Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Carlos Stajano

MELANOMA CUTÁNEO MALIGNO METASTÁTICO

Hamlet SUÁREZ y Germán MERNÍES
Jefe de Clínica Quirúrgica *Médico Adjunto*
Con la colaboración de Carlos - M. DOMÍNGUEZ
Profesor agregado de Anatomía Patológica

Caso clínico de tumor melánico metastásico. Sala 21

El día 6 de noviembre de 1936 ingresa a la Sala 21 el enfermo A. R., cuya historia clínica es la siguiente:

A. R., de 44 años de edad, uruguayo, soltero, domiciliado en la capital.

Antecedentes familiares: Padre vivo y sano, de 90 años de edad, madre fallecida de neoplasma del seno. Un hermano fallecido, gran alcoholista y otro hermano vivo y sano. No hay otros antecedentes familiares de importancia.

Antecedentes personales: Niega toda enfermedad venérea. Lo demás sin importancia.

Enfermedad actual: Hace un año aproximadamente el enfermo notó en su dorso una pequeña lesión, que califica de "barrito", al cual lo exprimió con sus dedos dando entonces salida a una pequeña cantidad de sangre. Esta pequeña lesión no curó, siguió evolucionando y aumentando de tamaño lentamente hasta alcanzar las dimensiones actuales.

Desde hace 6 ó 7 meses, el enfermo nota que cambia de color su piel, la cual se obscurece cada vez más. Interrogado sobre la tumoración que presenta en su región dorsal manifiesta que ella es completamente indolente, desde que la ha notado y cuando más, siente una ligera molestia al roce de sus ropas.

Desde hace 20 días, aparecen varias tumoraciones a localización axilar, primero a la derecha, luego a la izquierda, que se siguen luego de otras pequeñas tumoraciones mucho más numerosas situadas y repartidas en todo el tejido celular subcutáneo de su organismo. En ciertos momentos el enfermo experimenta dolores fugaces poco intensos. Desde hace 20 días, tam-

bién el enfermo tiene tos con expectoración muco-purulenta, relativamente abundante. No ha sentido otros trastornos funcionales.

Examen del enfermo. — Enfermo con buen estado general. Llama la atención a la inspección una serie innumerable de nódulos subcutáneos y cutáneos diseminados en todo el cuerpo inclusive cara y miembros.

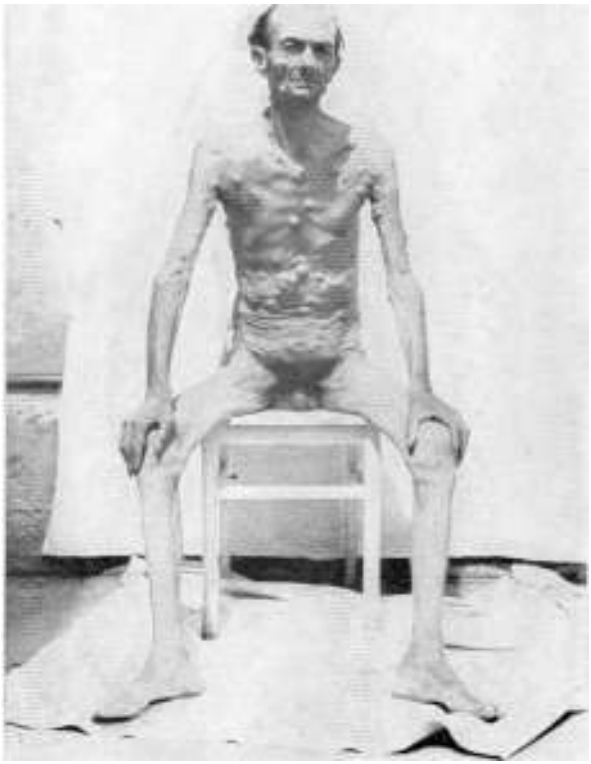


Fig. 1

A nivel del dorso, en la región paravertebral derecha y a la altura de la parte media de la escápula se observa un tumor vegetante, en coliflor, del tamaño de una avellana grande, de aspecto melánico y coloración obscura, casi completamente indoloro, y al parecer, no desarrollando más allá del tejido celular subcutáneo. Esta tumoración no está libre sino que infiltra los planos que ella ocupa.

