

## Una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta An unusual cause of upper gastrointestinal bleeding

Julieta Settecasí, Sebastián Pardini, Diego Ferreyra, Emiliano Redondo, Inés Sueiras Munuce

Servicio de Cirugía  
General  
Hospital Provincial de  
Rosario, Rosario, Santa  
Fe, Argentina.

Correspondencia:  
Julieta Settecasí.  
E-mail: julieta\_settecasí  
@hotmail.com

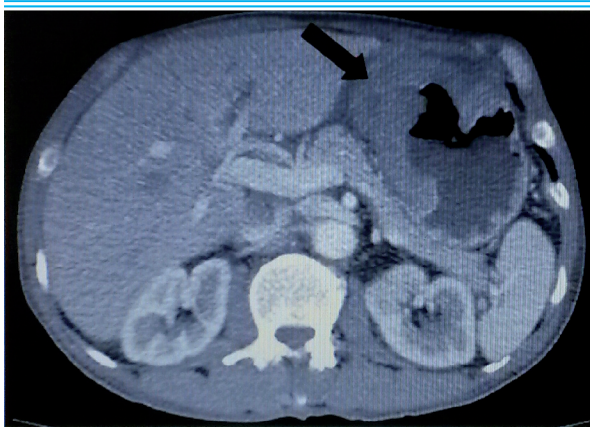
Se trata de un paciente varón de 65 años, de tez blanca, Performance status II, con antecedentes de tabaquismo y amputación de primer dedo de pie izquierdo en el año 2011 en otra institución, con diagnóstico de melanoma ungueal ulcerado en faz de crecimiento vertical, con una tasa mitótica de 2 y ganglio centinela negativo. Realiza controles periódicos con su médico oncólogo de cabecera; se evidencia aumento de tamaño de estructuras ganglionares inguinales izquierdas por tomografía de alta resolución y se realiza toma de biopsia de dicha lesión con informe anatomopatológico de inflamación crónica inespecífica, sin células neoplásicas. En julio de 2014 el paciente consulta a la guardia del Hospital Provincial de Rosario por presentar episodios de hematemesis, melena y astenia, por lo cual se decide su internación a cargo del Servicio de Clínica Médica y Cirugía General. Se realiza videoendoscopia digestiva alta constatándose lesión gástrica ulcerovegetante compatible con atipia, que se biopsia. Durante su internación presenta trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho por lo que, dada la contraindicación de anticoagulación oral por la presencia de lesión gástrica sangrante, se decide colocar filtro de vena cava a cargo del Servicio de Hemodinamia. Finalmente, el informe de anatomía patológica concluye que se trata de una metástasis gástrica de melanoma maligno. Se reestadifica con nuevas imá-

genes tomográficas que evidencian imagen compatible con metástasis a nivel gástrico, categorizándose como Estadio IV (Fig. 1).

El caso es presentado en el comité de tumores de nuestro hospital, donde se resuelve realizar gastrectomía total paliativa por los reiterados episodios de hemorragia digestiva alta que producen anemia refractaria a tratamiento médico, y debido a la imposibilidad de anticoagular al paciente como tratamiento de su episodio trombótico. En agosto del año 2014 se realiza gastrectomía total (Fig. 2) y resección hepática en bloque y de ganglio linfático inguinal izquierdo. El informe de anatomía patológica concluye que se trata de metástasis gástrica de melanoma maligno de 15 × 7 cm que involucra el tejido hepático vecino (Fig. 3). Se resecan 33 ganglios pero solo se encuentra enfermedad metastásica en 1 ganglio de la curvatura mayor. El paciente cursa el posoperatorio (POP) inmediato en la unidad de terapia intensiva, con buena evolución clínica. Reanuda su dieta a los 5 días POP. Pasa a sala general donde presenta nuevo episodio de trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho. Es dado de alta a los 10 días del posoperatorio.

Se solicita PET-Scan donde se evidencian dos focos hipermetabólicos de 2,2 cm correspondientes

FIGURA 1



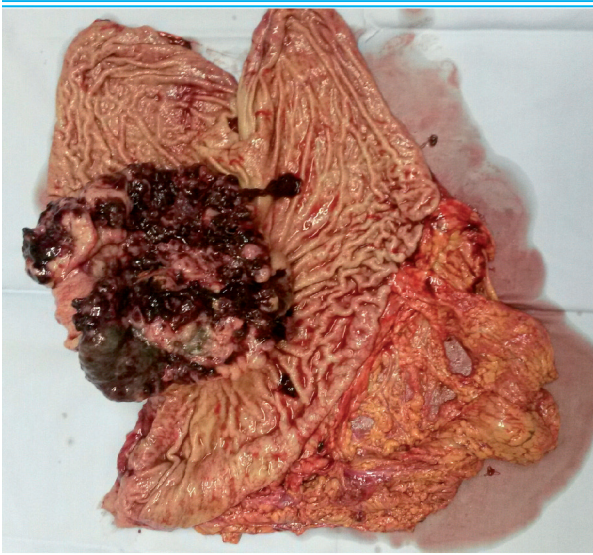
TC de abdomen con contraste. Flecha: Engrosamiento de parietal gástrico heterogéneo en cuerpo y curvatura mayor con compromiso principal en pared posterior que tiene extensión cefalocaudal de 10 cm con espesor parietal de 38 mm, en relación con proceso neoplásico primario

Recibido el  
12 de octubre de 2015  
Aceptado el  
17 de diciembre de 2015

a dos nódulos pulmonares sugestivos de compromiso secundario a la enfermedad de base del paciente, en topografía del hilio pulmonar izquierdo y en el lóbulo inferior del pulmón derecho parahiliar, además de lesión en el sacro del lado izquierdo que también sugiere compromiso hipermetabólico de origen secundario.

