

Metástasis de melanoma maligne en nòduls pulmonars múltiples

J Tarragona, J Pallarés, P Buetas, A Subirats, FX Matias-Guiu
 Servei d'Anatomia Patològica
 Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida)

Cas clínic i troballes citopatològiques

Home de 75 anys sense hàbits tòxics. Com antecedents patològics presenta hernia discal, hernia inguinal bilateral, litiasi renal esquerra, un quadre de psoriasi i un líquen simple crònics controlats. Presenta un quadre de polimiàlgia reumàtica davant el qual el reumatòleg demana un TC on es detecten lesions nodulars pulmonars bilaterals: de 18 mm i 6 mm a lòbul superior dret, de 22 mm polilobulada i de 3 mm a lòbul superior esquerra i un nòdul mil·limètric al mateix lòbul.

Es realitza PAAF guiada per TC del nòdul de 18 mm a LSD.

Les extensions presentaven sobre un fons lleugerament hemàtic, amb una cel·lularitat atípica d'aspecte fusiforme que ocasionalment formava petites plaques cohesives. Eren cèl·lules amb un augment de la relació nucli-citoplasma, nuclis hiperromàtics, pleomòrfics i ocasionals presència de pigment citoplasmàtic (Figures 1 i 2).

En el bloc cel·lular es van identificar abundants fragments de teixit format per cèl·lules de similars característiques en les que a més, es van poder veure nuclèols més aparents (Figures 3 i 4). Sobre aquest fragments es van fer estudis immunohistoquímics amb els següents resultats: Citoqueratina 20 (-) Citoqueratina 7 (-) Cromogranina (-) Sinap-

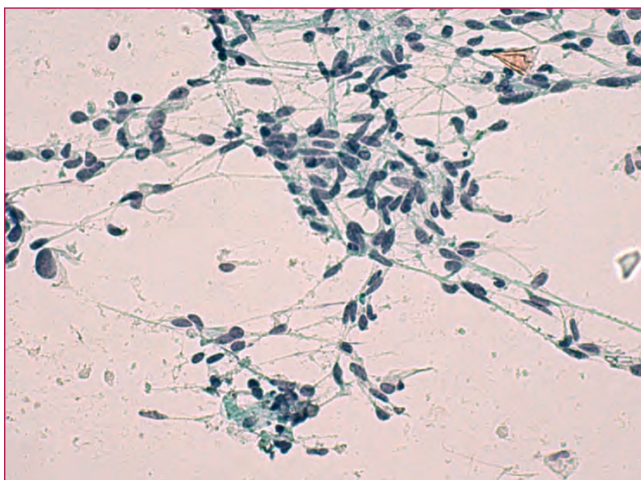


Figura 1.- Extensió que mostra grups cohesius de cèl·lules atípiques (PAP)

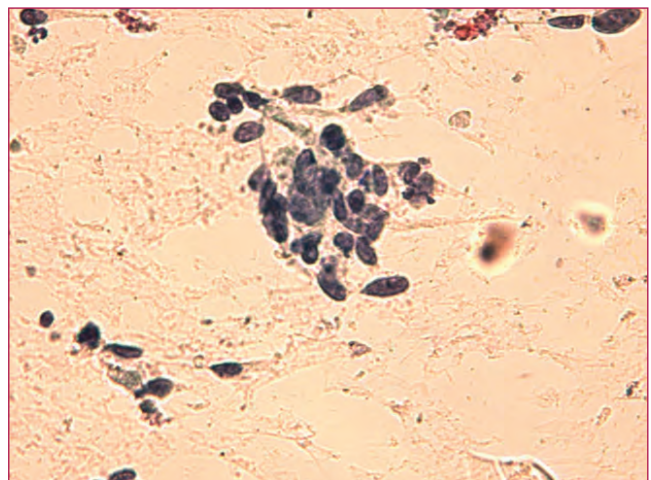


Figura 2.- Extensió que mostra grups de cèl·lules atípiques, algunes amb pigment citoplasmàtic (PAP).

