

Melanoma maligno de colon de origen primario desconocido: reporte de caso

Yunia Tusen-Toledo^{1*}, Julián Ruiz-Torres¹, Robin Carballo-Espinosa², Yusel Massó-Vicet³, Ana M. Chao-Fernández⁴ y Ludmila Martínez-Leyva⁵

¹Departamento de Gastroenterología, Centro de Investigaciones Clínicas, Playa; ²Departamento de Medicina. Centro de Investigaciones Clínicas, Playa; ³Departamento de Medicina Intensiva, Centro de Investigaciones Clínicas, Playa; ⁴Departamento de Anatomía Patológica, Centro de Investigaciones Clínicas, Playa; ⁵Departamento de Gastroenterología, Hospital Carlos J. Finlay, Marianao. La Habana, Cuba

Resumen

Introducción: La localización del melanoma en el tracto gastrointestinal es infrecuente. **Objetivo:** Presentar un caso de melanoma de localización colónica. **Caso clínico:** Paciente con pérdida del campo visual derecho. En el estudio tomográfico presentó lesión no homogénea parieto-occipital derecha e imágenes nodulares metastásicas en ambos campos pulmonares. En la colonoscopía se observó lesión polipoide, de color negruzco, en el sigma. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de melanoma. Se instauró tratamiento paliativo. **Conclusiones:** La localización colónica del melanoma es rara. El tratamiento depende de la presencia o no de enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico.

Palabras clave: Melanoma. Cáncer de colon. Metástasis. Colonoscopia. Tumor polipoide.

Malignant melanoma of the colon of unknown primary origin: case report

Abstract

Introduction: The location of melanoma in the gastrointestinal tract is rare. **Objective:** To present a case of melanoma located in the colon. **Case report:** Patient with right visual field loss. The tomographic study presented a non-homogeneous right parieto-occipital lesion and metastatic nodular images in both lung fields. Colonoscopy revealed a blackish polypoid lesion in the sigmoid. The pathology study confirmed the diagnosis of melanoma. Palliative treatment was established. **Conclusions:** Colonic location of melanoma is rare. Treatment depends on the presence or absence of metastatic disease at the time of diagnosis.

Keywords: Melanoma. Colon cancer. Metastasis. Colonoscopy. Polypoid tumor.

*Correspondencia:

Yunia Tusen-Toledo

E-mail: yuniatt@infomed.sld.cu

0188-9893/© 2022. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 19-08-2022

Fecha de aceptación: 19-10-2022

DOI: 10.24875/END.22000031

Disponible en internet: 20-01-2023

Endoscopia. 2022;34(2):62-64

www.endoscopia-ameg.com

Introducción

El melanoma generalmente se diagnostica en la piel, el globo ocular o el ano¹. Los que se localizan en el tracto gastrointestinal son infrecuentes y suelen ser metastásicos^{2,3}. Casi siempre se diagnostica en etapas avanzadas (enfermedad metastásica). El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histológico de las biopsias con el uso de microscopía electrónica y de técnicas inmunohistoquímicas (anticuerpos monoclonales HMB-45 y proteína S-100)⁴.

El tratamiento depende del estado general del paciente y de la presencia o no de enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección siempre que sea factible. Los agentes quimioterapéuticos (interferón alfa, citocinas, vacunas y radioterapia para las metástasis cerebrales) han sido usados como tratamiento adyuvante y paliativo. La radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia no han logrado mejorar el pronóstico de esta neoplasia⁵.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de melanoma de localización colónica.

Caso clínico

Varón de 63 años, blanco, hipertenso, que acudió a urgencias por pérdida súbita del campo visual derecho. Se le realizó tomografía computarizada de cráneo y se constató una lesión hiperintensa no homogénea parieto-occipital derecha. En la radiografía de tórax se informaron imágenes nodulares en ambos campos pulmonares con aspecto metastásico.

Se indicó tratamiento antiedema cerebral y radioterapéutico para la lesión cerebral, con mejoría clínica. Comenzó con inmunoterapia con monoclonales HR-3. Seis meses después refirió deposiciones diarreicas frecuentes, escasas, con flemas. Se le realizó colonoscopia, en la que a partir de los 28 cm del reborde anal y extendiéndose hasta los 35 cm en sentido proximal se observó una lesión polipoide, de color negruzco, con áreas de necrosis, que ocluía casi la totalidad de la luz. A los 50 cm del reborde anal se observó una lesión polipoide de 1 cm de diámetro de base ancha, de color oscuro, casi negruzco (Fig. 1 A), la cual se extrajo con asa de polipectomía.

La tinción con hematoxilina-eosina (Fig. 1 B) mostró el epitelio de la mucosa colónica e inmediatamente debajo de ella una población de células de estirpe epitelioide con citoplasma amplio, eosinófilo claro con núcleo vesicular y nucléolo prominente, pleomorfas, con actividad mitótica incrementada y abundante pigmento melánico. Los estudios inmunohistoquímicos con HMB-45 (Fig. 1 C) confirmaron el melanoma.

