



INTUSUSCEPCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINAL POR METÁSTASIS DE MELANOMA

*Trouboul Fernando**, *Lozano Miguel**, *Amato Néstor***,
*Calónico Néstor***, *Ahumada Juan Carlos****.

Del Servicio de Cirugía General de la Policlínica Bancaria “9 de Julio”.
Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El melanoma maligno, es la neoplasia que más frecuentemente metastatiza en el tubo digestivo, habiéndose identificado hasta en un 60% en series de autopsia, siendo el porcentaje de casos hallados antemortem de 0.9 al 4.4%,¹ lo cual puede ser debido a la inespecificidad de la sintomatología en sus formas de presentación habituales, y a la baja sensibilidad de los métodos de diagnóstico para su detección; asimismo, el abdomen agudo como forma de presentación, es una entidad rara. La cirugía representa el mejor método terapéutico ante su detección, tanto por la paliación de los síntomas como por el aumento de la sobrevida.

Caso Clínico

Paciente de 75 años, varón, que al ingreso, presentaba como antecedentes de la enfermedad actual, resección de melanoma en hipocondrio derecho 3 años antes, de 1.5 cm., con margen de seguridad de 4 cm., siendo informado como melanoma maligno nodular, con ulceración superficial, epitelioides, con tasa mitótica moderada, Clark IV, Breslow 1.75, con ausencia de invasión linfática, vascular o perineural. Continuó en seguimiento por oncología con TAC cada 3 meses. A los 2 años del diagnóstico, presentó como hallazgo un nódulo pulmonar, por lo que se realizó TAVA con resección atípica, que se informó como metástasis de melanoma. A

los 2 meses, en control postoperatorio, se evidencian dos tumores en cicatriz de resección del melanoma cutáneo y fosa ilíaca derecha, que se resecan con criterio oncológico, siendo informadas como melanoma. En seguimiento por servicios de oncología y cirugía, recibió tratamiento con interferón y DTCl.

Aproximadamente a los 3 años del diagnóstico inicial, ingresa por guardia, refiriendo un cuadro de 48 hs. de evolución, caracterizado por dolor abdominal, de aparición insidiosa, generalizado, a predominio de hemiabdomen derecho, de intensidad moderada, continuo, asociado a distensión abdominal, falta de eliminación de gases y catarsis; sin equivalentes febriles, náuseas ni vómitos.

Al examen físico de ingreso, se encontraba lúcido, en regular estado general, afebril, hemodinámicamente estable, con abdomen distendido, tenso, levemente doloroso espontáneamente, doloroso a la palpación profunda, con defensa, sin contractura, con dolor a la descompresión; los ruidos hidroaéreos se encontraban presentes, disminuidos en frecuencia e intensidad, con tonalidad metálica.

El laboratorio de ingreso informó: Hto: 25; GB: 33200; Glu: 172; Urea: 77; Cr: 0.8; Na: 137; K: 4.1; Quick: 70%; KPTT: 32.

Se realizó radiografía simple de abdomen, que evidenció importante dilatación de intestino delgado, con niveles hidroaéreos de localización centro abdominal, sin neumoperitoneo.

Se decidió resolución quirúrgica con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo perforativo.

* Residente

** Médico de planta

*** Jefe de Servicio

Correspondencia: fttrouboul@hotmail.com

Se realizó laparotomía exploradora, siendo el hallazgo peritonitis purulenta generalizada, líquido entérico y ovillo de intestino delgado, aproximadamente a 1 metro del ángulo de Treitz, con múltiples intususcepciones y asas telescopadas (Fig. 1), con perforación de aproximadamente 6 cm en el borde antimesentérico (Fig. 2), con múltiples tumores pardo-negruzcos de consistencia duro pétrea (Fig. 3). Se realizó ligadura escalonada del meso, resección en bloque y entero-enterostomía término-terminal con puntos separados extramucosos de poligalactina 910 3-0, lavado profuso y drenaje de cavidad.

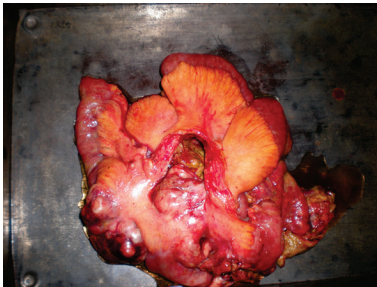


Figura 1. Ovillo de intestino delgado con múltiples intususcepciones y asas telescopadas.

