

CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA METASTÁSICO CON AFECTACIÓN DE INTESTINO DELGADO

V. Martos-Ruiz, A.D. Sánchez-Capilla, P. de la Torre-Rubio, M. Ruiz-Cabello Jiménez, J. De-Teresa Galván

Unidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.

Resumen

La afectación de intestino delgado es frecuente en los casos de melanoma con extensión metastásica; de hecho, éste se encuentra afectado en más de un 30 % de autopsias de pacientes con melanoma metastásico. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y tamaño de la metástasis, siendo en forma de hemorragia hasta en 26% de los casos. La detección precoz de esta forma de diseminación es importante pues puede implicar un cambio en la actitud terapéutica posterior. Para el diagnóstico de las metástasis gastrointestinales se suelen utilizar la TAC, el PET y/o la cápsula endoscópica, siendo esta última de gran utilidad puesto que permite la visualización directa de las metástasis. En nuestro caso, la cápsula endoscópica fue la técnica de elección para el diagnóstico etiológico del sangrado recidivante que presentaba el enfermo. Finalmente se decidió administrar quimioterapia paliativa dado el número de metástasis y la infiltración de tejidos vecinos.

Palabras clave: melanoma metastásico, intestino delgado, cápsula endoscópica.

Abstract

The small bowel involvement is common in cases of melanoma with metastatic spread; in fact, it is affected by more than 30% of autopsies of patients with metastatic melanoma. Clinical manifestations depend on the location and size of metastases, being in the form of bleeding in up to 26% of cases. Early detection of this form of dissemination is important since it may involve a change in the subsequent therapeutic approach. For the diagnosis of gastrointestinal metastases the most commonly used diagnostic techniques are CT, PET and/or capsule endoscopy, the latter being very useful as it allows direct visualization of metastases. In our case, the capsule endoscopy was the technique of choice for the etiologic diagnosis of recurrent bleeding that suffered the patient. Finally we decided to administer palliative chemotherapy, since the spread of the metastases and the infiltration of neighboring tissues.

Key words: metastatic melanoma, small bowel, capsule endoscopy.

Introducción

El melanoma es el tumor que metastatiza con más frecuencia en el tracto digestivo. De hecho, en más de un 30% de autopsias de pacientes con melanoma metastático se encuentra afectación del intestino delgado¹⁻⁴. Sin embargo, la tasa de metástasis gastrointestinales de melanoma encontradas clínicamente no sobrepasa el 5%. Esta discrepancia parece deberse

CORRESPONDENCIA

Virgilio Martos Ruiz
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Avenida de las Fuerzas Armadas, 2
18014 Granada
Teléfono móvil: 675146792.
vmartosr@hotmail.com

a la aparición tardía de síntomas (fatiga, debilidad, sangrado, anemia y dolor abdominal), a la poca especificidad de los mismos, así como a la dificultad para explorar intestino delgado, pues tanto las técnicas de imagen como la endoscopia presentan bajas tasas de sensibilidad^{3,4}. La detección temprana de afectación metastásica en intestino delgado es importante en la evaluación preoperatoria de estos pacientes, proporcionando la resección de las metástasis en esta localización una mejoría en las tasas de supervivencia de la enfermedad^{5,6}. Para el diagnóstico se suelen utilizar la TAC, el PET y/o la cápsula endoscópica.

Presentación del caso

Paciente de 70 años, intervenido hace 3 años de melanoma cutáneo, con estudio de ganglio centinela negativo.

Consulta por cansancio y debilidad de un mes de evolución, presentando debilidad fundamentalmente en hemicuerpo izquierdo. Se realiza TC y RMN cerebral que evidencian 2 lesiones ocupantes de espacio, compatibles con metástasis, a nivel de región frontal izquierda y región premotora izquierda; dichas lesiones fueron tratadas con radiocirugía y radioterapia. Se completa estudio con TAC-PET, que muestra conglomerado adenopático hilar derecho y foco hipermetabólico que corresponde por TAC con adenopatía retromandibular izquierda, sugerente de afectación linfática metastásica. Se objetiva también anemia microcítica ferropénica severa, realizándose endoscopia digestiva alta y baja que son normales. Posteriormente se realiza cápsula endoscópica: varias zonas con depresiones fibrinadas de la mucosa, vellosidades circundantes exuberantes, de aspecto patológico, con diferentes grados de sangrado, y otras dos lesiones de aspecto coraliforme (Figuras 1-3), oscuras, sin signos de sangrado. Acude varias veces



Figura 1

Metástasis de melanoma. Lesiones coraliformes, oscuras, compatibles con metástasis de melanoma.

