



Revista Venezolana de Oncología

ISSN: 0798-0582

inledo74@gmail.com

Sociedad Venezolana de Oncología
Venezuela

Benítez, Gustavo; González, Cristian; Valero, Rair; Chacón, Humberto; González, Joel
Melanoma maligno metastásico a intestino delgado. Una causa poco común de abdomen
agudo

Revista Venezolana de Oncología, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2007, pp. 259-263

Sociedad Venezolana de Oncología
Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375635137013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO A INTESTINO DELGADO

UNA CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN AGUDO

GUSTAVO BENÍTEZ, CRISTIAN GONZÁLEZ, RAIR VALERO, HUMBERTO CHACÓN, JOEL GONZÁLEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El melanoma maligno representa una de las patologías neoplásicas que con mayor frecuencia, ocasiona metástasis al tracto gastrointestinal. El intestino delgado, es la ubicación más común de estas metástasis; seguidas de lesiones localizadas en colon y estómago. Se debe mantener un alto índice de sospecha en aquellos pacientes con antecedentes de melanoma que consulten con síntomas inespecíficos referidos a la esfera gastrointestinal. La resección quirúrgica del segmento comprometido es la opción terapéutica paliativa de mayor efectividad y se justifica en pacientes sintomáticos con el único objetivo de corregir los síntomas agudos y prolongar la vida. Dada la escasa prevalencia del melanoma metastásico gastrointestinal como causa de abdomen agudo quirúrgico y la poca frecuencia con que éste se manifiesta sincrónicamente al momento del diagnóstico, se describe el siguiente ilustrativo caso clínico y se revisa la literatura médica disponible a este referente.

PALABRAS CLAVE: Melanoma, metástasis, gastrointestinal, intususcepción.

SUMMARY

The malignant melanoma represents one of neoplastic diseases which with the mayor frequency produce metastases to the gastrointestinal tract. The small intestine is the most common localization of these kinds of metastases; others were localized in the stomach and in the colon. We maintained high indices of suspicious in the patients with melanoma antecedents who consult us for vaguest symptoms in the gastrointestinal area. The surgical involved of the segment resection is the palliative therapeutically option, which have more factitive and it is justified in symptomatic patients with the only objective to increase the super live and to correct the argued symptoms. The less prevalence of gastrointestinal metastases melanoma how cause of surgical agued abdomen and his less synchronically incidence manifestation to the diagnostic moment we describe and illustrative clinical case and the accesses medical literature review referent to it.

KEY WORDS: Melanoma, gastrointestinal, metastases, intususceptions.

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno representa una de las enfermedades que, con mayor frecuencia, ocasiona metástasis del tracto gastrointestinal ⁽¹⁾. En series de autopsia de pacientes con melanoma maligno diseminado se ha logrado identificar su presencia hasta en 60 % de los casos ⁽²⁾; sin

Recibido: 12/03/2007 Revisado: 10/04/2007

Aceptado para publicación: 24/04/2007

Correspondencia: Dr. Cristian González

Hospital Universitario de Caracas.

Ciudad Universitaria. Los Chaguaramos

Teléfono: 0212-606744 Email:cristiansg@yahoo.com

embargo, la proporción de pacientes que presentan cuadros clínicos sintomáticos atribuibles a este trastorno, escasamente rebasa el 2 %⁽²⁾. Esto se debe a que los síntomas que esta alteración produce son bastante inespecíficos y pueden fácilmente ser atribuidos a patologías con mayor prevalencia⁽³⁾.

Dentro de las manifestaciones clínicas producidas por el melanoma maligno metastásico al tracto gastrointestinal se describen: anemia, dolor abdominal, hemorragia digestiva y obstrucción intestinal⁽⁴⁾; siendo esta última, la etiología que produce la mayoría de los cuadros clínicos que motivan su diagnóstico⁽²⁾.