Por tratarse de un paciente sin criterio quirúrgico, y con el riesgo de obstrucción del sigmoides, se realizó tratamiento paliativo colocando una prótesis autoexpandible de 10 cm de longitud por vía endoscópica.

Comentarios

El 95% de los melanomas se desarrollan en la piel. Otras localizaciones incluyen el ojo y la mucosa oral o genital. Un 3% de los pacientes desarrollan melanomas ocultos (enfermedad metastásica sin evidencia de tumor primario)¹.

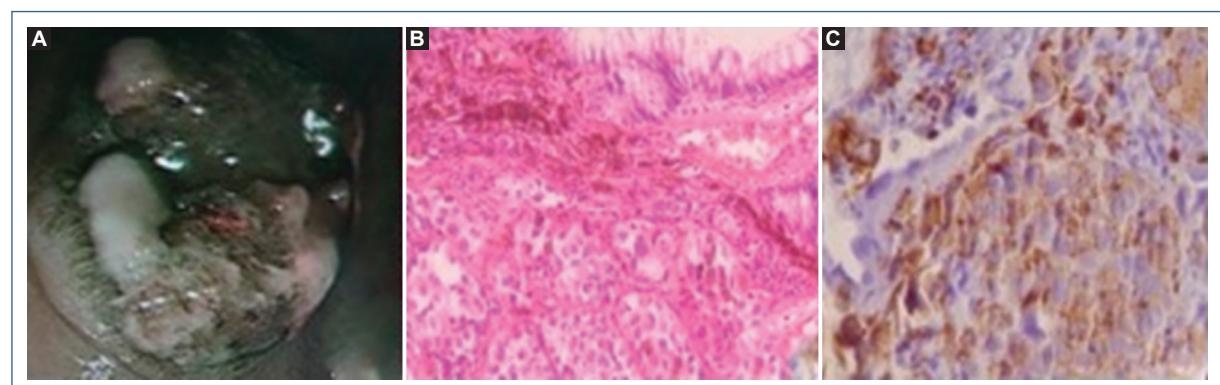


Figura 1. A: lesión polipoide, de color oscuro, compatible con melanoma de colon (imagen endoscópica). B: estudio histológico de la pieza endoscópica compatible con melanoma de colon (tinción de hematoxilina-eosina). C: estudio histológico de la pieza endoscópica compatible con melanoma de colon (inmunohistoquímica con positividad para HMB-45).

El melanoma de colon puede presentarse como un síndrome obstructivo, con dolor abdominal, sangrado, anemia crónica y síntomas derivados de la afectación metastásica⁶. Endoscópicamente es un tumor polipoi- de y solitario, de color oscuro (aunque solo el 75% son pigmentados), con tamaño variable. Se sugieren los siguientes criterios para el diagnóstico de melanoma primario gastrointestinal⁷.

- Ausencia de evidencia de melanoma en la piel.
- Ausencia de metástasis extraintestinal.
- Evidencia de lesiones intramucosas en el epitelio que cubre la lesión.

Los pacientes con enfermedad localizada en el intestino delgado o en el colon se benefician y mejoran su supervivencia con el tratamiento quirúrgico, aun en los casos con resección quirúrgica incompleta. En los pacientes con enfermedad metástásica (a pulmón, cerebro, intestino delgado o colon), la supervivencia disminuye a menos de 1 año⁵.

El melanoma de colon es infrecuente. Su clínica inespecífica y su semejanza con otras etiologías colo-rectales pueden conducir a retrasar el diagnóstico, lo que unido a su agresividad empeora el pronóstico.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamien- to para este estudio.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realiza- do experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento infor- mado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Cifuentes SP, Santacruz SL. Melanoma maligno gastrointestinal de ori- gen primario desconocido: reporte de caso. Rev Col Gastroenterol. 2019;34:416-20.
2. Galanopoulos M, Gkersos F, Liatsos C, Pontas C, Papaefthymiou A, Viazis N, et al. Secondary metastatic lesions to colon and rectum. Ann Gastroenterol. 2018;31:282-7.
3. Alvarado-Cabreiro I, Estévez-Castro R, Valencia-Cedillo R. Metástasis de melanoma al tracto gastrointestinal. Reporte de tres casos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2019;57:42-7.
4. Testori AAE, Blankenstein SA, van Akkooi ACJ. Primary melanoma: from history to actual debates. Curr Oncol Rep. 2019;21:112.
5. Docio G, Gutiérrez A, Tieso A, Pellicer JL. Melanoma gástrico sin origen primario conocido. Presentación de caso. Rev Cub Cir. 2014;53:309-17.
6. Arriola MA, Rodríguez M, Figuerido O. Melanoma anal, patología infre- cuente, reporte de un caso. An Fac Med (Univ Rep Urug). 2019;6:51-7.
7. Espinoza-Ríos J, Salas Y, Leiva Reyes N, Prochazka Zárate R, García-Encinas C, Cok García J, et al. Melanoma duodenal: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Peru. 2017;37:267-70.