

# Metástasis de melanoma en la vesícula biliar

M. Romero, L. Bianchi y R. Vilana

*Centre de Diagnòstic per la Imatge Clínic. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínic. Barcelona. España.*

Las metástasis (M1) en la vesícula biliar son infrecuentes, siendo el melanoma maligno (MM) el tumor que con mayor frecuencia metastatiza a este nivel. Por este motivo, en los pacientes con melanoma en estadios avanzados el hallazgo de lesiones sólidas en la pared vesicular debe hacer sospechar la posibilidad de enfermedad metastásica.

El objetivo de esta comunicación es mostrar un caso de esta patología, comprobado mediante cirugía, y revisar los hallazgos ecográficos más relevantes de las lesiones de la vesícula biliar producidas por el melanoma descritos en la literatura.

**Palabras clave:** melanoma maligno, metástasis vesiculares, metástasis vesiculares por melanoma maligno.

## Melanoma metastasis to the gallbladder

Metastasis to the gallbladder is rare. Malignant melanoma is the tumor that most often metastasizes to this site. For this reason, the finding of solid lesions in the gallbladder wall in patients with advanced stage melanoma should lead to the suspicion of metastatic disease.

The aim of this report is to describe and illustrate a case of surgically confirmed malignant melanoma metastasis to the gallbladder and to review the most significant ultrasound findings described in the literature for gallbladder lesions caused by melanoma.

**Key words:** malignant melanoma, gallbladder metastasis, gallbladder metastasis due to malignant melanoma

## INTRODUCCIÓN

Los órganos donde el melanoma maligno (MM) metastatiza de forma más frecuente son el hígado, el pulmón y el cerebro, aunque puede afectar prácticamente a cualquier localización anatómica.

Las metástasis en la vesícula biliar son infrecuentes y es el melanoma el tumor que con más frecuencia causa lesiones secundarias en esta localización (50-65% de todas las metástasis [M1] en la vesícula biliar)<sup>1-3</sup>. La incidencia de M1 en la vesícula biliar en pacientes con melanoma varía desde el 14-20% en series de autopsias<sup>1-6</sup> a un 4% en series con estudios ecográficos como la publicada por Holloway BJ et al<sup>7</sup>. El intervalo entre el diagnóstico de la lesión primaria y la presentación de la enfermedad metastásica en la vesícula biliar puede oscilar entre 1 y 13 años<sup>2</sup>.

Nuestro objetivo en este estudio es presentar un caso de diagnóstico ecográfico de M1 de MM en la vesícula biliar, así como una revisión bibliográfica de la etiopatogenia y aspecto de estas lesiones.

## CASO CLÍNICO

Varón de 60 años, con psoriasis en placas y artropatía psoriásica de varios años de evolución, que en agosto de 2000 es diagnosticado de melanoma sobre un nevus melanocítico en la región paravertebral izquierda, a la altura de D3, en estadio Clark III y Breslow 3,3 mm. Se realiza la extirpación quirúrgica de la

lesión y del ganglio centinela en la axila izquierda (donde la anatomía patológica mostró una ausencia de invasión del ganglio centinela) iniciando un tratamiento con vacunas. En agosto de 2001 el paciente presenta una extensión de su enfermedad, detectándose hasta 6 melanomas en la piel, en diferentes localizaciones, tanto en el tronco como en las extremidades. Se realiza una ecografía abdominal en la que se observa una vesícula biliar no litiasica, con una imagen polipoidea en su pared, de aspecto sólido, de 12 mm, que plantea las posibilidades de un adenoma o de una metástasis de su proceso de base (fig. 1). En noviembre de 2001 se practica una colecistectomía por laparoscopia, con el resultado anatomopatológico de M1 de melanoma en la mucosa y en la capa muscular de la vesícula biliar, formando lesiones polipoideas. En el estudio de extensión posterior a la cirugía el paciente es diagnosticado de M1 cerebrales y pulmonares, por lo que se decide iniciar un tratamiento con bioquimioterapia según un protocolo para el melanoma estadio IV. En controles posteriores la enfermedad metastásica se extiende también a nivel subcutáneo, al bazo, al hígado y al estómago.

