

Melanoma maligno primario de Intestino grueso. Presentación de un caso

*Dr. David Fernando Reyes Karolys

**Dr. Edgar Carrasco Mora

* Médico Postgradista R3 de Cirugía Oncológica Hospital, SOLCA núcleo de Quito.

** Médico Cirujano Oncólogo Tratante del servicio de Tumores Mixtos del Hospital SOLCA núcleo de Quito.

ABSTRACTO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años de edad con diagnóstico definitivo de melanoma intestinal, ya que la patología es infrecuente siendo el 1-2% de las neoplasias colorrectales y el 0,2-3% de todos los melanomas. Los melanomas más comunes en el tracto gastrointestinal son los metastásicos, es por eso que hay autores que han planteado hipótesis etiológicas sobre el melanoma primario del tracto gastrointestinal.

Palabra clave: Melanoma maligno, intestino.

ABSTRACT

Male 56 years old, patient who present an intestinal melanoma case with definitive diagnostic, have been an infrequent pathology being 1-2% of colorectal neoplasms and 0.2-3% from all melanomas. Melanomas most common in gastrointestinal tract are metastatic, for this reason there are authors that had planning etiology hypothesis about primary melanoma of gastrointestinal tract.

Key word: Malignant Melanoma, intestine

Caso Clínico

Paciente masculino, 56 años, analfabeto, casado, agricultor, nacido en Cotacachi (Imbabura) residente en Ibarra, testigo de Jehová, con antecedente de lesión dérmica en mejilla izquierda en tratamiento no especificado, no refiere antecedentes familiares.

El paciente manifiesta que hace 1 mes y sin causa aparente presenta deposiciones negras (melenas) por 2 ocasiones, en moderada cantidad, acompañadas de dolor en hipogastrio, de moderada intensidad, tipo retortijón, que disminuía con administración de analgésicos, que no variaba con la ingesta alimentaria, niega náusea y vómito, y refiere pérdida de peso considerable, además indica la presencia de lesión dérmica en mejilla izquierda, que fue creciendo paulatinamente, no dolorosa, no pruriginosa, de 2 años de evolución. Al examen físico encontramos un paciente lúcido, tranquilo, orientado, con lesión dérmica a nivel de rama ascendente de maxilar izquierdo costrosa, de 2 cm x 3 cm de diámetro, fistulizada hacia cavidad oral (segundo molar), con secreción purulenta. Mucosas orales húmedas, sin lesiones pigmentadas, orofaringe normal. Cuello sin adenopatías, con movilidad conservada.

Cardiopulmonar normal. Abdomen: suave, masa en hipogastrio de 20x40 cm blanda, móvil, dolorosa a la palpación, RHA presentes. Extremidades: normales, no lesiones pigmentadas sospechosas. Tacto rectal: esfínter de tono adecuado, próstata aumentada de tamaño 45g, dura. Zonas linfoportadoras negativas.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Edgar Carrasco Mora
Servicio de Cirugía Oncológica
Hospital Oncológico Solón Espinoza Solca Quito
Av. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Se realizó EDA cuyo informe fue gastropatía eritematosa antral y test de H. Pylori positivo. Además la Colonoscopia muestra en sigmoides a 50 cm del margen anal, gran lesión tumoral, que obstruye el 80% de la luz, la lesión impresiona tener una base proximal y protruir hacia la luz, dicha lesión esta cubierta de heces y gran cantidad de necrosis; se toman biopsias.

El US abdominopélvico demuestra páncreas, retroperitoneo superior y polo inferior del riñón izquierdo normales. El lóbulo hepático derecho se visualiza homogéneo, sin lesiones ocupativas ni dilatación de vías biliares. Vesícula biliar de paredes discretamente engrosadas con barro biliar y presencia de dos pólipos de 7 y 6mm respectivamente. Bazo homogéneo, sin patología. Riñones de características normales.

Se realizó Rx de macizo facial sin evidencia de compromiso óseo de lesión en la región lateral izquierda de la mandíbula. Disminución de la neumatización de senos frontales y antros maxilares por edema de la mucosa del septum y cornetes.

Biopsia endoscópica de lesión de sigma demuestra tumor maligno indiferenciado. El reporte de inmunohistoquímica indica:

Ema : negativo en células tumorales control interno positivo.

Cea : negativo en células tumorales control interno positivo.

