

Melanoma asociado con empastamiento abdominal

Melanoma asociado con empastamiento abdominal que revela adenocarcinoma gástrico*

Sandra Otilia Martínez Pérez
Fernando Vallejo Cadavid
Luis Alfonso Correa Londoño

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 69 años de edad, agricultor, con un melanoma maligno lentiginoso acral, a quien, de manera incidental, al examen físico se le encontró empastamiento abdominal, cuya histopatología reveló ser metástasis de una segunda neoplasia primaria, un adenocarcinoma gástrico.

Palabras clave: empastamiento abdominal, adenocarcinoma gástrico, segunda neoplasia primaria.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 69 años de edad, quien consulta por presentar masa pigmentada, no dolorosa, con crecimiento progresivo, en pulgar izquierdo de dos años de evolución. Al examen presentaba una lesión exofítica café-negra, blanda a la palpación, cuyo diagnóstico confirmado por la histopatología fue el de un melanoma maligno lentiginoso acral con Breslow y Clark máximos (Figura 1). Se palpa una adenopatía en axila izquierda de 3 cm de diámetro, móvil, firme y no dolorosa. El aspirado de esta masa fue positivo para metástasis de melanoma.

Se observa además empastamiento de la pared abdominal con apariencia de piel de naranja (Figura 2), del cual se toma biopsia, y con la tinción de hematoxilina-eosina se encontró una epidermis normal y la dermis extensamente infiltrada por células de estirpe epitelioide que se disponen en parches, acúmulos y en hileras de "fila india"

que disecan los haces de colágeno. Las células tienen forma de anillo de sello (Figura 3). La coloración para mucina fue positiva, hallazgos que diagnostican la metástasis de un adenocarcinoma posiblemente gástrico.

Se realizó endoscopia de las vías digestivas altas y se encontró en el antro y parte inferior del cuerpo pliegues hipertróficos, edematosos, con ulceración superficial de la mucosa que compromete todas las paredes. Se toman seis muestras para estudio histopatológico, y todas informan adenocarcinoma difuso.

Los laboratorios complementarios de química sanguínea fueron normales, así como una ecografía abdominal, tomografía de abdomen y cráneo contrastados.

Sandra Otilia Martínez Pérez, MD, R III Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.
Fernando Vallejo Cadavid, MD, Dermatólogo, Profesor Asistente Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.
Luis Alfonso Correa Londoño, MD, Patólogo, Profesor Asistente Dermatopatología Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

* Presentado en la "Reunión de los Jueves" de la Sociedad Antioqueña de Dermatología (SADE), Medellín.

Correspondencia: Sandra Otilia Martínez Pérez, calle 64 X carrera 51 D HSVP, teléfonos: 2637667, 4137094. Medellín, Colombia.

E-mail: miraga@epm.net.co - somp99@hotmail.com

Melanoma asociado con empastamiento abdominal



Figura 1. Lesión tumoral pigmentada ulcerada, que compromete el primer dedo.

La ecografía prostática mostró hipertrofia prostática grado I, y en la radiografía de tórax se observó un infiltrado bronquítico crónico.

Cirugía plástica le realizó una desarticulación del primer dedo de la mano izquierda y el paciente pidió el alta voluntariamente.

COMENTARIO

La enfermedad metastásica cutánea (EMC) se puede presentar de manera local y a distancia. Se puede definir como una lesión neoplásica que surge de otra lesión neoplásica con la que no hay continuidad en longitud.¹ Es un proceso complejo y diferente al de la tumorigénesis y que consta de una secuencia de pasos que se inician con

el desprendimiento de las células tumorales que invaden el espacio intersticial para entrar en los vasos ya sean linfáticos o hemáticos, circular en ellos, pasar por un período de estasis vascular, "trombos tumorales" que posteriormente saldrán de los vasos para invadir el tejido circundante y proliferar en él; todo esto facilita-

do por factores de crecimiento, quimiotaxis y angiogénesis, entre otros.^{1,2}



Figura 2. Infiltración del abdomen en la cual se aprecia dilatación infundibular y aspecto de la piel naranja.

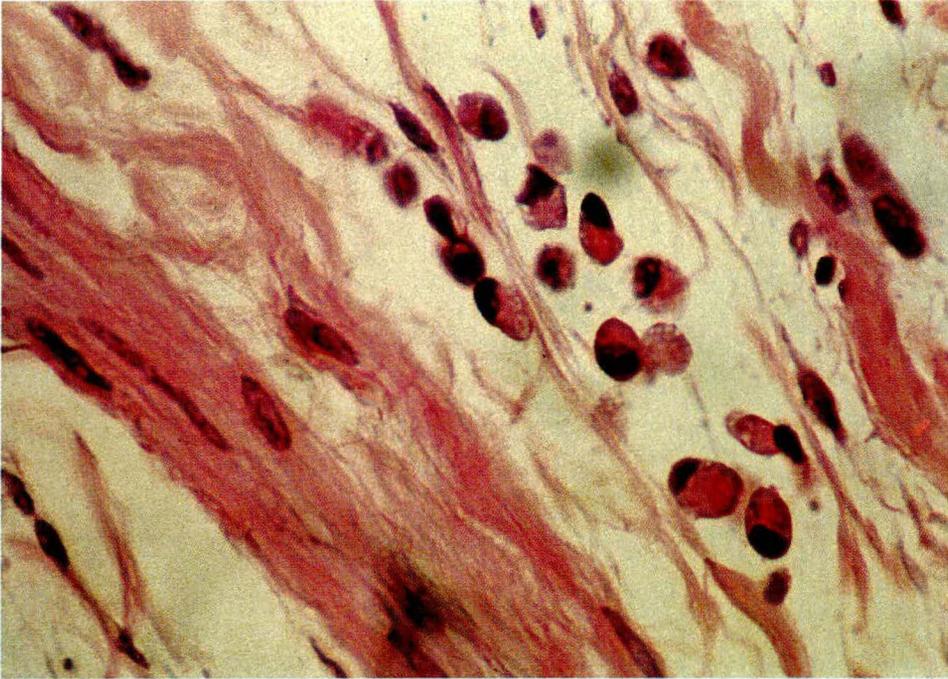
Melanoma asociado con empastamiento abdominal

Figura 3. Múltiples células en "anillo de sello" correspondientes a metástasis de adenocarcinoma de estómago en pared abdominal. H-E 40X.

