Carcinomatosis meníngea secundaria a melanoma metastásico – reporte de un caso.

Meningeal carcinomatosis secondary to metastatic melanoma - a case report

Francisca Iglesias C¹, José Miguel Castellón V², Grecia Castro C¹, Catalina Silva H³

La carcinomatosis meníngea es una entidad poco frecuente, que puede formar parte de la historia natural de muchos procesos neoplásicos. Se presenta habitualmente con síntomas poco específicos, como cefalea, cambios en la conducta o alteraciones motoras y sensitivas. A continuación, presentamos el caso de una paciente con carcinomatosis meníngea por melanoma metastásico y su evolución clínica.

Keywords: melanoma, meningeal carcinomatosis, leptomeninges, skin neoplasia.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2021; 59 (4): 375-378

Introducción

La carcinomatosis meníngea (CM) o leptomeningea es una complicación rara de las neoplasias, causada por la diseminación de células cancerosas a las leptomeninges y por el líquido cefalorraquídeo (LCR).¹ Su incidencia varía dependiendo del tipo de tumor primario;² 5 a 15% en neoplasias hematológicas y entre un 5 y 8% en tumores sólidos, principalmente de mama, pulmón

y melanoma.³ A pesar de los avances en la radioterapia y quimioterapia, el pronóstico sigue siendo desfavorable después del diagnóstico.⁴ Este depende principalmente de un diagnóstico e inicio de tratamiento precoz, por lo que se requiere un alto índice de sospecha en pacientes que presentan signos y síntomas neurológicos. Actualmente, el análisis del LCR y el estudio por neuroimágenes son los pilares fundamentales para el diagnóstico.⁵ A continuación, se presenta un caso

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2021/03/04

Recibido: 2020/08/20

- ¹ Médico Cirujano. Centro de Salud Familiar Vista Hermosa, Puente Alto, Santiago de Chile.
- ² Médico Cirujano. Magíster en investigación clínica, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- ³ Médico Cirujano. Centro de especialidades primarias San Lázaro, Tele dermatología, Puente Alto, Chile.

de una paciente con compromiso cualitativo de conciencia y antecedente de melanoma tratado hace 10 años.

Caso clínico

Paciente mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 insulino requirente, nefropatía diabética, fibrilación auricular en terapia anticoagulante, y cardiopatía coronaria; todas en tratamiento y con buen control metabólico. El 2009 se diagnosticó melanoma en maléolo interno derecho (Figura 1.) biopsiado y operado con buena respuesta. Sin seguimiento clínico hasta el año 2018 que consultó en atención primaria donde se pesquisó una lesión en maléolo interno derecho de base eritematosa sanguinolenta y dolorosa, de color negro-violáceo heterogéneo, irregular, de 3 x 3 cms, por lo que se deriva a nivel secundario por sospecha de lesión maligna de piel. Se diagnostica como melanoma, y en estudio de etapificación con tomografía computarizada de cerebro se evidencian múltiples lesiones focales hemorrágicas occipitales bilaterales con engrosamiento y captación del medio de contraste de las leptomeninges adyacentes, compatible con carcinomatosis meníngea (Figura 2.) La paciente ingresó a cuidados paliativos donde se manejó con morfina según requerimiento, en conjunto con pregabalina, risperidona, dexametasona y fenitoína horarias. Evoluciona con buena tolerancia al dolor según ajustes médicos pero destaca progresión de síntomas neurológicos de compromiso cualitativo. En los meses siguientes evoluciona con mayor desorientación, agitación y compromiso de conciencia, falleciendo al quinto mes del diagnóstico.

Discusión

El melanoma es el cáncer menos frecuente pero más letal de las neoplasias cutáneas.⁶ A

Figura 1. Melanoma en región maleolar interna derecha.

pesar de que su incidencia y mortalidad a nivel mundial no son elevadas (3.0 y 0.7 cada 100000 respectivamente),⁷ el aumento al 7% anual en su incidencia, en regiones como EEUU, lo convierte en un tema preocupante para la salud pública.⁸ Los melanomas pueden metastatizar en etapas tempranas, incluso en lesiones de menos de 1 mm de espesor (5 a 15% de los casos) que diseminan con frecuencia a otros órganos, en especial el sistema nervioso central.⁹ Por otro lado, es la neoplasia con el índice más alto de metástasis a cerebro, la que ocurren en más del 50% de los pacientes en etapas avanzadas.¹⁰ La CM por melanoma tiene un pronóstico extremadamente desfavorable, con una supervivencia media de 17 a 22 semanas.^{10,11} Actualmente, las opciones de tratamiento incluyen radioterapia en los sitios involucrados, quimioterapia sistémica o terapia dirigida, quimioterapia intratecal y cuidados paliativos con dexametasona.¹² A pesar que los distintos tipos de tratamientos disponibles pueden proporcionar cierto control local de la enfermedad a nivel cerebral, la mayoría de las terapias se asocian con bajas tasas de respuesta (~10%) y deben ser ofrecidas a pacientes debidamente evaluados. El diag-

