melanoma hallado en el Hospital México bien documentado clínica, radiológica e histopatológicamente. Además con tratamiento quirúrgico, usando osteosíntesis con pin-placa cementado (methilmetacrylate), siendo una técnica salvadora en este caso.

SUMMARY

Malignant melanoma is one of the poorest prognosis tumors because of its great malignity and capacity for metastazing.

It has an incidence of 1.1% of all carcinomas and in Stewart's review of 1977 patients, only 6.9% presented bone metastases.

Bone metastases generally course clinically like pathologic fractures. We presented the first case of bone metastases from melanoma found in Hospital México well documented clinically, radiologically, histopathologically and with surgical treatment, using osteosíntesis with pin-plate and cemented (methyl-methacrylate), saving technic of this case.

INTRODUCCION

El melanoma maligno es de los tumores de peor pronóstico por su gran malignidad y capacidad de dar metástasis principalmente a ganglios (diseminación linfática), pulmón, hígado y tejido óseo (diseminación hemática) (6). Es poco frecuente que sucedan en hueso y cuando existen por lo general se trata de casos muy avanzados o terminales (3-7). El melanoma o melanocarcinoma presenta una incidencia de 1.1% de los carcinomas, encontrado por Stewart en estudio de 1677 pacientes, de los que sólo 6.9% presentaban metástasis óseas (4). Das Gupta determinó un 2% en 652 pacientes estudiados (3).

De los casos con metástasis óseas el 79% se localizaron en el esqueletoaxial. Stewart (10) no encontró relación directa entre los estados clínicos y los niveles de Clark con la presencia de metástasis óseas, dando la impresión de que hay algún otro factor desconocido por el momento; determinante de las metástasis óseas.

La principal manifestación clínica, de las metástasis óseas es la fractura patológica.

Se presenta el primer caso de metástasis ósea de melanoma encontrado en el Hospital México, bien documentado desde los puntos de vista, clínico, radiológico, histopatológico y tratado quirúrgicamente utilizando osteosíntesis con pin placa y cementación con metil-metacrilato. (5-8-9).

* Residente Ortopedia Hospital México
 *** Asistente Ortopedia Hospital México

HISTORIA CLINICA

Femenina de 52 años, con fecha de ingreso al Hospital México el 19 de febrero de 1982.

Antecedentes personales patológicos

Hipertensión Arterial, de ocho años de evolución en tratamiento con diuréticos. Resto de antecedentes sin importancia para el caso actual.

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos (nombre completo)

Salpingectomía 1979. Resección de nevus azul en cara lateral izquierda de cuello según biopsia reportada (Hospital San Juan de Dios).

1979: Reintervención por tumoraciones cervicales reportadas como metástasis de melanoma en ganglios, glándulas parótidas y submaxilar izquierda (Hospital San Juan de Dios).

Padecimiento actual:

Dolor en cadera derecha sin antecedentes de trauma previo: siendo vista en el Hospital de Heredia de donde fue referida al Hospital con el diagnóstico de fractura patológica en cadera derecha.

Examen físico:

Se encontró una paciente consciente, orientada, buen estado general, afebril con varias cicatrices deformantes en la cara lateral izquierda de cuello. Tórax simétrico, campos pulmonares limpios y bien ventilados, corazón rítmico. Abdomen blando, depresible y sin visceromegalias, dolor a nivel de cadera derecha e impotencia funcional en miembro inferior derecho.

Evolución:

Se operó el 24 de febrero de 1982, encontrándose destrucción del trocánter mayor, cuello y parte de diáfisis proximal del fémur derecho, con tejido tumoral negruzco, dando la impresión de metástasis de melanoma. Se realizó curetaje amplio y osteosíntesis con pin placa de Smith Petersen, cementada con remodelación anatómica de cadera (Trocánter mayor).

El postoperatorio fue muy satisfactorio. El paciente egresó el séptimo día. El 10 de marzo de 1982, valorada por el Servicio de Cirugía de Tórax, se le encuentran metástasis pulmonares parabiliares derechas. El 24 de marzo de 1982 se le dio orden de internamiento para iniciar quimioterapia a base de Actinomicina D y Oncovin en ciclos de cada cuatro semanas.