## DISCUSIÓN

La ecografía abdominal constituye con frecuencia el primer procedimiento diagnóstico de las M1 del MM en la vesícula biliar, pudiendo proporcionar una información muy útil sobre el tamaño tumoral y la extensión de las mismas.

A pesar de que la mayoría de metástasis en la vesícula biliar son asintomáticas, en los casos con expresividad clínica la manifestación más frecuente es en forma de colecistitis aguda. No obstante, algunos episodios de colecistitis crónica, ictericia obstructiva, fístula biliar externa y hemobilia han sido publicados<sup>1-3,5,7-9</sup>.

En la revisión de Holloway et al<sup>7</sup> se valoraron los hallazgos ecográficos observados en pacientes diagnosticados de MM que

### Correspondencia:

M. ROMERO. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínic  
Villarreal, 170. 08036 Barcelona. España.  
Correo electrónico: maroba@wanadoo.es

Recibido: 21-IX-04

Aceptado: 25-I-05



Fig. 1.— Dos cortes ecográficos oblicuos de la vesícula biliar en los que se observa una masa polipoidea, ecogénica, de 12,3 mm de diámetro longitudinal, dependiente de la pared del fundus vesicular.

presentaban anomalías en la vesícula biliar que no fuesen litiasis. Según este estudio, los pólipos benignos medían menos de 1 cm y tenían un tallo pedunculado estrecho que se proyectaba desde la pared vesicular. Por el contrario, las lesiones malignas aparecían como unas masas polipoideas mayores de 1 cm, con amplia base de implantación en la pared vesicular proyectándose hacia la luz, solitarias o múltiples, hiperecogénicas, sin o con poca sombra acústica posterior y con vascularización visible con doppler. En un caso también se observó una dilatación del colédoco, con una masa en el colédoco distal y en la vesícula biliar. En cuanto a la naturaleza benigna o maligna de una lesión en la vesícula y en función de su tamaño, Holloway se refiere al estudio que Koga et al. llevaron a cabo sobre 411 lesiones en la vesícula biliar con confirmación histológica tras la colecistectomía, observando que el 94% de las lesiones benignas eran inferiores a 1 cm de diámetro, mientras que el 88% de las malignas medían más de 1 cm<sup>10</sup>.

Varios autores han destacado que existe una íntima relación entre la presencia de enfermedad metastásica en la vesícula y en la vía biliar en los pacientes con melanoma. Así, en opinión de Verbanck et al<sup>7</sup>, si se descubre una M1 de MM en la vesícula, debería realizarse un cuidadoso examen de la vía biliar. De la misma manera, Goldin et al<sup>1</sup> manifiestan que el hallazgo de células tumorales de melanoma en la bilis recogida del colédoco o del intestino delgado sugiere la posibilidad de que se trate de metástasis sueltas de MM en la vesícula biliar.

Otro aspecto que conlleva una gran controversia es la catalogación de un melanoma de la vesícula como primario o metastático, encontrándose en la literatura publicada diferentes opiniones al respecto. En este sentido, la existencia de signos y síntomas sugestivos de patología biliar en un paciente con antecedentes de MM, con o sin pólipos en la vesícula en la ecografía abdominal, debería sugerir la posibilidad de M1 vesiculares. Ahora bien, el hallazgo de un tumor en la vesícula biliar de naturaleza melanomatosa en una persona sin evidencia pasada ni actual de MM en otra localización, lleva a asumir, según la opinión de algunos autores, un origen primario del mismo<sup>1,5,8,9,11</sup>. No obstante, otras publicaciones abogan por el hecho de que la mayoría, si no todos los melanomas de vesícula y de la vía biliar, son depósitos metastáticos de un foco primario conocido, no conoci-

do o regresado en otra localización, sobre todo en la piel o en la coroides<sup>2,3</sup>. Sobre este aspecto controvertido, Mc Fadden et al<sup>3</sup> no encontraron diferencias ecográficas significativas entre los casos publicados de melanomas de la vesícula metastáticos y los primarios biliares, destacando una gran similitud entre los dos grupos en relación a su tamaño, localización, número de lesiones, descripción patológica y la presencia de lesiones extrabiliares. No obstante, clásicamente las M1 se han descrito como nódulos múltiples, más planos y pequeños; mientras que se han referido a los melanomas de la vesícula biliar considerados primarios como un gran tumor único polipoideo, con un pedículo delgado, asociado a numerosos cálculos<sup>1,5,7-9,11,12</sup>.