P 53 : positivo +/+++ en células tumorales.

Hmb 45 : positivo +++/+++ en células tumorales.

S-100 : positivo +++/+++ en células tumorales.

Ck (coctel) negativo en células tumorales

Ck de bajo peso molecular: positivo +/+++ en células tumorales.

Ck de alto peso molecular: negativo en células tumorales.

Diagnóstico histopatológico de biopsia endoscópica a favor de melanoma.



El antígeno carcino embrionario (CEA) fue de 1.5ng/ml

Se solicita TAC de abdomen y pelvis observándose en los segmentos basales bilaterales atelectasias laminares. No signos de derrame pleural. El hígado de localización y tamaño adecuado, contornos definidos, sin dilatación de vías biliares ni masas. Vesícula biliar, bazo, páncreas, riñones sin datos de patología. Aorta, vena cava inferior dentro de la normalidad. Estómago no valorable. No adenopatías retroperitoneales. Vejiga pequeña, paredes engrosadas e irregulares (vejiga de esfuerzo). La próstata de contornos definidos, heterogénea, con hipodensidades periféricas, diámetro transversal 6cm. Vesículas seminales sin alteraciones. Mínima cantidad de líquido libre, intersticial, en fosa iliaca derecha. Proyectándose hacia el flanco derecho. Presencia de masa homogénea, hipodensa en la fase simple, con discreto refuerzo en la fase contrastada, tiene una extensión craneocaudal de 12.8cm., difícil valorar su órgano dependencia aparentemente peritoneal, sin planos de clivaje con algunas asas intestinales delgadas y con la pared abdominal anterior. Se valora la ampolla rectal y colon sigmoides con localización regular sin encontrar masa a este nivel. Regiones inguinales libres. Cambios degenerativos moderados en cuerpos vertebrales lumbares. Estructuras blandas de pared abdominal dentro de la normalidad. El cultivo de la secreción de la lesión del maxilar inferior izquierdo reportó estafilococo epidermidis. Se realiza biopsia de la misma cuyo resultado histopatológico fue dermatitis crónica supurativa no específica ulcerada.

Se programa cirugía abdominal y se somete al paciente a resección del sigmoides con márgenes amplios + coloproctostomía termino-terminal (TT).

El resultado histopatológico de la pieza quirúrgica fue Melanoma en colon, 20 centímetros de eje mayor, bordes quirúrgicos libres, sin metástasis ganglionares regionales (0/9) ("colon sigmoides").



Figura 1: Pieza quirúrgica.



Figura 2: Corte longitudinal de la pieza quirúrgica.



Figura 3: Ampliación de corte longitudinal.

Comentario

Debido a que el paciente presentaba masa tumoral que producía obstrucción casi total del sigmoides, se le llevó a sala de operaciones en donde se practicó sigmoidectomía radical. El diagnóstico de la biopsia endoscópica se retardó por estudios de inmunohistoquímica y cuyo diagnóstico es de melanoma maligno.

Por dificultad para la micción pasa a consulta en urología quienes realizan eco abdominopélvico encontrándose próstata aumentada de tamaño con imagen nodular hacia el lóbulo izquierdo. Solicitando PSA para valoración y el resultado fue 1.80 ng/ml

En nueva revisión de Rx panorámica de mandíbula se observa una lesión lítica de contorno irregular que contiene material esclerótico radiopaco (secuestro), la lesión mide 1.5x0.9cm, no existe reacción perióstica ni ruptura de la cortical. Impresionando en primer lugar y por antecedente clínico como proceso infeccioso inflamatorio, osteomielitis en relación a quiste odontogénico.

Discusión

El melanoma corresponde el 1-2 % de las neoplasias colorectales (2;3) ; 0.2-3 % de todos los melanomas y al 0.1-4.6 % de todos los tumores malignos de recto y ano.

Hay publicaciones que muestran diferentes frecuencias según la zona geográfica, lo que podría estar relacionado con variaciones genéticas y/o factores ambientales influyentes.(1;3;4). En varias series se muestran mayor frecuencia en la raza blanca y en el sexo femenino.(1;5;6). La edad media de presentación es de 58 años, con mayor frecuencia entre la sexta y séptima década de la vida.

La mayoría de los melanomas de tracto gastrointestinal son melanomas metastásicos (10), de acuerdo con las revisiones menos del 5% de los pacientes presentan síntomas inespecíficos y tardíos, siendo el más común de los síntomas el sangrado gastrointestinal y la anemia(11).