Exámenes de Gabinete:

Serie ósea metastásica: sin lesiones.



Fig. No. 1.
Podemos ver las cicatrices deformantes del lado derecho de la cara, secundarias a las cirugías resectivas efectuadas.

Exámenes de Laboratorio:

Hb: 13.2 gm/dl.
Grupo: A
Recuento leucocitario: 10.600 mm³
Segmentados: 81 %
Linfocitos: 17 %
Creatinina: 0.75 mgs/dl.
Proteínas totales: 7.1 g/dl.
Albúminas: 3.9 g/dl.
Globulinas: 3.2 g/dl.
Fosfatasa alcalina: 84 U.I.
TSGO: 39 u/ml.
Bilirrubinas: 0.6 mg/dl.
Fósforo: 4.8 mgm/dl.
Calcio: 8 mgs/dl.
Hcto: 42 ml/dl.
Rh: Positivo

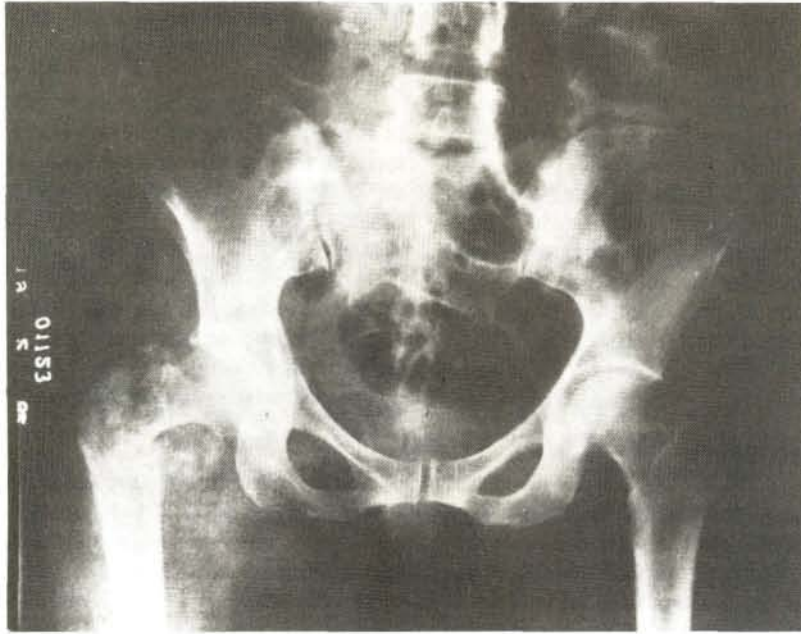


Fig. No. 2.
La presente radiografía muestra la amplia destrucción ósea tumoral a nivel de cuello, trocánter mayor y tercio proximal de la diáfisis femoral con fractura patológica transtrocantérica.

