

Metástasis gastroduodenales de melanoma maligno a propósito de un caso

Marcela Sáenz F.¹, Guillermo Pérez N.², Richard Jerez E.³ y Constanza Sáenz M.⁴

¹Unidad de endoscopia digestiva. Clínica de Salud Integral, Rancagua, Chile.

²Laboratorio de Histopatología Micromed, Rancagua, Chile.

³Dermatología Clínica de Salud Integral, Rancagua, Chile.

⁴Escuela de Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Recibido: 17 de octubre de 2011
Aceptado: 04 de agosto de 2012

Correspondencia a:
Dra. Marcela Sáenz Fuenzalida.
Dirección: Alameda 634, consulta 305, Rancagua, Chile.
Fono: (56-72) 950342
E-mail: dramsaenz@gmail.com

Gastroduodenal metastasis of malignant melanoma. Case study

Melanoma is a common malignancy whose prevalence has been increasing, accounting for between 1 to 3% of cancers in the United States (USA), and is one of the most common types of cancer that metastasize to the gastrointestinal tract in advanced stages. It is reported that malignant melanoma (MM) either skin or mucous, can metastasize to virtually every organ in the human body. Although these have frequently secondary location in the gastrointestinal tract (GIT), where it is known to have special predilection, gastrointestinal metastasis are rarely found in the follow-up of these patients. Late diagnosis is due to its generally silent evolution. Endoscopy is a valuable tool both to confirm histological diagnosis, and monitoring of systemic therapies and palliative care locally. MM compromising the GIT is generally already spread by the time of diagnosis, in which case survival is only of 6 - 8 months, despite aggressive treatment. Hence the importance of anamnesis, to have a history of melanoma surgery, in addition to diligent physical examination that can reveal a primary skin or mucosal melanoma. All patients diagnosed with malignant melanoma should undergo endoscopic GIT studies.

Key words: Melanoma, metastatic melanoma, melanoma in the gastrointestinal tract.

Introducción

El melanoma maligno cutáneo es una de las neoplasias que más frecuentemente origina metástasis viscerales en el tracto digestivo, donde representa entre 1-3% de todos los tumores malignos. En pacientes con melanoma maligno (MM) metastásico el compromiso gastrointestinal señalado por distintas series varía en rango de 30-70%, sin embargo, solamente entre 1,5 a 4,4% de las metástasis gastrointestinales se pesquisan antes de la muerte del paciente^{1,2}.

Objetivos

- Recordar conceptos de melanoma cutáneo y mucoso.
- Describir las características clínicas sugerentes de MM metastásico en tracto gastrointestinal (TGI) y la estrategia de estudio.
- Descripción endoscópica de metástasis gastroduodenales de melanoma maligno y su diagnóstico diferencial.
- Reforzar la comunicación entre endoscopista-anatomopatólogo.

Nota: Lo interesante de este caso es que el diagnóstico de MM metastásico se realizó con la endoscopia

y no con las complicaciones o con la necropsia como suele suceder en estos pacientes. Lamentablemente no existen más antecedentes para suponer origen de la lesión primaria.

Material y Método

Se presenta un caso relacionado con este diagnóstico, su correlación clínica, endoscópica y patológica, además de una revisión actualizada de este interesante tema. (Uso de base de datos *Medline* con motor de búsqueda 'Pubmed' durante últimos 12 años, artículos de revisión en idioma inglés, con palabras clave: melanoma maligno y tracto gastrointestinal, metástasis; y en 'Google académico': publicaciones nacionales relacionadas; todas con texto completo. *Up-to-date* en línea).

Resultados

Caso clínico

Se trata de un hombre de 58 años, con historia de pérdida de 10 kg de peso, que presenta dolor lumbar en ambos flancos. Una tomografía axial computada abdominal evidencia imágenes sugerentes de metás-

tasis hepáticas y esplénicas, además de presencia de adenopatías retroperitoneales. Por sospecha de neoplasia primaria gástrica se solicita endoscopia digestiva alta. Al acomodar al paciente para realizar el examen destacan adenopatías retro-auriculares induradas griseas bilaterales.

El estudio endoscópico muestra hipofaringe, esófago y línea Z normales. La mucosa gástrica y duodenal evidencia múltiples lesiones bien delimitadas hiperpigmentadas de color café negruzco. Algunas de estas lesiones son elevadas y de centro deprimido, de aspecto submucoso con pigmentación central de 10 mm, otras, de aspecto de masa melanótica de 8 mm y el resto se aprecian como máculas planas café negruzco cuyo diámetro oscila entre 2 y 5 mm (Figuras 1 y 2).

Se obtienen biopsias de mucosa gástrica sospechando localización secundaria de MM, para confirmación histológica. Se solicita realizar estudio inmunohistoquímico específico.

