

bargo solamente en un 2-5% de todos los casos es posible su detección por métodos radiológicos o endoscópicos. Aunque puede encontrarse en cualquier segmento digestivo, su localización más frecuente es en el intestino delgado. Las metástasis de melanoma en el tracto gastrointestinal pueden ser la primera manifestación de la enfermedad o aparecer años después del diagnóstico como primer signo de recurrencia tumoral. Lo que es excepcional es una metástasis sin que aparezca el melanoma primario^{1,2}.

Presentamos un caso de melanoma maligno que se inició como metástasis en íleon distal que causaba un cuadro de obstrucción por invaginación ileocecal y obligó a una intervención quirúrgica urgente. Tras una búsqueda exhaustiva, no se identificó el tumor primario, lo que da un carácter de excepcionalidad a este caso clínico.

Mujer de 55 años de edad, intervenida de una neoplasia de mama derecha 8 años antes, que acudió a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución acompañado de rectorragia, deposiciones diarreicas en un principio y posteriormente estreñimiento, con distensión abdominal progresiva y timpanismo. En la exploración física destacaba dolor abdominal difuso con peristaltismo de lucha, y en la analítica, 15.100 leucocitos (90% neutrófilos); PCR, 5 mg/l, y urea, 62 mg/dl. La radiología simple mostró gran dilatación de asas de intestino delgado, con ausencia de gas en colon. Se practicó una tomografía computarizada abdominal, que informó de una obstrucción de intestino delgado por probable invaginación en colon derecho (fig. 1), por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente. En ella se objetivó una invaginación ileocecal causada por una masa polipoidea ulcerada y negruzca; se practicó una hemicolectomía derecha. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

La anatomía patológica reveló la presencia de una intususcepción ileocecal causada por una metástasis de un melanoma epiteliode maligno. Se observaban nidos de células grandes epitelioides con citoplasma abundante repleto de pigmento negruzco. Presentaba además grandes nucleolos y ocasionales seudoinclusiones intranucleares. El tumor ulceraba mucosa y se extendía a submucosa y muscular propia (fig. 2).

Para descartar el origen primario tumoral se contactó con los servicios de dermatología, ginecología, oftalmolo-



Metástasis ileal de melanoma de origen desconocido

Sr. Director:

El melanoma maligno cutáneo es la neoplasia extraabdominal que más comúnmente metastatiza en el tracto digestivo. Muestra una inusual tendencia a hacerlo y sin em-

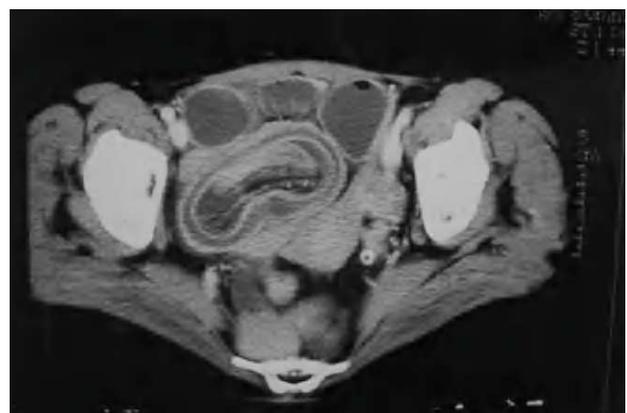


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal que muestra una invaginación ileocecal que obstruye el intestino delgado.

