

Metástasis endobronquial por patología maligna extratorácica

Autores: Marcos Hernández, Marco Solís, Roberto Duré

Fundación Sanatorio Güemes - Buenos Aires - Argentina

Correspondencia:

Marcos Hernández
E-mail: hzmrcos@gmail.com

Recibido: 12.06.2014
Aceptado: 06.08.2014

Paciente de sexo femenino de 55 años de edad, con diagnóstico de melanoma cutáneo en miembro inferior izquierdo hace 3 años, que evolucionó con remisión completa posterior al tratamiento quirúrgico. Un mes antes de su ingreso, presentó disnea y expectoración mucosa de coloración oscura. Al ingreso no presentaba estridor, ortopnea ni tos. En el examen físico se auscultaron sibilancias inspiratorias en hemitórax derecho, murmullo vesicular conservado e hipoventilación generalizada. La tomografía de tórax mostró la presencia de una masa endoluminal en el tercio inferior de la tráquea con compromiso hasta el bronquio fuente derecho, generando una obstrucción de casi el 90% de la vía aérea.

El PET scan no mostraba ninguna otra lesión extratorácica. Se realizó una broncoscopia rígida donde se observó una masa endotraqueal negruzca irregular mamelonada de características hemorrágicas confirmándose por anatomía patológica el diagnóstico de metástasis de melanoma. **Figuras 1, 2 y 3**

Se realizó la resección de la masa, permeabilizando la vía aérea con muy buena evolución sintomática posterior al procedimiento. La paciente fue externada para continuar tratamiento sistémico ambulatorio.

Comentario

Dos terceras partes de los pacientes con melanoma evolucionan con metástasis a distancia, siendo el tórax el lugar de mayor frecuencia de la recaída de la enfermedad¹. Los hallazgos tomográficos en el pulmón son la presencia de nódulos pulmonares, compromiso vascular por diseminación hematogena, atelectasias post-obstructivas y adenopatías hilio-mediastinales.

A pesar de que las metástasis pulmonares son muy frecuentes en la mayor parte de los tumores sólidos, las metástasis endobronquiales son poco comunes y más aun si el primario es un melanoma. De todas las biopsias realizadas por broncoscopia con sospecha de malignidad, el 4% corresponden a metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares, siendo la primera manifestación de una patología neoplásica en el 5% de los casos². Sorensen y colaboradores comunicaron 204 pacientes con metástasis endobronquiales de 20 diferentes primarios extrapulmonares³ y solo 8 casos provenían de un melanoma. En una serie de casos de 21 autopsias de paciente con metástasis pulmonares por melanoma, en solo dos casos se demostró compromiso endobronquial⁴. Heyman

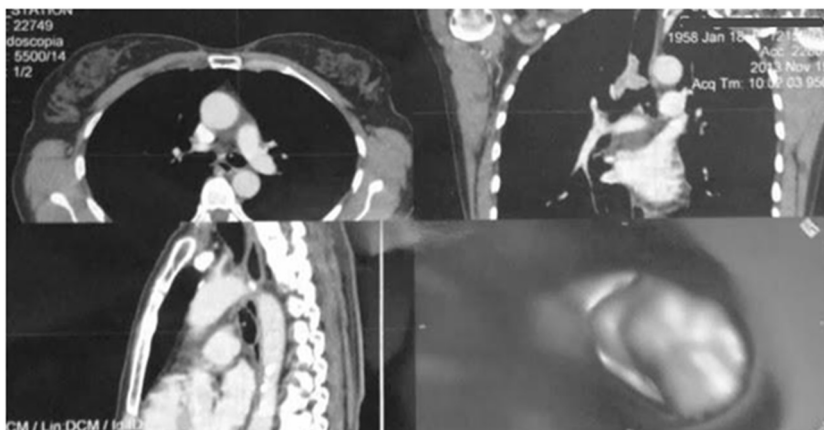


Figura 1. TAC de Tórax con cortes axiales, sagitales en ventana mediastinal y reconstrucción 3D de la lesión endobronquial.