A nivel de las axilas existen numerosas tumoraciones redondeadas, u oblongas, aisladas unas, fusionadas otras, formando una tumoración global polilobulada, del tamaño de arvejas o garbanzos grandes. Algunas de ellas adheridas íntimamente a la piel, la que toma en ese sitio una coloración rojiza obscura; en otros sitios y en cualquier parte del cuerpo que se observe pueden verse, el mismo aspecto tumoral o nodular de la piel, en enorme cantidad, pudiendo contarse por cientos, superficiales, sub-dérmicos y mismo cutáneos, algunos de ellos algo sensibles al tacto, y teniendo su centro de un color pardo obscuro o negruzco, contrastando con el resto del nódulo de

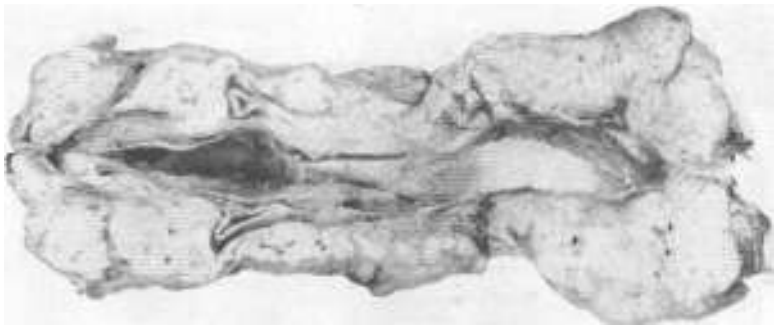


Fig. 2. — Páncreas en corte longitudinal.

color bronceado. El mayor número de nódulos tiene el tamaño de una lenteja, otros son algo mayores, todos ellos duros, indoloros y relativamente fijos a la piel.

Tórax. — Se auscultan estertores discretos en la base pulmonar izq. No hay sindrome de condensación.

Corazón. — Sin particularidades.

Abdomen. — Sin particularidades.

Tacto rectal. — Próstata grande indolora, regular en su forma, de consistencia algo más firme que lo normal.

Exámenes practicados:

Azoemia = 0 gr. 50 °/₀₀

Número de Glóbulos rojos 5.020.000

blancos = 9.000 P.N. = 76 %
P.E. = 2 %
F.B. = 0 %
M. = 3 %
M y L 19 %

D. de Hemoglobina = 100 %

Tiempo de coagulación: 8 minutos

" sangría: 1

Reacción de Wasserman, etc.: Hs.
Exámenes de orinas: Normal.
Investigación de melanina en la orina: positiva intensa.
Investigación de melanina en el suero sanguíneo: negativa.
Investigación de melanina en el L. C. R.: negativa.
Radioscopía de tórax = (16144). Hilios engrosados con nódulos fibrocalcificados. Radioscópicamente no se vió lesión pulmonar.
Radiografía de tórax = (6750). Apices algo manchados.

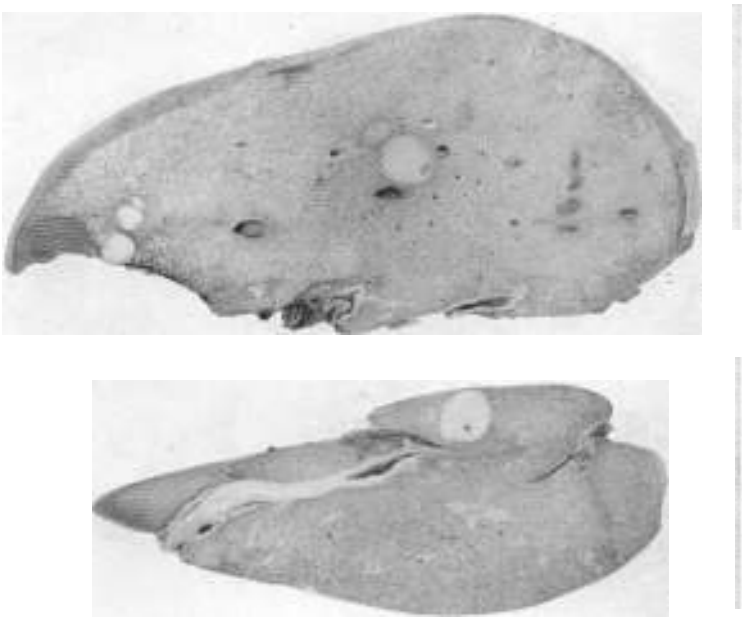


Fig. 3. — Hígado con metástasis.

