

# METÁSTASIS INTRAABDOMINAL POR MELANOMA

## PRESENTACIÓN DE UN CASO

EZEQUIEL MUÑOZ<sup>1</sup>, YSBELIA ÁLVAREZ<sup>1</sup>, HOWARD OROZCO<sup>1</sup>, JOSÉ HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, AYELZEL MUÑOZ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE CIRUGÍA I, <sup>2</sup>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, <sup>3</sup>ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA

### RESUMEN

El melanoma maligno muestra una inusual predilección en producir metástasis a nivel del intestino delgado. El diagnóstico de metástasis en el intestino delgado por melanoma debe sospecharse en aquellos pacientes, con historia previa de melanoma, que presenten síntomas gastrointestinales o pérdida crónica de sangre. En el siguiente informe se presenta a un paciente masculino de 40 años de edad, con antecedentes de melanoma en la comisura labial, reseca 6 años antes, quien presenta dolor de aparición insidiosa, localizado en hipogastrio de moderada intensidad, aumento progresivo de volumen en hipogastrio, asociado a tenesmo rectal, y, pérdida de peso importante de tres meses de evolución. El paciente presenta signos de abdomen agudo quirúrgico por lo que se practicó una laparotomía exploradora evidenciando un extenso tumor abdominopélvico perforado que infiltraba asas delgadas, mesenterio yeyunoileal, con adherencias al colon sigmoides, fuertemente adherido al sacro, a los vasos ilíacos y a la pared posterior de la vejiga. Se realizó una resección, lo más amplia posible, del tumor. El paciente fallece en el posoperatorio mediato por sepsis. El reporte histopatológico reportó melanoma metastásico. El tratamiento quirúrgico es paliativo, y aumenta la sobrevida del paciente si la enfermedad metastásica involucra sólo el intestino delgado; lo que no se observa para aquella enfermedad metastásica simultánea del intestino delgado y otros órganos.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, melanoma, metástasis, tratamiento, cirugía.

### SUMMARY

The malignant melanoma shows an unusual predilection for produce metastasis at the small bowel. The diagnosis of small bowel metastases for malignant melanoma should be suspected in those patients with previous history of melanoma that present gastrointestinal symptoms or chronic blood loss. In the following report, we present a 40 years old male patient with antecedents of labial commissure malignant melanoma, surgical removed 6 years before, who presents pain of insidious appearance, located in hypogastrium of moderate intensity, with progressive increase of hypogastrium volume, associated to rectal tenesmus, and, important weight loss in the last three months. The patient presents signs of acute surgical abdomen, for what, a exploratory laparotomy was practiced evidencing an extensive abdomino pelvic perforated tumor witch infiltrated small bowel and yeyunoileal mesenteries, with adherences to the colon sigmoid, strongly stuck to the sacred, to the iliacs vessels and the posterior wall of the bladder. We realized a wide resection of the tumor. The patient died in the postoperatory by sepsis. The histopathological report shows metastasic melanoma. The surgical treatment is palliative, and increasing the patient's survival if the metastasic disease only involves the small bowel; not being in this way, for the simultaneous metastasic disease of the small bowel and other organs.

**KEY WORDS:** Cancer, melanoma, metastases, treatment, surgery.

### INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno resulta ser una patología cuya incidencia ha aumentado espectacularmente, en

# E

Recibido: 12/08/2002 Revisado: 11/09/2002

Aprobado para Publicación: 19/05/2003

Correspondencia: Dr. Ezequiel Muñoz

Servicio de Cirugía I, Hospital Universitario de Caracas. Ciudad Universitaria, Caracas, Venezuela

E-mail: ohowie@cantv.net

más de un 300 % en los últimos 40 años, en lo que respecta a lesiones en piel, pero su extensión metastásica al tracto gastrointestinal, sobre todo donde se involucre el intestino delgado de un tumor que se origina fuera de la cavidad abdominal resulta ser poco frecuente e indetectable clínicamente en los estadios tempranos.

### Caso clínico

Se trata de paciente masculino de 40 años de edad natural del estado Trujillo, quien refirió el inicio de su enfermedad en noviembre de 2000; caracterizada por dolor de aparición insidiosa, localizado en hipogastrio, de moderada intensidad, intermitente, irradiado a ambas fosas ilíacas, que cede con la ingesta de analgésicos, y que posteriormente presentó un aumento progresivo de volumen en hipogastrio, asociado a tenesmo rectal y pérdida de peso de 20 kilogramos en 3 meses. Antecedentes personales: alergia a penicilina; septoplastia hace 14 años, resección de un melanoma, a nivel de la comisura labial izquierda, corroborada por biopsia, 6 años antes. Antecedentes familiares: 2 hermanos con ictiosis. Hábitos psicobiológicos: 10 cigarros por día, desde los 22 años de edad, niega hábitos alcohólicos. Refiere hiporexia, adinamia, debilidad general, en cuanto al hábito intestinal; éste resultó ser de cada 5 a 6 días, siendo las heces de consistencia dura y pequeñas.