Histología

En este caso se observó fragmentos de mucosa gástrica especializada y no especializada con infiltración nodular pigmentada de células de aspecto epitelioide, de núcleos grandes, atípicos con marcado nucleolo eosinofílico.

Se realizó técnica de inmunohistoquímica PAN-MELANOMA (clon HMB45-MART1/Melan A y Tirosinasa) este cóctel de anticuerpos se utiliza de primera elección como marcador de melanomas, en especial en metástasis. La tinción resultó intensamente positiva en todos los brotes tumorales (Figuras 3 y 4).

El paciente fue derivado para su tratamiento a oncología.

Discusión

Pese a que la gran mayoría de los melanomas cutáneos son diagnosticados en estados precoces (en cuyo caso la resección quirúrgica suele ser curativa),

más de 7.000 personas fallecen cada año por MM en EE.UU., en su gran mayoría de origen cutáneo³. Esta es una de las formas más peligrosas de cáncer a la piel, con asociación genética (1 a 13% con antecedentes familiares de primer grado. Genes: CDKN2A y CDK4)⁴ y a la exposición solar (rayos UV, exposición intermitente: insolación o solárium). Además, dado que existe el fenómeno de regresión del melanoma cutáneo, cuando uno se enfrenta a lesiones en el TGI, resulta difícil distinguir si se trata de un melanoma primario de mucosa gastrointestinal (casos excepcionales) o un melanoma metastásico a TGI desde un primario cutáneo (la gran mayoría de los casos), desconocido o que incluso puede haber sufrido regresión⁵⁻⁷.

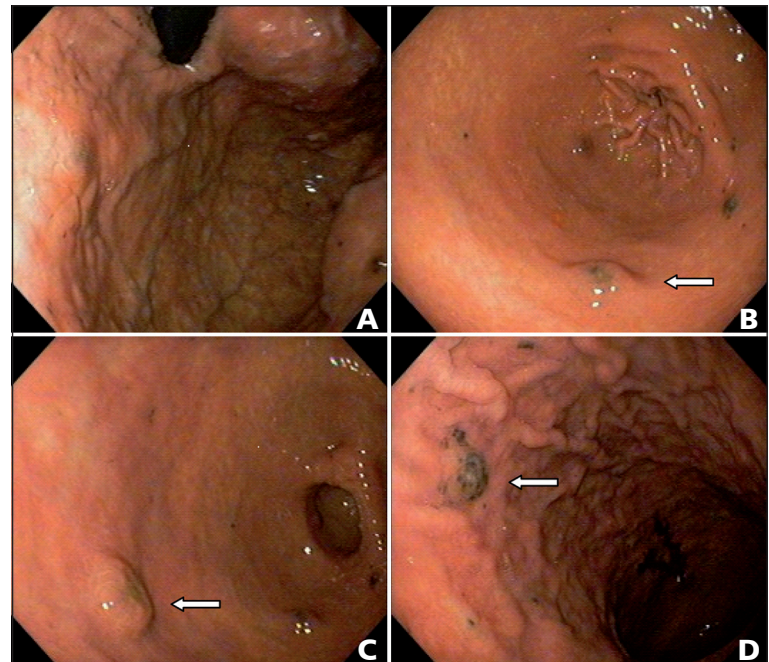


Figura 1. Imágenes endoscópicas de metástasis gástricas de melanoma maligno. Panel **A**: retrovisión. Panel **B y C**: flechas que indican lesiones submucosas con centro deprimido melanótico como se ha descrito en lesiones tipo "ojo de buey" o "en diana". Panel **D**: flecha indica masa melanótica.

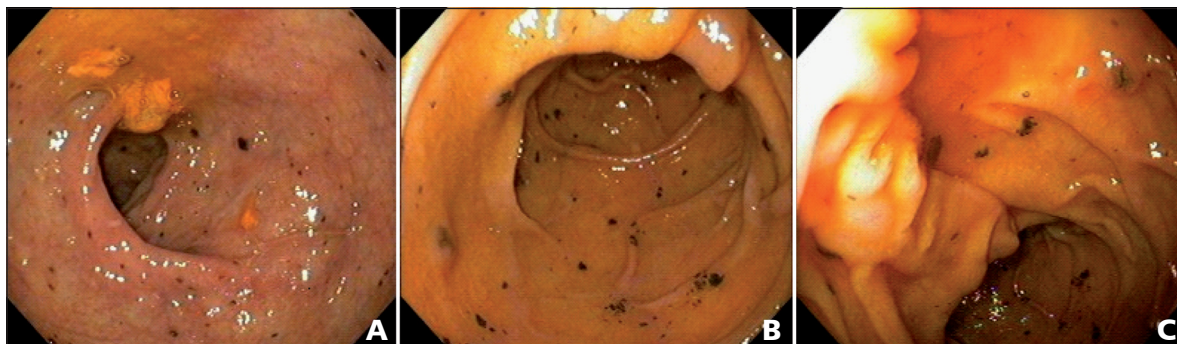


Figura 2. Imágenes endoscópicas de metástasis duodenales de melanoma maligno. Panel **A**: Bulbo; Panel **B y C**: segunda porción de duodeno. Destacan lesiones con aspecto de máculas negruzcas múltiples.

