

Cartas al Director

Invaginación de íleon por metástasis de melanoma cutáneo

Palabras clave: Melanoma. Metástasis melanoma. Intestino delgado.

Key words: Melanoma. Metastatic melanoma. Small bowel.

Sr. Director:

Uno de los grandes retos del melanoma cutáneo es su detección precoz, ya que se le considera curable en fases iniciales, pudiéndose prevenir la enfermedad metastásica y la muerte. El tubo digestivo es un lugar inusual para que el melanoma maligno metastatice.

La resección de metástasis abdominales de melanoma, no importa cuál sea su sintomatología, puede significar paliación prolongada y una mejor supervivencia, pero no disminuirá la mortalidad.

Nosotros presentamos el caso de una mujer, que padeció un melanoma cutáneo maligno y a los 5 años aparecieron metástasis en íleon y yeyuno.

Caso clínico

Mujer, 44 años, con antecedentes de exéresis de melanoma cutáneo maligno nodular en hombro izquierdo (Breslow: 3,9 mm; nivel IV de Clark; pT3bN0M0) en 1998. Fue tratada con interferón durante un año. Los controles cada 6 meses, fueron negativos. A los 5 años ingresa en el Servicio de Cirugía por un episodio de oclusión intestinal. *TAC abdominal:* invaginación de intestino delgado. *Tratamiento:* intervención quirúrgica urgente: resección segmentaria de íleon por tumoración intralu-

minal que afectaba la serosa. Se palparon más tumoraciones polipoideas que no se resecaron, por no disponer de diagnóstico peroperatorio durante la cirugía de urgencia. El postoperatorio fue correcto y sin complicaciones.

Estudio macroscópico (Fig. 1): superficie serosa lisa, sonrosada, pliegues preservados y dos tumoraciones que ocupan parcialmente la luz (3,5 x 1,5 x 4 cm y 1,2 x 1 x 1 cm). Al corte, la superficie era sólida, homogénea, marronosa con áreas negruzcas y la consistencia blanda.

Microscópicamente: células de citoplasma amplio, eosinofílico o claro con un núcleo vesicular y nucléolo prominente. Focalmente había melanina en el citoplasma. Se observaban abundantes mitosis. Las células tumorales ulceraban la mucosa y infiltraban difusamente toda la pared intestinal y focalmente el mesenterio y en otras áreas ocupaban luces vasculares. Las células tumorales eran positivas para los anticuerpos monoclonales HMB 45 y proteína S-100.

En base a la información clínica, la imagen histológica y el resultado de la inmunohistoquímica el diagnóstico definitivo fue de metástasis en intestino delgado de melanoma cutáneo conocido.



Fig. 1.- Tumoración intraluminal polipoidea que se corresponde con metástasis de melanoma cutáneo maligno.

Se inicia estudio para valorar opción quirúrgica de rescate: *tránsito de intestino delgado* que informa como mínimo dos lesiones más en la unión yeyuno-ileal, y un *PET* donde se aprecia captación en la línea media abdominal, siendo el resto del estudio normal.

La paciente es reintervenida. Se practica resección intestinal de dos segmentos de yeyuno y íleon respectivamente, quedando macroscópicamente libre de enfermedad. El estudio patológico nos mostró que los tumores tenían las mismas características histológicas anteriormente descritas.

Discusión

El melanoma maligno es un tumor originado de las células encargadas de la síntesis de la melanina (melanocitos tanto de piel como de mucosas). Los situados en la cabeza y cuello tienen mayor incidencia de metástasis abdominales (1). Metastatiza: piel, ganglios, hígado, pulmón y cerebro, siendo inusual su predilección por el tubo digestivo, y cuando esto ocurre es más frecuente en el intestino delgado (2). Solamente un 0,9-4,4% de las metástasis de intestino delgado producen sintomatología clínica (3).

El intervalo de tiempo entre el tratamiento del melanoma primario cutáneo y la detección de metástasis intraabdominal se sitúa entre los 38-48 meses (1,4).

Los síntomas son muy variables: dolor abdominal inespecífico, anemia, melenas y rectorragias, oclusión, invaginación, perforación, fístulas, diarreas y malaabsorción. Dichas metástasis son clínicamente indetectables en estadios iniciales, generalmente sus síntomas son tardíos y el diagnóstico se realiza cuando estos ya nos están indicando complicaciones (2).