El intestino delgado, es la ubicación más común de estas metástasis⁽⁵⁾; seguida de lesiones en colon y estómago. Estas lesiones pueden estar presentes al momento del diagnóstico⁽¹⁾; sin embargo, lo habitual es que su aparición sea posterior a la identificación y tratamiento de la lesión primaria, inclusive como primer signo de recurrencia de la enfermedad⁽⁶⁾.

La cirugía representa el método terapéutico de elección para el tratamiento de esta patología⁽⁷⁾. Su realización se encuentra justificada en el hecho de que revierten los síntomas que motivan la consulta y prolonga la sobrevida en pacientes con un pronóstico, por demás, desfavorable⁽⁸⁾.

Dada la escasa prevalencia del melanoma metastásico gastrointestinal como causa de abdomen agudo quirúrgico y la poca frecuencia con que éste se manifiesta sincrónicamente al momento del diagnóstico, se describe el siguiente caso clínico y se revisa la literatura médica disponible referente.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 52 años que ingresa a nuestro centro por presentar lesión exofítica y vegetante que compromete 2° y 3° dedo de pie derecho de 1 año de evolución. Dicha lesión se extiende a región plantar del

mismo y condiciona necrosis de igual ubicación.

Dentro de los antecedentes referidos al momento del ingreso se señala, amputación del 4° dedo del pie derecho por gangrena seca, 2 años previos a su ingreso, procedimiento del cual no se posee la información anatomopatológica pertinente.

Al examen físico se evidencia un paciente en condiciones hemodinámicas estables, con estado de conciencia conservado y con múltiples nódulos subcutáneos, móviles e hiperpigmentados en región facial, tórax, abdomen y extremidades. Asimismo, se evidencia plastrón adenomegálico, no ulcerado, de 3 cm de diámetro, en región inguinal derecha. La evaluación cardiorrespiratoria y abdominal, al momento de su ingreso, no presenta alteraciones significativas.

Se realiza biopsia de la lesión en pie derecho que concluye: melanoma nodular Breslow 4 mm, y punción con aguja fina de plastrón inguinal derecho y nódulo subcutáneo de pared abdominal que reportan: melanoma metastásico.

Ante esta evidencia se concluye melanoma maligno de pie derecho T4b N3 M1c (estadio IV metástasis a pulmón, hígado y sistema nervioso central) y se planifica la realización de amputación de antepié derecho y disección inguinal derecha seguido de tratamiento sistémico paliativo.

Sin embargo, dado que el paciente comienza a presentar vómitos, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones, es llevado a mesa operatoria con el diagnóstico de obstrucción intestinal para la realización de laparotomía exploradora. Los hallazgos durante dicha intervención fueron: 1. Intususcepción de 20 cm de asas delgadas a 80 cm del asa fija con lesión exofítica, hiperpigmentada e intraluminal de 4 cm de diámetro, 2. Múltiples lesiones nodulares e hiperpigmentadas de diámetro variable que comprometen el mesenterio en toda su extensión, 3. 200 cm³ de líquido ascítico.

Se realiza resección y anastomosis termino-terminal del segmento comprometido de asas delgadas y toma de muestra del líquido ascítico. El reporte anatomopatológico de la pieza operatoria determina: melanoma metastásico que compromete intestino delgado en todas sus capas y citología peritoneal sugestiva de melanoma metastásico.

El paciente evoluciona en forma satisfactoria de la intervención abdominal y es intervenido nuevamente para la realización del procedimiento quirúrgico originalmente propuesto. Es evaluado por el servicio de oncología médica de nuestro centro indicando esquema de quimioterapia paliativa a base de temizolamida (150 mg/m² superficie corporal días 1-5 cada 21 días), posterior a lo cual el paciente fallece, al quinto mes de ser egresado, a consecuencia de enfermedad diseminada.

