



CARTA CIENTÍFICA

Dilatación aneurismática fusiforme intestinal en una metástasis de melanoma cutáneo

Fusiform aneurysmal dilation of the bowel in a metastasis from a cutaneous melanoma

Sr. Director:

La dilatación aneurismática intestinal asociada a engrosamiento sólido parietal se ha relacionado clásicamente con el linfoma intestinal¹. Recientemente este hallazgo se ha descrito en otras entidades neoplásicas²⁻⁵. Mostramos un caso de melanoma maligno cutáneo que se descubrió tras la resección de una metástasis intestinal, manifestándose en los estudios radiológicos como dilatación aneurismática fusiforme de un asa de intestino delgado y, tras haber revisado la bibliografía, discutimos sobre la frecuencia de este hallazgo en distintas patologías.

Se presenta el caso de un varón de 67 años, que acudió por dolor abdominal de reciente comienzo y pérdida de peso. Como antecedentes de interés destacaban úlceras vasculares en miembros inferiores por insuficiencia venosa crónica, así como arteriopatía periférica y coronaria, con colocación de by-pass coronario hacía 14 años. En los estudios de laboratorio existía anemia ferropénica.

Se realizó estudio de TC abdominal, con contraste oral e intravenoso, en el que se detectó un engrosamiento sólido concéntrico de la pared de un asa intestinal de íleon, con dilatación aneurismática fusiforme de su luz (fig. 1), que hizo sospechar una tumoración primaria del intestino delgado, ya que en el resto del estudio no existían otros hallazgos sugerentes de extensión. Dada la localización de la lesión, se planteaba el diagnóstico diferencial entre linfoma, tumor del estroma gastrointestinal (GIST), tumor carcinoide y adenocarcinoma de intestino delgado, sin descartar metástasis única en el tracto gastrointestinal de un tumor primario no conocido. Se amplió el estudio con cápsula endoscópica que confirmó una tumoración en el íleon distal que mostraba áreas de ulceración con signos de sangrado reciente.

Se intervino quirúrgicamente con resección de la lesión y anastomosis término-terminal, confirmando que se trataba de una tumoración con patrón de crecimiento sólido y uniforme, ulcerada en su superficie.

En el estudio histológico se demostró una proliferación neoplásica que infiltraba la capa muscular desde la serosa, avanzando a mucosa que presentaba áreas de ulceración focal. Destacaba un marcado pleomorfismo celular y atipia. El estudio inmunohistoquímico mostraba positividad para HMB45 y S-100, lo que planteaba, en ausencia de tumor primario conocido, el diagnóstico de melanoma frente a sarcoma de células claras de partes blandas primario. El estudio molecular descartó la segunda posibilidad, llegando al diagnóstico de melanoma probablemente metastásico.

Tras la cirugía y dado el resultado de la anatomía patológica, se reevaluó al paciente, encontrando una lesión melanótica subungueal en un dedo del pie, cuya biopsia confirmó el diagnóstico de melanoma maligno acral, que correspondía al tumor primario. Esta lesión había sido infra-diagnosticada hasta ese momento, debido a las úlceras vasculares que padecía el paciente debido a insuficiencia venosa crónica.

La dilatación aneurismática asociada a engrosamiento mural de un asa de intestino delgado se ha descrito clásicamente como un signo característico del linfoma intestinal. Más concretamente, se ha relacionado con la forma infiltrativa difusa, en la que histológicamente se produce una amplia extensión transmural no estenosante¹.

Recientemente este hallazgo ha sido descrito en el leiomiomasarcoma intestinal² y en el GIST³. En la serie de Sandrasegaran et al se describe que la dilatación aneurismática intestinal puede aparecer hasta en un tercio de los casos de GIST. Otra entidad en la que se ha documentado el signo de la dilatación aneurismática intestinal es la metástasis de carcinoma broncogénico de células no pequeñas⁴.

Kim et al⁵ describen la dilatación aneurismática intestinal en un melanoma maligno intestinal. En este caso existía una masa abdominal que ocasionaba grandes cavidades anfractuadas en un asa de intestino delgado, que consideramos una manifestación diferente a la dilatación fusiforme de la luz que aparece en nuestro caso y, además, no pudo ser aclarado si se trataba de una neoplasia melanótica primaria o metastásica.

La característica histológica común de todos estos casos es una infiltración transmural extensa, con afectación de la muscular propia y del plexo mientérico lo cual disminuiría la tonicidad de la pared intestinal, que puede aparecer más frecuentemente en el linfoma intestinal y el GIST aunque más raramente, también ha sido descrito en otras entidades como el leiomiomasarcoma y las metástasis de carcinoma



Figura 1 Arriba, imagen axial de TC con contraste oral e intravenoso. La flecha destaca un marcado engrosamiento sólido y concéntrico de la pared de un asa de íleon y la dilatación aneurismática fusiforme de la luz intestinal. En la parte de abajo, la misma lesión en plano sagital, que muestra el engrosamiento concéntrico de la pared intestinal.

broncogénico. La metástasis intestinal de melanoma cutáneo se debe incluir en el diagnóstico diferencial.

Además del interés radiológico, nuestro caso es también interesante por su presentación clínica dado que, aunque el melanoma metastásico cutáneo es la causa neoplásica

más frecuente de metástasis en el tracto gastrointestinal, su aparición como primer signo de extensión a distancia en el intestino delgado es muy infrecuente, ya que en más del 95% de los casos la extensión intestinal aparece cuando la enfermedad está muy avanzada, con metástasis en otras localizaciones y tumor primario conocido⁶.

En conclusión, la metástasis intestinal de melanoma cutáneo debe ser considerada como una causa de dilatación aneurismática fusiforme intestinal, que es un hallazgo radiológico descrito en un reducido número de entidades neoplásicas.

Bibliografía

1. Gollub MJ. Imaging of gastrointestinal lymphoma. *Radiol Clin North Am.* 2008;46:287–312.
2. Kinoshita T, Yashiro N, Yasuda R, O'uchi T, Narita M. Leiomyosarcoma presenting aneurysmal dilatation of the jejunum on CT. *J Comput Assist Tomogr.* 2000;24:421–2.
3. Sandrasegaran K, Rajesh A, Rushing DA, Akisik FM, Henley JD. Gastrointestinal stromal tumor: CT and MRI findings. *Eur Radiol.* 2005;15:1407–14.
4. Maizlin ZV, Brown JA, Buckley MR, Filipenko D, Barnard SA, Wong X, et al. Case of the season: aneurysmal dilatation of the small bowel (not only lymphoma). *Semin Roentgenol.* 2006;41:248–9.
5. Kim W, Baek JM, Suh YJ, Jeon HM, Kim JA. Ileal malignant melanoma presenting as a mass with aneurysmal dilatation: a case report. *J Korean Med Sci.* 2004;19:297–301.
6. Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc.* 2006;81:511–6.

J.F. Molina Granados* y E. Pertusa Santos

Unidad Central de Radiodiagnóstico de la Comunidad de Madrid, Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanfelix.molina@salud.madrid.org (J.F. Molina Granados).