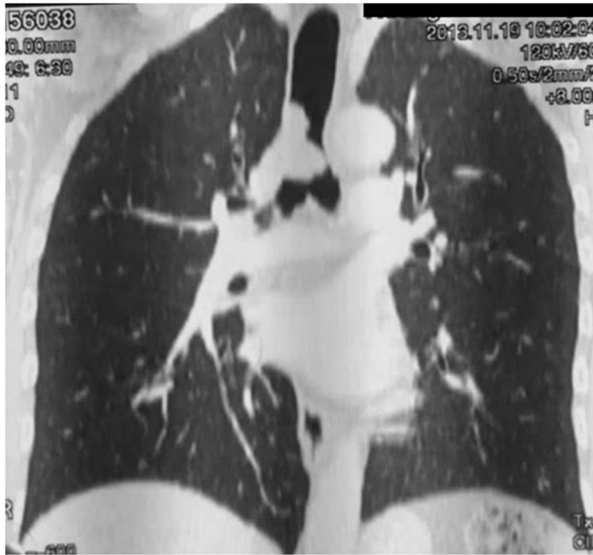


Figura 2. TAC de Tórax en corte sagital que evidencia lesión exofítica que compromete tráquea distal y bronquio fuente derecho.

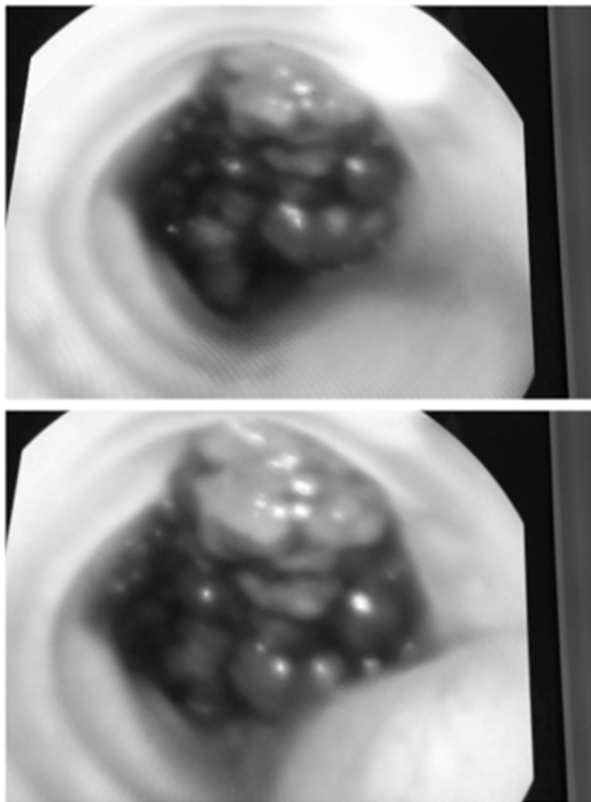


Figura 3. Imágenes endoscópicas de melanoma traqueal.

y colaboradores⁵ comunicaron sólo 14 casos de metástasis endobronquiales por melanoma en toda la literatura norte americana hasta 2013^{3,6}. Un reporte reciente de Marchioni determinó que de 174 casos con metástasis endobronquiales por tumores sólidos extratorácicos solo el 4,5% eran por melanoma². La incidencia de metástasis intratraqueal es aun más rara.

Nuestra paciente presentó compromiso metastásico endobronquial como única manifestación de recaída. Kobayashi presentó el caso de un paciente con diagnóstico de melanoma sinonasal, que desarrolló metástasis pulmonar aislada nueve años posteriores al tratamiento, sin recurrencia del primario⁷. Las metástasis endobronquiales usualmente se caracterizan por la presencia de tos, disnea severa, ocasionalmente estridor y hasta hemoptisis³. La paciente que comentamos, inicialmente refería solo disnea moderada por lo que el hallazgo tomográfico y luego endoscópico de la obstrucción tumoral endobronquial fue sorprendente. Sin embargo, los estudios han comunicado que entre el 20 a 62,5% de pacientes con estos hallazgos son asintomáticos^{3,6}.

Las posibilidades terapéuticas por vía broncoscópica incluyen el uso de laser, braquiterapia, colocación de stents y terapia fotodinámica. Sin embargo, es muy difícil evaluar la eficacia de estos diferentes tratamientos porque la mayoría de los pacientes con metástasis endobronquiales ya presentan enfermedad diseminada al momento del diagnóstico. Estos procedimientos son seguros y efectivos para tratar de forma paliativa los síntomas y prolongar la sobrevida en pacientes seleccionados. La vida media desde el momento del diagnóstico del compromiso endobronquial es de aproximadamente 15 meses³.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Patnana M, Bronstein Y, Szklaruk J, Bedi DG, Hwu WJ, Gershenwald JE, et al. Multimethod imaging, staging, and spectrum of manifestations of metastatic melanoma. *Clin Radiol.* 2011; 66: 224-36.
2. Marchioni A1, Lasagni A2, Busca A3, Cavazza Cavazza A4, Agostini L5, Migaldi M6, Corradini P2, Rossi G6. Endobronchial metastasis: An epidemiologic and clinicopathologic study of 174 consecutive cases. *Lung Cancer.* 2014.
3. Sorensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol.* 2004; 43: 73-9.
4. Braman SS, Whitcomb ME. Endobronchial metastases. *Arch Intern Med.* 1975; 135: 543-7.
5. Heyman BM, Chung MM, Lark AL, Shofer S. Endobronchial metastases from primary anorectal melanoma. *Am J Case Rep.* 2013; 14: 253-257.
6. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, Iwata H, Kokubo M, Shimokawa K, Kawaguchi S. Endotracheal/endobronchial metastases: clinicopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest* 2001; 119: 768-75.
7. Kobayashi S, et al. Pulmonary metastasis with endobronchial spread from sinonasal melanoma during 9-year follow-up. *Intern Med.* 2010; 49: 777-79..

Endobronchial Metastases from Extrathoracic Malignancy

Authors: Marcos Hernández, Marco Solís, Roberto Duré

Fundación Sanatorio Güemes - Buenos Aires - Argentina

Correspondence to:

Marcos Hernández
E-mail: hzmarcos@gmail.com

Received: 12.06.2014

Accepted: 06.08.2014

A 55-year-old woman with a history of left lower extremity cutaneous melanoma 3 years before, in complete remission after surgical excision, presented with dyspnea and black-colored sputum one month ago. On admission, she did not show stridor, orthopnea or cough. Chest examination revealed inspiratory wheeze and bronchial breathing on the right. Computed tomography scan (CT) of the chest showed a mass within the right main bronchus and the lower trachea, resulting in an occlusion of almost 90% of the airway (**Figure 1 and 2**). PET scan did not show any other extrathoracic lesion. A rigid bronchoscopy revealed a black-colored hemorrhagic endotracheal mass that was confirmed on histopathology to be an endobronchial metastasis from melanoma (**Figure 3**). Recanalization of the trachea was performed via rigid bronchoscopy. The patient reported marked symptomatic benefit following the procedure and was discharged from the hospital for further systemic treatment.

Comment

Metastatic melanoma involves the lungs in almost two thirds of cases and the thorax is the

most common site of disease relapse¹. Frequent CT findings of metastatic melanoma to the lungs include pulmonary nodules, feeding vessels associated with hematogenous lung metastases, postobstructive atelectasis, and hilar/mediastinal lymphadenopathy.

Although the lungs are a common site of metastatic disease from solid tumors, however, endobronchial metastases are rare and endobronchial metastases from melanoma are even more infrequent. Endobronchial metastases from extrapulmonary tumors account for about 4% of all bronchoscopic biopsies performed for suspected malignancy and in 5% of the cases the metastasis is the first manifestation of the neoplasm². Sorensen et al, reported 204 patients with endobronchial metastases originating from 20 different primary extrapulmonary tumors³ and only 8 of the cases were caused by metastatic melanoma. In an autopsy series of 21 cases of pulmonary metastatic melanoma, only two cases showed endobronchial involvement⁴. Heyman et al⁵ reported only 14 cases of metastatic melanoma causing endobronchial metastases in the English medical literature^{3, 6} and melanoma represented only 4.5% of the 174 cases

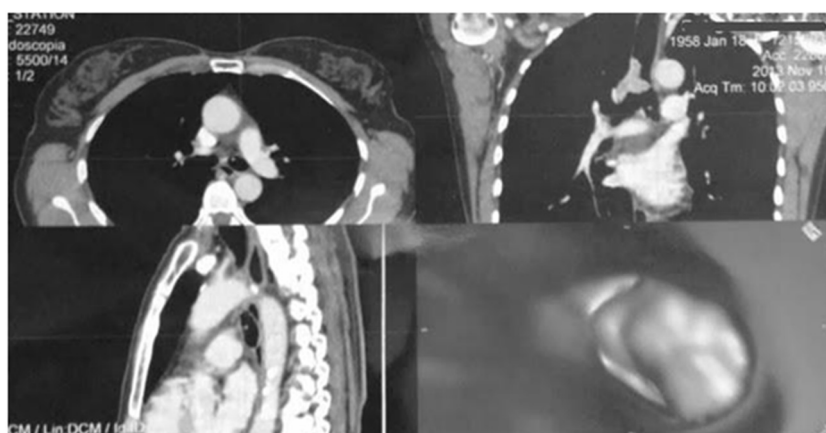


Figure 1. Chest CT in mediastinal window and 3d reconstruction of the endobronchial lesion.



