

Intususcepción yeyunal por metástasis de melanoma cutáneo

Antonio Gordón Suárez, Francisco Sánchez Ganfornina, Javier López Ruiz y Francisco Baez Romero

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Comarcal de Pozoblanco. Área Sanitaria Norte de Córdoba. Pozoblanco. Córdoba. España.

Las metástasis tumorales del tracto gastrointestinal son poco frecuentes. Los melanomas, sin embargo, tienen una especial predilección para la diseminación. Estas metástasis pueden presentarse al mismo tiempo que el tumor primario o décadas después de su tratamiento como primer signo de recidiva¹. Los síntomas suelen ser inespecíficos (dolor abdominal difuso, obstrucción del intestino delgado, hematemesis y melenas), por lo que el diagnóstico suele ser difícil y, casi siempre, tardío; estas metástasis se encuentran en el curso de una intervención quirúrgica urgente por hemorragia, perforación u obstrucción. El pronóstico de estos pacientes es malo, con una media de supervivencia de 4 a 6 meses².

Presentamos un caso de invaginación yeyunal por metástasis de melanoma en una mujer de 45 años sin antecedentes quirúrgicos, con residencia habitual fuera de nuestra área sanitaria, que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso tipo cólico y vómitos, sin alteración del tránsito intestinal. Refería episodios similares de meses de evolución. En la exploración física la paciente presentaba buen estado general y constantes normales. Abdomen blando, con dolor difuso a la palpación, más marcado en vacío izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica de urgencias, todos los parámetros estaban dentro de la normalidad, salvo una anemia microcítica (hemoglobina, 9,8 g/dl; hematocrito, 29,4%; volumen corpuscular medio, 68,3 fl). En la radiografía simple de abdomen se objetivaron asas de intestino delgado dilatadas en el hemiabdomen izquierdo. Ante lo anodino del cuadro y, como primera medida, se realizó ecografía abdominal de urgencias, en que destacaba una imagen en vacío izquierdo con capas hipoecogénicas alternando con otras ecogénicas fijas, de 12,5 × 9,8 cm. Las asas proximales a dicha imagen presentaban un peristaltismo

aumentado, sin observar líquido libre. Ante la sospecha de invaginación intestinal se decidió laparotomía urgente; en el acto operatorio se encontró una intususcepción de asa yeyunal causada por una tumoración intraluminal. En las primeras asas de yeyuno, proximal a los hallazgos descritos, se objetivaron 3 lesiones de similares características a la causante del cuadro (fig. 1). Se realizó una resección del área de invaginación y de yeyuno proximal que incluía las tumoraciones descritas (aproximadamente, 70 cm en total), con posterior anastomosis yeyunoyeyunal laterolateral mecánica. El estudio anatomopatológico de la pieza mostró una intususcepción intestinal causada por dos tumoraciones de 4 × 2,8 cm y 2,4 × 1,5 cm, originadas en la pared intestinal, de color parduzco y homogéneas al corte. Además, se encontraron 3 tumoraciones proximales (la mayor de 3,7 × 2,1 cm) de características similares a las descritas. El estudio microscópico describe un segmento intestinal con 5 nódulos constituidos por una proliferación tumoral en áreas fusocelulares de aspecto epiteliode, con focos de necrosis y aticismo marcado. Se observan núcleos de nucléolo evidente, con citoplasmas amplios en su mayoría cargados de pigmento parduzco que tiñe de negro con Masson-Fontana. Las técnicas inmunohistoquímicas revelaron positividad de células tumorales con HMB-45 y S-100; todo lo descrito es compatible con melanoma múltiple (5 nódulos) de origen metastásico en el yeyuno. La paciente tuvo una evolución favorable, y se le dio el alta el séptimo día tras la intervención, con posterior seguimiento por el servicio de oncología de su hospital de origen. En el postoperatorio inmediato, la enferma refirió la extirpación de una lesión en el pabellón auricular años atrás, de la que no se realizó estudio histológico.

