

## CASO CLÍNICO

### **Melanoma metastásico en intestino delgado: causa infrecuente de perforación.**

#### **Reporte de caso.**

Metastatic melanoma in the small intestine: infrequent cause of perforation.

Case report.

Melanoma Metastático em Intestino Delgado: Causa Rara de Perfuração.

Relato de caso.

Lucía Romero<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0001-5283-2296

[lucia.romero.ardoino@gmail.com](mailto:lucia.romero.ardoino@gmail.com)

Pilar Arcienega<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-1981-3402

[pily\\_arya@hotmail.com](mailto:pily_arya@hotmail.com)

DOI 10.31837/cir.urug/7.1.4

Leandro Telles<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0003-4830-5578

[ltelles@icloud.com](mailto:ltelles@icloud.com)

Daniel González<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0003-3916-9201

[danielalfredogg@gmail.com](mailto:danielalfredogg@gmail.com)

Recibido: 17 de agosto 2022

Aceptado: 17 de marzo 2023

### **Resumen**

**Introducción:** El intestino delgado es el sitio de asiento más frecuente del melanoma metastásico. Su diagnóstico es un desafío por cursar asintomático o con síntomas inespecíficos. Son pocos los casos que presentan complicaciones, siendo infrecuente la peritonitis por perforación. El objetivo del trabajo es comunicar el caso clínico de una peritonitis por perforación de una metástasis de melanoma en intestino delgado.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 66 años con diagnóstico de melanoma de cuello y secundario óseo, encefálico y pulmonar, fue intervenido de urgencia por peritonitis aguda por perforación de metástasis en intestino delgado. El estudio histológico confirmó secundarismo de melanoma cutáneo.

<sup>1</sup>Clínica Quirúrgica 3. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay

**Conclusión:** Sabiendo que el yeyuno íleon es el sitio de asiento más frecuente de las metástasis de melanoma, ante la presencia de síntomas digestivos inespecíficos o anemia se debe sospechar su compromiso y evaluar posibles alternativas terapéuticas.

**Palabras clave:** Intestino delgado, melanoma, peritonitis, metástasis

## Abstract

**Introduction:** The small intestine is the most frequent site of metastatic melanoma. However, its diagnosis continues to be a challenge since it is usually asymptomatic or with non-specific symptoms. Few cases result in complications, peritonitis due to perforation being infrequent. The objective of the work is to report a clinical case of peritonitis due to perforation of a melanoma metastasis in the small intestine.

**Clinical case:** A 66-year-old male patient diagnosed with melanoma of the neck and secondary bone, brain and lung melanoma, underwent emergency surgery for acute peritonitis due to perforation of metastasis in the small intestine, which was resected and anastomosed. The histology confirmed the secondary nature of the cutaneous melanoma.

**Conclusion:** Knowing that the jejunum-ileum is the most frequent site of melanoma metastases, in the presence of non-specific digestive symptoms or anemia, its involvement should be suspected and possible therapeutic alternatives should be evaluated.

**Keywords:** Small intestine, melanoma, peritonitis, metastasis

## Resumo

**Introdução:** O intestino delgado é o local mais frequente de melanoma metastático.

O diagnóstico é um desafio por ser assintomático ou apresentar sintomas inespecíficos.

Há poucos casos que apresentam complicações, sendo pouco frequente a peritonite por perfuração.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de peritonite por perfuração de metástase de melanoma no intestino delgado.

**Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 66 anos, diagnosticado com melanoma no pescoço com metástase óssea, cefálica e pulmonar. Foi submetido a cirurgia de emergência por peritonite aguda por perfuração de metástases do intestino delgado. O estudo histológico confirmou melanoma cutâneo.

**Conclusão:** Sabendo que o jejuno e o íleo é o local mais frequente de metástase de melanoma, na presença de sintomas digestivos inespecíficos ou anemia deve-se suspeitar de seu acometimento e avaliar possíveis alternativas terapêuticas.

**Palavras chave:** Intestino delgado, melanoma, peritonite, metástase

## Introducción

---

El melanoma constituye el 4% de los tumores de piel, incidencia en ascenso, siendo hoy en día el cáncer de piel con mayor mortalidad. <sup>(1)</sup> Se trata de una neoplasia de origen neuroectodérmico de estirpe melanocítica que compromete con mayor frecuencia la piel. El 50% de los casos se localiza en cabeza y cuello, seguido por la úvea y leptomeninges y en menor frecuencia las mucosas, siendo casi excepcionales los melanomas primitivos del tracto urinario o gastrointestinal. <sup>(2)</sup> Se caracteriza

por su gran capacidad metastásica, ofreciendo en estos casos un mal pronóstico a pesar de los posibles tratamientos sistémicos.

