

## METÁSTASIS INTESTINAL DE MELANOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gustavo Benítez<sup>1</sup>, Humberto J Chacón V<sup>2</sup>, Joanne L Salas R<sup>2</sup>, Francisco Obregón<sup>3</sup>, Giambattista La Forgia<sup>4</sup>, Joel González<sup>5</sup>

**RESUMEN:** Presentamos el caso de un paciente masculino de mediana edad, piel morena, con lesión primaria en los dedos del pie derecho de seis meses de evolución, quien durante su hospitalización presentó episodio de obstrucción intestinal. Se realizó laparotomía con los hallazgos de metástasis en asas delgadas y mesenterio que condicionaban intususcepción de un segmento de yeyuno. Manifestación poco común del melanoma metastásico.

**Palabras clave:** Melanoma, Metástasis Intestinal, Obstrucción Intestinal, Intususcepción.

**ABSTRACT:** We present a case of male brown patient with primary injury in right foot fingers with six months of evolution. During hospitalization did episode of intestinal obstruction, he was taken to operating room by finds of metastasis in thin handles and mesentery that they were determining intussusception of a segment of jejunum. Slightly common manifestation of the dissemination of the melanoma.

**Key words:** Melanoma, Intestinal metastasis, Intestinal Obstruction, Intussusception.

### INTRODUCCIÓN

Las metástasis gastrointestinales del melanoma maligno pueden presentarse como tumores mucosos o submucosos, implantes serosos o carcinomatosis. Se localizan en cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero los sitios más frecuentes son el intestino delgado (51 %-71 %), seguido del estómago (27 %), intestino grueso (22 %) y esófago (5 %)<sup>(1,2)</sup> y pueden manifestarse de diversas formas, siendo las más frecuentes el dolor abdominal (29 %), obstrucción o intususcepción (27 %) y sangrado (26 %)<sup>(3)</sup>. Es importante tomar en cuenta que existen pacientes con enfermedad intestinal que no llegan a presentar síntomas, solo se observa evidencia de

enfermedad durante el curso de las autopsias. Cuando existe manifestación clínica de la enfermedad el tratamiento quirúrgico puede ser diverso dependiendo de las lesiones y los órganos comprometidos variando desde la resección del segmento afectado y anastomosis inmediata, ostomías o *by-pass* de las lesiones. La mejoría de la sobrevida de estos pacientes se relaciona con la remoción total la enfermedad macroscópica.

El estudio de los pacientes que tengan historia de melanoma sin evidencia de enfermedad sistémica que presenten síntomas gastrointestinales, debe incluir evaluación radiológica y endoscópica considerando siempre que el diagnóstico diferencial más importante a descartar deben ser las metástasis intestinales. La radiología de abdomen simple, aunque limitada, es útil como prueba inicial, los estudios con contraste baritado pueden detectar lesiones a cualquier nivel del tracto gastrointestinal<sup>(4)</sup>. Los estudios endoscópicos son muy útiles para evaluar colon y estómago especialmente por la posibilidad de realizar biopsias bajo visión directa de las lesiones, sin embargo, tienen utilidad limitada para la

1 Cirujano General. Jefe de la Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "C". Hospital Universitario de Caracas

2 Residente de Posgrado de Cirugía General. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas

3 Cirujano General. Instructor por concurso. Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "B". Hospital Universitario de Caracas

4 Cirujano General. Residente de posgrado de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de Caracas

5 Cirujano General, Egresado del Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

Recibido: 07-12-06.

Aceptado: 24-04-07.

evaluación del intestino delgado. También se puede recurrir al ultrasonido y la tomografía computarizada como estudios complementarios para evaluar lesiones hepáticas, linfonodulares, etc. que no se visualizarían con otros métodos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 52 años, natural y procedente de Birongo, Estado Miranda, con antecedente de amputación 4<sup>to</sup> dedo pie derecho por gangrena seca dos años antes de su ingreso en nuestro centro, sin estudios anatomopatológicos de dicha lesión quien consultó a la emergencia al Hospital Universitario de Caracas por presentar lesión hiperpigmentada, exofítica, mamelonante irregular y sangrante en dorso de 3<sup>er</sup> dedo y planta del pie derecho de seis meses de evolución (Figura 1).

Durante su hospitalización, presentó signos y síntomas sugestivos de obstrucción intestinal: ausencia de evacuaciones y flatos, acompañado de vómitos incoheribles de contenido intestinal. Al examen físico múltiples nódulos subcutáneos de diámetros variables en cara, tórax y extremidades. Abdomen distendido, doloroso con ausencia de ruidos hidroaéreos. Lesión exofítica en base de 2<sup>do</sup>, 3<sup>er</sup> y 5<sup>to</sup> dedos de pie derecho con extensión a región plantar y antepié. Se realizó radiografía de abdomen simple de pie que evidenció niveles hidroaéreos (Figura 2).

Se inició tratamiento médico: dieta absoluta, sonda nasogástrica, vía central, sonda vesical y colocación de prokinéticos durante 48 horas sin mejoría por lo que se realizó laparotomía exploradora, evidenciando: intususcepción de 20 cm de asas delgadas a 80 cm del asa

**Figura 1**  
Lesión primaria en pie



fija con lesión de aproximadamente 5 cm a ese nivel (Figura 3), 200 cm<sup>3</sup> de ascitis, múltiples lesiones tumorales hiperpigmentadas en el mesenterio (Figura 4). Se realizó resección de la lesión con anastomosis término- término de asas delgadas.

