

Metástasis gástricas de melanoma cutáneo: Presentación de un caso clínico

Bernardita Prado A.⁽¹⁾, Francisco Vargas S.⁽¹⁾ y Juan Clemente L.⁽²⁾

GASTRIC METASTASIS OF CUTANEOUS MELANOMA

A patient with clinical evidence of carcinoma of unknown primary site is reported. The study revealed the presence of multiple gastric and skin melanomas. A review of literature on melanoma and its gastric metastasis is presented.

Key words: Melanoma, gastric metastasis.

Caso Clínico

Un paciente de 80 años, sin hospitalizaciones previas en nuestro centro asistencial consultó al servicio de urgencia del Hospital Militar de Santiago de Chile por un cuadro de dos meses de evolución caracterizado por compromiso progresivo del estado general, anorexia, adinamia y baja de peso de 20 kg asociado a la aparición de múltiples lesiones subcutáneas (Figura 1). Además refería tos seca persistente de predominio matutino, sin presencia de fiebre u otra sintomatología.

El examen físico evidenciaba lucidez y orientación témporo-espacial. El paciente se encontraba hemodinamicamente estable, afebril con signos físicos de deshidratación moderada. Destacaba su gran desnutrición calórico proteica asociada a signos carenciales: palidez mucocutánea, signos de atrofia cutánea y muscular, descamación cutánea y acropaquia.

Las lesiones subcutáneas mencionadas eran nodulares, de tamaño variable, consistencia aumentada, adheridas a planos profundos, no pigmentadas, indoloras y comprometían pared

abdominal, torácica, dorsal y extremidades superiores.

Sobre la pared anterior de tórax, en la línea medio clavicular izquierda, presentaba una masa pediculada de base ancha de 5 a 6 cm, eritematosa, de consistencia aumentada, indolora, inmóvil, adherida a planos profundos, sin signos de infección o necrosis. Se observaban además 4 lesiones de distintos tamaños con características similares en la axila izquierda y el dorso, algunas de superficie ulcerada.

Durante su hospitalización y como parte del estudio, se realizó una endoscopia digestiva alta que objetivó la presencia de tres lesiones solevantadas hiperpigmentadas de 1 cm de diámetro a nivel del cuerpo y antro gástrico que fueron biopsiadas (Figura 2).

El análisis anátomo patológico de las muestras del nódulo subcutáneo y de las lesiones solevantadas gástricas confirmó el diagnóstico de melanoma maligno (Figuras 3 y 4).

El paciente evolucionó con tendencia a la hipotensión, taquicárdico, polipneico y con compromiso de conciencia cualitativo progresivo. Por el deterioro progresivo, considerando su

⁽¹⁾ Universidad de Los Andes.

⁽²⁾ Hospital Militar de Santiago de Chile.



Figura 1. Múltiples lesiones subcutáneas del paciente.



Figura 2. Visión endoscópica de las lesiones solitarias, hiperpigmentadas gástricas.

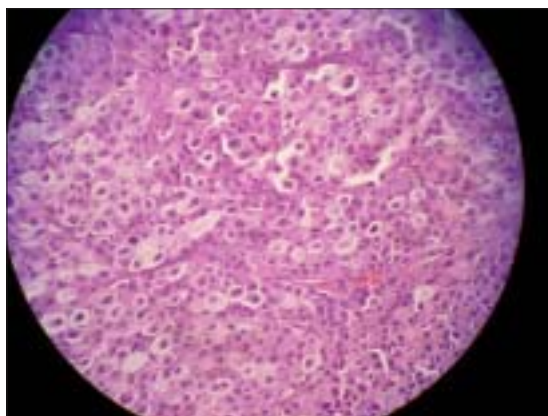


Figura 3. Biopsia de nódulo subcutáneo (tinción de Fontana-Masson).

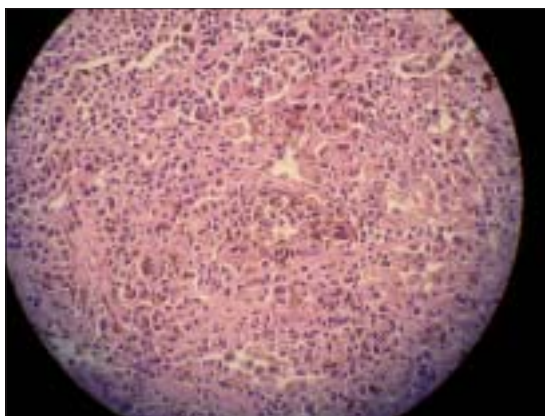


Figura 4. Biopsia de lesiones gástricas (tinción de Hematoxilina-Eosina).

mal pronóstico y de acuerdo con sus familiares, se decide apoyo con medidas conservadoras.

Seis días después de haber ingresado a nuestro Hospital el paciente falleció producto de un shock séptico y edema pulmonar.

Melanoma Maligno

Esta neoplasia maligna es producto de la transformación de los melanocitos. Constituye el 1% de todas las neoplasias y sólo el 3% de las neoplasias malignas de la piel. Su incidencia aumenta proporcionalmente con la edad, con una mayor incidencia entre la quinta y

séptima década. Afecta a ambos sexos por igual y existe predominio en individuos de raza blanca. Los casos en niños son raros y generalmente se desarrollan en nevos congénitos grandes. En la mayoría de los pacientes el melanoma se desarrolla sobre un nevo¹.

Existen cuatro tipos según su patrón de crecimiento y pronóstico: de *extensión superficial* (70%), *nodular* (15 a 30%), *lentiginoso acral* (2 a 8%) y *léntigo maligno* (1 a 5%)¹. El melanoma *nodular* es el único que desde el inicio presenta un patrón de crecimiento vertical, por lo que se asocia a un peor pronóstico.