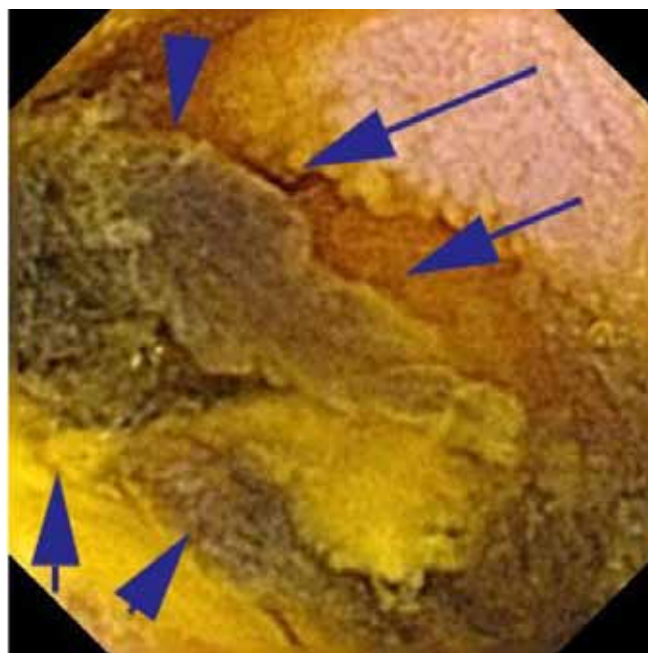


Figura 2

Metástasis de melanoma. Lesiones coraliformes, oscuras, compatibles con metástasis de melanoma.



Figura 3

Metástasis de melanoma en intestino. Lesiones coraliformes, oscuras, compatibles con metástasis de melanoma.

al servicio de urgencias por sangrado masivo, sometiéndose a laparotomía exploradora, que revela la existencia de varias lesiones en intestino delgado (al menos 11) de hasta 4 cm, con infiltración de meso y otras asas por lo que no se realiza resección. Se administra quimioterapia paliativa con DTIC. Finalmente el paciente fallece como consecuencia de la evolución de la patología neoplásica.

Discusión

- La afectación de intestino delgado es frecuente en los casos de melanoma con extensión metastásica. Supone un reto diagnóstico, dada la poca especificidad de los síntomas y la baja sensibilidad de las pruebas diagnósticas disponibles¹⁻⁴ y se debe incluir en el diagnóstico diferencial del paciente con sintomatología gastrointestinal y antecedentes de melanoma. Aunque las metástasis intestinales se desarrollan típicamente 3-6 años después de la extirpación del melanoma cutáneo primario, a veces están presentes en el momento del diagnóstico o sólo 6 meses después de la detección de las lesiones cutáneas primarias^{7,8}. Se ha estimado que el período libre de síntomas entre la extirpación quirúrgica del melanoma cutáneo primario y el diagnóstico de las metástasis del intestino delgado tiene una duración entre 6 y 90 meses⁹.

- Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y tamaño de la metástasis, siendo en forma de hemorragia hasta en 26% de los casos; otros síntomas frecuentes son las náuseas, vómitos, dolor abdominal, y sangrado gastrointestinal oculto, pudiendo presentarse de forma asintomática en algunos pacientes^{3, 8, 10}. La presentación como masa abdominal, intususcepción, obstrucción o perforación intestinal son raros^{11, 12}.

