

Metástasis intestinal de melanoma vulvar como causa de hemorragia digestiva baja

Titos García, A.; González Poveda, I.; Mera Velasco, S.; Ruiz López, A.; Carrasco Campos, J.; Toval Mata, J. A.; Santoyo Santoyo, J.

Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga Carlos Haya

Resumen

El melanoma maligno cutáneo es un tumor con frecuente afectación gastrointestinal (60%), sin embargo el diagnóstico antemortem de estos pacientes solo se obtiene entre el 1-4% y suele producirse por aparición de complicaciones como obstrucción y perforación. En un menor número de casos el debut de la metástasis se produce por una hemorragia digestiva baja con afectación de la situación hemodinámica del paciente. Presentamos el caso de una paciente con antecedente de melanoma maligno vulvar hace 12 años tratada con quimioradioterapia que ingresa por hemorragia digestiva intensa con necesidad de cirugía siendo diagnosticada histopatológicamente de metástasis de melanoma. Es muy importante el diagnóstico precoz de esta enfermedad porque la cirugía ha demostrado actualmente aumentar la supervivencia por encima de las terapias sistémicas.

PALABRAS CLAVE: Melanoma, hemorragia, intestino delgado, metástasis, capsula endoscópica.

Introducción

Los tumores malignos del intestino delgado son raros. Tras el adenocarcinoma y el tumor carcinoide el origen más frecuente es metastásico, siendo el melanoma maligno uno de los primarios extraabdominales que metastatiza más frecuentemente (1-3%) y el intestino delgado el órgano diana más afectado. Aparece de forma más o menos silente años después del diagnóstico del tumor primario, siendo indetectable en fases tempranas de la enfermedad. El diagnóstico en la mayoría de los casos es tardío (a pesar de la incorporación de técnicas como el PET y la capsula endoscópica) por aparición de complicaciones como obstrucción, perforación y sangrados digestivos intermitentes, siendo más infrecuente el debut como hemorragia digestiva intensa con inestabilización hemodinámica del paciente.

A pesar de tratarse de un tumor metastásico la cirugía reseciva ha demostrado mejorar el pronóstico y la supervivencia en

estos pacientes, considerándose en el momento actual el único tratamiento eficaz en esta enfermedad. De ahí la importancia de un diagnóstico de sospecha precoz y una indicación quirúrgica adecuada.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada e intervenida en nuestro hospital por hemorragia digestiva secundaria a una metástasis intestinal de melanoma vulvar.

Caso clínico

Mujer de 72 años con antecedentes de diabetes insulínica, hipertensión arterial e insuficiencia mitral, diagnosticada hace 12 años de melanoma maligno vulvar tratado con quimio-radioterapia. Asintomática y libre de enfermedad desde entonces, la paciente acude a urgencias por presentar astenia, anemia y pérdida de peso de un mes de evolución asociado a hemorragia digestiva intermitente que en los dos últimos días se ha hecho más intensa con varios episodios de rectorragia e inestabilidad hemodinámica. A su llegada a urgencias destaca regular estado general, hipotensión de 8/5 que responde a sueroterapia, frecuencia cardíaca 100 lpm y afebril. En análisis de sangre destaca anemia severa con Hb de 6.2 gr./dl y Hematocrito de 18% que requirió trasfusión de varios concentrados de hemáties. Tras estabilización hemodinámica

correspondencia: Dr. Alberto Titos García. Secretaría del Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional de Málaga "Carlos Haya". Avenida de Carlos Haya, s/n. C.P. 29010. Málaga (España). albertotitosg@hotmail.com

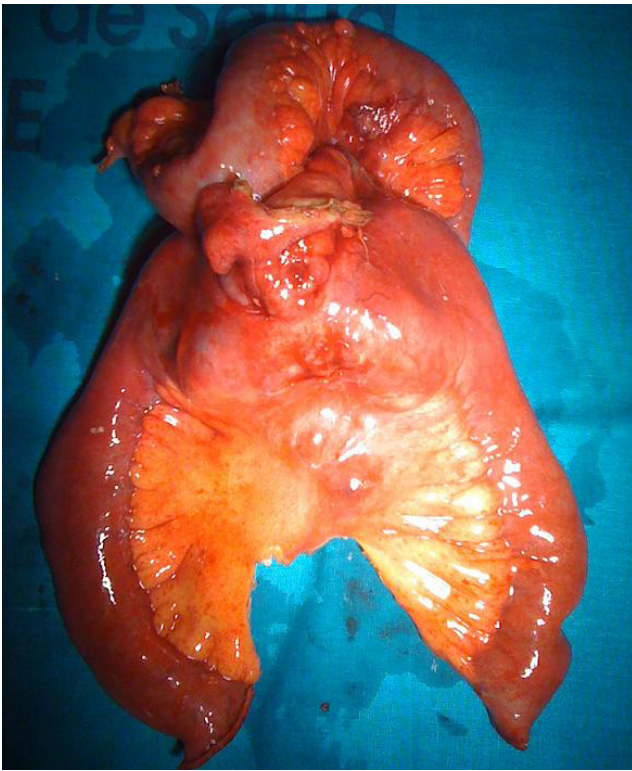


Figura 1.— Pieza de resección con dos metastasis de melanoma intestinal. Exéresis asociada de meso «en cuña»