El melanoma metastásico presenta gran afinidad por el tracto gastrointestinal con claro predominio por el intestino delgado. El tiempo de aparición entre el tumor primitivo y la metástasis es variable, habiendo series que reportan una media de 66 meses y otros de 43 meses. <sup>(3)</sup> Se estima que 50 - 60% de los melanomas metastásicos, tienen compromiso del yeyuno íleon. <sup>(1,4)</sup> Su presentación paucisintomática es lo que lleva que el diagnóstico sea un verdadero desafío. Se estima únicamente un 1,5 - 4,4% de los casos diagnosticados in vivo, el resto son hallazgos durante autopsias. <sup>(3)</sup>

Las complicaciones del melanoma metastásico en intestino delgado incluyen el sangrado, la intususcepción, el síndrome malabsortivo y en menor frecuencia la perforación, la cual se presenta de forma excepcional y con muy pocos casos hallados reportados en la literatura. <sup>(1,8)</sup>

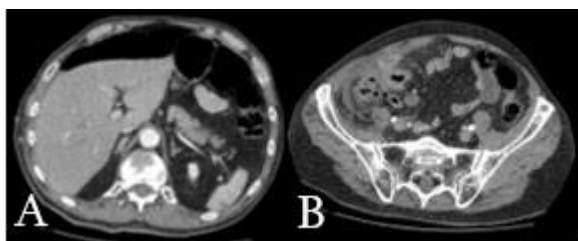
En Uruguay el primer estudio de características clínico epidemiológicas y sobrevida se realizó en 2020. La media de edad de diagnóstico fue de 61,2 años. Edad mayor que la evidenciada en la literatura global, siendo los diagnósticos más tardíos y avanzados. Las lesiones en dorso son las más frecuentes (22,5%) y son la topografía más prevalente en hombres, a diferencia de las mujeres cuya topografía más frecuente son los miembros inferiores. La sobrevida global en EIV es de 12 meses. <sup>(5)</sup> Hasta el momento no hay estudios sobre incidencia de secundarismo gastrointestinal de melanoma en Uruguay.

El objetivo del trabajo es comunicar un caso clínico de una peritonitis por perforación de una metástasis de melanoma en intestino delgado.

## Reporte de caso

---

Paciente de 66 años, sexo masculino con diagnóstico de melanoma en dorso del cuello. De la valoración, se evidenció secundarismo a nivel de 5 vertebra cervical, múltiples lesiones encefálicas, pulmonares y óseas. Internado por síndrome medular parcial, instaló dolor abdominal brusco en epigastrio que irradiaba a fosa ilíaca y flanco derecho. Cursó en apirexia, sin alteraciones del tránsito digestivo. Del examen físico se destacaba un abdomen con elementos de irritación peritoneal en hemiabdomen derecho. De la analítica se destacaba leucocitosis 30.000. Sin disfunciones. Se realizó tomografía de abdomen y pelvis que evidenció neumoperitoneo (**Fig.1. A**). En relación al ciego, imagen tubular con gas en su interior (**Fig.1. B**). Múltiples adenomegalias mesentéricas.



**Fig.1.** A) Evidencia de neumoperitoneo. B) imagen tubular en relación al ciego.

Con diagnóstico de peritonitis aguda ingresa a block quirúrgico para video laparoscopia. De la exploración: peritonitis plástica adherencial, líquido purulento, apéndice y gastroduodeno sanos. Se decidió conversión realizando mediana infra umbilical. A 25 cm de la válvula ileocecal se identificó asa ileal con tumoración perforada (**Fig.2**) múltiples implantes tumorales en meso y resto de intestino delgado.

Se realizó resección y anastomosis latero lateral manual.

Anatomía patológica: neoplasia pobremente diferenciada con morfología acorde con melanoma.

Buena evolución postoperatoria, continua seguimiento con oncología y medicina paliativa.



**Fig.2.** A) Pieza de resección, corresponde a ileon distal. B) Apertura de pieza, características de lesión metastásica.

## Discusión

---

El melanoma metastásico afecta con frecuencia al tracto gastrointestinal, siendo los tumores secundarios más frecuentes del yeyuno íleon.