- No existe en la actualidad ningún test claramente superior para el diagnóstico de las metástasis gastrointestinales de melanoma. En este sentido, se pueden emplear técnicas radiológicas, con radionúclidos o endoscópicas. La ecografía abdominal es la técnica más empleada¹² en pacientes con sintomatología abdominal difusa, por ser una prueba no invasiva, accesible, poco costosa y que no precisa preparación, aunque su precisión diagnóstica es muy baja a la hora de confirmar la presencia de metástasis de melanoma. La TC ha demostrado tener baja sensibilidad, entorno al 60-70%, en varios estudios⁷, cifra que podría ser mejorada con el uso de enteroclis de forma combinada. En cuanto al PET-TC, también tiene ciertas limitaciones, siendo una de las más importantes la localización de la metástasis dentro del tracto entérico, puesto que, a pesar de que el TC y el PET se realicen con pocos minutos de diferencia, la adquisición de las imágenes y su reconstrucción se suele ver artefactada por la motilidad intestinal³. La cápsula endoscópica es superior en la detección de metástasis de melanoma a intestino delgado^{4, 13}, ya que permite su visualización directa; no obstante, presenta una tasa de falsos negativos a tener en cuenta^{14, 15}. La combinación de PET-TC y cápsula endoscópica parece el ser la más adecuada en el proceso diagnóstico de pacientes con sospecha de extensión metastásica de melanoma a intestino delgado, y se deberían usar como técnicas complementarias dado que ninguna presenta valores elevados de sensibilidad en este escenario clínico. Hay que tener en cuenta que la cápsula endoscópica se debería realizar tanto en pacientes en los que el PET-TC demuestre captación a nivel de intestino delgado, como en pacientes con PET-TC negativo pero que presenten síntomas gastrointestinales. En los casos en que ambas pruebas sean negativas, debería considerarse la realización de enteroscopia^{14, 15}. Se han definido 4 tipos de metástasis de melanoma en intestino delgado según su apariencia endoscópica⁷: cavitario, infiltrativo, exoentérico y polipoide (también llamado "ojo de buey" o lesión en diana).

- El tratamiento quirúrgico de las metástasis intestinales tiene indicación terapéutica y paliativa, por ejemplo ante casos de hemorragia masiva como presentaba nuestro paciente, pero no siempre es posible. La cirugía consigue mejoría de los síntomas así como también puede prolongar la supervivencia e incluso conseguir la curación¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Washington K, McDonagh D. Secondary tumors of the gastrointestinal tract: surgical pathologic findings and comparison with autopsy survey. *Mod Pathol* 1995;8:427-33.
- 2.- Blecker D, Abraham S, Furth EE, et al. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3427-33.
- 3.- Prakoso E, Fulham M, Thompson JF, Selby WS. Capsule endoscopy versus positron emission tomography for detection of small-bowel metastatic melanoma: a pilot study. *Gastrointest Endosc*. 2011 Apr;73(4):750-6.
- 4.- Lens M, Bataille V, Krivokapic Z. Melanoma of the small intestine. *Lancet Oncol* 2009;10:516-21.
- 5.- Krige JE, Nel PN, Hudson DA. Surgical treatment of metastatic melanoma of the small bowel. *Am Surg* 1996;62:658-63.
- 6.- Albert J, Gimm O, Stock K, et al. Small-bowel endoscopy is crucial for diagnosis of melanoma metastases to the small bowel: a case of metachronous small-bowel metastases and review of the literature. *Melanoma Res* 2007;17:335-8.
- 7.- Bender GN, Maglinte DD, McLaren JH, et al. Malignant melanoma: patterns of metastasis to the small bowel, reliability of imaging studies, and clinical relevance. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2392-400.
- 8.- Elsayed AM, Albahra M, Nzeako UC, Sobin LH. Malignant melanomas in the small intestine: a study of 103 patients. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1001-06.
- 9.- Wade TP, Goodwin MN, Countryman DM, Johnson FE. Small bowel melanoma: extended survival with surgical management. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21: 90-91.
- 10.- Berger AC, Buell JF, Venzon D, et al. Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol* 1999;6:155-60.
- 11.- Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 511-16.
- 12.- Tarantino L, Nocera V, Perrotta M, et al. Primary small-bowel melanoma: color Doppler ultrasonographic, computed tomographic, and radiologic findings with pathologic correlations. *J Ultrasound Med* 2007; 26: 121-27.
- 13.- Prakoso E, Selby WS. Capsule endoscopy in patients with malignant melanoma. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1204-8.

14.- Chong AK, Chin BW, Meredith CG. Clinically significant small-bowel pathology identified by double-balloon enteroscopy but missed by capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006;64:445-9.

15.- Postgate A, Despott E, Burling D, et al. Significant small-bowel lesions detected by alternative diagnostic modalities after negative capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2008;68:1209-14.

16.- Sanki A, Scolyer RA, Thompson JF. Surgery for melanoma metastases of the gastrointestinal tract: indications and results. *Eur J Surg Oncol* 2009;35:313-9.