La incidencia de la EMC, según las diferentes series, se encuentra entre un 0.7% y un 9%. Algunos estudios incluían el melanoma maligno y las enfermedades mielo proliferativas, otros no. La distribución del origen de la EMC por sexo y edad es similar a la de las neoplasias primarias; así por ejemplo, en el hombre por orden de frecuencia encontramos la EMC originada de pulmón (24%), intestino grueso (19%), cavidad oral (12%), estómago (12%) y melanoma maligno (12%); mientras en la mujer se encuentra distribuida así: mama (69%), intestino grueso (9%), melanoma maligno (5%), pulmón (4%) y cérvix (2%).²

Se han logrado identificar patrones de distribución de la EMC; en primer lugar el denominado "por estasis mecánica", que corresponde a un 50-60% de los casos y es cuando las células tumorales proliferan en la primera rama capilar que encuentran después de estar circulando en el vaso; esto hace referencia a los nódulos regionales y es muy común en los tumores de cabeza, cuello y melanoma maligno. Tenemos el "sitio específico", secundario a la alta afinidad de las células tumorales por un órgano especial, por ejemplo la predilección que tiene el melanoma maligno de hacer metástasis a cerebro. Y, por último, la forma

"sitio no específico" que es cuando no existe atracción especial y los émbolos tumorales se diseminan a muchos órganos y proliferan en algunos de ellos; por ejemplo, las metástasis umbilicales que pueden hacerse por vía linfática, vascular o extensión contigua directa.^{1,2}

Su presentación clínica es variable, con un patrón de crecimiento bizarro, ya sea rápido o lento, que puede no reflejar en nada el tumor primario; ser lesiones solitarias o múltiples, tipo nódulos dérmicos o subcutáneos, asintomáticos o dolorosos, firmes o blandos; ir desde pápulas pequeñas a grandes tumores, ser placas escleróticas o tipo hemangiomatosas, entre otros.¹

Su localización no ocurre completamente al azar; se ha observado que el 75% de la EMC en los hombres se encuentra en cabeza, cuello, tórax anterior y abdomen, mientras que en las mujeres se localiza especialmente en tórax anterior y abdomen. La pared abdominal es sitio común de metástasis de pulmón y del tracto gastrointestinal, de ellas el 10% es en el área periumbilical.¹

La EMC por adenocarcinoma gástrico, según algunas series, puede alcanzar hasta el 6%. Se han informado

Melanoma asociado con empastamiento abdominal

localizadas en cabeza, párpados, cuello, axila, tórax anterior, dedos y región periumbilical, de forma solitaria o múltiple, como nódulos no específicos que semejan quistes epidermoides, condilomas o tumores benignos de tejidos blandos. Igualmente, otras presentaciones poco comunes dando formas erisipeloides, patrón zosteriforme, en el sitio de un nevus melanocítico congénito o en el de un procedimiento anterior (gastrostomía endoscópica percutánea).^{1,3}

Dentro de los factores que favorecen la presentación de una segunda neoplasia primaria, tenemos la existencia de factores etiológicos similares entre las dos neoplasias, predisposición genética, la inmunosupresión derivada de la primera neoplasia, por ejemplo, el melanoma que sigue a la leucemia linfocítica crónica, como también a su tratamiento, en especial cuando se utilizan agentes alquilantes y radioterapia.⁴

Ya se han identificado marcadores por medio de inmunohistoquímica, los cuales sugieren alteraciones nucleares que favorecen la expresión de neoplasias y su capacidad de hacer metástasis a piel⁵, lo que esperamos nos ayude en un futuro a identificar y mejorar las condiciones de un paciente con factores de riesgo para desarrollar una segunda neoplasia primaria, como lo fue el caso de nuestro paciente.

SUMMARY

We describe the case of a 69 year-old white male, agricultor, with acral lentiginous melanoma, to whom, at the physical examination it was found incidentally a hard abdominal wall that the hispathology showed as a metastatic cell of a gastric adenocarcinoma.

Key word: cutaneous metastases from gastric adenocarcinoma, second cancers.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz R. Cutaneous metastatic disease. *J. Am Acad Dermatol* 1995; 33:161-182.
2. Brodland D., Zitelli J. Mechanisms of metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:1-8.
3. Salvado MC, Alberto MJ, Goncalves LP, et al. Palpebral metastasis revealing a gastric adenocarcinoma. *Acta Med Port* 1998; 11:87-90.
4. Platz EA, Nelson HH, Kelsey KT. Second cancers. En: Holland JF, Bast RC, Morton DL, et al *Cancer Medicine*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997; 3282-3298.
5. Indami T, Tan M, Suzuki H, et al. Immunohistochemical evaluation of the probability of skin metastasis in gastric cancer. *Eur J Dermatol* 1999; 9: 214-217.