

Los quistes simples hepáticos asintomáticos son bastante comunes entre la población general con una prevalencia de hasta el 4,7% y un aumento de la incidencia con la edad^{1,2}.

Son malformaciones congénitas benignas derivadas de conductos biliares aislados aberrantes. Normalmente no invaden estructuras biliares ni vasculares, pero la compresión extrínseca de la vía biliar, generalmente en los de gran tamaño, puede causar obstrucción biliar y atrofia secundaria del parénquima hepático correspondiente³.

El tratamiento previo de los quistes con etanol ha sido considerado como un factor de riesgo en el desarrollo de un cistoadenocarcinoma aunque existe la duda de si el tumor existía desde un primer momento⁴.

El cistoadenocarcinoma biliar deriva generalmente del cistadenoma pero también puede desarrollarse a partir de un quiste simple aunque su incidencia sea muy baja^{5,6}. Asimismo, la hemorragia intraquistica ocasiona dudas diagnósticas con dicho tumor⁷.

En nuestro caso, la paciente desarrolla tras la etanolización, un proceso de cicatrización con fibrosis y calcificación que estenosa progresivamente la vía biliar intrahepática derecha y del segmento IV, ocasiona una atrofia secundaria e hipertrofia los únicos segmentos hepáticos que no tenían afectado el drenaje biliar. Desde un punto de vista diagnóstico no se pudo descartar la coexistencia de un proceso neoplásico asociado a los quistes y que justificara el cuadro clínico de la paciente, en ese momento la no resolución del cuadro hubiera desembocado en una cirrosis biliar secundaria y al trasplante hepático como única opción terapéutica.

En los últimos años se ha avanzado de forma considerable en la precisión diagnóstica de las lesiones hepáticas mediante técnicas de imagen, sin embargo, sigue siendo complejo el diagnóstico preoperatorio de benignidad en las estenosis biliares, quísticas o no, que simulan una neoplasia hiliar. El diagnóstico debe incluir análisis de laboratorio rutinarios con marcadores tumorales, así como técnicas de imagen que incluyan ecografía, tomografía computarizada helicoidal, resonancia magnética, ecoendoscopia y colangiorresonancia.

La fenestración por vía laparoscópica en casos sintomáticos y las técnicas de resección anatómica del hígado son muy efectivas en el tratamiento de este tipo de lesiones⁸, estando indicada en lesiones que simulen un tumor hepático en el que no pueda excluirse malignidad⁹ y en cuadros evolutivos hacia una cirrosis biliar secundaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaines PA, Sampson MA. The prevalence and characterization of simple hepatic cyst by ultrasound examination. *Br J Radiol.* 1989;62:335-7.
2. Caremani MV, Benci A, Sassoli S, Tacconi D. Echographic epidemiology of non-parasitic hepatic cysts. *J Clin Ultrasound.* 1993;21:115-8.
3. Farges O, Bismuth H. Fenestration in the management of polycystic liver disease. *World J Surg.* 1995;19:25-30.
4. Dohchin A, Suzuki J, Kanai T, Nomura A, Masutani M, Kadaoka K, et al. A case of cystic adenocarcinoma of the liver, appeared and developed a mural nodule after ethanol injection therapy. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 1996;93:763-8.
5. Ishak KG, Willis GW, Cummins SD, Bullock AA. Biliary cystadenoma and cystadenocarcinoma: report of 14 cases and review of the literature. *Cancer.* 1977;39:322-38.
6. Mizumoto R, Kawarada Y. Diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma and cystic adenocarcinoma of the liver. En: Okuda K, Ishak KG, editores. *Neoplasms of the liver.* Tokyo: Springer-Verlag; 1987. p. 381-96.
7. Kitajima Y, Okayama Y, Hirai M, Hayashi K, Imai H, Okamoto T, et al. Intracystic hemorrhage of a simple liver cyst mimicking a biliary cystadenocarcinoma. *J Gastroenterol.* 2003;38:190-3.
8. Kammula US, Buell JF, Labow DM, Rosen S, Millis JM, Posner MC. Surgical management of benign tumors of the liver. *Int J Gastrointest Cancer.* 2001;30:141-6.
9. Shimada M, Takenaka K, Gion T, Fujiwara Y, Taguchi K, Kajiyama K, et al. Treatment strategy for patients with cystic lesions mimicking a liver tumor. *Arch Surg.* 1998;133:643-6.