Las áreas anatómicas que se ha publicado de mayor frecuencia de melanoma en el tracto gastrointestinal son: intestino delgado (20-27%), colon (22%), esófago (5%) y recto (2%) (12). Son muy raros los casos publicados de melanomas del tracto gastrointestinal primario.

En aproximadamente el 60% de los pacientes quienes fallecieron

con diagnóstico de melanoma, la autopsia reveló metástasis en el tracto gastrointestinal. (13). Esto es debido a que el intestino delgado y en el intestino grueso no existen melanoblastos, algunos autores inclusive creen que los melanomas primarios en este tracto son improbables. (14). Una de las hipótesis planteadas para el

melanoma intestinal primario sugiere que puede haberse originado en las células de la cresta neural (15).

Según otras hipótesis se ha planteado que los melanomas pueden originarse de las células APUD, aunque este tipo de "APUDomas" de melanomas malignos no son productores de hormonas. (15)

Bibliografía:

- 1- Ofer Ben I, Rivka L, Weill S y Colab. Anorectal Malignan Melanoma. *Cáncer*. 79:18-24. 1997.
- 2- Chang A E, Karnell L H, Menk H R. The National Cancer Data Base Report on Cutaneous and Moncutaneous: a summary of 84.836 cases from the post decade. *Cancer* ; 83: 1664-78. 1998.
- 3- Tribault , Sagars, Nivatvongs, Etal. Anorrectal Melanoma Incurable Disease. *This Colon Rectum*. 40 :661-8. 1997.
- 4- Miller B. J, Ruthenford L. F, Melead G.R, Cohen J. R. Where the Sun Never Shine: anorrectal melanoma. *Aust. Naj. Surg.*; 67:846-8. 1997.
- 5- Latif J. A, Leiro F, Rodriguez Martín J. A, Rivera P, G Briwela, Piccolodeos E. D. Melanoma Del Ano. *Revista Argentina de Cirugía.*; 83(1-2): 31-34. 2002.
- 6- Brady M. S, Jefferly P. K, Stuar H. Q, Anorrectal Melanoma. Experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum*; 38: 146-51. 1995.
- 7- Cogir B, Withenford M. Changing Epidemiologist of Anorrectal Melanoma. *Dis Colon Rectum.*; 42: 1203-8. 1999.
- 8- Ross. M, Pezzi C, Pezzi T, Maurer D, Hikey R, Bolch C. Patterns of Failure in Anorrectal Melanoma. A Guide to Surgical Therapy. *Arch Surg.*; 125: 313-6. 1990.
- 9- J . M. Unger, L . E Flaherty, P. Y. Liu, K . S. Albain, V . K. Sondak. Gender and Other Survival Predictors in Patients With Metastatic Melanoma on South Went Oncology Group Trial. *Cancer.*; 91:1148-55. 2001.
- 10- Frost DB, Mercado PD, Tyrell JS. Small bowell cancer: a 30 year revie. *Ann Surg Oncol* 1: 290-295. 1994
- 11- Reemst PHM, Weltevreden EP, Schattenkerk EM, Melanoma metastatic to the gastrointestinal trac. *Acta Chir Belg* 95: 49-51, 1995
- 12- Capizzi PJ, Donohue JM. Metastatic melanoma of the gastroientestinal tract: A review of the literature. *Compr Ther* 20: 20-23. 1994
- 13- Blecker D, Abraham S, Furth E, Kochman L. Melanoma in the Gastrointestinal Tract. *Am J Gastroenterolo* 94 (12): 3427-3433. 1999.
- 14- Delcore r, Friesen SR. Embryologic concepts in the APUD system. *Semin Surg Oncol* 9 (5): 349-361, 1993
- 15- Tabaie HA, Citta RI, Gello L, Bondi RJ, Meoli FG, Silverman D. Primary malignan melanoma of the small intestine: report of a case and discusi3n of the APUD cell concept. *J. Am Osteopath Assoc* 83: 374-377. 1984.



**Modere su consumo de
bebidas alcoh3licas**



**Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
Guayaquil - Ecuador**

El cáncer se puede prevenir y se puede curar.
Las posibilidades de curaci3n son mucho mayores cuanto
más temprano sea su diagnóstico.