Con fecha 21 de noviembre se practica una intervención quirurgica con un fin biópsico, la cual se realiza por el Dr. Mernies y el Pte. Causi, y en la que se extirpa el tumor primitivo en una amplia zona de piel sana circundante, al mismo tiempo se extirpa una tumoración axilar que resulta ser macroscópicamente una gruesa masa ganglionar.

Evolución. — El enfermo es dado de alta el día 9 de diciembre y reingresa el día 17 del mismo mes, acusando fuertes dolores en sus miembros y tórax, que obligan al empleo de la morfina.

Las tumoraciones han aumentado enormemente de tamaño y han aparecido en mayor número, pudiéndose afirmar que no hay una superficie de unos 10 cents. cuadrados, en toda su piel, que esté libre de nódulos metastáticos.

Durante su estadía en el hospital el enfermo se caquectiza rápidamente, e inicia además un cuadro doloroso epigástrico continuo con dolores intensos, aumentando durante la noche, acompañándose de vómitos acuosos y alimenticios.

Simultáneamente aumenta la tos y la expectoración se hace purulenta y abundante, alcanzando cantidades hasta de 150 y 200 c.c. diarios.

Aparecen escaras sacras de decúbito y calcaneanas.

El enfermo fallece el 12 de febrero de 1937, en plena caquexia neoplásica.

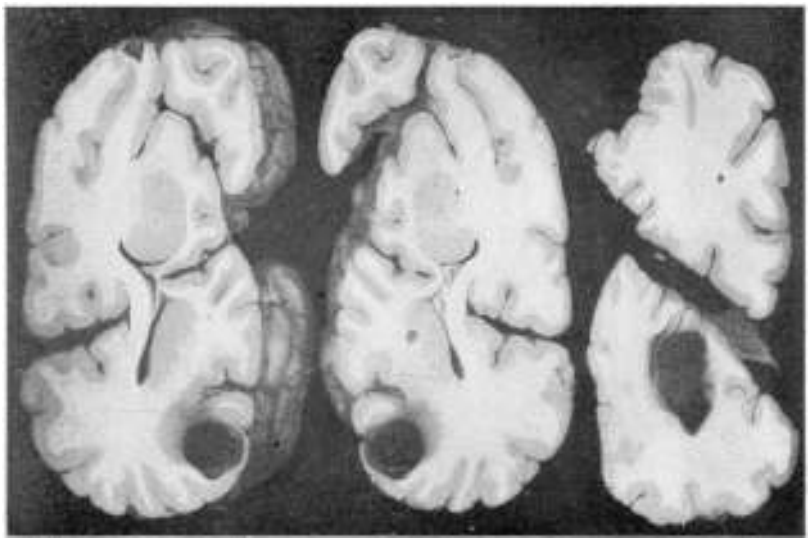


Fig. 4. — Cerebro en cortes vértico transversales.

AUTOPSIA. — Protocolo del Servicio oficial de Anatomía Patológica del H. Pasteur.

Examen exterior: cadáver de un hombre de mediana edad, con intensa palidez, caquéctico.

Presenta una escara sacra.

En toda la superficie del cuerpo se observan múltiples nódulos subcutáneos, cuyo tamaño oscila del de una avellana al de una nuez mediana. Estos nódulos se encuentran sin obedecer a una disposición regular en la cara, en el cuello, y en el dorso. En la región anterior y lateral del tórax y en los miembros, parecen seguir la dirección de los trayectos nerviosos, bastante simétricamente.

Extraídos varios de estos nódulos y cortados muestran un aspecto nodular de color blanco grisáceo.

Examen interno. — Cráneo: extraído el casquete no se observa en las meninges nada más que una congestión hipostática.

Abiertas las meninges se ven en el encéfalo, algunos nódulos, de uno a dos cms. de diámetro.

Se extrae el encéfalo, viéndose en ambos hemisferios cerebrales algunos nódulos.