**Figura 2**  
Radiografía de abdomen



**Figura 3**  
Intususcepción de asas delgadas



### DISCUSIÓN

Las metástasis intestinales del melanoma maligno se encuentran en el 60 % de las autopsias de los pacientes que fallecen con enfermedad diseminada, sólo el 2 % es evidenciada clínicamente, esta discrepancia es debida a lo poco específico de los síntomas y signos que presentan

**Figura 4**  
Metástasis de mesenterio



los pacientes, que pueden variar desde debilidad, anemia, sangrado digestivo y dolor abdominal<sup>(3)</sup>.

Con frecuencia el diagnóstico se realiza cuando ocurre obstrucción intestinal<sup>(5)</sup>. Evidentemente la determinación de la extensión intraabdominal de la enfermedad y la resecabilidad, se logran sólo en el momento de la exploración quirúrgica que puede realizarse a través de la laparoscopia o laparotomía.

Los pacientes con enfermedad sistémica muy avanzada pueden ser susceptibles de tratamiento quirúrgico si a lo largo de su evolución desarrollan complicaciones agudas como obstrucción, sangrado masivo o perforación<sup>(6)</sup>.

Es importante establecer que en los casos de múltiples metástasis gastrointestinales, sólo las lesiones que causan síntomas inmediatos deben ser extirpadas, excepción hecha en el caso que las lesiones restantes sean escasas y de fácil acceso con lo que se puede conseguir, al menos temporalmente, la paliación de los síntomas<sup>(7)</sup>. Algunos autores consideran que tiene mejor pronóstico la enfermedad gastrointestinal metastásica inicial en comparación con la extensión extraintestinal en pacientes con melanoma avanzado<sup>(8)</sup>.

Dentro de los hallazgos comunes que no se detectan preoperatoriamente y que revisten importancia para el tratamiento de la enfermedad, están como lo fue en este caso la diseminación en el mesenterio y el peritoneo parietal.

El pronóstico de los pacientes con melanoma con metástasis a distancia en general es malo, sin embargo, hay que diferenciar aquellos pacientes con metástasis múltiples y los que presentan metástasis aisladas.

En los pacientes con metástasis múltiples tratados con cirugía paliativa la media de supervivencia se sitúa entre los 4 y 11 meses<sup>(7)</sup>. Sin embargo, existe una pequeña proporción de pacientes con enfermedad metastásica aislada, que en ocasiones, se puede resear con supervivencias de hasta 5 años después de la intervención<sup>(9,10)</sup>.

En nuestro paciente realizando la resección quirúrgica se consiguió la desaparición temporal de los síntomas abdominales, presentando clínica similar dos meses después por lo cual se realizó cirugía nuevamente, con buenos resultados.

Otras opciones terapéuticas como la quimioterapia sola o combinada, tratamientos biológicos o la combinación de quimioterapia con agentes biológicos (bioquimioterapia) no han demostrado mejoría de la supervivencia de estos enfermos con afectación metastásica multivisceral<sup>(6,7)</sup>. Es importante destacar que los pacientes con melanoma avanzado deben ser integrados a estudios de investigación para el tratamiento de la enfermedad diseminada.

## REFERENCIAS

1. Muñoz E, Alvarez I, Orozco H, Hernández J, Muñoz A. Metástasis intraabdominal por melanoma. *Rev Venez Oncol.* 2003;15(4):231-234.
2. Capizzi PJ, Donohue JH. Metastatic Melanoma of the gastrointestinal tract: A review of the literature. *Comprehensive Ther.* 1994;20:20-23.
3. Douglas S, Reintgen, Thompson W, Garbutt J, Seigler HF. Radiologic, endoscopic, and surgical considerations of melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Surgery.* 1984;95:635-639.
4. Ihde JK, Coit DG. Melanoma metastatic to stomach, small bowel, or colon. *Am J Surg.* 1991;162:208-211.
5. Weinstock MA. Early detection of melanoma. *JAMA.* 2000;284:886-889.
6. Jorge E, Harvey HA, Simmonds MA. Symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract: Operative treatment and survival. *Ann Surg.* 1983;199:328-331.
7. Morton DL, Wanek L, Nizze JA, Elashoff RM, Wong JH. Improved long-term survival after lymphadenectomy of melanoma metastatic to regional nodes. *Ann Surg.* 1991;214:491-501.
8. Pector JC, Crokaert F, Lejeune F, Gerard A. Prolonged survival after resection of a malignant melanoma metastatic to the stomach. *Cancer.* 1988;61:2134-2135.
9. Wysocki WM, Komorowski AL, Darasz Z. Gastrointestinal metastases from malignant Melanoma: Report of a case. *Surg Today.* 2004;34:542-546.
10. Branum Seigler HF. Role of surgical intervention in the management of intestinal metastases from malignant melanoma. *Am J Surg.* 1991;162:428-431.

DIRECCIÓN: Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "C". Hospital Universitario de Caracas, Piso 5. Tlf:04166381468. e-mail: gbenitezp@ctv.net.