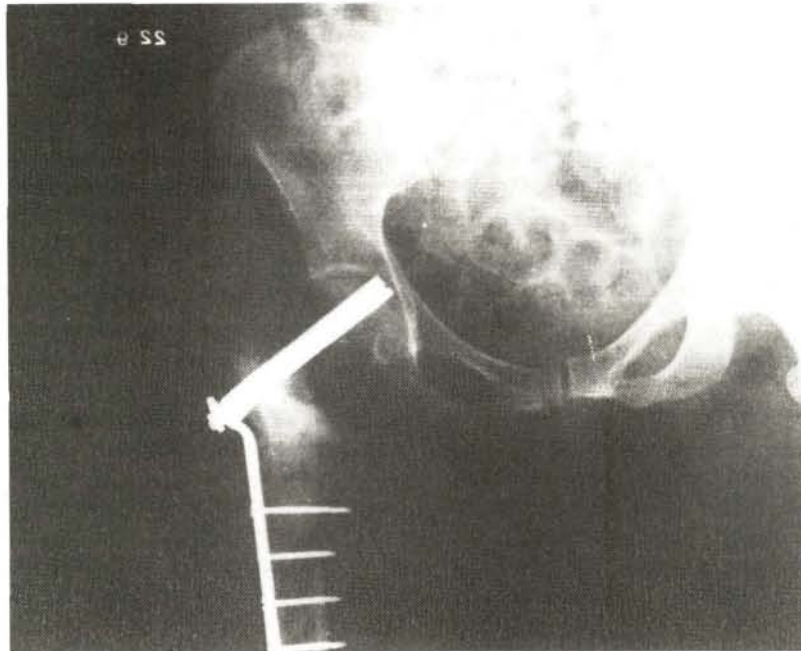


Fig. No. 3.
Se aprecia en la radiografía de control postoperatorio la fractura transtrocantérica estabilizada con pin-placa de Smith-Petersen en buena posición y cementada. Nótese además la remodelación del trocánter y el relleno intramedular con cemento acrílico.

TECNICA QUIRURGICA:

La incisión usada fue la usual de Watson-Jones para el abordaje lateral de cadera, se expuso el foco de fractura de la manera acostumbrada y al notar destrucción parcial del trocánter mayor, cuello y diáfisis proximal (fig. 2), que impedían una adecuada fijación y luego de practicar curetaje amplio de la lesión tumoral melanótica, se procedió a colocar un pin de Smith-Petersen que se estabilizó con cemento acrílico, se remodeló el trocánter mayor, se hizo relleno intramedular diafisario, y por último se colocó la placa de Torton que se atornilló al fémur (fig. 3).

COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

La paciente abandonó todo tratamiento en el Hospital San Juan de Dios. Su cuadro se manifestó 3 años después como fractura patológica por metástasis de melanoma. Es importante hacer notar las buenas condiciones de la paciente, que tenía únicamente evidencia de dos nódulos

metastásicos pulmonares, lo que permite clasificar el tumor como estadio clínico III (2-10).

Como ya mencionamos es poco frecuente ver metástasis de melanoma en hueso, excepto en casos muy avanzados, como se puede deducir de la Puliezien de Dahlin, que en 3987 casos de tumores óseos y metástasis no reporta ninguna (2).

Podemos terminar concluyendo que es importante intervenir quirúrgicamente esos casos con fracturas patológicas ya que se alivia el dolor, facilita los cuidados de enfermería y permite un apoyo más temprano, siempre y cuando se espere una sobrevida de 3 meses por lo menos (9).

Generalmente el pronóstico de esos pacientes es fatal, con sobrevida de 3 a 9 meses ya que el procedimiento quirúrgico, aún agregando quimioterapia (1) no controla adecuadamente el melanoma. Actualmente nuestra paciente se encuentra en buenas condiciones y en control oncológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Civotte A. Tratamiento del Melanoma Maligno. Rev. Clin. Española, Oct. 1978, 151(2): 119-123.
2. Dahlin. D. Bone Tumors. Charles Thomas Publicitaries - Illinois, U.S.A. 2nd. edition, 1967.
3. Das Gupta, D. et al. Incidence of metastases to accesible lymph nodes from melanoma of the trunk and extremities. It's therapeutic significance. Ca. 1974, 17(7): 897-991.
4. Gelberman, R. et al. Hand metastases from melanoma. Report a case. Clin. Orthop. and Rel. Res. 1978, (7): 264-268.
5. Harrigton, K. The role of Surgery in the management of Pathologic Fractures. Orthop. Clin. of N.A. 1977, 8(4): 841-859.
6. Holmes, E. and Morton, D. Pulmonary Resection for Sarcoma Metastases. Orthop. Clin. of N.A. 1977, 8(4-): 805-810.
7. Olsen, G. Skin Malignant Melanoma. 500 cases Study. Acta Chir. Scand Supplementin, 1966 (4): 336-339.
8. Csborne, R.L. The differential Radiologic Diagnosis of Bone Tumors. Ca - A Cancer Journal for Clinicians. 1974, 24(4): 456-460.
9. Ray, A. Et al. Stabilization of Pathologic Fractures with Acrylic cement Clin. Orthop. and Rel. Res. 1974: 101: 182-186.
10. Stewart, W. et al. Skeletal Metastases of Melanoma. J.B.J. Surg. 1978, 60-A (5): 955-960.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Francisco Apuy Achío por su orientación brindada en la ejecución y redacción del presente caso.