

Melanoma maligno del miembro inferior

Malignant melanoma of lower limb

Francisco Vicente Venegas-Páez,¹ Esther Vicente-González,¹
 Dante A. Barrón-Saldaña,¹ Jorge Martínez-López¹

RESUMEN

Paciente femenino de 32 años con una lesión en el quinto metatarsiano del pie derecho, diagnosticada erróneamente en 1999 como leiomioma subcutáneo benigno. Las laminillas originales fueron revisadas 4 años después y se diagnosticó como leiomioma sarcoma cutáneo con límite quirúrgico con lesión versus melanoma. En los estudios transoperatorios realizados en 2004 se evaluó como melanoma con metástasis a ganglio centinela inguinal. Se mantuvo sin actividad tumoral hasta 2010 pero posteriormente hubo progresión de la enfermedad y una evolución tórpida, la paciente falleció en 2011. La promovente solicitó indemnización por mala práctica. Se determinaron elementos de mala práctica sin relación con las pretensiones de la promovente.

Palabras clave: error médico,

reporte histológico, leiomioma sarcoma, melanoma.

ABSTRACT

Female patient of 32 years of age with an injury in the fifth metatarsal of her right foot, diagnosed incorrectly in 1999 with a benign subcutaneous leiomyoma. The original plates were inspected 4 years after and the cutaneous leiomyoma with surgical limitation versus melanoma was diagnosed. In the intra-operative studies conducted in 2004 the melanoma was evaluated with metastasis in an inguinal sentinel lymph. The tumor remained without activity until 2004 but later there was a progression of the illness and a torpid evolution, the patient died in 2011. The plaintiff requested a compensation for bad practice. Bad practice el-

ements were determined in relation to the plaintiff's pretensions.

Keywords: Medical Error, Histological Report, Melanoma, Leiomyoma.

RESUMEN DEL CASO

Femenino 32 años con antecedente: en 1999, fue atendida en un hospital de segundo nivel de una institución de seguridad social; presentaba una lesión hiperqueratósica de 10 meses de evolución, en región lateral de quinto metatarsiano del pie derecho con aumento de volumen progresivo y coloración violácea, indurada y dolorosa. Se realizó resección local de la lesión y análisis histopatológico de la pieza quirúrgica.

El resultado de dicho análisis, del 03/08/99, se transcribe *ad litteram*, dada su relevancia:

"Se recibe un espécimen que mide

¹ Dirección General de Conciliación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio 224/2012 Artículo recibido: 11-12-2012 Artículo reenviado: 21-02-2013 Artículo aceptado: 01-03-2013

Correspondencia: Dr. Francisco Vicente Venegas Páez. Dirección General de Conciliación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

3.5 X 1.5 X 1.5 cm en su superficie se identifica piel que mide 1.5 X 1 cm, de color café claro, finamente granular. El resto es un nódulo de color amarillento, lobulado. Al corte es de consistencia firme de color blancoamarillento.

Diagnóstico: Nódulo de pie derecho/ Leiomioma subcutáneo, con focos de esclerosis. Límites de sección quirúrgica sin lesión.

Se decidió su egreso el 11/10/99. De acuerdo con la promovente, la lesión de la enferma presentó recidiva y crecimiento paulatino, a pesar de la terapia implementada.

El 21/10/03 se envió de un hospital de Ortopedia a un hospital de Oncología de tercer nivel de atención. Se notificó que, desde el año 2002, la paciente había notado crecimiento paulatino de la lesión del pie derecho; en ese momento, ya le causaba dolor con el roce del calzado y la actividad física.

Se decidió revisar las laminillas analizadas el 03/08/99; se informó que se había observado una laminilla y un bloque de parafina, teñidos con H y E (hematoxilina y eosina); los diagnósticos de esta nueva evaluación fueron: Leiomiosarcoma cutáneo; límite de sección quirúrgica lateral con lesión.

Le realizaron una tomografía (TAC) del pie afectado con la cual demostraron lesión a nivel de borde lateral del quinto metatarsiano, de consistencia heterogénea y bordes limitados. Fue referida al tercer nivel de atención, donde continuó con el resto de su atención médica.

El 05/12/03, tras completar el protocolo preoperatorio pertinente, se decidió programar resección amplia de la zona afectada; la cirugía le sería efectuada el 21/01/04, sin embargo, fue diferida hasta 19/02/04 –los patólogos no habían concluido si el diagnóstico era leiomiosarcoma o melanoma, con la consideración de que el tratamiento de una u otra

patología varía sobremanera–.