Luis Muñoz-Bellvís^{a,*}, Carmen Esteban Velasco^a,
Alejandra F. Pordomingo^b, Antonio Rodríguez Pérez^b
y Alberto Gómez Alonso^a

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante de Páncreas, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luismb@usal.es (L. Muñoz-Bellvís).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.04.018

Metástasis intestinal de melanoma maligno cutáneo como causa de intususcepción yeyunal recurrente

Malignant skin melanoma intestinal metastasis as a cause of recurrent jejunal intussusception

El melanoma maligno cutáneo es una neoplasia común y de comportamiento sumamente agresivo. Constituye el 1-3% de todas las neoplasias y puede producir metástasis en la mayoría de los órganos por vía hematógena y linfática^{1,3,6}.

Es uno de los tumores que con mayor frecuencia produce metástasis en el tracto gastrointestinal, siendo el intestino delgado el sitio más común. Se encuentran metástasis en el tracto gastrointestinal en el 60% de los pacientes que mueren a

causa de esta enfermedad, y en el 50-71% afectan a intestino delgado^{3,5,6,10}. Únicamente entre el 1,5 y el 5% son detectadas antes de la muerte^{1,2,6,9}.

El melanoma maligno superficial es la forma cutánea más frecuente, y también la que con mayor frecuencia produce metástasis en intestino delgado, afectando por igual a yeyuno e íleon^{1,6}. Existen cuatro tipos de melanoma metastásico en intestino delgado: cavitario, infiltrante, exoentérico y polipoides¹. Siendo el polipoides el tipo más propenso a producir invaginaciones⁸.

En la mayoría de los pacientes, las metástasis digestivas son indetectables en etapas iniciales, lo que conduce a un diagnóstico tardío. Generalmente se detectan cuando existen síntomas de complicaciones como hemorragia digestiva, alteración del tránsito intestinal, malabsorción, oclusión o perforación intestinal^{3,6,8}.

La intususcepción intestinal es una entidad rara en adultos, el 95% de los casos ocurre en niños, y es la causa de solo el 1-3% de los casos de oclusión intestinal en adultos². Una diferencia importante entre la intususcepción en los adultos respecto a los niños es que, en los primeros, se identifica una causa demostrable en el 90% de los casos, siendo el 50% debido a neoplasias malignas, particularmente melanomas metastásicos⁴.

Con la intención de documentar esta rara entidad, de la que se han publicado aproximadamente 20 casos¹⁰, presentamos un nuevo caso de metástasis intestinal de melanoma maligno causante de intususcepción yeyunal recurrente.

Se trata de un hombre de 77 años de edad con antecedentes de tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus no insulino-dependiente, enfermedad de Paget y gammapatía monoclonal IgM. Intervenido previamente (03/2009) de extirpación de melanoma maligno en escápula izquierda con realización de biopsia de ganglio centinela, que resultó positiva para metástasis de melanoma, por lo que se realizó posteriormente un vaciamiento ganglionar axilar izquierdo, sin encontrar evidencia de invasión neoplásica en 15 ganglios aislados. El estudio anatomopatológico de la lesión escapular describe una exéresis completa de melanoma sin fase de crecimiento radial (nodular) con ulceración superficial. Breslow 7 mm, nivel de Clark III, con un índice mitótico de 5/mm². Inmunohistoquímica: p16 (-), Bcl6 (-) MIB1 15-20%.

