



CARTAS AL DIRECTOR

Hemorragia digestiva severa secundaria a metástasis colónica de melanoma cutáneo

Severe gastrointestinal bleeding secondary to colon metastases from a cutaneous melanoma

Sr. Director:

Mujer de 79 años, diagnosticada en 2005 de un melanoma nodular ulcerado cutáneo nivel V de Clark en la región frontal derecha, con ganglio centinela negativo. Consulta en urgencias en 2010 por un cuadro de una semana de evolución de melenas, astenia y disnea a mínimos esfuerzos. En la analítica se objetiva una hemoglobina de 2,9 g/dl, requiriendo para su estabilización hemodinámica reposición con cristaloides y transfusión de 5 concentrados de hematíes. Se realiza colonoscopia, con restos hemáticos a lo largo de todo el colon. A 55 cm del margen anal presenta lesión sobreelevada de aspecto submucoso, de 4-5 cm de diámetro mayor, con su zona central ampliamente ulcerada, con fondo sanioso y con un coágulo en su zona central, rojo y fuertemente adherido (fig. 1). Se toman biopsias de los bordes de la zona ulcerada. Anatomía patológica: metástasis de melanoma. Estudio inmunohistoquímico positivo para HMB-45 y Melan A. La TC craneal, de tórax y abdomen muestra imágenes indicativas de metástasis pulmonar, cerebral, ósea y peritoneal. Ante la situación clínica se desestimó el tratamiento radioterápico y la paciente falleció a los 2 meses por diseminación de la enfermedad.

El tracto gastrointestinal es uno de los lugares donde se producen metástasis de melanoma con mayor frecuencia. El intervalo de tiempo medio entre el tratamiento del melanoma primario y la detección de metástasis gastrointestinales oscila entre 22-47,6 meses^{1,2}.

Hasta el 60% de los pacientes que fallecen por esta neoplasia presentan lesiones metastásicas en el tracto digestivo *post mortem*^{2,3} si bien menos del 5% de estos pacientes serán diagnosticados antes de fallecer debido a la escasa sintomatología que presentan⁴.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de las metástasis intestinales del melanoma son dolor abdominal, estreñimiento, obstrucción intestinal, anemia por sangrado digestivo agudo o crónico y pérdida de peso^{2,5}.

Endoscópicamente, se puede presentar en forma de lesión polipoide normalmente amelanótica, o bien como

múltiples pólipos ulcerados o masa simulando un cáncer colorrectal. La toma de biopsias y el posterior estudio inmunohistoquímico, incluyendo HMB-45 y S100, son útiles para confirmar el diagnóstico de melanoma metastásico.

La supervivencia media en caso de metástasis sistémicas de melanoma es de 6 a 8 meses, con una tasa de supervivencia a los 5 años menor del 10%⁶.

En el estudio de Ollila et al. recibieron cirugía el 56% de los casos. El 67% fue con intención curativa y el 33% restante con fines paliativos, observándose una supervivencia media de 48,9 meses en los primeros y 5,4 meses en los segundos, siendo de 5,7 meses en los que no recibieron intervención quirúrgica. En el 97% de los intervenidos quirúrgicamente se produjo alivio de la sintomatología. Los 2 factores pronósticos más importantes para la supervivencia a largo plazo fueron la resección con intención curativa y el tracto gastrointestinal como lugar inicial de la metástasis a distancia⁷.

Por tanto, parece que en aquellos casos en los que el tracto digestivo sea la localización inicial de la metástasis del melanoma debe considerarse la resección con fines curativos.

En resumen, un gran porcentaje de casos no se diagnostican hasta estadios muy avanzados (incluso *post mortem*), pues suelen cursar prácticamente asintomáticos o con síntomas muy inespecíficos (astenia, dolor abdominal, obstrucción intestinal y sangrado digestivo). Para su confirmación se requieren biopsias y técnicas de inmunohistoquímica especiales.



Figura 1 Melanoma metastásico.

Debe incluirse en el diagnóstico diferencial del paciente con hemorragia digestiva o anemia y antecedente de melanoma primario en otra localización. La supervivencia en caso de metástasis digestivas es pobre, de 4 a 6 meses.

La resección quirúrgica del melanoma metastásico gastrointestinal puede ser eficaz como tratamiento paliativo y puede aumentar la supervivencia a largo plazo en pacientes seleccionados, sobre todo aquellos con ganglio centinela negativo.

Bibliografía

1. Ricaniadis N, Konstadoulakis MM, Walsh D, Karakousis CP. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma. *Surg Oncol*. 1995;4:105-10.
2. Ihde JK, Coit DG. Melanoma metastatic to stomach,small bowel, or colon. *Am J Surg*. 1991;162:208-11.