Al examen físico se encontró al paciente en regulares condiciones generales, afebril, hidratado, signos vitales estables, palidez cutáneo mucosa acentuada, manchas hipocrómicas generalizadas, cicatriz en comisura labial izquierda, piel seca, abdomen plano, blando, deprimible, con aumento de volumen en hipogastrio, ruidos hidroaéreos ausentes. Se evidenció una masa de 12 cm x 12 cm en hipogastrio, con límite superior a nivel de la cicatriz umbilical, de superficie lisa y regular, poca móvil, dolorosa a la presión, genitales

masculinos de aspecto normal, tacto rectal hiperplasia prostática grado II, resto normal.

Los exámenes complementarios arrojaron los siguientes resultados: Hb: 4,5 g/dL, Hcto: 15 %, Gb: 11 000/mm<sup>3</sup>, Seg: 81 %. VSG: normal. PT: 10,8"/12", PTT: 29"-26", Glic: 109 mg/dL, Urea: 21 mg %, Creat: 0,53 mg %. Función hepática: Normal, Na: 139 mEq/L, K: 4,5 mEq/L, Cl: 105 mEq/L; HIV: negativo, Ca 19-9 y CEA normales; Ca 125: 113,83 U/mL. Examen de orina y heces normales. Radiografía de abdomen simple de pie dentro de la normalidad.

Se realizaron los siguientes estudios imagenológicos: ecosonograma abdominal, el cual, reportó tumor pélvico, con dilatación pielocalicial del riñón derecho, vejiga con paredes engrosadas. Tomografía axial computarizada, reportó engrosamiento de las paredes del colon, y asas ileales, con disminución del diámetro de la luz del recto sigmoides. Colonoscopia, que reportó compresión extrínseca de la ampolla rectal y, colon por enema de resultado normal. La cistoscopia evidenció compresión extrínseca de la vejiga; posteriormente se practicó tránsito intestinal, demostrando mal rotación del intestino delgado y fístula recto-sigmoides.

Con los hallazgos clínicos y radiológicos se establecen los siguientes diagnósticos: tumor abdominal en estudio, cáncer de colon a descartar, tumor de asas delgadas, y por último tumor retroperitoneal.

Durante su hospitalización el paciente presentó acentuado dolor abdominal, que no cedió a la administración de analgésicos tipo AINES, así como, signos evidentes de irritación peritoneal, hipertermia, leucocitosis y acidosis metabólica, por lo que se realizó una laparotomía exploradora de emergencia, encontrándose los siguientes hallazgos: tumor abdomino-pélvico de color negro; de consistencia sólida, de un tamaño aproximado de 15 cm x 18 cm, que involucraba el mesenterio yeyunoileal, con adherencias al colon sigmoides, fuertemente

adherido al sacro, a los vasos ilíacos, a la pared posterior de la vejiga, el tumor se encontraba perforado en su cara posterior, evidenciándose secreción espesa con abundante detritus celular fétido. Con estos hallazgos se procedió a realizar drenaje de la cavidad abdominal, poda del tumor; resección de todo el intestino delgado involucrado y, anastomosis latero-lateral en dos planos del mismo, cistostomía con colocación del drenaje en fondo de saco, y, síntesis en masa de la pared abdominal.

El estudio histopatológico reveló metástasis por melanoma del intestino delgado. La evolución posoperatoria del paciente fue tórpida, presentando cuadro séptico y falleciendo a las 72 horas del posoperatorio.



Figura 1. Evidencia de aumento de volumen en hipogastrio.



Figura 2. Exposición de la masa tumoral.



Figura 3. Tumor abdominopélvico, que involucró mesenterio yeyunoileal, con adherencias a sigmoides.

## DISCUSIÓN

Las lesiones cutáneas pigmentadas, constituyen una de las alteraciones que se observa con mayor frecuencia en la exploración física, la dificultad radica en distinguir el melanoma cutáneo, que puede ser mortal, del resto de lesiones pigmentadas que con raras excepciones son benignos <sup>(1)</sup>.