nóstico temprano es fundamental para que el médico oncólogo pueda iniciar el tratamiento adecuado previo al deterioro neurológico. Inicialmente debe estudiarse por neuroimágenes, para posteriormente hacer el diag-

nóstico definitivo por estudio citológico del líquido cefalorraquídeo⁵, el cual pueden ser necesarias múltiples punciones, ya que una única punción lumbar tiene una precisión diagnóstica de 50 a 60% solamente.¹³

Figura 2. Tomografía computarizada de cerebro: Imágenes compatibles con metástasis occipitales hemorrágicas bilaterales con signos de carcinomatosis meníngea.

Resumen

La carcinomatosis meníngea es una entidad poco frecuente, que puede formar parte de la historia natural de muchos procesos neoplásicos. Se presenta habitualmente con síntomas poco específicos, como cefalea, cambios en la conducta o alteraciones motoras y sensitivas. A continuación, presentamos el caso de una paciente con carcinomatosis meníngea por melanoma metastásico y su evolución clínica.

Palabras clave: Melanoma, carcinomatosis meníngea, leptomeninges, neoplasia cutánea

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chu, F. N., Lang, Y., Sun, X. M., & Cui, L. Meningeal carcinomatosis: a retrospective analysis of seventy-seven cases. *Neuroimmunol Neuroinflammation* 2017;4:1-5.
2. Wang, N. , Bertalan, M. S. and Brastianos, P. K. Leptomeningeal metastasis from systemic cancer: Review and update on management. *Cancer*. 2018; 124: 21-35.
3. Martins, S. J., Azevedo, C. R. A. S. D., Chinen, L. T. D., Cruz, M. R. S., Peterlevitz, M. A., & Gimenes, D. L. Meningeal carcinomatosis in solid tumors. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2011; 69(6), 973-980.
4. Nayar G, Ejikeme T, Chongsathidkiet P, et al. Leptomeningeal disease: current diagnostic and therapeutic strategies. *Oncotarget*. 2017;8(42):73312–73328.
5. Zamora, T.O. Bolaños, H.J. Cáceres, M.F. Arias, S. Carcinomatosis meníngea, un desafío diagnóstico. Reporte de caso. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*. 2018; 20(1), 46-49.
6. Cutaneous Melanoma: Etiology and Therapy. William H. Ward and Jeffrey M. Farma (Editors), Codon Publications, Brisbane, Australia. ISBN: 978-0-9944381-4-0.
7. Sabatini-Ugarte, N., Molgó, M., & Vial, G. Melanoma en Chile ¿Cuál es nuestra realidad?. *Rev med clin condes*. 2018;29(4): 468-476.
8. Schwartz, A. R. Melanoma maligno y diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas en piel. *Rev med clin condes*. 2011;22(6): 728-734.
9. Smalley, K. S., Fedorenko, I. V., Kenchappa, R. S., Sahebjam, S., & Forsyth, P. A. Managing leptomeningeal melanoma metastases in the era of immune and targeted therapy. *International journal of cancer*. 2016;139(6): 1195–1201.
10. Goyal, S., Silk, A. W., Tian, S., Mehnert, J., Danish, S., Ranjan, S., & Kaufman, H. L. Clinical Management of Multiple Melanoma Brain Metastases: A Systematic Review. *JAMA oncology*. 2015;1(5): 668–676.
11. Glitza IC, Rohlf M, Guha-Thakurta N, et al. Retrospective review of metastatic melanoma patients with leptomeningeal disease treated with intrathecal interleukin-2. *ESMO Open*. 2018;3(1):e000283.
12. El Shafie RA, Böhm K, Weber D, et al. Outcome and prognostic factors following palliative craniospinal irradiation for leptomeningeal carcinomatosis. *Cancer Manag Res*. 2019;11:789–801.
13. Sekhar, A., et al. Leptomeningeal carcinomatosis: Easy to miss. *J R Coll Physicians Edinb*. 2017; 47: 351–352.

Correspondencia:

José Miguel Castellón V.
Pio XI 505, Las Condes.
+56989062668.
drjmcastellon@gmail.com