Casos Clínicos

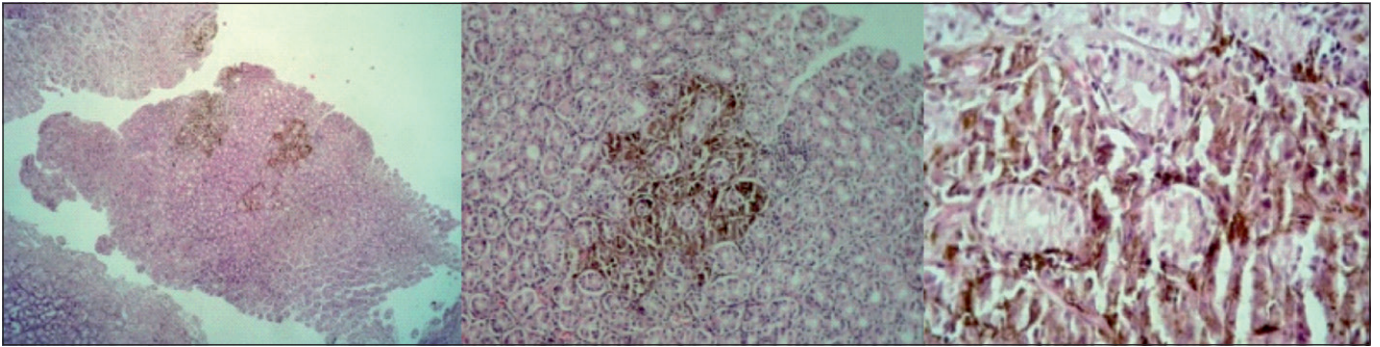


Figura 3. Esta muestra fragmentos de mucosa gástrica con tinción de rutina (hematoxilina-eosina) con aumento de 4x, 20x y 40x, donde se observa mucosa gástrica corporal y antral infiltrada por proliferación epitelioide atípica con marcado pigmento café oscuro de tipo melánico (globular) en citoplasma y perinuclear.

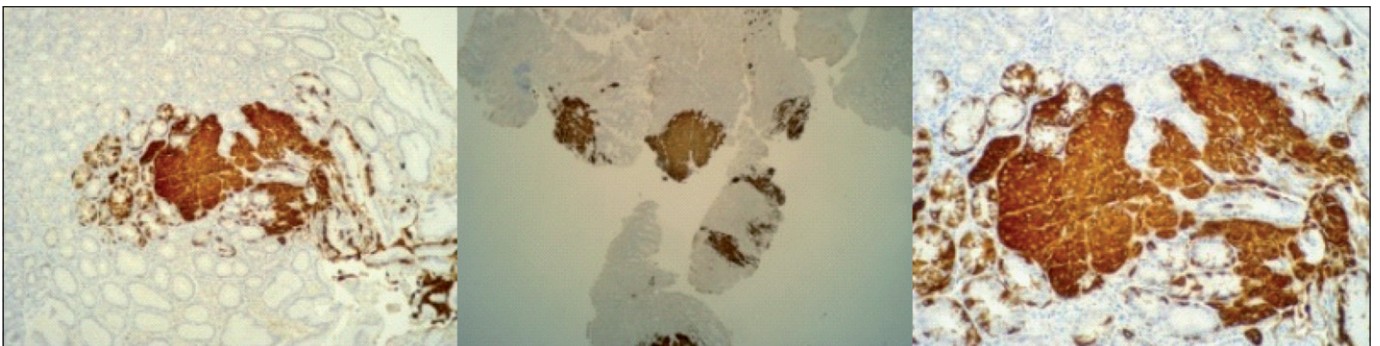


Figura 4. Inmunohistoquímica (Pan melanoma). A la tinción con cromógeno, todas las células melanocíticas, aparecen de color marrón (café). Se muestra tinción con anticuerpos (pan-melanoma) 2,5x, 10x y 20x donde se destaca la presencia nodular de melanocitos neoplásicos reemplazando la mucosa normal.

Estas metástasis pueden estar presentes al momento del diagnóstico o encontrarse años más tarde como primer signo de recidiva de la enfermedad⁵⁻⁷.

Se revisaran conceptos generales de melanoma cutáneo y mucoso, para luego poner énfasis en el MM con metástasis al TGI, intentando entregar herramientas diagnósticas, para planificar estrategias de estudio.