Se realizó resección amplia con toma y aplicación de injerto, más aplicación de bacilo Calmette-Guérin (BCG) y disección inguinopélvica derecha; los hallazgos fueron: lesión nodular pigmentada en borde lateral externo del pie derecho, de consistencia dura, bordes irregulares de aproximadamente 2 X 2 cm de diámetro; dos ganglios de 0.2 y 2.5 cm de diámetro, respectivamente, en región inguinal superficial, además de dos ganglios de 1 cm en la región inguinopélvica. Se realizaron dos estudios transoperatorios (ETO), cuyos resultados fueron:

ETO 1: resección amplia de melanoma, localizado a 0.1 cm del lecho profundo en dirección del borde superior; borde superior a 0.4 cm; borde inferior a 0.5 cm; borde anterior a 0.8 cm; borde posterior a 1.3 centímetros.

ETO 2: ampliación de márgenes: definitivos; un ganglio centinela inguinal de 2.5 cm con metástasis de melanoma; un ganglio centinela inguinal de 2 cm con hiperplasia.

El 12/03/04 el estudio histopatológico mostró un ganglio centinela con metástasis y rotura capsular, se citó en tres semanas para evaluar el inicio de radioterapia. No hay más notas ulteriores a ésta concernientes al año 2004.

El 10/02/05 se informó que no presentaba actividad tumoral local, regional, sistémica ni en tránsito; la citaron en cuatro meses para nueva evaluación. Existe una nota adicional, aparentemente referente al año 2005, no obstante, la calidad paupérrima de la fotocopia imposibilita su lectura.

Durante los años 2006, 2007 y 2008 recibió valoraciones periódicas, durante las cuales se reportó permanentemente sin actividad tumoral. El 03/10/08 se informó que se realizó ultrasonido axilar derecho, dado que se había detectado una tumoración a dicho nivel; el resultado fue:

piel y tejido subcutáneo con abundante panículo adiposo; presencia de ganglios de aspecto inflamatorio crónico, sin evidencia de tumoraciones ni ganglios que sugieran actividad tumoral.

El 03/04/09 se documentó que la enferma había proporcionado una tomografía torácica, en la cual se detectó un nódulo de 1.58 mm de diámetro en pulmón izquierdo, sugestivo de actividad tumoral; el 27/04/09 se revisó nuevamente la tomografía, describiendo la presencia de cinco lesiones nodulares en el lado izquierdo, y una más del lado derecho.

Fue evaluada el 28/04/09 en el servicio de Tumores de Tórax, en tercer nivel de atención; los especialistas indicaron que las lesiones pulmonares eran resecables, pero que era necesaria la realización de una tomografía abdominopélvica para descartar la presencia de enfermedad metastásica a dicho nivel. Le fue realizada una tomografía por emisión de positrones, con la cual se confirmó la presencia de actividad tumoral pulmonar el 06/05/09, cuyo reporte manifestó la ausencia de lesiones tumorales en tales sitios; no obstante, el 18/06/09 se informó que la terapia quirúrgica había sido descartada –por la presencia de metástasis a nivel de parénquima pulmonar izquierdo–; a partir de esta fecha comenzó con terapia farmacológica, consistente en interferón alfa.

Se mantuvo sin actividad tumoral hasta el 12/10/10; en esta fecha, ante la progresión de la enfermedad, se optó por cambiar el esquema terapéutico por dacarbazina (DTIC).

El 14/04/11 se reportó que la usuaria iba a cambiar de residencia –Guadalajara–, por lo cual, se otorgó la solicitud de referencia pertinente con el fin de que continuara su atención en tal localidad. No se cuenta con el expediente clínico relativo a la atención médica proporcionada

en Jalisco, empero, en las notas médicas subsiguientes se informó que, en el hospital foráneo, le había sido proporcionada talidomida y temozolomida, un ciclo por cada una; tras ésto, la quejosa decidió continuar con su tratamiento en el hospital de tercer nivel de origen.

Su evolución fue complicada; a pesar del tratamiento instaurado, evolucionó con metástasis mediastinal y en el sistema nervioso central; se inició manejo con cisplatino, pero por su toxicidad, hubo de suspenderse. También, requirió manejo especializado en Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de tercer nivel por pérdida de peso, dificultad para comer y dolor crónico en cuello y abdomen. La paciente falleció.

La representante de la promotente solicitó indemnización en términos de ley.