Cerebelo, médula cervical, bulbo y protuberancia, sin metástasis.

Cuello. — Fuera de los nódulos subcutáneos, no se observan en la región cervical, otras anomalías.

Tórax. En ambas cavidades pleurales, hacen saliente nódulos desarrollados, en las hojas parietal y visceral de las pleuras.

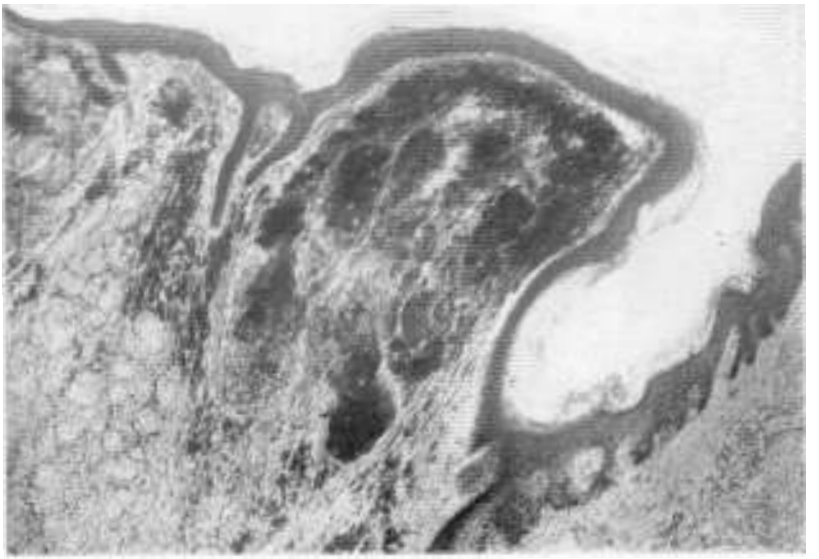


Fig. 5. — Microfotografía del nódulo tumoral primitivo: en ella se ven el melanoma benigno y su transformación en melanoma maligno —: melanoepitelioma.

Pulmones con hipostasis bilateral y antracosis moderada; al corte no muestran metástasis.

Ganglios hiliares y mediastinales sin metastasis macroscópicas.

Pericardio. — En la hoja parietal se ven varias metástasis, pequeñas nodulares.

Cavidad pericárdica, con una pequeña cantidad de líquido claro.

Corazón de volumen normal de color marrón claro, consistente. Abierto no muestra metástasis, ni lesiones valvulares.

Arteria aorta con lesiones de alteroma moderadas.

Abdomen. — Hígado de tamaño normal, de color marrón amarillento, al corte muestra varias metástasis, cuyo tamaño no excede de un par de cmts. metástasis redondeadas blanquecinas.

Vesícula biliar y canales biliares, no muestran alteraciones apreciables.

Páncreas. — La cabeza y el cuello están engrosadas, pero este aumento de volumen es mayor al nivel del cuerpo y la cola de páncreas, constituyendo una masa redondeada dura, de aspecto grisáceo adheriendo al bazo a la gran curvatura gástrica y polo superior del riñón.

Cortado el páncreas según su eje mayor, se aprecia el cambio de aspecto, al nivel del cuerpo y cola del órgano, que es netamente tumoral.

Suprarrenales: pequeñas, sin metástasis.

Tubo digestivo. — Se ve algunas metástasis pequeñas subserosas.