El diagnóstico diferencial clínico-radiológico de los tumores de intestino delgado es amplio y dependerá de la imagen radiológica y de su localización: a) tumores primarios: pólipos (adenomas, pólipo hamartomatoso, pólipo fibroide inflamatorio), carcinoma, tumor carcinoide, paraganglioma gangliocítico, tumores del estroma gastrointestinal, linfomas, rhabdomyosarcoma, liposarcoma; y b) metástasis: del melanoma maligno, carcinoma de pulmón, mama y el coriocarcinoma (5).

Macroscópicamente se presenta de dos formas: a) la más común, *el infiltrante*, que puede acabar ulcerándose y que por su crecimiento transmural excéntrico producir una oclusión intestinal; y b) la menos común, *polipoidea*, que puede acabar produciendo invaginaciones, como nuestro caso (2,5).

Hemos visto de que existe una diferencia significativa en la supervivencia entre los pacientes con metástasis limitadas al intestino y su mesenterio y aquellos con una diseminación ganglionar sistémica. En los pacientes con metástasis intestinales, no hubo diferencia significativa en la supervivencia dependiendo del tipo macroscópico (infiltrante o polipoideo) y extensión del intestino delgado afectado, siempre que toda la enfermedad macroscópica haya sido resecada y de que no existan metástasis extraabdominales. Por el contrario, existe controversia sobre la supervivencia de

estos pacientes dependiendo de la existencia de una única metástasis o múltiples, ya que hay autores que defienden que el número de metástasis intestinales no afectan al pronóstico, siempre y cuando se puedan extirpar en su totalidad (2,6). Ni el tipo histológico, ni el grado de invasión de la lesión primaria cutánea, ni la edad ni el sexo nos modifican la supervivencia.

Los pacientes que presentan metástasis hepáticas no han de ser tratados con cirugía, pero aquellos que presentan metástasis intestinales han de ser intervenidos en una, dos o más ocasiones siempre que la finalidad sea resecar toda la lesión o bien dejar al paciente libre de sintomatología. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente tienen una supervivencia media de 11 meses mientras que aquellos que son tratados sin intervención 5 meses. Los pacientes que se someten a una segunda laparotomía tienen una supervivencia media de 14 meses que es significativamente mayor que los que no se operan por segunda vez (9 meses).

Conclusión

La resección quirúrgica completa de las metástasis abdominales de melanoma es beneficiosa en cuanto a la supervivencia media y libre de síntomas, tanto en los pacientes sintomáticos como los asintomáticos, especialmente si las metástasis abdominales aparecen más allá de 4 años desde el diagnóstico inicial y si no afectan al hígado. Las resecciones incompletas pueden lograr una paliación duradera. La tasa de mortalidad causada por la extensión abdominal del melanoma no va a ser significativamente diferente en el grupo que sea sometido a intervención quirúrgica de aquellos que recibirán tratamiento médico.

T. Palau, M. Alejo, A. Romaguera,
X. de Castro, E. de Caralt y C. Serra

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital General de Vic. Vic, Barcelona*

Bibliografía

1. Gutman H, Kenneth R, Kokotsakis JA, Ross MI, Guinee VF, Balch ChM. Surgery for abdominal metastases of cutaneous melanoma. *World J Surg* 2001; 25: 750-8.
2. Krige JE, Nel PN. Surgical treatment of metastatic melanoma of the small bowel. *American Surgeon* 1996; 62 (8): 658-63.
3. Reintgen DS, Thompson W, Garbutt J, Siegler HF. Radiologic, endoscopic and surgical considerations of melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Surgery* 1984; 95: 635-9.
4. Khodra MH, Thompson JF, Milton GW, McCarthy WH. The justification for surgical treatment of metastatic melanoma of the GIT. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171: 413.
5. Riddell RH, Petras RE, Williams GT, Sobin LH. Tumors of the intestines. *Atlas of Tumor Pathology*. Third series. Fascicle 32. 2003.
6. Balch CM, Soong SI, Murad TM, et al. A multifactorial analysis of melanoma. *J Clin Oncol* 1983; 1: 120-34.