Melanoma maligno

Etiología

Los melanocitos provienen de la cresta neural y migran a la piel, folículos pilosos y retina. Las lesiones melanocíticas primarias del TGI suelen presentarse en las uniones muco-cutáneas como el esófago y ano-recto, donde se cree que la neoplasia nace de los melanocitos de la piel que han migrado en forma anómala hasta ese sitio⁶.

Considerando el hecho de que los melanocitos se desarrollan del neuroectodermo, no es sorprendente que el melanoma mucoso sea más frecuente en tejidos de mucosa derivada del ectodermo, tales como: nasofaringe, laringe, árbol traqueo-bronquial, esófago y unión anorrectal⁶.

Debido a la ubicación oculta del melanoma mucoso a excepción de la mucosa de la cavidad oral y la conjuntiva, el MM mucoso generalmente se presenta en estados avanzados de enfermedad con una mortalidad más alta que el melanoma cutáneo⁶.

Diagnóstico

Según su sitio de aparición, los melanomas malignos pueden ser cutáneos (91,2%), oculares (5,3%) y mucosos (1,3%)⁸.

Melanoma cutáneo

Es interesante revisar datos clínicos de los melanomas, los que se deben tener presentes al realizar hallazgos en la mucosa del TGI. Para el diagnóstico precoz de un melanoma cutáneo, es de suma importancia considerar criterios clínicos como la regla del ABCDE: asimetría, bordes irregulares, color (2 o más, café, rojo, negro, azul/gris y blanco; colores que es útil recordar al momento de encontrar sus metástasis), diámetro > 6 mm; y evolución (cambios en el tamaño, forma color o nueva lesión). Posteriormente, se agrega

la F (por 'funny', raro o extraño en inglés), el signo del "patito feo": Este signo se basa en la observación de que en un individuo con múltiples nevos, éstos tienen un patrón morfológico similar; es así que una lesión que parezca diferente a las que la rodean debe ser considerada sospechosa aunque no cumpla con los criterios de ABCD. Por tanto, buena nemotecnia el ABCDEF^{3,4}.

Clasificación

I. Melanomas cutáneos

El examen diagnóstico realizado por el dermatólogo asistido por la dermatoscopia (microscopia epiluminiscente) y nuevos instrumentos con luz polarizada ha demostrado un 90% de sensibilidad y especificidad (Tabla 1)^{3,4}.

El tratamiento es la resección quirúrgica local sola o con ampliación de márgenes en casos necesarios y resección ganglionar regional, según factores de mal pronóstico sugerentes de compromiso de linfonodos: profundidad de Breslow, índice mitótico, presencia de invasión linfovascular, ulceración y regresión en la lesión primaria⁹.

El estudio del ganglio centinela se realiza en melanomas de > 0,76 mm de profundidad de Breslow y corresponde a una intervención extra destinada a determinar el primer ganglio linfático tributario de

la zona del melanoma; procedimiento que permite etapificar mejor que cualquier otra técnica el MM en etapa III. Si el estudio inmunohistoquímico del linfonodo indica áreas comprometidas, éstas deben ser confirmadas analizando la tinción H-E. De manera que si se demuestra compromiso ganglionar, empeora el pronóstico (define estadio III)^{4,9}.

II. Melanoma mucoso

El melanoma mucoso es una neoplasia infrecuente, claramente diferente a su contraparte cutánea, tanto en biología, evolución clínica y pronóstico. El origen de los melanomas es la transformación maligna (mutaciones BRAF y KIT) de las células madres melanocíticas, las cuales son derivadas del neuroectodermo. A pesar de que la mayoría de los melanomas son de origen cutáneo, ocasionalmente ellos pueden aparecer en tejidos extracutáneos que contienen melanocitos, tales como la úvea, leptomeninges o mucosas (ocular, tracto gastrointestinal, respiratorio y genitourinario). El melanoma mucoso corresponde a 1,3-1,4% de todos los melanomas y 25-50% de estos casos se originan en cabeza y cuello (Tabla 2)⁶.

Las principales diferencias de melanoma cutáneo y mucoso se especifican en Tabla 3⁶.

Todo melanoma mucoso del TGI, debería ser considerado secundario, a no ser que se demuestre lo contrario¹⁰.