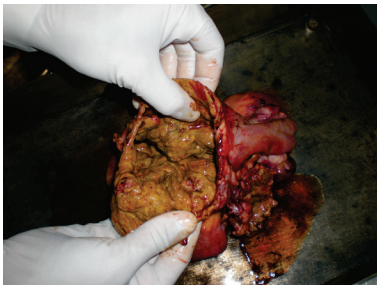


Figura 2. Perforación de 6 cm en el borde antimesentérico del asa afectada.

El diagnóstico anatomopatológico de la pieza operatoria fue metástasis de melanoma. Luego de la cirugía, pasó a unidad de terapia intensiva en asistencia respiratoria mecánica. Fue extubado a las 12 hs. postoperatorias, presento gases al segundo día, pasó a sala de cirugía a los 3 días postoperatorios; retirándose la sonda nasogástrica. Evolucionó en forma tórpida a partir del séptimo día, con deterioro del

estado general, evidenciándose el día octavo postoperatorio la presencia de líquido entérico en la herida; por lo que se decide conducta quirúrgica, con diagnóstico presuntivo de dehiscencia anastomótica, no aceptando la familia la indicación quirúrgica, obitando por falla multiorgánica al décimo día postoperatorio.

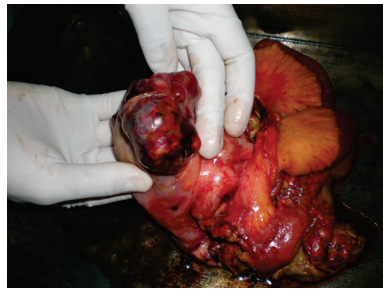


Figura 3. Múltiples tumores pardo-negruzcos

Discusión

La incidencia de melanoma se ha ido incrementando a razón del 3-4% anual, más rápido que cualquier otra neoplasia., con tasas de incidencia variables en relación a la distribución geográfica, desde 0,8/100000 habitantes en Asia hasta 56,2/100000 en Nueva Zelanda.² El 84,6 % de los casos, es diagnosticado como enfermedad localizada, el 9,4 % presenta diseminación regional y el 4,2 % como metastásica a distancia.⁵ El tiempo de aparición de la primera metástasis, analizado en una serie retrospectiva, fue de 25,3 meses, con rango entre 1 y 288 meses, siendo el lugar de predilección ganglios linfáticos regionales o la piel cercana al área del tumor primario. Luego de la primer recurrencia, el tiempo de aparición de metástasis gastrointestinales fue de 24 meses, con rango entre 2 y 180 meses.³

El melanoma metastatiza con mayor predilección a cerebro, pulmón e hígado y con menor frecuencia a piel, partes blandas, hueso y tracto gastrointestinal. En series de autopsia, la incidencia de metástasis en el tubo digestivo llega hasta el 60 %, ⁷ siendo la principal causa de enfermedad maligna en intestino delgado,¹ asentando en el yeyuno en la mayoría de los casos.

INTUSUSCEPCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINAL POR METÁSTASIS DE MELANOMA

Asimismo, el porcentaje de diagnóstico de ésta entidad en pacientes vivos, oscila entre el 0,9 y el 4,4 %.

El melanoma tiende a metastatizar en áreas focales del tubo digestivo, alcanzando considerable tamaño antes de provocar síntomas, creciendo en diversos patrones morfológicos macroscópicos, siendo su forma más frecuente el patrón polipoide, las masas cavitadas y las lesiones en blanco de tiro ("target lesion"), las cuales están determinadas por la fisiopatología del crecimiento, en relación con la distribución anatómica de las arcadas vasculares.⁴

La presencia de metástasis en el tracto digestivo, guarda relación con la sobrevida, ensombreciendo el pronóstico de ésta enfermedad, determinando una expectativa de vida menor a 10 meses en la mayoría de las series.³

Las formas de presentación suelen ser inespecíficas, con sintomatología similar a otras patologías del tracto digestivo, incluyendo dolor abdominal (el síntoma más frecuente en todas las series), fatiga, anemia, náusea, vómito, masa abdominal palpable, pérdida de peso, diarrea, constipación, hematemesis y melena, siendo entre 10 y 20 % asintomáticos al momento del diagnóstico.^{1-4,6,7} Por otro lado, con mucha menor frecuencia, se puede presentar como abdomen agudo quirúrgico, predominando como formas clínicas la obstrucción intestinal por intususcepción, la hemorragia digestiva y la perforación intestinal.²