Por tanto, son los hallazgos anatomopatológicos los que han intentado aportar una mayor fiabilidad en el aspecto diferencial del origen primario o metastático de los melanomas de la vesícula biliar, aunque siguen existiendo controversias en los signos anatomopatológicos específicos de la lesión primaria y la enfermedad metastásica<sup>2,5,9,11,13,14</sup>.

## CONCLUSIÓN

Las metástasis en la vesícula biliar del melanoma son una entidad poco frecuente, pero a considerar en aquellos pacientes con MM conocido que presentan clínica de patología biliar o lesiones en la vesícula diferentes de litiasis en alguna prueba de imagen. En ambas situaciones, la ecografía constituye un método de diagnóstico ideal, pues permite explorar la vesícula con gran eficacia para detectar la patología incipiente.

La forma de presentación ecográfica más habitual de la afectación de la vesícula por el melanoma es la de una lesión polipoidea y vascularizada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Goldin EG. Malignant melanoma metastatic to the gallbladder. Case report and review of the literature. *Am Surg*. 1990;56:369-73.
- Murphy MN, Lorimer SM, Glennon PE. Metastatic melanoma of the gallbladder: A case report and review of the literature. *J Surg Oncol*. 1987;34:68-72.
- Mc Fadden PM, Kremenetz ET, Mc Kinnon WMP, Pararo LL, Ryan RF. Metastatic melanoma of the gallbladder. *Cancer*. 1979;44:1802-8.
- Paolini O, Rampal A, Caroli-Bosc FX, Desruelles F, Ortonne JP, Delmont JP. Métastases vésiculaires d'un mélanome malin révélées par des crises de coliques hépatiques récidivantes. *Gastroenterol Clin Biol*. 1999;23:412-4.
- Zhang Z, Myles J, Pai RP, Howard JM. Malignant melanoma of the biliary tract: A case report. *Surgery*. 1991;109:323-8.
- Meyer JE. Radiographic evaluation of metastatic melanoma. *Cancer*. 1978;42:127-32.
- Holloway BJ, King DM. Ultrasound diagnosis of metastatic melanoma of the gallbladder. *Br J Radiol*. 1997;70:1122-5.
- Bugnon PY, Servais B, Gautier-Benoit C. Métastase vésiculaire isolée d'un mélanome malin révélée par une cholécystite. *Gastroenterol Clin Biol*. 1987;11:615-6.
- Verbanck JJ, Rutgeerts LJ, Van Aelst FJ, Tytgat JH, Decoster JM, Noyez DN, et al. Primary malignant melanoma of the gallbladder, metastatic to the common bile duct. *Gastroenterology*. 1986;91:214-8.
- Koga A, Watanabe K, Fukuyama T, Takiguchi S. Diagnosis and operative indications for polypoidal lesions of the gallbladder. *Arch Surg*. 1988;123:26-9.

11. Carle G, Lessells AM, Best PV. Malignant melanoma of the gallbladder: A case report. *Cancer*. 1981;48:2318-22.
12. Yum HY, Fink AH. Sonographic findings in primary carcinoma of the gallbladder. *Radiology*. 1980;134:693-6.
13. Allen AC, Spitz S. Malignant melanoma: a clinicopathological analysis of the criteria for diagnosis and prognosis. *Cancer*. 1953;6:1-45.
14. Peison B, Rabin L. Malignant melanoma of the gallbladder. Report of three cases and review of the literature. *Cancer*. 1976;37:2448-54.

**Conflicto de intereses**

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.