El paciente completa 6 ciclos de quimioterapia adyuvante con dacarbacina entre octubre de 2014 y marzo de 2015. Actualmente, a los 10 meses posteriores a la operación, el paciente posee un Performance Status I, estando pendiente nueva PET-Scan para reestadificación posquimioterapia.

FIGURA 2



Gastrectomía total. Pieza de gastrectomía total. Se realiza apertura de la pieza por su curvatura mayor exponiendo mucosa gástrica y lesión ulcerovegetante de 15 cm, que ocupa dos tercios de la circunferencia

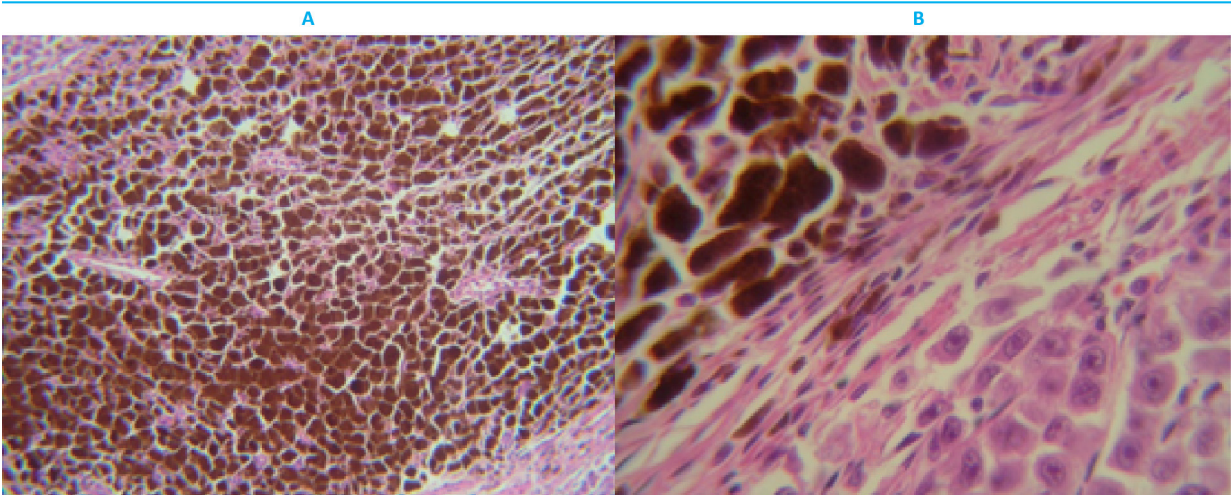
El melanoma es una neoplasia maligna producto de la transformación de los melanocitos. Constituye el 1% de todas las neoplasias y solo el 3% de las neoplasias malignas de la piel. Su incidencia aumenta proporcionalmente con la edad, con una mayor incidencia entre la quinta y séptima década de la vida. Afecta a ambos sexos por igual y existe predominio en individuos de color de piel blanca<sup>1</sup>.

El melanoma tiende a proliferar a través de la epidermis y a invadir la dermis, para luego diseminarse y dar metástasis<sup>2</sup>. Puede diseminarse hacia el tracto gastrointestinal, siendo uno de los tumores que más frecuentemente da metástasis a este nivel. Sin embargo, se estima que el melanoma solo sería el responsable de un 10% del total de metástasis en el tubo digestivo<sup>1</sup>.

Aunque puede localizarse en 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%)<sup>1</sup>.

El diagnóstico de metástasis gastrointestinal es poco frecuente, dado que dicha metástasis se presenta con síntomas poco específicos de manera similar a otras enfermedades gastrointestinales más comunes<sup>3</sup>. Los síntomas pueden incluir dolor abdominal, disfagia, obstrucción del intestino delgado, hematemesis o melenas<sup>4</sup>. En cuanto a la presencia de hemorragia digestiva alta, cabe destacar que, si bien esta es una de las patologías más frecuentes de la gastroenterología, con una incidencia entre 50-150/100 000 personas al año<sup>5</sup>, la etiología de origen neoplásico representa solo el 1-2% de los casos y las metástasis son una causa poco frecuente de ella<sup>6</sup>. Sin embargo, una sintomatología abdominal aguda puede aumentar la sospecha de metástasis intraabdominal en cualquier paciente con antecedentes de melanoma cutáneo<sup>7</sup>.