DISCUSIÓN

El melanoma es una de las neoplasias malignas con mayor crecimiento en cuanto a incidencia y mortalidad en las últimas décadas⁽⁹⁾. Se presenta con una distribución geográfica bastante variable, observando tasas de incidencia desde 0,8 / 100 000 habitantes en los países asiáticos hasta 56,2 / 100 000 habitantes en Nueva Zelanda⁽¹⁰⁾. La tasa de incidencia global a nivel mundial es de 2,21-2,4 / 100 000 habitantes. En todo caso, se conoce que en la actualidad una de cada 75 personas desarrollará esta enfermedad en el transcurso de su vida⁽¹¹⁾.

El pronóstico de esta patología se encuentra íntimamente ligado al estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico. En general, el 86,4 % de los melanomas se diagnostican como enfermedad localizada, el 9,4 % como enfermedad diseminada regionalmente y el 4,2 % como enfermedad diseminada a distancia⁽¹⁰⁾. En ausencia de metástasis regional o a distancia, el grosor de la lesión determinado por la escala

Breslow, es el indicador pronóstico más importante⁽⁹⁾. Ante una enfermedad diseminada, el pronóstico del paciente se encuentra severamente comprometido⁽¹²⁾.

Las ubicaciones más frecuentes de las metástasis por melanoma maligno son cerebro, pulmón e hígado; y menos frecuentemente, piel, partes blandas, hueso y tracto gastrointestinal⁽¹³⁾. La localización de dichas metástasis también guarda estrecha relación con la sobrevida de los pacientes. A saber, la sobrevida global a 1 año para pacientes con metástasis localizadas en piel, tejido celular subcutáneo y ganglios (M1a) es de 60 %; mientras que para pacientes con metástasis pulmonares (M1b) es de 55 % y para pacientes con metástasis viscerales de otras ubicaciones (M1c) es de 40 %⁽¹³⁾.

Aunque las lesiones metastásicas al tracto gastrointestinal son eventos bastante infrecuentes, el melanoma maligno es una de las principales etiologías de este trastorno⁽¹⁾. Se ha observado implantes metastásicos de melanoma en intestino delgado en 2 % 5 % de los pacientes afectados con este padecimiento⁽⁸⁾; por tanto, se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedente de melanoma que consulten con síntomas inespecíficos referidos a la esfera gastrointestinal⁽⁷⁾. Los síntomas observados con mayor frecuencia son: obstrucción intestinal (30 %), dolor abdominal (30 %), masa palpable (10 %) e ictericia obstructiva (10 %)⁽⁵⁾. Una proporción de 20 % de los pacientes puede presentarse de manera asintomática⁽⁵⁾. Por tanto, se acepta que el diagnóstico de melanoma maligno metastásico al tracto gastrointestinal no es indicación formal de cirugía a menos que éste se encuentre asociado a una complicación aguda⁽³⁾.

Aunque puede presentarse como un cuadro insidioso de dolor abdominal o hemorragia digestiva crónica son, el sangrado agudo y la obstrucción intestinal, los cuadros clínicos que motivan el mayor número de intervenciones quirúrgicas de emergencia (2). La intusus-

cepción de asas delgadas es la etiología responsable de la mayoría de los casos de obstrucción intestinal ⁽⁸⁾; siendo, en algunas oportunidades, la primera evidencia de recaída de la enfermedad ⁽⁶⁾. Su diagnóstico, por demás difícil, debe plantearse ante la presencia de engrosamiento de la pared del intestino delgado acompañado de la presencia de un anillo concéntrico y densidad grasa intraluminal ⁽¹⁴⁾. La tomografía axial computarizada es el método imaginológico que aporta mayor definición para precisar dichos hallazgos ⁽¹⁵⁾.

Por lo general, a pesar de que la presencia de implantes metastásicos puede observarse al momento del diagnóstico, la aparición de esta alteración es un evento tardío en el curso de la enfermedad ⁽¹⁾. El tiempo medio de aparición es de 4,4 años con un intervalo de 2 meses hasta 15 años ⁽⁶⁾, con una supervivencia global de 13-27 meses ⁽⁶⁾.