La institución concluyó en su análisis que la queja era médicamente IMPROCEDENTE, ya que el padecimiento se manifestó fuera del contexto habitual de la presentación de un melanoma maligno.

ANÁLISIS MÉDICO

El melanoma presenta una serie de características que permiten distinguir este tumor maligno de las proliferaciones melanocíticas benignas. Estructuralmente, el melanoma es una lesión asimétrica, con una mala circunscripción en sus márgenes laterales, donde con frecuencia se observan melanocitos aislados extendiéndose lateralmente y "salpicando" capas altas de la epidermis.

En el seno de la lesión, en las fases iniciales, se observa que los melanocitos aislados predominan sobre los nidos o tecas de melanocitos; no son equidistantes unos de otros a nivel de la hilera basal de la epidermis y con frecuencia "salpican" las capas altas de la epidermis. Cuando las células neoplásicas forman nidos, estos

nidos tampoco son equidistantes unos de otros y muestran una morfología y un tamaño variable, lo que contrasta con la uniformidad de los nidos de los nevos melanocíticos.

Los criterios citológicos son menos importantes para el diagnóstico y quizás el más importante es el pleomorfismo nuclear de los melanocitos neoplásicos. Un criterio histopatológico muy útil para diferenciar un melanoma de un nevo melanocítico es la ausencia de "maduración" en el melanoma.

Por otra parte, los leiomiomas son neoplasias benignas con diferenciación a músculo liso; se distinguen dos tipos histológicos: leiomioma pilar y leiomioma vascular. Los leiomiomas pilares son tumores dérmicos superficiales que están separados de la epidermis por una banda de colágeno no afectado. Los leiomiomas vasculares se presentan como nódulos profundos dérmicos o hipodérmicos y, a diferencia de los leiomiomas pilares, están muy bien circunscritos con una cápsula fibrosa que los rodea completamente.

Debe aclararse que los melanomas pueden atacar la dermis, empero, éste es un dato de mal pronóstico pues necesariamente se relaciona con Enfermedad metastásica.

Con base en las consideraciones propuestas, puede aseverarse que un Melanoma no puede ser confundido con un Leiomioma; mientras que los primeros tienden a afectar la epidermis y sólo en estadios avanzados, se involucrarán a la dermis, los Leiomiomas son tumoraciones que se circunscriben a la dermis, estando separados de este estrato por capas de colágeno. Éstos y otros datos histológicos, diferencian una de otra patología.

El pronóstico varía sobremanera entre una y otra entidad; mientras que los Leiomiomas son neoplasias benignas con pronóstico favorable, el melanoma es un cáncer suma-

mente agresivo, que requiere de tratamiento oportuno y radical.

En el caso de interés, es notoria la impericia manifestada por el médico patólogo encargado de realizar el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica obtenida en el año 1999; el diagnóstico erróneo emitido –Leiomioma subcutáneo–, derivó en la postergación del tratamiento médico pertinente.

Ahora bien, es conveniente aclarar que el diagnóstico anatomopatológico difundido el 21/10/03 fue leiomiomasarcoma cutáneo. Como ya se sabe, éste tampoco era el diagnóstico correcto, pues posteriormente se determinó que lo padecido por la enferma era un melanoma.

No obstante esto, el médico patólogo incurrió en impericia dado que, como es conocido, las neoplasias malignas presentan características histopatológicas específicas –polimorfismo nuclear y/o somático; crecimiento acelerado [tasa alta de mitosis]; límites poco definidos; entre otras–. Resalta que en el reporte documental de dicho análisis, no se hayan consignado los datos microscópicos que sustentaban el diagnóstico del especialista. Esto representa una omisión en el cumplimiento de la obligación de seguridad y de resultados.

El único tratamiento curativo del melanoma es la extirpación completa de la lesión antes de que produzca metástasis. Entonces, al haberse pospuesto la terapia imperativa, se permitió la evolución de la historia natural de la enfermedad.

Esto, indudablemente, representa una omisión en el cumplimiento de la obligación de medios y de seguridad, derivada de la falla diagnóstica.