Así tenemos que lesiones superiores a 3,50 mm de acuerdo a la clasificación de Breslow y, acorde a su localización anatómica, constituyen un importante factor pronóstico independiente del tumor <sup>(2)</sup>.

El melanoma puede producir metástasis a cualquier órgano, disminuyendo la tasa de sobrevivencia a un 5 % al cabo de 5 años <sup>(3)</sup>; para algunos autores, el melanoma metastásico suele ser incurable y, la supervivencia en los pacientes con metástasis viscerales, es generalmente; menor de un año, por lo que el tratamiento es paliativo con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

Así tenemos que, en nuestro caso particular, el melanoma maligno muestra una inusual predilección de producir metástasis al intestino delgado. Una revisión realizada en el período de 1989 a 1996 en el *Tianjin Medical University*

*Cancer Hospital*; evidenció sólo 3 casos de melanoma maligno con metástasis al intestino delgado, los cuales fueron resecaados y confirmados histopatológicamente<sup>(4)</sup>. No se evidenció en este trabajo metástasis a otros órganos, estos casos comprendieron sólo un 7,8 % de melanoma maligno detectado en ese período de tiempo.

Es conveniente señalar que la incidencia de melanoma maligno con metástasis del tracto gastrointestinal, presente en pacientes con vida no es rara. En series clínicas, la prevalencia de metástasis en el tracto gastrointestinal, en pacientes con melanoma es de 0,9 % por 1 000 pacientes en un estudio realizado por Das Gupta y col.<sup>(5)</sup>, para el año de 1964.

Otros autores señalan que el pronóstico de aquellos pacientes, cuyo sitio inicial de enfermedad metastásica sea el tracto gastrointestinal, es mucho mejor que aquellos que han desarrollado metástasis extraintestinal<sup>(6)</sup>.

Los síntomas producidos por las metástasis del intestino delgado por melanoma incluyen: pérdida crónica de sangre, obstrucción intestinal, dolor abdominal, anorexia, náuseas,

vómitos y pérdida de peso.

Los estudios imagenológicos mínimos a realizar son: radiografía de abdomen, ecosonograma abdominopélvico, tomografía axial computarizada, y, valoración del tracto gastrointestinal por métodos tales como colonoscopia, y colon por enema<sup>(7)</sup>.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se ha señalado que, existe una mínima morbilidad y mortalidad en pacientes con metástasis del tracto gastrointestinal<sup>(8)</sup>. La sobrevida puede llegar a ser de 48 meses si se practica una resección completa de la enfermedad metastásica del tracto gastrointestinal, la tasa de sobrevida global a 5 años es de un 38 %.

Si no se realiza la resección de la lesión, el pronóstico de melanoma con metástasis visceral es pobre, siendo la sobrevida promedio del paciente de 9,7 meses<sup>(9)</sup>.

Existe el consenso general, de que, la intervención quirúrgica es un procedimiento paliativo en aquellos pacientes que presentan la sintomatología antes señalada<sup>(10)</sup>.

## REFERENCIAS

- Harrison. Principios de medicina interna. 13ª edición. Volumen II. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 1994.p.2152-2157.
- Hemo Y, Gutman M, Klausner JM Anatomic site of primary melanoma is associated with depth of invasion. Arch Surg 1999;134(2):148-150.
- Weinstock MA. Early detection of melanoma. JAMA 2000;284(7):886-889.
- Hao XS, Li Q, Chen H. Small bowel metastases of malignant melanoma: Palliative effect of surgical resection. Jpn J Clin Oncol 1999;9(9):442-444.
- Das Gupta TK, Brasfield RD. Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. Arch Surg 1964;88:969-973.
- Morton DL, Wanek L, Nizze JA, Elashoff RM, Wong JH. Improved long-term survival after lymphadenectomy of melanoma metastatic to regional nodes. Analysis of prognostic factors in 1 134 patients from the John Wayne Cancer Clinic. Ann Surg 1991;214(4):491-499; discussion 499-501.
- Berman C, Reintgen D. Radiologic imaging in malignant melanoma: A review. Semin Surg Oncol 1993;9(3):232-238. Review.
- Ollila DW, Essner R, Wanek LA, Morton DL. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. Arch Surg 1996;131(9):975-979; 979-980.
- Amer MH, Al-Sarraf M, Vaitkevicius VK. Clinical presentation, natural history and prognosis factors in advanced malignant melanoma. Surg Gynecol Obstet 1979;149(5):687-692.
- Coit DG. Role of surgery for metastatic malignant melanoma: A review. Semin Surg Oncol 1993;9(3):239-245. Review.