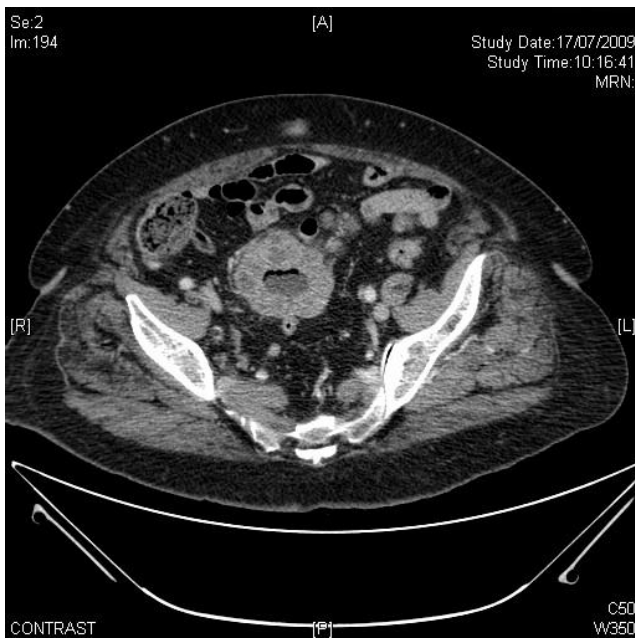


Figura 2.— Imagen de TC abdominopélvica con engrosamiento de asa de intestino delgado sospechoso de neoplasia intestinal.

de la paciente se realizó colonoscopia diagnóstica sin evidenciarse punto de sangrado, decidiéndose ingreso en servicio de digestivo para completar estudio. Se realizó una Tomografía axial computerizada (TC) abdominopélvica, donde se visualizó una masa pélvica de 6,2 x 7 cm. que englobaba varias asas de intestino delgado y parecía depender de ileon terminal, sugestivo de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Se decide cirugía encontrándose una masa adherida a pelvis que engloba un asa de yeyuno y otra de ileon terminal, ambas de unos 15 cm. Se realiza resección en bloque de la masa y asas afectas, con doble anastomosis intestinal. El postoperatorio cursa con buena tolerancia digestiva salvo infección severa de herida quirúrgica, siendo dada de alta el 26º día. La histología informa de 2 metastasis de melanoma, una infiltrando la totalidad de la pared ileal, y otra originada a nivel del meso que infiltra la serosa del asa yeyunal. En las técnicas inmunohistoquímicas resultó positiva para Melan-A, y negativa para cKit y AE1-AE3. Tras un periodo libre de enfermedad de 10 meses sin seguir tratamiento adyuvante, se detectó en el seguimiento progresión de la enfermedad con una metástasis en base pulmonar derecha, falleciendo la paciente a los 12 meses de la cirugía abdominal.

Discusión

El melanoma es el tumor extraabdominal que más frecuentemente afecta al intestino delgado. Aproximadamente el 60% de los pacientes fallecidos por este tumor tienen metastasis gastrointestinales, aunque su diagnóstico *antemortem* solo se consigue en el 1,5-4,4% de los casos (1-3). El melanoma de extensión superficial es el subtipo más relacionado (70-80%) y la zona de afectación suele ser yeyuno e ileon. La lesión metastásica típicamente forma masas polipoideas, pigmentadas o amelanocíticas, en la submucosa intestinal; y solo en raras ocasiones se presenta como una masa solitaria. El periodo libre de enfermedad entre el primario cutáneo y la metastasis intestinal varía entre 6 y 90 meses, aunque recientemente se ha descrito la existencia de un tipo de melanoma primario de intestino delgado que no presenta neoplasia cutánea previa (4). Su predilección por el intestino delgado es bien conocida, y aunque la razón de esta localización es desconocida, parece estar implicada la sobreexpresión en las células tumorales de los receptores de citoquinas CXCR4, CCR7 y CCR9, implicados en otros tumores gastrointestinales (5).