La estadificación de las NCCN/AJCC de melanoma, lo divide en cuatro estadios, correspondiendo a nuestro paciente un estadio IV. <sup>(6)</sup>

La mayoría cursa asintomático, dentro los síntomas inespecíficos están, dolor abdominal, adelgazamiento y anemia. <sup>(7, 1)</sup>

Las complicaciones son poco frecuentes, siendo la perforación, casi excepcional habiendo muy pocos casos hallados reportados en la literatura. <sup>(1, 8)</sup>

El diagnóstico pre operatorio resulta una herramienta útil para definir la táctica quirúrgica.

La resección de las metástasis macroscópicas demostró asociar un aumento en la tasa de supervivencia a 5 años. <sup>(3, 9)</sup> Además, demostró ser un tratamiento con baja morbilidad para paliar síntomas. <sup>(9)</sup>

Por tanto, ante pacientes con melanoma que agregan síntomas digestivos inespecíficos o anemia debe sospecharse el compromiso metastásico del yeyuno íleon. Justificando así la realización de estudios de imagen como el PET TC o cápsula endoscópica, teniendo en cuenta, que estudios de mayor accesibilidad y menor costo como la tomografía, cuenta con baja sensibilidad, próxima al 50% para el diagnóstico de melanoma metastásico en intestino delgado <sup>(8)</sup>.

No cabe discusión que ante una complicación mayor, como es el caso presentado, la cirugía resectiva es el tratamiento a realizar, mejorando además la calidad de vida.

Ante la confirmación imagenológica de secundarismo en yeyuno íleon, con ausencia de complicaciones agudas, no se recomienda la resección sistemática, debiendo individualizar la conducta a cada paciente. <sup>(4, 10)</sup>

## Conclusión

---

Sabiendo que el yeyuno íleon es el sitio de asiento más frecuente de las metástasis de melanoma, ante la presencia de síntomas digestivos inespecíficos o anemia debemos sospechar su compromiso y evaluar alternativas terapéuticas.

## Bibliografía

---

1. Michalinos A, Felekouras E, Athanasiou A, Tsaparas P, Mantas D, Kouraklis G. Melanoma metastases to gastrointestinal tract. *Am Surg.* 2015;81(5):E212-4. doi: 10.1177/000313481508100510
2. Kibbi N, Kluger H, Choi JN. Melanoma: Clinical presentations. *Cancer Treat Res.* 2016;167:107–29. doi: 10.1007/978-3-319-22539-5\_4
3. La Selva D, Kozarek RA, Dorer RK, Rocha FG, Gluck M. Primary and metastatic melanoma of the GI tract: clinical presentation, endoscopic findings, and patient outcomes. *Surg Endosc.* 2020;34(10):4456–62. doi: 10.1007/s00464-019-07225-8
4. Mantas D, Tsaparas P, Charalampoudis P, Gogas H, Kouraklis G. Emergency surgery for metastatic melanoma. *Int J Surg Oncol.* 2014;2014:987170. doi: 10.1155/2014/987170
5. Amarillo D, De Boni D, Nantes F, Tambasco C, Brayer C, Palacios C, et al. Melanoma cutáneo en Uruguay: características clínico-epidemiológicas y sobrevida en cohorte de pacientes de dos centros de referencia en el período 2008-2017. *Rev Med Urug.* 2020;36(2):146-54. doi: 10.29193/RMU.36.2.4
6. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, Barker C, Carson WE, Contreras C, et al. Cutaneous melanoma, version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(4):367–402. doi: 10.6004/jncn.2019.0018.
7. Bender GN, Maglinte DD, McLarney JH, Rex D, Kelvin FM. Malignant melanoma: patterns of metastasis to the small bowel, reliability of imaging studies, and clinical relevance. *Am J Gastroenterol.* 2001;96(8):2392–400. doi: 10.1111/j.1572-0241.2001.04041.x.

8. Lianos GD, Messinis T, Doumos R, Papoudou-Bai A, Bali CD. A patient presenting with acute abdomen due to metastatic small bowel melanoma: a case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:216. doi: 10.1186/1752-1947-7-216.
9. Ollila DW, Essner R, Wanek LA, Morton DL. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Arch Surg.* 1996;131(9):975–9;979–80. doi: 10.1001/archsurg.1996.01430210073013.
10. Brummel N, Awad Z, Frazier S, Liu J, Rangnekar N. Perforation of metastatic melanoma to the small bowel with simultaneous gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol.* 2005;11(17):2687–9. doi: 10.3748/wjg.v11.i17.2687.

**Contribución de los autores:**

Diseño y concepción, análisis, redacción, interpretación de resultados, revisión crítica.

Lucía Romero 60%

Pilar Arcienega 20%

Leandro Telles 10%

Daniel González 10%

Los autores declaran que no existe conflicto de interés

**Nota:** Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio.