



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Metástasis deltoidea de un carcinoma papilar seroso ovárico



C. Cortés Carmona^{a,*}, J.A. Contreras Ibáñez^a y L. Díaz Gómez^b

^a Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Recibido el 13 de diciembre de 2015; aceptado el 2 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 29 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Carcinoma ovárico;
Metástasis;
Músculo

KEYWORDS

Ovarian carcinoma;
Metastasis;
Muscle

Resumen Las metástasis intramusculares son un hallazgo muy infrecuente, suponen aproximadamente el 1% de las metástasis, siendo más frecuente a nivel de musculatura abdominal y miembros inferiores. Esta baja incidencia es debido a que existen diferentes mecanismos de resistencia al desarrollo de las mismas, además existe un infradiagnóstico de las mismas por su baja sintomatología.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Deltoid metastasis of an ovarian papillary serous carcinoma

Abstract Intramuscular metastases are rarely diagnosed, it about 1% all kind of metastases, and frequently are localized in the abdominal muscles and lower extremity. Low incidence is due to different resistance mechanisms to its develop, thus an underdiagnosis because its low symptomatology.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las metástasis de carcinomas ováricos a nivel muscular son una entidad rara. Presentamos el caso de una paciente con carcinoma ovárico metastásico de larga evolución,

principalmente a nivel pulmonar, en la que evidenciamos una metástasis intramuscular a nivel del miembro superior.

Caso clínico

Paciente de 71 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que fue intervenida en 2006 de un adenocarcinoma de ovario IB moderadamente diferenciado, sin tratamiento adyuvante posterior.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: criscorcar@hotmail.com
(C. Cortés Carmona).

En 2007 presenta en una tomografía computarizada torácica de reevaluación, múltiples nódulos pulmonares milimétricos bilaterales compatibles con metástasis, por lo que inicia quimioterapia con esquema carboplatino AUC 6 y paclitaxel 175 mg/m² del que recibió 6 ciclos con buena tolerancia, consiguiéndose con ello una estabilización de la enfermedad.

En un control radiológico realizado en noviembre de 2011, se evidencia una progresión de la enfermedad a nivel pulmonar por lo que se opta, al considerarse platino-sensible la enfermedad, por tratar a la paciente con carboplatino AUC 4 y gemcitabina 1.000 mg/m², recibiendo de dicho esquema solo 2 ciclos por reacción alérgica grave durante el segundo ciclo, por lo que se prosigue únicamente con gemcitabina en monoterapia hasta abril de 2012, consiguiéndose una respuesta parcial con el mismo.

En diciembre de 2013 presenta nueva progresión pulmonar, por lo que ofrecemos tratamiento con doxorubicina liposomal pegilada, presentando tras 5 ciclos progresión de la lesión pulmonar situada en hilio derecho.

Se opta, entonces, por plantear resección de la lesión, por lo que se realiza una lobectomía inferior derecha, siendo el resultado compatible con metástasis por carcinoma papilar seroso de 5 cm.

Tras la intervención, la paciente sigue realizando revisiones periódicas en nuestro servicio. En la reevaluación practicada en diciembre de 2014 hay un nódulo en la base pulmonar derecha de 1,2 cm, sin otros hallazgos, por lo que se solicita PET de cara a plantear su resección si no existen otras lesiones.

Dicho PET evidencia una nueva lesión pulmonar de 15 mm a nivel subpleural y una captación patológica en el deltoides derecho de 19 × 15 mm, sugestiva de metástasis intramuscular. La RMN realizada al mes para aclarar ese hallazgo confirma una lesión sólida de 2,7 × 2 cm en el musculo deltoides, isoíntensa en T1 y con restricción de la difusión compatible con metástasis. Dicho diagnóstico ha sido confirmado mediante la realización de una punción-aspiración con aguja fina de la lesión. Para la lesión pulmonar se ha ofrecido SBRT, 5 sesiones de 12 Gy cada una, dada la cercanía de la pared costal, intentando así evitar el riesgo de fractura, y actualmente está pendiente de cirugía de la lesión deltoidea.

Discusión

El hallazgo de una lesión intramuscular metastásica es muy infrecuente, siendo menor al 1% del total de las mismas en algunas revisiones. Los tumores primarios más

frecuentes que tienden a dar metástasis a nivel de la musculatura esquelética son los digestivos, pulmón, renal y ovario¹.

Además de ser una localización de metastatización poco frecuentes, parece existir además un infradiagnóstico de dichas lesiones, describiéndose muchas de ellas únicamente en aquellos sujetos en los que se realizan la autopsia. Otra forma frecuente de diagnosticarlas es como un hallazgo casual, como en este caso, en una técnica de imagen realiza por otra causa².

Hay que tener en cuenta que estas lesiones son poco sintomáticas ya que se desarrollan en el espesor de un músculo y no dan sintomatología hasta que no alcanzan un tamaño considerable con respecto al músculo al que invaden. Además, la mayoría de las técnicas de imagen, ya sean resonancia magnética o tomografía computarizada, que son las técnicas más utilizadas para la reevaluación de estos tumores, no incluyen al grueso de la musculatura, que se concentra en las extremidades tanto superiores como inferiores.

Se ha postulado que existen diversos mecanismos de resistencia que contribuyen a la baja capacidad de metastatización en el músculo esquelético: el efecto mecánico por el movimiento de los mismos que haría difícil el asentamiento de clonas metastásicas a dicho nivel; la gran variabilidad de flujo sanguíneo muscular según sea un periodo de ejercicio o de reposo estando hipovascularizados en estos últimos lo que dificulta el crecimiento tumoral y el bajo pH que tiene la musculatura que impide un correcto microambiente para el desarrollo tumoral³.

La técnica de imagen de elección para su estudio es la resonancia magnética y su tratamiento es preferentemente quirúrgico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Plaza JA, Perez-Montiel D, Mayerson J, Morrison C, Suster S. Metastasis to soft tissue: A review of 118 cases over 30-year period. *Cancer*. 2007;112:193-203.
2. Pretorius ES, Fishman EK. Helical CT of skeletal muscle metastasis from primary carcinoma. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;19:586-8.
3. Sudo A, Ogihara Y, Shiokawa Y, Fujinami S, Sekiguchi S. Intramuscular metastasis in carcinoma. *Clin Orthop Relat Res*. 1993;296:213-7.