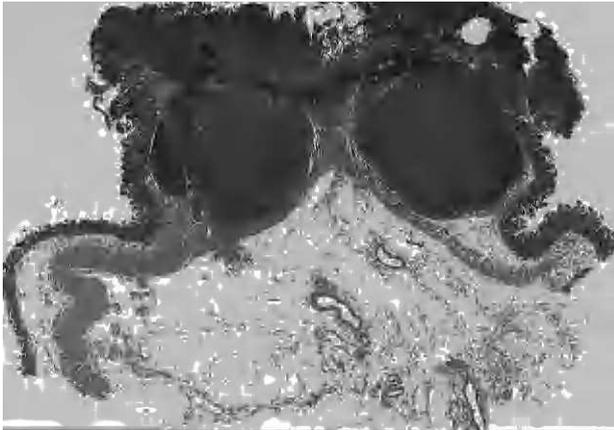


Fig. 2. Pared de íleon terminal con nódulos localizados en mucosa, submucosa y capa muscular propia, con intensa pigmentación (H-E, $\times 4$).

gía, otorrinolaringología y neurología, y se realizó una rectoscopia, que no fueron capaces de demostrar cuál era el melanoma inicio del cuadro. La enferma ha pasado al servicio de oncología y en la actualidad está en tratamiento coadyuvante.

La aparición de una metástasis de melanoma con un tumor primario desconocido es algo muy infrecuente. Supone únicamente un 2-4% de todos los pacientes que presentan metástasis de esta neoplasia en el tracto gastrointestinal. La hipótesis más aceptada en estos casos, y que intentaría explicar que no se encuentre el melanoma primario, es la regresión o desaparición del tumor primario¹⁻³.

Antes de llegar a la conclusión de que no hay un origen primario tumoral es preciso analizar exhaustivamente todos los lugares donde hay melanocitos de forma fisiológica y podría asentar un melanoma. Tras descartar el probable origen cutáneo, con un examen cuidadoso y poniendo especial atención en las extremidades, el cuero cabelludo, las lesiones subungueales, el tronco y la espalda, es obligatoria una evaluación oftalmológica que descarte lesiones primarias en retina, conjuntiva o coroides. Igualmente, se debe descartar la

localización tumoral en la vulva, especialmente los labios menores, los mayores y el clítoris, con una exploración ginecológica minuciosa, y evaluar la mucosa oral y nasal y el oído interno, dado que aquí también hay melanocitos. Es necesario descartar su origen en la región perianal, ya que en esta localización sí que es más frecuente que asienten melanomas malignos, así como en ano y recto. Por último hay que realizar una exploración neurológica completa por si el origen tumoral está en las meninges⁴.

En el caso que nos ocupa, no nos ha sido posible demostrar la lesión originaria a pesar de todos los exámenes practicados a la paciente; por ello nos inclinamos a pensar en la posible regresión del melanoma primario como origen del cuadro.

Debe sospecharse la posibilidad de metástasis en el tracto gastrointestinal ante la aparición de sintomatología abdominal de cualquier índole en enfermos con historia de melanoma cutáneo. Es difícil establecer el diagnóstico preoperatorio por métodos de imagen, ya sean radiológicos o endoscópicos, al ser normalmente indetectables. De hecho, en la mayoría de las ocasiones, el hallazgo es intraoperatorio en el contexto de un cuadro de obstrucción intestinal. Por último, es importantísimo el diagnóstico precoz, ya que éste condiciona el pronóstico^{1,3}.

**José Vázquez Ruiz, Cándido Fernando Alcázar López,
Mariano Franco Campello y Félix Lluís Casajuana**

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Bibliografía

1. Elsayed AM, Albahra M, Nzeako UC, Sobin LH. Malignant melanomas in the small intestine: a study of 103 patients. *Am J Gastroenterol.* 1996;91:1001-6.
2. Gatsoulis N, Roukounakis N, Kafetzis I, Gasteratos S, Mavrakis G. Small bowel intussusception due to metastatic malignant melanoma. A case report. *Tech Coloproctol.* 2004;8 Suppl 1:141-3.
3. Gutman H, Kenneth R, Kokotsakis JA, Ross MI, Guinee VF, Balch CM. Surgery for abdominal metastases of cutaneous melanoma. *World J Surg.* 2001;25:750-8.
4. Ross MI, Stern SJ. Mucosal melanomas. En: Balch CM, Houghton AN, Sorber AJ, Soong SJ, editores. *Cutaneous melanoma.* 4.ª ed. St. Louis: Quality Medical; 2003. p. 297-308.