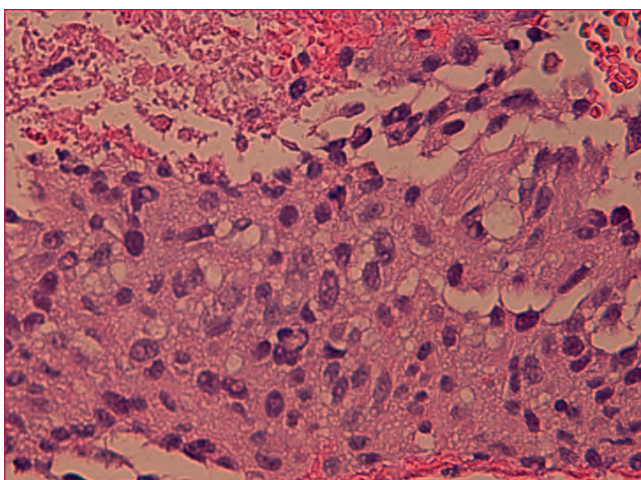
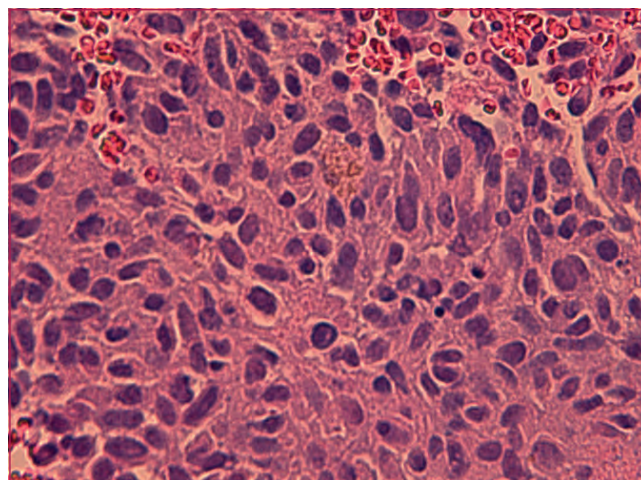


Figura 3 i 4.- Bloc cel·lular: fragments de teixit neoplàsic amb cèl·lules atípiques, algunes amb pigment melànic.



tofina (-) Proteïna S100 (+) Ttf1 (-) p63 (-) Citoqueratina 5/6 (-) MELAN-A (+) HMB45 (+) (Figures 5 i 6)

Amb aquests resultats la PAAF es va informar de Positiva per a cèl·lules malignes. Compatible amb metàstasi pulmonar per un melanoma maligne.

El pacient es va derivar al servei d'Oncologia Mèdica.

Posteriorment es realitza estudi de PET-TC que demostra dues lesions nodulars hipermetabòliques a LSD i LSI amb característiques morfometa-bòliques compatibles de malignitat, juntament amb un focus hipermetabòlic a l'11 arc costal posterior dret.

Es fa un estudi citològic de líquid pleural demostrant positivitat per a cèl·lules malignes, compatible també amb melanoma maligne.

El pacient és valorat pel servei de Dermatologia sense que s'identifiqui lesió primària. El servei d'oncologia sol·licita estudi mutacional de B-Raf amb resultat negatiu, per la qual cosa no és tributari de tractament biològic amb inhibidors de B-Raf. Es sotmet a tractament quimioteràpic segons protocols. En un TC de control presenta l'aparició d'un nòdul suprarenal dret sospitós de metàstasi.

Després de 4 cicles i donada la progressió de la malaltia, i després de descartar-se possibles assa-

