

## CARTAS CIENTÍFICAS

## Metástasis gástrica tardía de melanoma cutáneo



## Late gastric metastasis from cutaneous melanoma

Presentamos el caso de una paciente de 49 años con antecedentes personales de mastitis en mama derecha y melanoma de extensión superficial en miembro inferior derecho (nivel 2 de Clark e índice IA de Breslow) intervenido en el año 1999, con seguimiento posterior en consultas de oncología donde fue dada de alta en 2007. En octubre de 2012 es derivada a nuestro servicio para la realización de estudio endoscópico por presentar clínica de dolor abdominal epigástrico, náuseas y pérdida de 9 kg de peso. En la analítica presentaba anemia microcítica ferropénica, siendo el resto de hemograma, bioquímica y coagulación normales. Se realizó una endoscopia digestiva alta donde se apreció una masa excrecente y mamelona, ulcerada y con zonas necrohemorrágicas que ocupaba cuerpo gástrico y fundus, presentando una consistencia dura a la toma de biopsias (fig. 1). El estudio anatomopatológico puso de manifiesto que se trataba de un tumor maligno indiferenciado, que infiltraba lámina propia (fig. 2) con patrón inmunohistoquímico compatible con metástasis de melanoma: citoqueratina AE1/AE3, ALC, CD3 y CD20: negativos S100, HMB-45 (fig. 3) y Melan-A: positivos. Se completó estudio con TAC toracoabdominopélvico y tomografía por emisión de positrones donde se evidenció afectación a nivel gástrico, adenopático regional y pulmonar, derivándose a consultas de oncología médica e instaurándose tratamiento con quimioterapia paliativa con dacarbazina® en monoterapia.

La malignidad del melanoma está definida por su agresividad local y su tendencia metastásica. La alta mortalidad en estos pacientes se asocia a la presencia de metástasis en otros lugares del organismo. Hasta el 60% de los pacientes que fallecen por esta neoplasia presentan lesiones metastásicas en el tracto digestivo, si bien solo el 4,4% de estos pacientes serán diagnosticados antes de su muerte debido a la ausencia de síntomas<sup>1</sup>.

El tracto digestivo es uno de los lugares donde se producen metástasis de melanoma con mayor frecuencia, siendo los órganos más comprometidos, en primer lugar intestino delgado (51-71%), seguido de estómago (27%), intestino grueso (22%) y esófago (5%)<sup>2</sup>. El diagnóstico se suele realizar mediante técnicas radiológicas o endoscópicas<sup>3</sup>.

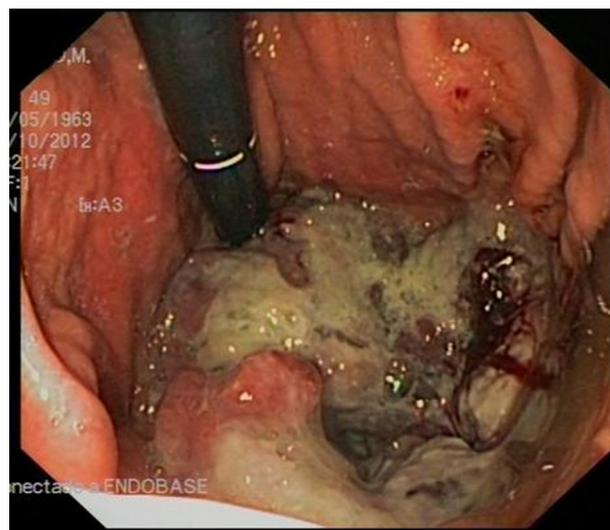


Figura 1 Endoscopia digestiva alta. Neoformación a nivel de cuerpo gástrico y fundus.

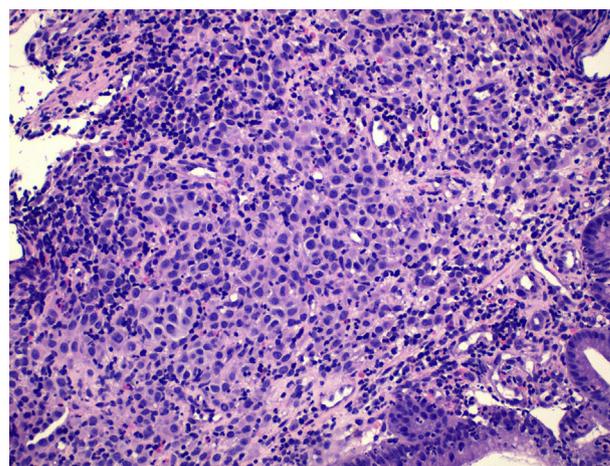
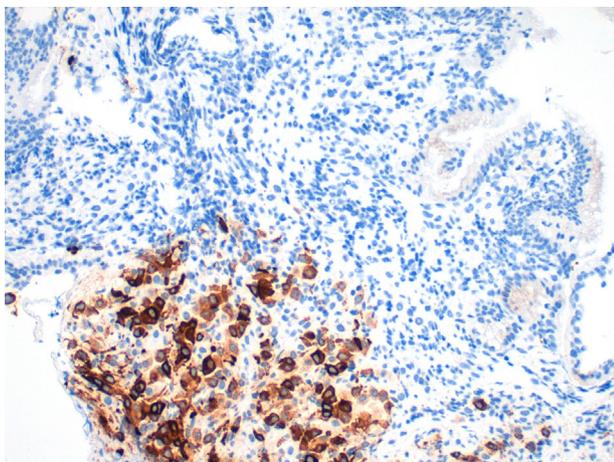