3. Jorge E, Harvey HA, Simmonds MA, Lipton A, Joehl RJ. Symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Operative treatment and survival. *Ann Surg*. 1984;199:328-31.
4. DasGupta TK, Brasfield RD. Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. *Arch Surg*. 1964;88:969-73.
5. Agrawal S, Yao TJ, Coit DG. Surgery for melanoma metastatic to gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol*. 1999;6:336-44.
6. Stone M. Surgical management of metastatic cutaneous melanoma. *UpToDate Online* 13.3 [consultado 3 Mar 2006]. Disponible en: http://uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=skin_can/7442.
7. Ollila DW, Essner R, Wanek LA, Morton DL. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Arch Surg*. 1996;131:975-80.

Alfonso Alcalde Vargas

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
Correo electrónico: alfonavsc@hotmail.com
doi:10.1016/j.gastrohep.2012.01.008

Lesión de Dieulafoy esofágica resuelta mediante ligadura endoscópica con banda

Dieulafoy's lesion of the esophagus resolved through endoscopic band ligation

Sr. Director:

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente (1-2%) de hemorragia digestiva. Consiste en la presencia de un vaso arterial histológicamente normal, de gran tamaño, que de manera anómala mantiene su calibre (1-3 mm) a lo largo de un recorrido sinuoso desde la submucosa hasta penetrar en la mucosa por un defecto mínimo¹. Su localización más común es el estómago proximal (75%), en los 6 cm distales a la unión gastroesofágica. El 25% de las lesiones descritas son extragástricas, destacando por orden de frecuencia las duodenales, colónicas y rectales. La lesión de Dieulafoy en el esófago es una rareza, habiéndose descrito hasta la fecha apenas 20 casos en la bibliografía médica².

Se presenta el caso de un hombre de 76 años, con historia previa de hipertensión portal secundaria a mielofibrosis primaria, que acude a urgencias por hematemesis y melenas con inestabilidad hemodinámica (PA 70/40 mmHg). En los análisis al ingreso, los niveles de hemoglobina eran 7,1 g/dl y el recuento plaquetario de 41.000/mm³. Tras la estabilización con fluidoterapia y transfusión de 2 concentrados de hematíes, se realiza endoscopia digestiva alta urgente, donde se objetiva sangrado activo en esófago distal (fig. 1 A). La hemorragia proviene de un vaso visible de 3-4 mm con mucosa circundante normal, localizado 2-3 cm por encima de la línea Z, que presenta sangrado arterial micropulsátil a través de su base (fig. 1 B). No se identificaron varices gástricas ni esofágicas. Se realiza inyección de 12 ml de adrenalina (1/10.000) en los 4 cuadrantes de la lesión consiguiendo hemostasia eficaz (fig. 1 C). Posteriormente, se realizó ligadura endoscópica con una banda (SpeedBand

SuperView Super 7, Boston Scientific), liberada tras aspiración forzada de la base de la lesión (fig. 1 D). Al paciente le fue dada el alta 5 días después del tratamiento con perfusión de inhibidores de la bomba de protones, sin recidiva hemorrágica. En la endoscopia de revisión a las 4 semanas se documentó la resolución completa de la lesión.

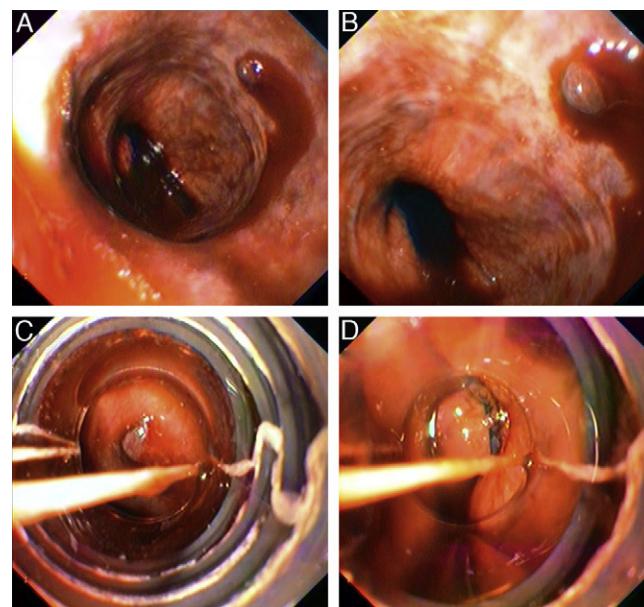


Figura 1 A) Se observa sangrado activo proveniente de una lesión vascular en esófago distal. B) La lesión sangrante es un vaso visible de 3-4 mm, sin lesión subyacente, con sangrado micropulsátil a través de su base. C) Se consiguió hemostasia eficaz tras inyección de adrenalina en los 4 cuadrantes de la lesión. D) Posteriormente, se colocó una banda tras aspiración forzada para estrangular la base de la lesión.