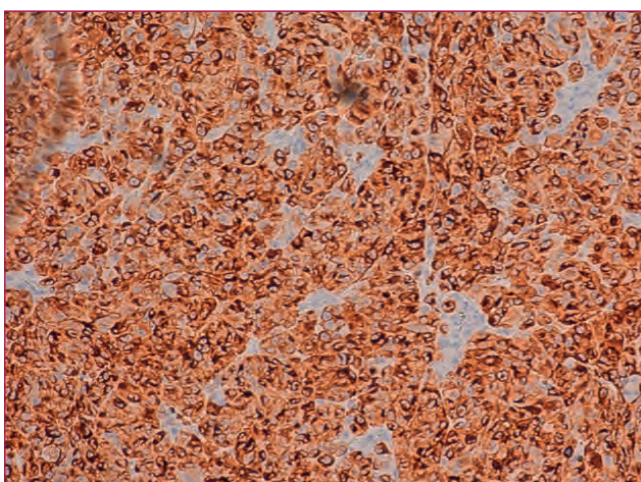


Figura 5.- Bloc cel·lular: estudi immunohistoquímic amb anticossos anti-HMB45

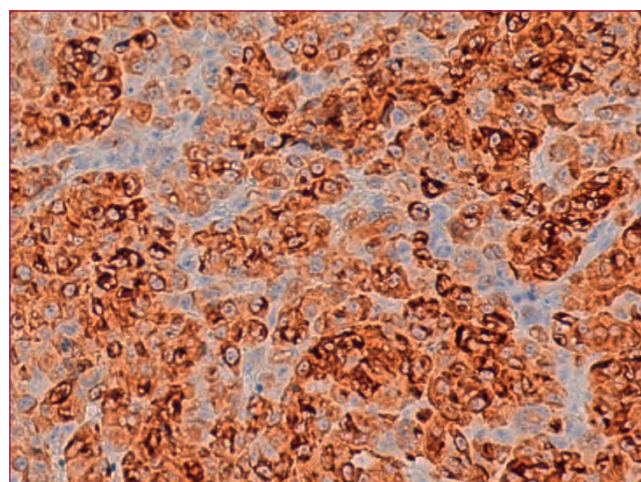


Figura 6.- Bloc cel·lular: estudi immunohistoquímic amb anticossos anti-MELAN-A

jos clínics, el malalt es passa a cures paliatives. Finalment el pacient és èxitus 10 mesos després del diagnòstic inicial.

Discussió

El melanoma és un tumor que representa aproximadament un 3% dels càncers, però la seva elevada mortalitat i morbiditat el fan especialment rellevant. L'afectació amb metàstasis és en primer lloc, en els ganglis limfàtics regionals, amb el desenvolupament de metàstasis a distància que poden aparèixer fins més enllà de 35 anys després del diagnòstic de la lesió. Cal tenir en compte que alguns melanomes amb metàstasis poden regressar, fet que pot dificultar encara més el seu diagnòstic com a metàstasi (1).

Les metàstasis es desenvolupen principalment en pulmons, fetge, sistema nerviós central i ossos (2).

L'examen citològic del melanoma mostra una població cel·lular dispersa, amb atípies i cert aspecte epiteliode. Els nuclis cel·lulars mostren pleomorfisme i nuclèols prominents, pseudoinclusions, i en els citoplasmes podem trobar pigment melànic

en algunes ocasions. L'estudi del bloc cel·lular serà fonamental per realitzar el diagnòstic diferencial amb altres orígens metastàtics, i ens mostrarà positivitat per HMB-45 i MelanA.

El melanoma pot presentar una morfologia similar a diversos tumors malignes de tipus epitelial i no epitelial, com els carcinomes pobrement diferenciats, limfomes, sarcomes pleomòrfics, sobretot si són amelànics. En un estudi retrospectiu de 2.204 casos de puncions aspiracions amb agulla fina amb diagnòstic de melanoma metastàtic, només 261 casos mostraven pigment melànic (27,6%) (3).

Finalment, fins un 20% de malalts amb melanoma poden desenvolupar neoplàsies sincròniques o metacròniques, com carcinomes, limfomes o sarcomes. En aquest casos l'examen citològic de les lesions pot tenir un paper molt rellevant amb la possibilitat de realitzar l'estudi immunohistoquímic simultani en el bloc cel·lular amb un mètode poc invasiu ■

Bibliografia

1. Schmid-Wedtner MH, Baumert J, Schidt M, et al. Late metastases of cutaneous melanoma: an analysis of 31 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:605-609.
2. Perry MD, Gore M, Seigler HF, et al. Fine needle aspiration biopsy of metastatic melanoma: a morphologic analysis of 174 cases. *Acta Cytol.* 1986;30:385-396.
3. Murali R, Doubrovsky A, Watson GF, et al. Diagnosis of metastatic melanoma by fine-needle biopsy. Analysis of 2,204 cases. *Anatomic pathol.* 2007;127:385-397.