La gran mayoría de los melanomas del TGI son

Tabla 1. Formas clínicas de melanoma maligno cutáneo^{3,4}

Tipo	%	Edad media (años)	Localización	Descripción	Comentario
Extensión superficial	70%	44	Cualquier localización, especialmente en torso en varones y en extremidades inferiores en mujeres	Mácula pigmentada de tamaño variable: desde mm a varios cm de diámetro. Múltiples formas y colores	60% diagnosticados en etapas precoces altamente curables. Fase de crecimiento radial prolongada.
Nodular	15 a 30%	53	Cualquier localización	Nódulos de pigmentación oscura polipoideos. La variedad amelanótica es menos frecuente	50% tiene más de 2 mm de espesor al momento del diagnóstico. (A > crecimiento vertical o índice de Breslow peor pronóstico). Sólo fase de crecimiento vertical
Melanoma léntigo maligno	10 a 15%	65	Áreas más expuestas al sol, especialmente región malar y pretemporal	Mancha café. Crece horizontalmente, desarrolla áreas más oscuras, focos de asimetría, variedad en el color y surgen zonas con más crecimiento vertical "léntigo maligno"	Pacientes mayores
Lentiginoso acral	< 5%	65	Palmas, plantas y región subungueal	Máculas o parches color café oscuro a negro	Lesión más frecuente en individuos con piel oscura. Si la lesión llega a ser elevada, sufre ulceración o es de > 5 mm de diámetro se debe sospechar invasión

Casos Clínicos

Tabla 2. Características de melanomas mucosos más frecuentes⁶

Ubicación	% de melanomas mucosos	Síntomas	Comentario
Cabeza y cuello (zonas más frecuentes: cavidades nasales, paranasales y oral)	6 a 20% 1% del total de melanomas	Epistaxis, obstrucción nasal, diplopía y proptosis	MM de cavidad oral usualmente descubiertos por estudios odontológicos de rutina
Tracto genital femenino	18% 3% de melanomas diagnosticados en mujeres		Evaluación ginecológica
Zona anorrectal	0,4 a 1,6 % de todos los casos de melanomas	Prurito y dolor rectal. Sangramiento	De diagnóstico tardío. Simula condiciones benignas como hemorroides. Surgen cerca de la línea dentada en el canal anal. Generalmente polipoideos y pigmentados. Entre la 5ª y 7ª década de la vida. Factor asociado VIH ⁶
Melanoma conjuntival			Considerado un grupo diferente, debido a que por lo general surge de una lesión premaligna o de una melanosia adquirida, está expuesta al sol, y es de mayor visibilidad Posee diferencias en su tratamiento y pronóstico Debe considerarse una entidad única

Tabla 3. Comparación de melanoma cutáneo y mucoso modificado⁶

	Melanoma cutáneo	Melanoma mucoso
Tejido de origen	Piel	Superficies mucosas
Edad de presentación	Sexta década de la vida	Séptima década de la vida
Etapificación	AJCC aplicable	No establecido
Aspecto amelanótico	1,8 a 8,1%	20 a 25%
Presentación	Menos de 1/3 en etapa avanzada	> 50% en etapas avanzadas
Factores de riesgo	Exposición solar	Desconocidos
Raza	Blanca, 94%; Negra, 0,8%	Blanca, 87%; Negra, 7%
Rol de la radioterapia adyuvante del tumor primario	Generalmente ningún rol	Se recomienda generalmente radiación del lecho tumoral
Existencia mutación c-KIT	< 5%	15 a 22%
B-RAFV600E	50 a 60%	Raro

metastásicos de un primario cutáneo. Pese a que existe evidencia de que un MM puede surgir “*de novo*” desde ciertas áreas del TGI. La naturaleza esporádica de éstos ha dificultado el adecuado entendimiento de la patogénesis, historia natural y tratamiento óptimo de esta infrecuente forma de MM¹¹.

En particular el MM primario gástrico es muy infrecuente, se han descrito sólo 12 casos².

Características clínicas del melanoma maligno con metástasis a TGI

En un estudio retrospectivo que incluyó 68 pacientes con melanoma maligno metastásico del TGI, los síntomas y signos más frecuentes fueron: anemia (60%), dolor abdominal (59%), sangrado intestinal aparente u oculto (44%), masa abdominal (12%), baja de peso mayor de 5 kg en 6 meses (9%). La duración de los síntomas tuvo un rango de 0 a 24 meses. Cabe destacar que según esta revisión la mayor parte de los casos de melanoma gastrointestinal presenta anemia durante su evolución, pudiendo ser uno de los síntomas incipientes de manifestación¹.

Desde el punto de vista anatómo-patológico, diferenciar una lesión melanocítica primaria y una secundaria es muy difícil por falta de criterios reproducibles.

Se han propuesto criterios tanto clínicos como patológicos. Los más utilizados para favorecer una lesión primaria provienen de la anamnesis: ausencia de lesiones melanocíticas concomitantes y ausencia de historia de remoción de lesiones melanocíticas atípicas de la piel u otros órganos^{12,13}.

La presencia de metástasis en el estómago es un hallazgo excepcional; un diagnóstico *antemortem*, que se puede realizar en tan sólo 1-4% de los pacientes con melanoma¹⁴ debido a su mal pronóstico y tórpida evolución; como probablemente es el caso de este paciente.