La resección quirúrgica del segmento comprometido es la opción terapéutica paliativa de mayor efectividad y se justifica en pacientes

sintomáticos con el objetivo de corregir los síntomas agudos y prolongar la supervivencia ⁽¹⁶⁾. Además de los factores pronósticos descritos con anterioridad, son factores que afectan la supervivencia la presencia de adenopatías metastásicas en el segmento de mesenterio involucrado y la factibilidad de realizar una resección completa de los implantes identificados ^(6,17). La presencia de adenopatías reduce la supervivencia a 1 año de 34,7 % a 20,4 % y la resección completa de los implantes prolonga el tiempo de supervivencia de 4 a 44,5 meses ⁽⁶⁾. Asimismo, la presencia de obstrucción intestinal acompañada de perforación afecta el pronóstico de estos pacientes ⁽¹⁷⁾. El pronóstico después de una resección completa es mejor que el observado para metástasis viscerales de otra ubicación y debe intentarse con el fin de extender el período de paliación en estos pacientes con pronóstico por demás desfavorable ⁽⁴⁾.

REFERENCIAS

1. Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastasis malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(4):511-516.
2. Wisocki WM, Komorowski AL, Darazs Z. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma: Report of a case. *Surg Today.* 2004;34(6):542-546.
3. Corinaldesi F, Vigoni A, Maicato M, Mandelli L, Ferrato G. Intestinal occlusion due to metastases of malignant melanoma (a clinical case). *Chir Ital.* 1990;42(1-2):257-262.
4. Datner EM, English JC. Abdominal pain in patient with melanoma. *Dermatol Surg.* 1998;24(10):1100-1102.
5. Dequanter D, Sales F, Legendra H, Lothaire P, Pector JC. Surgical resection for gastrointestinal melanoma metastasis. *Ann Chir.* 2004;129(5): 278-281.
6. Kirge JE, Nel PN, Hudson DA. Surgical treatment of metastasis melanoma of the small bowel. *Ann Surg.* 1996;62(8):658-663.
7. Hao XS, Li Q, Chen LI. Small bowel metastases of malignant melanoma: Palliative effect of surgical resection. *Jpn J Clin Oncol.* 1999;29(9):442-444.
8. Gatsoulis N, Roukounakis N, Kafetzis I, Gasteratos S, Maviakis G. Small bowel intussusception due to metastatic malignant melanoma: A case report. *Tech Coloproctol.* 2004;8(1):141-143.
9. Epstein DS, Lange JR, Gruber SB, Mofid M, Koch SE. Is physician detection associated with thinner melanomas? *JAMA.* 1999;28:640-643.
10. Dermond RA, Soong SJ. Epidemiology of malignant melanoma. *Surg Clin N Am.* 2003;83(1):109-116.

11. Leong SP. Malignant melanoma. *Surg Clin N Am.* 2003;83(1):11-13.
12. Liu V. Pathology of malignant melanoma. *Surg Clin N Am.* 2003;83(1):31-60.
13. Unist MM, Soong SJ. Melanoma and the cutaneous malignancies. En: Townsend: Sabiston Textbook of Surgery. 17ª edición. Filadelfia: Saunders; 2004.p.781-802.
14. Lougand JG, DuBrown RA. The computed tomography appearances and clinical significance of intussusceptions in adults with malignant neoplasm. *Br J Radiol.* 1990;63(748):257-262.
15. Knox AM, Donovan DA, Wilkinson MR. The CT appearance of jejunojejunal intussusceptions. *Australas Radiol.* 1990;34(3):264-265.
16. Arevalo CE, Gramisu MO, Maya CD, Miri G, Elizalde G. Symptomatic malignant melanoma of small intestine. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 1992;22(3):169-172.
17. Tessier DJ, McConnell EJ, Young-Fadok T, Wolff BG. Melanoma metastasis to the colon: Case series and review of the literature with outcome analysis. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(4):441-447.