Figura 2 Mucosa gástrica con infiltración por células de citoplasma eosinófilo, núcleos ovalados, nucléolo prominente y ocasional seudoinclusión nuclear. Se acompaña de inflamación sin displasia del componente epitelial. Tinción hematoxilina-eosina (200×).



**Figura 3** Se observa fuerte tinción citoplasmática para HMB-45 de las células neoplásicas. Inmunohistoquímica, tinción HMB-45 (200×).

Endoscópicamente puede presentarse como un nódulo, una úlcera solitaria o una masa pigmentada o no. Los síntomas son inespecíficos, pudiendo manifestarse mediante sangrado gastrointestinal, vómitos, dolor abdominal, pérdida de peso, obstrucción intestinal y en algunas ocasiones, perforación.

El diagnóstico histológico se fundamenta en la proliferación de melanocitos atípicos iniciada en la capa basal de la epidermis, que tiende a invadir después el resto de 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)<sup>4</sup>.

El tratamiento se basa en cirugía agresiva en algunos casos, quimio y radioterapia. No obstante, la supervivencia en pacientes con metástasis en tracto gastrointestinal es menor de un año<sup>5</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Díaz-Sánchez A, Lara MA, Ortega P, Aramendi T, González C, Alberdi JM, et al. Melanoma colorrectal: revisión de dos formas diferentes de presentación. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;34:83–8.
2. Halpern AC, Schuchter L. Prognostic models in melanoma. *Semin Oncol.* 1997;24 Suppl 4:S2–7.
3. Mimica M, Tomić I. Endoscopic diagnosis of malignant melanoma metastatic to the stomach. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1572–3.
4. Fitzpatrick T, Milton GW, Balch CH. Clinical characteristics. En: Balch CM, Houghton AN, Milton GW, editores. *Cutaneous melanoma.* 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. p. 223–30.
5. Tsao H, Atkins M, Sober A. Management of cutaneous melanoma. *N Engl J Med.* 2004;351:998–1012.

Patricia Ruiz-Cuesta<sup>a,\*</sup>, Antonio José Hervás-Molina<sup>a</sup>, Carlos Manuel Villar-Pastor<sup>b</sup>, Juan Jurado-García<sup>a</sup> y Pilar Barrera-Baena<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>b</sup> Servicio Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [patriciaruizcuesta@hotmail.com](mailto:patriciaruizcuesta@hotmail.com) (P. Ruiz-Cuesta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.01.009>

## Cirugía de la poliposis adenomatosa familiar atendiendo a sus bases moleculares



### Surgical options for familial adenomatous polyposis depending on genetic factors

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) se caracteriza por el desarrollo de cientos a miles de adenomas a nivel del colon y recto. La poliposis adenomatosa familiar atenuada (PAFA) es una forma menos severa, con siempre menos de cien pólipos adenomatosos en el colon y una edad más tardía de aparición<sup>1</sup>. La PAF tiene un riesgo de malignización del 100%, siendo el único síndrome de cáncer colorrectal (CCR) hereditario en el que queda establecida la necesidad de realizar cirugía profiláctica, y no así, por tanto, en el caso de la PAFA. El debate se establece en cuanto al tipo de cirugía que se debe realizar, según variables del individuo (sexo, edad, deseo reproductivo, preferencias personales), severidad de la enfermedad (gravedad de la

afectación rectal, antecedentes de tumores desmoides), o por las complicaciones postoperatorias e impacto en la calidad de vida de los sujetos<sup>2,3</sup>. La correlación que existe en esta enfermedad entre el genotipo y el fenotipo, también está siendo de utilidad para decidir el tipo de intervención. Presentamos 2 casos que ilustran las distintas opciones quirúrgicas atendiendo a la localización de la mutación en el gen *APC*.

El primer caso se trata de un paciente de 45 años, con enfermedad por reflujo gastroesofágico, osteocondrosis e hipertensión arterial; sin antecedentes familiares oncológicos de interés. Se le realiza colonoscopia por síntomas abdominales inespecíficos, evidenciándose más de 100 pólipos en todo el marco cólico. En recto se observa un pólipo a 10 cm del margen anal, de 1 cm de diámetro. Las biopsias resultan de adenomas tubulovelloso con displasia leve, excepto en 3 casos de pólipos localizados en colon izquierdo y transversal, que es severa. El estudio genético identifica mutación germinal de *APC* (exón 1. c.70C > T). El paciente es intervenido realizándose colectomía total y anastomosis ileorrectal. En la anatomía patológica de la pieza se confirman los múltiples