Diagnóstico diferencial

Existen criterios para diferenciar un melanoma maligno primario mucoso de una metástasis al TGI.

Criterios de Sachs y cols.: El melanoma primario intestinal 1) debe ser una lesión solitaria; 2) ausencia de lesión metastásica en otros órganos; 3) existencia de una lesión precursora o melanosis histológica, y 4) tener un período de sobrevida libre de enfermedad de al menos 12 meses después del diagnóstico¹³.

El hallazgo endoscópico de lesiones melánicas en la mucosa del tubo digestivo nos debe hacer plantear en el diagnóstico diferencial de las lesiones la presencia de metástasis de MM.

Interesante es el ejercicio del diagnóstico diferencial en caso de un melanoma amelanótico metastásico o primario de mucosa TGI; en cuyo caso la imagen endoscópica puede ser indiferenciable de un tumor primario gástrico, incluyendo GIST o metástasis de otro origen (mama, pulmón u otro). Será el anatomopatólogo con tinciones específicas de inmunohistoquímica quien nos dará la clave diagnóstica. Por estas razones se ha denominado al MM como “el gran imitador”. En este caso el hecho de que las lesiones fueran múltiples y melanóticas ayudó a que se sospechara inicialmente metástasis de MM. Como en todos estos casos, la expedita comunicación entre el médico y el anatomopatólogo es fundamental.

El diagnóstico tardío se debe a que pese al frecuente compromiso del TGI en MM metastásico (60%), lamentablemente éste es silente, a no ser que se evidencie por sus complicaciones (hemorragia, obstrucción o perforación)^{1,3,13,18}.

La endoscopia ha demostrado ser una valiosa herramienta en estos casos, no tan sólo por permitir la evaluación morfológica y la toma de biopsias para el diagnóstico histológico, sino también para el eventual monitoreo, evaluación de terapias y terapia endoscópica paliativa.

Existen publicaciones que han clasificado las lesiones endoscópicas de metástasis gástrica en tres tipos: 1) nódulos melanóticos, a menudo ulcerados en el vértice, que son los más frecuentes; 2) masas tumorales submucosas, melanóticas o no, que son elevadas y ulceradas en el ápice (la típica imagen en “ojo de buey”; y 3) masas con variable incidencia de necrosis y melanosis. Adicionalmente, las metástasis gástricas pueden aparecer como una lesión ulcerada común¹⁰.

Para destacar lo amplio de las localizaciones secundarias del MM y la diversidad de síntomas que potencialmente podría presentar un paciente, se hace mención a una serie de autopsias realizadas a 216 pacientes con melanoma maligno avanzado⁵; éstas revelan que el TGI es sólo superado por el pulmón y los nódulos linfáticos. El compromiso multiorgánico es frecuente: 95%, encontrándose como lesiones secundarias a órganos gastrointestinales: hígado (58,3%), peritoneo (42,6%), páncreas (37,5%), intestino delgado (35,6%), bazo (30%), colon (28,2%), gástrico (22,7%), cavidad oral y esófago (9,3%), y tracto biliar (8,8%)⁵.

Debemos destacar que el 80% de los casos de MM con metástasis al TGI diagnosticados en vida comprometen el intestino delgado y el mesenterio. Esta preferencia del MM sobre el intestino delgado se ha adjudicado a su rica irrigación. Por lo tanto, ante síntomas y sospecha por antecedentes clínicos y/o laboratorio, el examen de elección sería una enteroclisia por resonancia o tomografía para pequeñas lesiones polipoideas que podrían pasar desapercibidas por la tomografía axial computada; como complemento importante del estudio diagnóstico¹⁵. Se podría utilizar tal vez cápsula endoscópica o enteroscopia. Se ha sugerido un algoritmo para la detección de metástasis de MM en intestino delgado, el que incluye sangre oculta en deposiciones y endoscopia panintestinal que considera el uso de videocápsula endoscópica en pacientes en etapa III. Su realización en pacientes en etapa IV dependería de las consecuencias individuales del diagnóstico de metástasis en intestino delgado¹⁶ (Figura 5). En la etapificación del MM también se ha propuesto el uso de imágenes axiales de cerebro, tórax, abdomen y pelvis a través de PET (tomografía de emisión de positrones) escáner para detectar áreas de mayor proliferación celular, como también la determinación de niveles de LDH sérico, que tiene un importante rol pronóstico⁶.