El melanoma maligno es uno de los tumores que con mayor frecuencia metastatiza en el tracto gastrointestinal. Se estima que un 2-4% de los pacientes con melanoma presentarán metástasis intestinales durante su enfermedad³; los situados en cabeza y cuello son los más proclives a producirlas⁴. Se localizan en cualquier parte del tracto digestivo, pero los sitios de aparición más frecuentes son el intestino delgado (51-71%), el estómago

Correspondencia: Dr. A. Gordón Suárez.
Manuel de Sandoval, 14, 3.º A. 14008 Córdoba. España.
Correo electrónico: antoniogordon@telefonica.net

Manuscrito recibido el 10-5-2007 y aceptado el 9-4-2008.



Fig. 1. Invasión yeyunal y área proximal que muestra 3 tumoraciones metastásicas de melanoma.



Fig. 2. Imagen ecográfica en ojo de buey o escarapela, típica de la invaginación intestinal.

(27%), el colon (22%) y el esófago (5%)¹. Los síntomas son muy variables: dolor abdominal inespecífico, anemia, melenas y rectorragias, oclusión, invaginación, perforación, fístulas, diarreas y mala absorción. Estas metástasis son clínicamente indetectables en estadios iniciales, los síntomas son tardíos, y normalmente el diagnóstico se realiza ante complicaciones⁵.

En pacientes con historia de melanoma, en los que no haya enfermedad sistémica aparente pero presenten síntomas gastrointestinales, deben realizarse estudios endoscópicos y radiológicos. Las lesiones metastásicas pueden aparecer de varias formas en el estudio endoscópico: pequeños nódulos submucosos múltiples, pólipos, úlceras y masas tumorales extrínsecas grandes. Estas lesiones pueden ser melanóticas y, por tanto, fácilmente reconocibles, o amelanóticas, que entonces plantean problemas de diagnóstico diferencial con otros tumores primarios o secundarios. Con pruebas diagnósticas, como la ecografía o la tomografía computarizada, las metástasis gastrointestinales pueden aparecer como lesiones polipoideas con o sin intususcepción, ulceraciones con cavitación, nódulos submucosos, engrosamiento difuso de la pared intestinal o implantes serosos. Una imagen clásica ecográfica es la de ojo de buey (*bull's eye*) o escarapela, que se describe como múltiples anillos concéntricos que corresponden a las distintas capas del intestino afectado (fig. 2). Las metástasis gastrointestinales del melanoma reflejan un estadio avanzado de la enfermedad, por lo que el tratamiento debe ir dirigido principalmente a paliarla. La cirugía es muy eficaz para reducir síntomas (80-90%) y mejorar la calidad de vida de estos enfermos. En algunas series se ha demostrado un incremento de la supervivencia en el grupo con resección completa de estas lesiones^{6,7}.

Como la incidencia de melanoma maligno está en aumento, es probable que en el futuro haya más metástasis gastrointestinales, por lo que debemos tener en cuenta lo expuesto anteriormente, incluso si el tumor primario se diagnosticó años antes.

Bibliografía

1. Capizzi PJ, Donohue JH. Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract: a review of the literature. *Comprehensive Therapy*. 1994;20:20-3.
2. Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc*. 2006;81:511-6.
3. López-Tomassetti EM, Pérez-Palma J, Carrillo-Pallares A. Invaginación intestinal asociada a metástasis de melanoma maligno. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:698-700.
4. 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.
5. Palau T, Alejo M, Romaguera A, De Castro X, De Caralt E, Serra C. Invaginación de íleon por metástasis de melanoma cutáneo. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:381-3.
6. Berger AC, Buell JF, Venzon D, Baker AR, Libutti SK. Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol*. 1999;6:155-60.
7. Karakousis CP, Velez A, Driscoll DL, Takita H. Metastasectomy in malignant melanoma. *Surgery*. 1994;115:295-302.