Las lesiones suelen localizarse en las zonas de menor exposición a radiación ultravioleta

(tronco y extremidades inferiores). Sin embargo, se han observado en cualquier área de la piel. En las mujeres la localización más frecuentemente es a nivel de las extremidades inferiores y en los hombres en el tronco.

Se han identificado distintos factores de riesgo que favorecen la aparición del melanoma maligno: antecedente de exposición solar frecuente o acumulativa durante la niñez, radiación ionizante frecuente, raza blanca, traumatismos, lugar de residencia. Presencia de más de 50 nevus con diámetros superiores a 2 mm o el antecedente personal o familiar de melanoma o nevus displásicos². Este último factor se encuentra como precursor sospechoso en un 40% de los casos esporádicos de melanoma y hasta un 10% de todos los melanomas familiares se asocian a historia familiar de nevus displásicos³.

Ciertas situaciones de inmunodeficiencia adquirida aumentan el riesgo; p. ej. leucemia linfocítica crónica, enfermedad de Hodgking, inmunosupresión por trasplante y SIDA³.

La malignidad del melanoma está definida por su agresividad local y su tendencia metastásica. Durante los últimos años no sólo se ha observado una mayor incidencia, sino además un notorio aumento en la velocidad de crecimiento respecto a otros cánceres. El diagnóstico precoz ha permitido elevar la tasa de sobrevida a cinco años desde un 40% (correspondiente a resultados en la década de los años treinta) hasta cifras superiores al 80%. Por su parte, ante un diagnóstico tardío la sobrevida a cinco años alcanza sólo un 14%⁴. Por lo anterior, ante cualquier lesión sospechosa debe realizarse una biopsia escisional. El diagnóstico histológico se fundamenta en la proliferación de melanocitos atípicos iniciada en la capa basal de la epidermis, que tiende a invadir luego la epidermis y la dermis. El dato más importante para el pronóstico es el nivel de invasión (Clark) y el espesor de la lesión (Breslow).

La diseminación puede ser mediante extensión local, linfática y/o hematógena. En un primer momento se compromete la cadena linfática regional, posteriormente la piel, pulmón e hígado. El melanoma puede diseminarse hacia el tracto gastrointestinal, siendo uno de los

tumores que más frecuentemente metastatiza a este nivel. Se estima que el melanoma sería el responsable de más de un 10% del total de metástasis hacia el tubo digestivo⁵.

Aunque puede localizarse a cualquier nivel del tracto gastrointestinal, los órganos que con mayor frecuencia se comprometen son: intestino delgado (51-71%), estómago (27%), intestino grueso (22%) y esófago (5%)⁶.

A pesar de los grandes avances en el estudio clínico, inmunológico y molecular del melanoma, la tasa de mortalidad aún alcanza 15% de los pacientes⁷.

En estadios precoces el tratamiento es la escisión quirúrgica amplia. Cada vez es más importante la detección precoz de la invasión nodal. En lesiones de más de 1mm de profundidad se debe realizar además la extirpación y biopsia del nodo centinela⁸.

Se han evaluado múltiples tratamientos para los estadios avanzados del melanoma sin lograr resultados alentadores. Se han efectuado ensayos con radioterapia, dacarbazina, cisplatino e interleuquina-2. Algunos estudios han sugerido que esta última sería el único tratamiento beneficioso. No obstante, el seguimiento a largo plazo no ha evidenciado una mejoría estadísticamente significativa de sobrevida⁸. A pesar de lo anterior se utiliza para el tratamiento de aquellos pacientes que presentan lesiones de profundidad mayor a 4 mm y/o en quienes se ha demostrado compromiso nodal.

En estadios avanzados, los esquemas mencionados se consideran sólo métodos coadyuvantes a la cirugía o procedimientos paliativos.

Resumen

Presentamos el caso clínico de un paciente con carcinoma de primario desconocido en que se evidenció la presencia de múltiples melanomas cutáneos y gástricos. Se realiza una revisión de la literatura sobre melanoma y las metástasis gástricas.

Palabras clave: Melanoma, metástasis gástricas.

Bibliografía

- 1.- Díaz J, Ponce E. Cuadro clínico-patológico en melanoma maligno cutáneo. *Folia Dermatológica Peruana* 1998; 9 (4): 21-28

- 2.- Rosas S, Baca T. Clinical, Epidemiological and Histopathological study of Malignant Melanoma. Series of 31 cases. CIMEL 2003; 8 (1): XX.
- 3.- Iribarren O, Sepúlveda M. Estudio epidemiológico de melanoma maligno en la IV Región de Chile. Cuad Cir 2005; 19: 33-8.
- 4.- Miller A, Mihm M. Mechanisms of disease: Melanoma. N Engl J Med 2006; 355: 51-65.
- 5.- Fitzpatrick T, Milton G W, Balch C H et al. Clinical characteristics. En: Balch C M, Houghton A N, Milton G W, et al. Eds. Cutaneous melanoma. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1992; 223-30.
- 6.- Menárguez P, Morales C. Metástasis Gastrointestinales de Melanoma Maligno. Revista valenciana de cirugía en www.svcir.org/svc/metastasis.htm.
- 7.- Halpern A, Schuchter L. Prognostic models in melanoma. Seminars in Oncology 1997; 24: 2-7.
- 8.- Tsao H, Atkins M, and Sober A. Management of Cutaneous Melanoma. N Engl J Med 2004; 351: 998-1012.

Correspondencia a:
Dra. Bernardita Prado
Golf de Manquehue 9755, casa 49.
Lo Barnechea
E-mail: bernarditaprado@gmail.com