El diagnóstico de melanoma mucoso primario se realiza en estados avanzados y tiene mayor mortalidad. Esto se debe a su escasa visibilidad, rica irrigación y evolución asintomática en estados iniciales. Por otra parte, la alta frecuencia de melanoma cutáneo y su elevada incidencia de metástasis al tracto gastrointestinal, hacen difícil el diagnóstico diferencial cuando la enfermedad ya está diseminada; como es el caso de este paciente, que se evidencia por el compromiso multisistémico tumoral y la sospecha diagnóstica surge del examen endoscópico por múltiples lesiones gastroduodenales que se adjudican a un melanoma maligno etapa IV (TxNxM1c)³.

El diagnóstico de MM se confirma con histología. En este caso el MM 1° es de origen desconocido y no se cuenta con más antecedentes de este paciente.

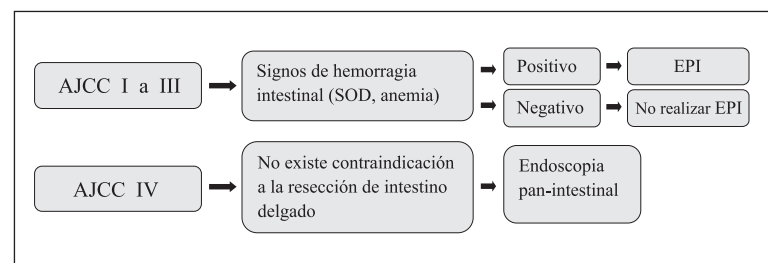


Figura 5. Diagrama de flujo propuesto para detectar metástasis en intestino delgado, con la expectativa de ayudar al manejo clínico y una eventual cirugía. SOD (sangre oculta en deposiciones); EPI (endoscopia pan-intestinal) incluye esofagogastroduodenoscopia, ileocolonoscopía y videocápsula endoscópica; AJCC (American Joint Committee on Cancer)¹⁶.

Casos Clínicos

Existen publicaciones similares de interesantes casos en que se mencionan las metástasis gastroduodenales de un MM como la “punta del iceberg” en melanoma maligno cutáneo etapa IV^{17,18}.

El principal problema del MM es que si no se sospecha a tiempo, ya está generalmente diseminado al momento del diagnóstico; en cuyo caso la sobrevida es sólo de 6 a 8 meses, pese al uso de cirugía agresiva, quimioterapia, inmunoterapia, terapia biológica y radioterapia, como terapias adyuvantes y paliativas en general.

El MM debería ser un “modelo de enfermedad molecular”, para que pueda ayudar a los médicos a guiar las decisiones terapéuticas, y adecuarlas de acuerdo a los hallazgos de logros clínicos y de laboratorio. Dos genes diferentes se manifiestan en distintos tipos de melanomas con una respuesta que podría ser promisorio de los melanomas que poseen la mutación BRAF V600E a PLX4032 Vemurafenib e Ipilimumab (recientemente aprobados por la FDA), y también respuesta a Imatinib en aquellos que poseen la mutación C-KIT^{19,20}.

Actualmente, está en estudio el uso de heparina de bajo peso molecular en la prevención o demora de metástasis cerebrales. Estudios *in vitro* y preclínicos apoyan la investigación traslacional a grupos clínicos, en relación al potencial antimetastásico de estas heparinas en la prevención y demora de metástasis cerebrales de MM. Es decir, basándose en el conocimiento molecular, el potencial anti-metastásico vía plaquetas y selectinas, podría demorar el “momento de aparición” de las metástasis cerebrales; con la importante proyección de su impacto en sobrevida como “neuroprotección biológica”. Esta aproximación “antimetastásica” se podría extrapolar tal vez a otros cánceres frecuentes como mama y colon²¹.

Conclusión

Debemos destacar la importancia de la anamnesis para contar con el antecedente de melanoma operado, antecedentes familiares de melanoma y el examen físico acucioso que nos pueda dar cuenta de un me-

lanoma primario en piel o mucosas visibles. El alto índice de sospecha dentro del abanico de síntomas gastrointestinales de un MM primario o metastásico y el rápido reconocimiento de éste en exámenes endoscópicos permitiría una derivación precoz, junto con una expedita comunicación con el patólogo para la realización de tinciones específicas de inmunohistoquímica. Recomendamos que todo paciente con una lesión melanótica, sea estudiado por un equipo multidisciplinario que incluya la evaluación por dermatólogo y manejo oncológico, debido a su mal pronóstico.