El diagnóstico imagenológico, es importante para la planificación terapéutica. Los métodos usualmente utilizados para la detección de metástasis, son la tomografía computada con contraste oral y endovenoso y las radiografías contrastadas (incluyendo los métodos de enteroclis). Estos métodos tienen importantes limitaciones en la sensibilidad, siendo solo de 60-70 %. A esto se suma la baja incidencia de hallazgos de patrones morfológicos típicos.⁴

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico en pacientes con metástasis gastrointestinales de melanoma, era

ofrecido a pacientes sintomáticos como método paliativo, debido a su asociación con peor pronóstico. Actualmente, los alcances de las indicaciones quirúrgicas para esta patología se encuentran en revisión. Algunos estudios y series de casos recientes, lograron demostrar un incremento en la sobrevida, tanto para resecciones completas como para resecciones parciales de la masa tumoral, duplicando el tiempo de sobrevida en las resecciones parciales y de entre 23,5 y 44,5 meses para resecciones completas, con escasa morbilidad y mortalidad.^{2,3} Por otro lado, si bien existe evidencia de que los pacientes intervenidos por complicaciones de las metástasis tienen menor sobrevida que los que son operados bajo indicaciones electivas, la estrategia quirúrgica debería inclinarse a los procedimientos con criterio oncológico. En el seguimiento de los pacientes operados, deberían extremarse las medidas para detectar la aparición de recidivas, con tomografía computada, estudios contrastados y detección de sangre oculta.³ Como conclusión, en los pacientes en seguimiento por antecedente de melanoma, un alto índice de sospecha, basado a veces en datos inespecíficos, debería poner en marcha la optimización de recursos para la detección de ésta patología, lo cual debería mejorar los índices de sobrevida y paliación, en pacientes con un pronóstico ya sombrío.

Bibliografía

1. Alwhouhayb M, Mathur P, Al Bayaty M. Metastatic melanoma presenting as a perforated small bowel. *Turk J Gastroenterol* 2006; 17: 223-5.
2. Benitez G, Gonzalez C, Rair V. Melanoma maligno metastásico a intestino delgado. *Rev Venez Oncol* 2007; 19: 259-63.
3. Berger A, Buell J, Venzon D. Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol* 1999; 6:155-160.
4. Bender G, Maglinte D, Mc Larney J. Malignant melanoma: Patterns of metastasis to the small bowel, reliability of imaging studies, and clinical relevance. *AJG* 2001; 96:2393-2400.

5. Dermond R, Soong S. Epidemiology of malignant melanoma. Surg Clin N Am 2003; 83:109-16.
6. Liang K, Sanderson O, Nowakowski G. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Mayo Clin Proc 2006; 81:511-16.
7. Pisoni S, Bosco D. Melanoma metastásico de intestino delgado complicado: presentación de caso. Rev Argent Resid Cir 2001; 6:54-56.



INVITADOS EXTRANJEROS

HENRY BISMUTH (Francia)
ERNESTO MOLMENTI (EE.UU.)
OWEN KORN (Chile)

INVITADOS NACIONALES

Miguel Ángel Arcuri (Tuc.)	Gustavo Lyon (Bs. As.)
Adolfo Badaloni (Bs. As.)	Martín Maraschio (Córdoba)
Pablo Buabse (Tuc.)	Marcelo Nallar Dera (Salta)
Juan Carlos Cutropia (Mza.)	Juan Pekolj (Bs. As.)
Eduardo De Santibañes (Bs. As.)	Sergio Quidrian (Bs. As.)
Guillermo Domínguez (Bs. As.)	Gustavo Rossi (Bs. As.)
Eduardo Eskenazi (Bs. As.)	Flavio Santinelli (Bs. As.)
Juan Pablo Gempel (San Juan)	Gastón Sokol (Bs. As.)
Raúl Eduardo Giglio (Bs. As.)	Ricardo Torres (Corrientes)
Mariano Giménez (Bs. As.)	Leopoldo Van Cauwlaert (Salta)
Gabriel Gondolesi (Bs. As.)	Ricardo Vega (Tuc.)
Gabriel Illañez (Bs. As.)	

AUSPICIOS

Ministerio de Salud Pública de Tucumán

Colegio Médico de Tucumán
INCUCAI

Asociación Argentina de Cirugía

Sociedad de Cirujanos de Tucumán

Ente Tucumán Turismo

Municipalidad de San Miguel de Tucumán

Sociedad Argentina de Cirugía Laparoscópica