Suele pasar desapercibido en estadios iniciales de la enfermedad por presentar clínica gastrointestinal insidiosa como dolor abdominal inespecífico, náuseas y presencia de sangre oculta en heces, diagnosticándose en el momento de la aparición de complicaciones como son obstrucción y perforación intestinal. El debut como hemorragia digestiva baja intensa con afectación del estado general del paciente es infrecuente y suele corresponder a una situación evolucionada del tumor con ulceración de la mucosa intestinal. También han sido descritos en la literatura casos de intususcepción de intestino delgado debido a metastasis de melanoma cutáneo (6,7). El estudio diagnóstico convencional comprende la ultrasonografía (insuficiente usada de forma aislada), estudios de contraste baritado (detecta anomalías lumenares, sin

hallazgos extraintestinales), tomografía computerizada (sensibilidad 60-70%) y un estudio endoscópico completo (difícil acceso a yeyuno e ileon). La introducción de técnicas como la tomografía por emisión de positrones (PET) y el uso de la cápsula endoscópica han permitido mejorar los resultados diagnósticos. El PET con fluorodesoxiglucosa en combinación con la TAC alcanza sensibilidades cercanas al 100% (4,5,8). Por otro lado el uso de la cápsula endoscópica mejora la detección y además permite valorar la extensión de la afectación, sobre todo en casos de sangrados digestivos de origen incierto (9). El uso de la laparoscopia en el diagnóstico es raro, sin embargo sí es una técnica a valorar en la planificación quirúrgica de la enfermedad (10). El diagnóstico definitivo será tras el examen histopatológico de la pieza y la detección de los marcadores inmunohistoquímicos S-100, HMB-45 y Melan-A (4,6).

La resección quirúrgica del tumor con márgenes libres y una resección mesentérica linfática en cuña es el tratamiento de elección. Teniendo una morbimortalidad reducida, la cirugía ha demostrado aumentar la supervivencia de estos pacientes con cifras entre 7-28% según series a 5 años (mediana 15 meses) respecto al tratamiento sistémico convencional que no ha demostrado beneficios en términos de supervivencia, inferior al 10% a 5 años (mediana 6-9 meses) (4-8, 10,11). En el caso de metastasis hepáticas se desestima el tratamiento quirúrgico (3). Entre los factores pronósticos de supervivencia definidos por la American Joint Committee on Cancer (AJCC) publicado en 2009 están: localización de la metástasis, número de metastasis (contemplado pero no incluido todavía como tal) y niveles elevados de LDH superiores a 200 U/L; incluido por primera vez como factor independiente de alta sensibilidad predictiva de supervivencia (nuestro caso presentaba cifras de 233 U/L) (12).

Conclusiones

Es esencial el diagnóstico precoz de la enfermedad, teniendo una alta sospecha clínica en pacientes con historia previa de

melanoma y sintomatología gastrointestinal, para poder plantear una cirugía que ha demostrado ser el único tratamiento actual que aumenta la supervivencia en estos pacientes muy por encima de las terapias sistémicas conocidas en el momento actual.

Bibliografía

1. Idelevich E, Kashtan H, Mavor E, Brenner B. Small bowel obstruction caused by secondary tumors. *Surg Oncol* 2006; 15: 29-32.
2. Blecker D, Abraham S, Furth E, Kochman M. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (12): 3427-3433.
3. Carvajal-López F, Muñoz-Muñoz E, Rodríguez-Alsina X, Salas-Caudevilla A, Marco Molina C. Malignant skin melanoma intestinal metastasis as a cause of recurrent yeyunal intussusception. *Cir Esp* 2012; 90(7): 466-476.
4. Lens M, Bataille V, Krivocapic Z. Melanoma of the small intestine. *Lancet Oncol* 2009; 10: 516-521.
5. Park J, Ostrowitz M, Cohen M, Al-Kasspooles M. A patient with metastatic melanoma of the small bowel. *Oncology* 2009; 23(1): 98-102.
6. Butte J, Meneses M, Waugh E, Parada H, De La Fuente H. Ileal intussusception secondary to small bowel metastases from melanoma. *Am J Surg* 2009; 198(1): e1-2.
7. Alghamdi S, Omarzai Y. Metastatic melanoma presenting as intussusception in a 80-year-old man: a case report. *Case Rep Pathol* 2013; 2013: 672816.
8. Sanki A, Scolyer RA, Thompson JF. Surgery for melanoma metastases of the gastrointestinal tract: Indications and results. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35(3): 313-319.
9. Prakoso E, Selby W. Capsule endoscopy in patients with malignant melanoma. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1204-1208.
10. Kasza J, Espinel F, Khambaty F, Bashir S, Brody F. Laparoscopy for stage IV Melanoma in two organs. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010; 20(4): 295-297.
11. Patti R, Cacciatori M, Guercio G, Territo V, Di Vita G. Intestinal melanoma: a broad spectrum of clinical presentation. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3(8): 395-398.
12. Balch C, Gershenwald J, Soong SJ, Thompson J, Atkins M, Byrd D et al. Final version of 2009 AJCC Melanoma Staging and classification. *J Clin Oncol* 2009; 27(36): 6199-6206.