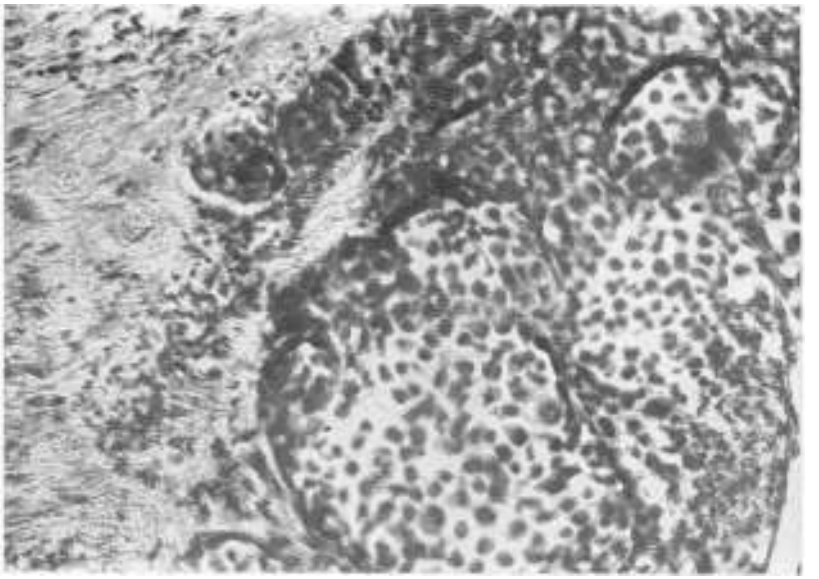


Fig. 5. — Melonoepitelioma. Corresponde esta microfotografía al nódulo metastásico sub-dérmico.

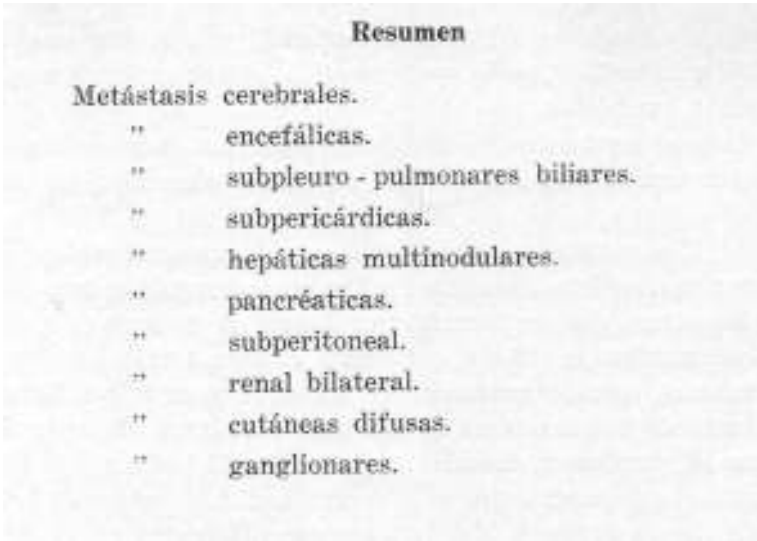
Aparato urinario. — Metástasis en ambos riñones, pequeñas, blanquecinas, en el espesor del parénquima.

Uréteres libres.

Vejiga y próstata sin metástasis macroscópicas.

En el peritoneo parietal se ven algunas metástasis pequeñas.

El anatomo-patólogo, dice: *Generalización cancerosa a foco primitivo indeterminado.*



Relator: Prof. C. Stajano

La documentación completa del caso presentado por los comunicantes reviste un alto interés por cuanto pone sobre el tapete por una parte un severo hecho clínico, y remueve por otro lado, todo un oscuro capítulo de anatomía patológica y plantea de acuerdo con las modernas adquisiciones, una serie de investigaciones histofisiológicas complementarias de las búsquedas puramente morfológicas que hasta no hace mucho absorbieron enteramente al histólogo.

Bajo el punto de vista clínico, esta observación corrobora la extraordinaria malignidad de los tumores melánicos malignos, y no existe posiblemente otro tumor que se difunda a la vista del clínico, con tanta profusión y con tanta celeridad.

A pocos días de intervalo, nuevas generaciones nodulares, hicieron su aparición en el tegumento externo, y como se vió en la autopsia la generalización profunda se hizo con profusión, aunque no en la forma confluente como se hizo al nivel del tegumento externo. La biopsia - extirpación que hicieron los comunicantes, podría suscitar objecciones por la acción bien conocida de la diseminación neoplásica con motivo de la remoción focal del neoplasma. Hecho cierto y bien conocido hoy clínica y expementalmente, pero dado el caso irremisiblemente letal a breve

plazo, no se dudó en adquirir el material, para la documentación rápida e inmediata, a la vez que para investigaciones más pacientes y completas.