La promotente adujo que esta equivocación dimanó en la secuencia de infortunios padecidos; existe la posibilidad franca de que ese haya sido el caso, sin embargo, es

conveniente analizar los siguientes apartados:

1. La paciente gozó de un prolongado período libre de enfermedad; entre el año 2004 –posterior a la realización de la resección quirúrgica– y el 2009, la quejosa se mantuvo asintomática y sin datos fidedignos de actividad tumoral. Si ella, desde 1999, hubiera presentado enfermedad metastásica, era prácticamente imposible que permaneciera asintomática durante tanto tiempo.
2. Existe un riesgo de recurrencia tardía, la bibliografía revisada indica que este riesgo será del 2 al 3%. Usualmente, en caso de presentarse, el sitio más habitual de recurrencia serán los nódulos linfáticos o la metástasis a distancia.
3. Clark, en su descripción clásica de los melanomas, informó que la mayor parte de éstos presentan una fase de crecimiento radial –horizontal–, fase prolongada que no se relaciona con metástasis; tres de sus variantes histopatológicas presentan esta etapa: melanoma lentigo maligno; melanoma de extensión superficial; melanoma acrolentiginoso. Únicamente el melanoma nodular manifiesta una evolución distinta; este tumor presenta desde sus inicios crecimiento vertical, lo que ocasiona que la metástasis se presente desde estadios nacientes.
4. En el momento que el melanoma presenta metástasis tendrá un pronóstico malo, independientemente de la quimioterapia y/o radioterapia instaurada; por tanto, una vez alcanzado ese estadio, la enfermedad es incurable.

Con base en los razonamientos previos, es difícil establecer una relación causa-efecto irrefutable entre la omisión ya descrita, concerniente al año 1999 y la secuencia ulterior

de eventos.

Si bien, en 1999 fue proporcionado un diagnóstico incorrecto, debe considerarse que hasta el 2004 fue realizado el tratamiento quirúrgico del melanoma; para ese momento, es probable que la neoplasia aún estuviera en fase de crecimiento horizontal, por lo cual, aún no manifestaba enfermedad metastásica; la terapia implementada en ese momento fue la idónea, a pesar de lo dilatado de su ejecución. Ésto se confirma por los cinco años que perduró sin la presencia de la enfermedad.

La presencia de un lapso asintomática y sin actividad tumoral, permite argumentar que en 2004 se realizó el tratamiento radical necesario, por lo cual, la aparición ulterior de recurrencias fue por causas incidentales y propias de la idiosincrasia biológica de la paciente, además de las características propias de la enfermedad. Por desgracia, la presencia de diseminación neoplásica al pulmón y el sistema nervioso central proporcionaron un pronóstico aciago, sumado a la necesidad de cambio en la terapéutica, tanto por progresión de la actividad tumoral, por cambio de residencia, así como por toxicidad de los fármacos.

ANÁLISIS JURÍDICO

A pesar de la impericia manifestada por el patólogo en el año 1999, dado que como se planteó un leiomioma no puede ser confundido con un melanoma. De igual modo, el pronóstico entre una y otra entidad es muy distinto, dado que la primera es una neoplasia benigna con pronóstico favorable y el segundo es un cáncer sumamente agresivo, que requiere de tratamiento oportuno y radical. Esta situación derivó en la postergación del tratamiento médico pertinente.

Recordaremos también que el diagnóstico anatomopatológico di-

fundido el 21/10/03 fue leiomiomasarcoma cutáneo. Éste no era tampoco el diagnóstico correcto, pues posteriormente se determinó que lo padecido por la enferma era un melanoma.

En conclusión, debido al lapso de cinco años en que se mantuvo asintomática, no es posible sustentar las pretensiones de la promovente; como fue detallado, las características propias del melanoma y la necesidad de cambio en la terapéutica influyeron en el desenlace.

No existen elementos suficientes que avalaran el pago de una indemnización.

CONCLUSIÓN

Existen elementos de mala práctica, incumplimiento de la obligación de medios, de seguridad y de resultados; empero, éstos no se relacionan con las pretensiones de la promovente.

REFERENCIAS

1. CENETEC. Guía de Práctica Clínica para la prevención primaria y detección oportuna del Melanoma Cutáneo en adultos en el primer nivel de atención médica. Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-099-08. México: Secretaría de Salud; Abril 2008.
2. Fitzpatrick T. Dermatology in General Medicine. 4ª ed. New York: McGraw-Hill; 1993. Vol. II. p. 1078-1115.
3. Jemal A. Recent Trends in Cutaneous Melanoma Incidence Among Whites in the United States. Cancer Surveillance Series. JNCI. 2001; 93(9): 678-683 [acceso: 18-02-2013]. Disponible en: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/93/9/678.full.pdf+html>.
4. Bishop JA, Gore M. Melanoma: Critical debates. Keizer (OR) USA: Blackwell Publishing; 2002.