FIGURA 3



Estudio histológico de la pieza de gastrectomía. Diagnóstico compatible con metástasis gástrica de melanoma. (A) Tinción con hematoxilina-eosina 200x. (B) Tinción con hematoxilina-eosina 1000x.

Las neoplasias gástricas normalmente se presentan en forma de sangrado crónico y la hemorragia aguda suele evidenciarse en los tumores ulcerados de células estromales gastrointestinales (GIST)<sup>5</sup>, pero raramente en los casos de metástasis de melanoma. Se estima que solo en el 4,4% de los pacientes el diagnóstico de melanoma cutáneo será realizado antes de su muerte debido a la presencia de síntomas<sup>1</sup>.

El tracto digestivo es uno de los lugares donde se producen metástasis de melanoma con mayor frecuencia<sup>2</sup>. Se ha calculado que el 60% de los pacientes que fallecen por esta neoplasia presentan lesiones metastásicas en este nivel, si bien en solo el 4,4% de estos pacientes se llegará al diagnóstico antes de su muerte debido a la presencia de síntomas<sup>1</sup>.

En pacientes con historia de melanoma, un alto índice de sospecha de metástasis debe estar presente, y, a su vez, la metástasis gastrointestinal debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes con anemia severa y sangrado digestivo<sup>4</sup>.

En la mayoría de los pacientes, las metástasis digestivas de melanoma son indetectables en etapas iniciales y terminan diagnosticándose de forma tardía por la aparición de complicaciones (hemorragia diges-

tiva, perforación o alteraciones del tránsito intestinal o de la absorción)<sup>2</sup>.

La metástasis gástrica representa un estado avanzado de enfermedad, cuyo tiempo medio de supervivencia al momento del diagnóstico oscila entre 6 y 9 meses. La alta tasa de mortalidad observada en estos pacientes está asociada a múltiples metástasis en otros órganos como pulmón, hígado, páncreas, bazo, suprarrenales y cerebro<sup>4</sup>.

Los melanomas malignos son fuertemente resistentes a la quimioterapia. La primera línea de agentes quimioterápicos utilizada son dacarbazina y temozolomide<sup>3</sup>. La gastrectomía puede prolongar la supervivencia global y mejorar la calidad de vida en los pacientes con metástasis gástrica de melanoma<sup>3</sup>. En un estudio retrospectivo de 124 pacientes con metástasis gástrica de melanoma, la supervivencia media de los pacientes con resecciones curativas fue de 48,9 meses, comparada con solo 5,4 y 5,7 meses en aquellos sometidos a procedimientos paliativos e intervenciones no quirúrgicas, respectivamente<sup>3</sup>.

Las decisiones terapéuticas, especialmente en Estadio IV, deben ser manejadas por un grupo multidisciplinario de médicos<sup>8</sup>.

#### Referencias bibliográficas

1. Alonso Soto J, Pérez González T, González Cansino J. Melanoma cutáneo con metástasis gástrica. Presentación de un caso. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba. *MediSur*. 2012; 10(5).
2. Navarro Ballester A, Lázaro de Molina S, Cano Marquina AJ, García Vila JH. Melanoma maligno gastrointestinal en paciente albino: a propósito de un caso. Servicio de Radiología Diagnóstica y Terapéutica. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana, España. 2012-2013. *Revista Argentina de Radiología*. Abril-Junio 2014; 78(2): 99-101.
3. Lianjun Zhao, Jing Yan, Li Li, Jia Wei, Lin Li, Xiaopong Qian, et al. Gastric metastasis from sphenoid sinus melanoma: A case report. Cancer Institute of Nanjing University, Nanjing, Jiangsu. PR China. 2014. *Oncol Lett*. 2015 Feb; 9(2):609-13.
4. Expósito A, Martínez Blanco L, García Castro MC, Hernández León CN, Vega Falcón A, Brito García A y cols. Melanoma gástrico metastásico. Diagnóstico citohistológico. Servicio Canario de la Salud; Hospital Universitario de Canarias. 2013. Sesión Citología. SEC-023.
5. Martínez Porras JL, Calleja Panero JL. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Unidad de aparato digestivo, Hospital Central de la Cruz Roja, Servicio de Gastroenterología, Clínica Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid; 2005. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*; 17(4):1050-4. ISSN 1137-6821.
6. División Clínica Médica. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Hemorragia digestiva alta. Libros Virtuales IntraMed. Sistemática de Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. [<http://www.intramed.net/sitios/librovirtual1>].
7. Mantas D, Tsaparas P, Charalampoudis P, Gogas H, Kouraklis G. Emergency Surgery for Metastasis Melanoma. Laiko General Hospital. Athens University School of Medicine. Athens, Greece; 2014. *International Journal of Surgical Oncology*. Volume 2014. Article ID 987170.
8. Canhoto M, Barbeiro S, Arroja B, Silva F, Gonçalves C, Cotrim I, et al. Multiple gastric metastases of malignant melanoma. *Journal Português de Gastroenterologia* 2013; 20(6):279-81.