Resumen

El melanoma es una neoplasia frecuente, cuya prevalencia ha ido en aumento, representando entre 1 a 3% de los cánceres en EE.UU. y es una de las neoplasias que con mayor frecuencia presenta metástasis al tracto gastrointestinal en etapas avanzadas. Se ha reportado que el melanoma maligno (MM), ya sea cutáneo o mucoso, es capaz de producir metástasis a prácticamente todos los órganos del cuerpo humano. Aunque es frecuente su ubicación secundaria en el tracto gastrointestinal (TGI) por el cual se sabe que tiene especial predilección, rara vez se pesquisan metástasis gastrointestinales en el seguimiento de estos pacientes. El diagnóstico tardío se debe a que su evolución es generalmente silente. La endoscopia es una valiosa herramienta tanto para confirmar el diagnóstico histológico, como para el seguimiento de terapias sistémicas y tratamiento paliativo local. El MM con compromiso del TGI generalmente se encuentra diseminado al momento del diagnóstico; en cuyo caso la sobrevida es sólo de 6 a 8 meses, pese a un tratamiento agresivo. De ahí la importancia de la anamnesis, para contar con el antecedente de melanoma operado, además del examen físico acucioso que nos pueda dar cuenta de un melanoma primario en piel o mucosas visibles. Todo paciente con diagnóstico de melanoma maligno debería ser sometido a estudios endoscópicos del TGI.

Palabras clave: Melanoma maligno, melanoma metastásico, melanoma en tracto gastrointestinal.

Referencias

- 1.- Cassina JC, Gallardo A, Valbuena JR, Martínez J. Intususcepción intestinal secundaria a metástasis de melanoma. Caso clínico. Rev Chil Cir 2011; 63: 194-9.
- 2.- Yamamura K, Kondo K, Moritani S. Primary malignant melanoma of the stomach: report of a case. Surg Today 2012; 42: 195-9.
- 3.- Swetter S, Gueller A C. Screening and early detection of melanoma. Disponible en: www.uptodate.com. [Revisado en línea el 6 de julio de 2012].
- 4.- Lavanderos J, Pérez JA, Jeria S, Concha D. Actualizaciones en melanoma maligno cutáneo. Cuad Cir 2010; 24: 47-56.
- 5.- Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Mayo Clin Proc 2006; 81: 511-6.
- 6.- Seetharamu N, Ott P, Pavlick A. Mucosal melanomas: a case-based review of the literature. Oncologist 2010; 15: 772-81.

- 7.- Khalid U, Saleem T, Iman AM, Khan MR. Pathogenesis, diagnosis and management of primary melanoma of the colon. *World J Surg Oncol* 2011; 9: 14.
- 8.- de la Barra S, Zelada J, Nazal R, Guerrero M, Meza X. Melanoma anorrectal primario: una causa infrecuente de rectorragia en el adulto mayor. *Gastroenterol latinoam* 2009; 20: 27-30.
- 9.- White R, Ayers GD, Stell VH, Ding S, Gershewald JE, Salo J, et al. Factors predictive of status of sentinel lymph nodes in melanoma patients from a large multicenter database. *Ann Surg Oncol* 2011; 18: 3593-600.
- 10.- Goral V, Ucmak F, Yildirim S, Barutcu S, Ileri S, Aslan I, et al. Malignant Melanoma of the stomach presenting in a woman: a case report. *J Med Case Rep* 2011; 5: 94.
- 11.- Schuchter LM, Green R, Fraker D. Primary and metastatic diseases in malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Curr Opin Oncol* 2000; 12: 181-5.
- 12.- Ravi A. Primary gastric melanoma: a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 4: 795-7.
- 13.- Serin G, Doganavsargil B, Caliskan C, Akalin T, Sezak M, Tuncyürek M. Colonic malignant melanoma, primary or metastatic? Case report. *Turk J Gastroenterol* 2010; 21: 45-9.
- 14.- Alazmi WM. Review. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 4: 797-8.
- 15.- Mc Dermontt VG, Low VH, Keogan MT, Lawrence JA, Paulson EK. Malignant melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *ARJ AM J Roentgenol* 1996; 166: 809-13.
- 16.- Albert JG, Fechner M, Fiedler E, Vonderholzer W, Lochs H, Trefzer U, et al. Algorithm for detection of small-bowel metastasis in malignant melanoma of the skin. *Endoscopy* 2011; 43: 490-8.
- 17.- Leite S, Rodrigues A, Pinto J, Alfonso M, Veloso R, Carvalho J, et al. Metastatic malignant melanoma of duodenum: the tip of the iceberg. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102: 270-1.
- 18.- Prado B, Vargas F, Clemente J. Metastasis gástricas de melanoma cutáneo: presentación de un caso clínico. *Gastr Latinoam* 2007; 18: 35-8.
- 19.- Gajewski TF. Molecular profiling of melanoma and the evolution of patient-specific therapy. *Semin Oncol* 2011; 38: 236-42.
- 20.- Finn L, Markovic SN, Joseph RW. Therapy for metastatic melanoma: the past, present, and future. *BMC Med* 2012; 10: 23.
- 21.- Maraveyas A, Johnson MJ, Xiao YP, Noble S. Malignant melanoma as a target malignancy for the study of the anti-metastatic properties of the heparins. *Cancer Metastasis Rev* 2010; 29: 777-84.