Bajo el punto de vista anatomo patológico, es ilustrativo este caso por cuanto llamó la atención en primer término al patólogo:

1) La profusión de metástasis cutáneas confluentes, acrómicas por completo, las unas débilmente e irregularmente crómicas las otras, que se permitieron dudar en un principio de su verdadera filiación. 2) La existencia de una formación tumoral pancréatica, más desarrollada que las otras y de tipo infiltrante, contrastando con las otras formaciones nodulares del resto de la economía, planteando también la duda de cuál podía ser el tumor primitivo; ¿el pancréatico o el nævus melánico cutáneo? La coexistencia de tumores histológicamente diferentes en el mismo sujeto es un hecho bien conocido y sobre el cual hemos aportado a esta Sociedad, comunicaciones al respecto, llamando la atención sobre la tendencia general a atribuir a una metástasis, lo que corresponde en realidad a un nuevo tumor histológicamente semejante, o histológicamente diferente. No es evidentemente el caso del enfermo que ocupa este relato, por cuanto todas las anomalías aparentes y las dudas que sucesivamente fueron apareciendo, están hoy perfectamente aclaradas al través de las conquistas de la histología moderna. El consabido concepto clásico del origen epitelial o sarcomatoso o asociado de los nævi que hoy nos ocupa queda suplantado después de los interesantes trabajos de Masson por el del origen nervioso. Es la teoría nerviosa de los nævi que escuetamente exponemos sin comentario para ilustración de este relato.

1) Los tumores pigmentarios (nævi melánicos) de piel - coroides, etc., constituyen una asociación neuro - pigmentaria de tipo particular.
2) Son verdaderos neuromas procedentes de la proliferación de las vainas sinciciales nerviosas de Schwann.
3) Afirma que las vainas de los nervios sensitivos, son los particularmente predispuestos a proceder a este tipo de degeneración.

4) En cuanto a las células nævicas redondas de los autores clásicos, él las asimila a las células tactiles de Merkel - Ranvier.

5) Demuestra en los nævus la presencia de corpúsculos neurotáctiles del tipo Wagner - Meissner.

6) Las células del sincitium de Schwann son capaces de elaborar melanina (hecho absolutamente incontestable) asignándoles pues eventualmente, una función melanógena y es teniendo en cuenta el comportamiento de los menoblastos en los nævi que atribuye a esas células pigmentógenas un origen y naturaleza nerviosa.

Este concepto moderno y original de los melanomas cutáneos, que se generaliza también a los melanomas de origen coroideo, reemplaza a la vieja teoría del origen epitelial o conjuntivo de los melanoblastos, cuya interpretación siempre fué difícil y no permitió tampoco explicar las anomalías y las imprecisiones morfológicas, debidas al polimorfismo tan extraordinario de los tumores en cuestión.

Para Masson, las células nerviosas de la vaina de Schwann y las células melánicas, proceden de un blastema común, el cual posee un doble potencial evolutivo, ya en el sentido corpuscular sensitivo, ya en el melanógeno. Este doble potencial no aparece necesariamente en todas las células tumorales y es por tal motivo que podemos interpretar las metástasis acrómicas difusas, procedentes de un melanoma maligno (hecho ya muy conocido), por esa particular tendencia evolutiva bipolar del blasteme original primitivo.

Las células schwannianas de los haces del tumor son apigmentadas, así como numerosas células corpusculares y otras de las regiones plexiformes agrupadas en tubos o en foliolos. En otros casos la agrupación simultánea de la evolución melánica, con la anterior en proporciones diversas, permite poner de manifiesto, a forma de prueba absoluta, dice Masson, la realidad del *blastema originario común neuro pigmentario.*

Creemos en este brevísimo relato poner de manifiesto los hechos salientes de la comunicación perfectamente documentada de sus autores, destacando el concepto original y promisor de

futuras conquistas defendido por Masson, y cuyo conocimiento es necesario para interpretar los hechos considerados paradojales de la clínica (Acromía de las metástasis. Predilección por ciertos territorios más que otros, etc., etc.).

Omitimos una serie de sugestiones que interesan exclusivamente a la Anatomía Patológica y que tienen relación con este tipo de tumores aconsejando a los autores que continúen su estudio y presenten sus consideraciones a la Sociedad de Anatomía Patológica.

Propongo a la Sociedad agradezca a los autores de esta comunicación el haberla traído a nuestra consideración y a la vez que se publique en nuestros boletines para su difusión.