Catorce meses después de la intervención consulta en el servicio de Urgencias por cuadro compatible con suboclusión intestinal precedido de dos cuadros suboclusivos que se resolvieron con tratamiento conservador. En el examen físico al ingreso se observaron constantes normales, palidez mucotegumentaria, exploración cardiopulmonar normal,

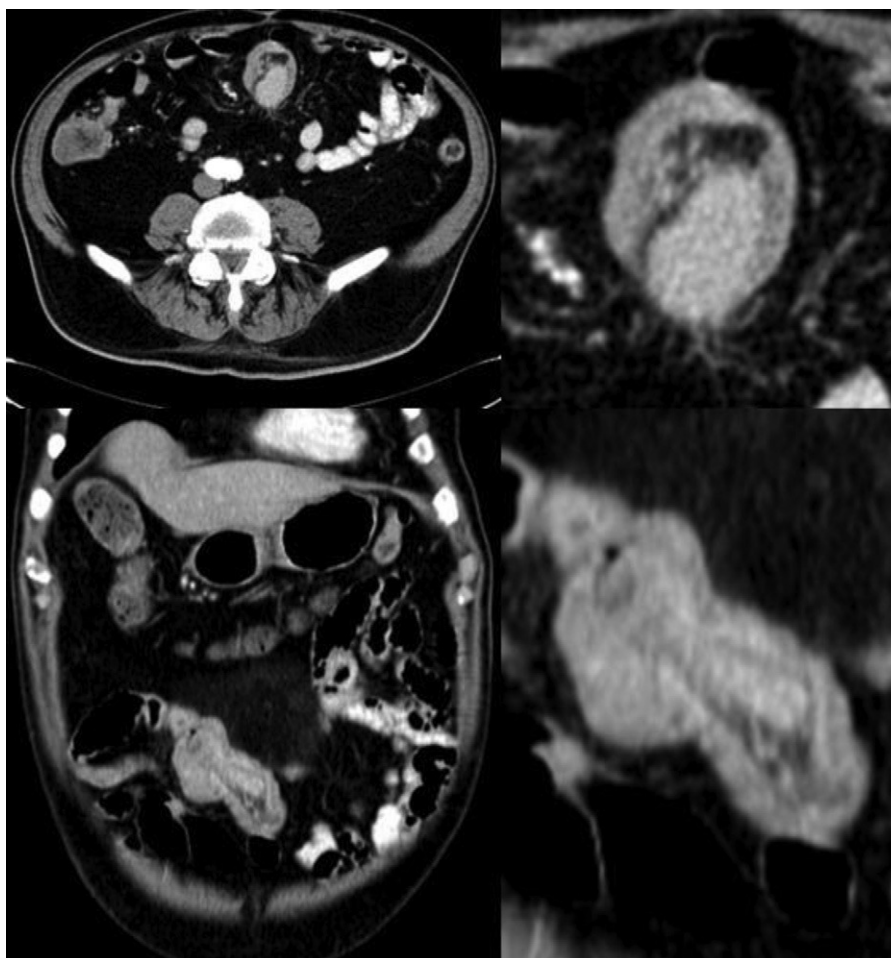


Figura 1 – Tumoración en íleon asociada a invaginación intestinal.

abdomen blando, ruidos peristálticos aumentados, con dolor difuso a la palpación, sin visceromegalias ni signos de irritación peritoneal.

Analíticamente destacó una anemia microcítica (Hb: 4,4 g/dL, Hto: 17,7, VCM 62,6 fL). En la radiografía simple de abdomen no se observaron alteraciones significativas. La TAC abdominal mostró una tumoración en íleon asociada a una invaginación de intestino delgado (fig. 1).

Se realizó una laparotomía exploradora en la que se observó invaginación de intestino delgado (yeyuno) ocasionada por una tumoración endoluminal. Se realizó una resección segmentaria de intestino delgado con anastomosis término-terminal. El estudio anatomopatológico describió una lesión de configuración nodular polipoide, de coloración pardo negruzca, de 5,5 cm de diámetro máximo, compatible histológicamente con metástasis transmural de melanoma maligno (fig. 2). Tras una adecuada evolución, el paciente es dado de alta el 6.º día del postoperatorio. Actualmente el paciente sigue controles 20 meses después de la cirugía inicial, y se encuentra libre de enfermedad.