Figure 2. TC sagittal thorax that shows exophytic lesion that compromises distal right trachea bronchiofuernte.

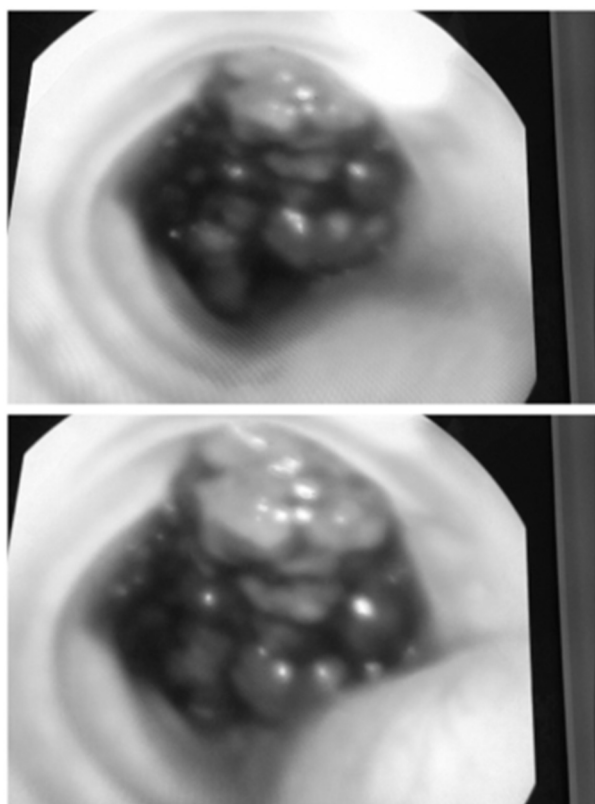


Figure 3. Endoscopic tracheal melanoma images.

of endobronchial metastases from extrathoracic solid tumors reported recently by Marchioni². The incidence of intratracheal metastasis is even more uncommon.

Our patient presented endobronchial metastatic disease as the only manifestation of recurrence. Kobayashi describes a patient that developed isolated pulmonary metastasis without recurrence at the primary site nine years after receiving treatment for her primary tumor, sinonasal melanoma⁷. Endobronchial metastases usually present with cough, severe shortness of breath, and occasionally stridor and hemoptysis³. Our patient initially presented with only mild dyspnea. This was surprising, taking into account the nearly obstructing endobronchial tumor discovered at the CT and bronchoscopy. However, several studies reported that asymptomatic patients range from 20 to 62.5%^{3, 6}.

Bronchoscopy modalities of treatment include the use of laser evaporation, endobronchial brachytherapy, stenting, and photodynamic therapy. However, assessing the efficacy of those treatments is difficult because most subjects with endobronchial metastasis have diffuse metastatic disease. These procedures are safe and effective as palliative treatment and can prolong survival in selected patients but mean survival time from diagnosis of endobronchial metastasis is around 15 months³.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest.

References

1. Patnana M, Bronstein Y, Szklaruk J, Bedi DG, Hwu WJ, Gershenwald JE, et al. Multimethod imaging, staging, and spectrum of manifestations of metastatic melanoma. *Clin Radiol.* 2011; 66: 224–36.
2. Marchioni A1, Lasagni A2, Busca A3, Cavazza Cavazza A4, Agostini L5, Migaldi M6, Corradini P2, Rossi G6. Endobronchial metastasis: An epidemiologic and clinicopathologic study of 174 consecutive cases. *Lung Cancer.* 2014.
3. Sorensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol.* 2004; 43: 73-9.
4. Braman SS, Whitcomb ME. Endobronchial metastases. *Arch Intern Med.* 1975; 135: 543-7.
5. Heyman BM, Chung MM, Lark AL, Shofer S. Endobronchial metastases from primary anorectal melanoma. *Am J Case Rep.* 2013; 14: 253-257.
6. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, Iwata H, Kokubo M, Shimokawa K, Kawaguchi S. Endotracheal/endobronchial metastases: clinicopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest* 2001; 119: 768-75.
7. Kobayashi S, et al. Pulmonary metastasis with endobronchial spread from sinonasal melanoma during 9-year follow-up. *Intern Med.* 2010; 49: 777–79.