

Metástasis de colon recidivante por melanoma maligno

Recurrnt colon metastasis for malignant melanoma

**Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dr. Rodolfo Morell González;
Dra. Carmen Guerra Rodríguez; Dr. Héctor Conejero Álvarez**

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentó el caso de una paciente de 50 años que en 1995 se le diagnosticó un melanoma nodular en estadio IV de Clark. Un año y medio después presentó metástasis a nivel de rectosigmoide, debutando con tumoración y anemia. Fue sometida a intervención quirúrgica donde se diagnosticó metástasis por melanoma. Diez meses después comienza con melena y tumoración de epigastrio, se realiza laparotomía exploradora y se encontró tumoración en colon transverso, de lo cual resultó metástasis del melanoma. En ambas ocasiones se realizó biopsia por congelación en los bordes anastomóticos sin infiltración local.

DeCS: MELANOMA; METÁSTASIS COLON.

ABSTRACT

A 50 years old patient is studied. He was diagnosed a modular melanoma, Clark`s stage IV. One year and a half later, she present metastasis at rectosigmoid level, resulting a tumor mass and anemia. She was a surgically intervened, and the diagnosis was metastasis for melanoma. Ten years after, she begins presenting melena and a tumor in epigastrium, exploratory laparotomy was performed. It was

found a tumor in transverse colon which resulted from melanoma metastasis. Biopsy for congelation in the anastomotic borders without local infiltration was carried out in both occasions.

DeCS: MELANOMA; NEOPLASM METASTASIS.

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno se caracteriza por su amplia capacidad de diseminación y constituye el tumor primario que más metastatiza en el tracto gastrointestinal, ⁽¹⁾ sobre todo en el intestino delgado, fundamentalmente íleon, menos en esófago y rara vez en el colon. ² A continuación describiremos un caso de metástasis en colon de forma recidivante secundaria a un melanoma maligno.

Cuadro Clínico:

Paciente femenina de 50 años que en 1995 acudió al hospital oncológico Madame Curie de esta ciudad por presentar lesión verrucosa de 5 a 6 cm en la cara interna del muslo derecho, de color negro, dolorosa y que sangraba frecuentemente. La lesión es extirpada y su resultado anatomopatológico el de un melanoma nodular en estadio IV de Clark.

Un año y medio más tarde comienza a presentar astenia, anorexia, pérdida de 40 libras aproximadamente y heces fecales rojizas, motivo por el cual es ingresada.

Examen físico: Toma del estado general, palidez cutáneo mucosa; se palpa a nivel de abdomen inferior en hipogastrio y fosa iliaca izquierda una masa tumoral de 6 cm aproximadamente, dolorosa y que parece corresponder a sigmoide. Resto de examen sin alteraciones.

Analítico: Hb: 9 g/dl, hematocrito: 29 %, Vsg: 130 mm/h, Coagulograma completo: normal; enzimas hepáticas y cardíacas: normales; iones y función renal: normales. Gastroscopia: normal; radiografía de colon baritado: tumoración de recto sigmoide. La ecografía abdominal y la TAC señalan posibles lesiones metastásicas en intestino o sigmoide; el resto del examen resultó negativo.

La paciente es intervenida quirúrgicamente al encontrarse tumoración que infiltra hasta la serosa a nivel de recto sigmoide, de unos 8 cm aproximadamente, de aspecto parduzco y violáceo. Se realiza resección, con anastomosis término-terminal, se revisa el resto de la cavidad y no se encuentra ningún tipo de

alteración. El informe histopatológico es de metástasis de un melanoma maligno a nivel de recto sigmoide.

La paciente después de 10 meses comienza con dolor abdominal, heces oscuras y gran toma del estado general, al tiempo que se halla en la región de epigastrio una tumoración de más o menos 8 cm, movable, dolorosa, que parece corresponder a tumoración de estómago o colon transverso; se realiza laparotomía exploradora y se encuentra un proceso tumoral de 7 a 8 cm a nivel del colon transverso extendido hasta la serosa de coloración oscura sin infiltrar órganos vecinos ni metástasis. Se realiza nueva resección y anastomosis término-terminal en dos planos. Informe histológico con hematoxilina-eosina es de metástasis de colon de melanoma maligno, confirmado por técnica inmunocitoquímica utilizando S100 y HMB45 para el marcado de la melanina. En ambas operaciones se realiza biopsia con congelación en los bordes anastomóticos, y no se encuentran signos de infiltración local. La paciente se encontraba asintomática después de 15 meses de operada.

DISCUSIÓN

Las metástasis gastrointestinales de melanoma maligno se encuentran en un 60 % del total de la muestra en los pacientes con enfermedad diseminada.^{3, 4} Mientras que el diagnóstico en vida oscila entre el 40 %⁴ y el 8, 9 %.⁵ Las metástasis llegan al aparato digestivo por diseminación directa o linfática, pero por diseminación hematogena aparecen nódulos mucosos y submucosos. Estos melanomas viscerales deben diferenciarse de los linfomas, leiomiomas, sarcoma de Kaposi y carcinoides.⁴ En 6 000 pacientes con melanomas⁶ de los cuales 102 presentan metástasis en intestino delgado y colon, el 29 % presenta dolor abdominal; obstrucción intestinal 27 % y sangramiento 26 %, nuestra paciente presenta dolor abdominal y sangramiento marcado en las dos oportunidades. El intervalo entre el tratamiento de la lesión primaria y la detección de la metástasis es característico de la extensión gastrointestinal del melanoma; las mismas tienen una duración entre dos a 12 años y de dos a 87 meses.⁴ En la mayoría de ellos se hace el diagnóstico cuando las complicaciones han aparecido.⁵ El diagnóstico se realiza por radiología baritada, por la laparotomía exploradora o procedimientos endoscópicos.⁶ El tratamiento quirúrgico⁶ debe efectuarse siempre en pacientes con complicaciones, como es este caso, resultando de la exéresis tumoral una relativa prolongación de la vida, la cual es mayor con la adición de inmunoterapia sistémica, según algunos autores.³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basagoiti M, Vesga F, Losada J, Villanueva-Edo A. Metástasis gástrica de melanoma. Rev Esp Enf Digest. 1992;82:419-21.
2. Janet K. Melanoma metastatic in stomach, small bowel, or colon. Am J Surg. 1991;162:208-11.
3. Pacovsky Z, Fait V. Distant metastatic of malignant in the small intestine. Roshl Chir. 1996;71:426-6.
4. Klaase J, Kroon B. Sugery for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. B J Surg. 1996;77:60-1.
5. Roses D. Survival with regional and distant metastases from cutaneous malignant melanoma. Surg Gynecol Obst. 1994;172:262-8.
6. Branum G, Seigler H. Role of surgical intervention in the management of intestinal metastases from malignant melanoma. Am J Surg. 1991;162:428-31.

Recibido: 1 de marzo de 2002

Aprobado: 3 de abril de 2002

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.