Como se describió previamente, y de forma similar a otros casos documentados, el diagnóstico de metástasis intestinales de melanoma fue llevado a cabo tras el

estudio de síntomas inespecíficos de complicaciones gastrointestinales. En la literatura acerca de esta rara forma de presentación, existe consenso acerca de que el tratamiento quirúrgico es de elección para las metástasis intestinales de melanoma maligno, siendo muy eficaz para la reducción de la sintomatología (80-90%) y mejorar la calidad de vida. Además, la resección completa de las lesiones podría tener un efecto beneficioso en la supervivencia^{1-3,5,7,8,10}. Sin embargo, no reduce la mortalidad⁹. La supervivencia media es de 6-28 meses posterior al tratamiento de las metástasis intestinales^{1-3,8,9}. La supervivencia a 5 años es menor del 10%¹⁰.

En el caso de enfermedad multicéntrica el pronóstico no depende del número de metástasis intestinales, siempre que se puedan resecar en su totalidad, y cuando existen metástasis hepáticas se desestima el tratamiento quirúrgico. A pesar de la relativa quimiorrefractoriedad del melanoma, varios agentes citotóxicos han sido utilizados para inducir regresión tumoral sin observarse impacto en la supervivencia^{3,8}.

En los pacientes con antecedentes de melanoma cutáneo que presentan síntomas gastrointestinales debería tomarse en cuenta la posibilidad de metástasis intestinales como parte del diagnóstico diferencial.



Figura 2 – Intususcepción de intestino delgado ocasionada por metástasis transmural de melanoma maligno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lens M, Bataille V, Krivokapic Z. Melanoma of the small intestine. *Lancet Oncol.* 2009;10:516-21.
2. Resta G, Anania G, Messina F, de Tullio D, Ferrocci G, Zanzi F, et al. Jejuno-jejunal invagination due to intestinal melanoma. *World J Gastroenterol.* 2007;13:310-2.
3. Comin Novella L, del Val Gil JL, Muniesa Soriano JA. Metástasis de melanoma en intestino delgado: el reto diagnóstico. *Arch Cir Gen Dig.* 2006 Nov 27.
4. Case record of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 26-2002. An 87-year-old woman with abdominal pain, vomiting, bloody diarrhea, and an abdominal mass. *N Engl J Med.* 2002;377:601-15.
5. Gordón Suárez A, Sánchez Ganfornina F, López Ruiz J, Baez Romero F. Intususcepción yeyunal por metástasis de melanoma cutáneo. *Cir Esp.* 2008;84:165-75.
6. Huang YJ, Lin MT. Multiple small-bowel intussusceptions caused by metastatic malignant melanoma. *Am J Surg.* 2008;196:e1-2.
7. Butte JM, Meneses M, Waugh E, Parada H, De la Fuente H. Ileal intussusception secondary to small bowel metastases from melanoma. *Am J Surg.* 2009;198:e1-2.
8. 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;97:378-84.
9. López-Tomassetti Fernández EM, Pérez Palma J, Carrillo Pallarés A. Small bowel intussusception secondary to metastatic melanoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006;98:698-700.
10. Mucci T, Long W, Witkiewicz A, Mastrangelo MJ, Rosato EL, Berger AC. Metastatic melanoma causing jejunal intussusception. *J Gastrointest Surg.* 2007;11:1755-7.

Fernando Carvajal López^{a,*}, Emilio Muñoz Muñoz^a,
Xavier Rodríguez Alsina^a, Antonio Salas Caudevilla^b y
Constancio Marco Molina^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital
Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua
Terrassa, Terrassa, Barcelona

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fer_carvajal@hotmail.com
(F. Carvajal López).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.02.012](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.02.012)