

Reumatología Clínica en Imágenes

Metástasis muscular de melanoma corioideo

Muscle metastasis of a coroid melanoma

Rosa Acebal^a, Raquel Almodóvar^{b,*}, Francisco Javier Quirós^b, Ramón Mazzuchelli^b y Pedro Zarco^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^b Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 4 junio 2010

Caso clínico

Mujer de 73 años con antecedente de melanoma corioideo en ojo derecho en 1999 tratado con braquiterapia. En mayo de 2008



Figura 1. Rx antebrazo izq: Evidencia una masa de densidad de partes blandas sin signos de erosión del hueso subyacente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ralmodovar@fhacorcon.es (R. Almodóvar).

acudió por nódulo en antebrazo izquierdo de 4 meses de evolución. A la exploración física se objetivaba un nódulo no doloroso a la palpación que parecía depender de la musculatura extensora. El hemograma, la bioquímica y el examen de orina fueron normales. La VSG de 26 mm (0–20). La Rx del antebrazo (fig. 1) evidenció una masa densa en partes blandas sin erosión ósea. La ecografía (fig. 2) objetivó una tumoración ovalada, sólida con flujo arterial en su interior. La RM (fig. 3) mostró una masa sólida hiperintensa en T1, levemente hiperintensa en T2 y algo más brillante en STIR.

Diagnóstico y evolución

Se realizó una biopsia cuyo estudio histopatológico demostró una metástasis muscular. Fue reseca quirúrgicamente y no requi-

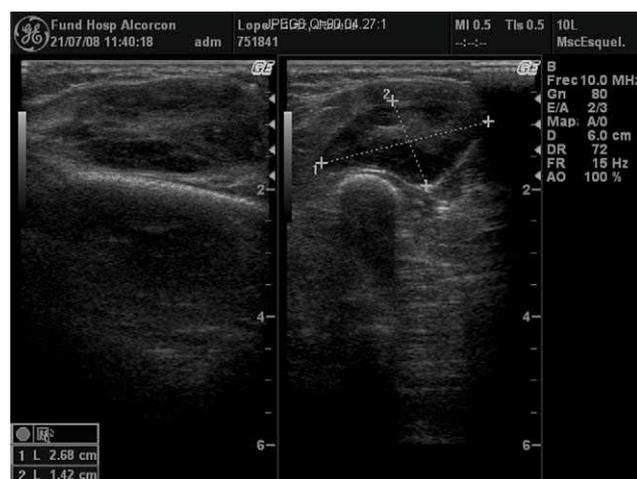


Figura 2. Ecografía antebrazo izq: Se observa una tumoración ovalada, sólida de 36×26×14 mm, bien delimitada con flujo arterial en su interior. En el plano muscular lateral del antebrazo izquierdo se observa una tumoración ovalada sólida de 36×26×14 mm, bien delimitada por un anillo ecogénico, predominantemente hipoecogénica respecto a la musculatura adyacente, con una zona central hiperecogénica. Se observa flujo arterial en el interior de la tumoración en el estudio con Doppler.

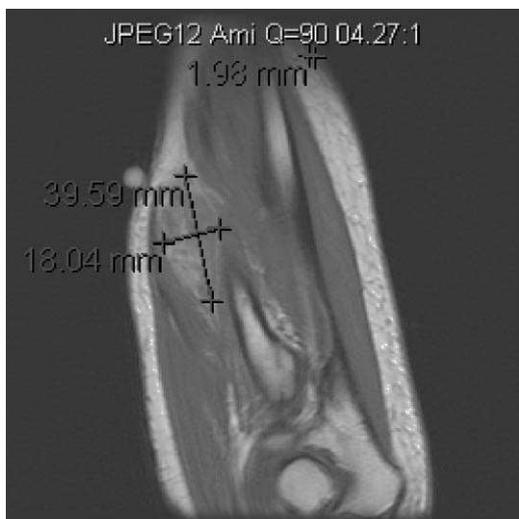


Figura 3. RM corte coronal secuencia T1 con contraste antebrazo izq: Se observa una masa sólida de morfología ovalada, de aproximadamente 39×18 mm, predominantemente hiperintensa, con realce irregular de la masa y del área de edema adyacente.

rió tratamiento coadyuvante. Actualmente ha tenido una recidiva subcutánea preauricular bilateral y abdominal, por lo que está recibiendo quimioterapia.

Discusión

El melanoma coroideo es la neoplasia maligna más frecuente del ojo¹. Su incidencia se sitúa alrededor de 6-7 casos/millón habitantes/año. Clínicamente se manifiesta por desprendimiento o hemorragia retiniana, con disminución de agudeza visual y/o escotomas³. Este tipo de tumor produce metástasis en el 35% de los casos, a pesar de tratamiento satisfactorio². Principalmente

asientan a nivel hepático (98%), pulmonar (29%) y óseo (17%)⁴. Solo un 12% se producen en piel y tejido subcutáneo. La supervivencia media llega a menos de un 10% a los 2 años desde la aparición de la metástasis⁴.

Hay muy pocos casos publicados de metástasis musculares procedentes de melanomas malignos⁵⁻⁷. La manifestación clínica habitual consiste en una masa dolorosa localizada con mayor frecuencia en músculo psoas, iliopsoas, musculatura paravertebral y proximal de los miembros⁸. En la RM la señal hiperintensa en T1, debida al efecto paramagnético de la melanina, es un signo característico de esta entidad⁵. El diagnóstico de certeza es anatomopatológico. De todo lo dicho anteriormente, se desprende que siempre se debe tener en cuenta los antecedentes personales del paciente, sobre todo en el caso de neoplasias.

Bibliografía

1. Bell DJ, Wilson MW. Choroidal melanoma: natural history and management options. *Cancer Control*. 2004;11:296-303.
2. Servodidio CA, Abramson DH. Presenting signs and symptoms of choroidal melanoma: what do they mean? *Ann Ophthalmol*. 1992;24:190-4.
3. Schuster R, Bechrakis NE, Stroux A, Busse A, Schmittl A, Scheibenbogen C, et al. Circulating tumor cells as prognostic factor for distant metastases and survival in patients with primary uveal melanoma. *Clin Cancer Res*. 2007;13:1171-8.
4. Diener-West M, Reynolds SM, Agugliaro DJ, Caldwell R, Cumming K, Earle JD, et al., Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Development of metastatic disease after enrollment in the COMS trials for treatment of choroidal melanoma: Collaborative Ocular Melanoma Study Group Report No. 26. *Arch Ophthalmol*. 2005;123:1639-43.
5. Yoshioka H, Itai Y, Niitsu M, Fujiwara M, Watanabe T, Satomi H, et al. Intramuscular metastasis from malignant melanoma: MR findings. *Skeletal Radiol*. 1999;28:714-6.
6. Falappa P, Pennasilico GM, Arcuri PP, Laschena F, Concolino F. Intramuscular metastases from a melanoma diagnosed by magnetic resonance. A case report. *Radiol Med*. 2000;100:62-4.
7. Viswanathan N, Khanna A. Skeletal muscle metastasis from malignant melanoma. *Br J Plast Surg*. 2005;58:855-8.
8. Damron TA, Heiner J. Distant soft tissue metastases: a series of 30 new patients and 91 cases from the literature. *Ann Surg Oncol*. 2000;7:526-34.