

REPORTE DE CASO

Melanoma uveal con metástasis gástricas. Reporte de caso

Case report: uveal melanoma with gastric metastases

Carmelo Blasco¹, Carolina Miranda¹, Sergio Morínigo¹, Maisa Vallejos¹, Angélica Caballero²

¹ Departamento de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay.

² Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 30/08/2024

Aprobado: 23/04/2025

En línea: 30/06/2025

Contribución de los autores

Los autores han participado igualmente de: a- concepción de la idea, b- diseño del trabajo, c- obtención de los datos, d- escritura del artículo y revisión crítica del contenido intelectual y e- aprobación de la versión a ser publicada.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de interés en la realización de este trabajo.

Financiamiento

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de ninguna entidad, y ha estado a cargo de los autores.

Citar como

Blasco C, Miranda C, Morínigo S, Vallejos M, Caballero A. Melanoma uveal con metástasis gástricas. Reporte de caso. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(2):198-201. doi: 10.47892/rgp.2025.452.1826.

RESUMEN

El melanoma uveal es el cáncer ocular más frecuente en adultos, originado en los melanocitos de la úvea. Aunque poco común, su alta capacidad metastásica, principalmente hacia el hígado, representa un desafío significativo para el pronóstico del paciente. La metástasis gástrica, aunque infrecuente, puede indicar una enfermedad avanzada, con una incidencia de hasta el 60 % en estudios post mortem. Se presenta el caso de una paciente de 47 años con antecedente de melanoma uveal, quien desarrolló metástasis gástricas y hepáticas, además de lesiones cerebrales, lo que condujo a su fallecimiento en un corto período.

Palabras clave: Melanoma Uveal; Metástasis de la Neoplasia; Neoplasias Gástricas (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Uveal melanoma is the most common ocular cancer in adults, originating from melanocytes in the uvea. Although rare, its high metastatic potential, primarily to the liver, poses a significant challenge to patient prognosis. Gastric metastasis, though infrequent, may indicate advanced disease, with an incidence of up to 60% in post-mortem studies. We present the case of a 47-year-old patient with a history of uveal melanoma who developed gastric and hepatic metastases, as well as brain lesions, ultimately leading to her death within a short period.

Keywords: Uveal Melanoma; Neoplasm Metastasis; Stomach Neoplasms (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un tipo de cáncer de piel que se origina en los melanocitos, las células responsables de la producción de melanina. El melanoma uveal es el tipo más común de cáncer ocular en adultos y se origina en los melanocitos de la úvea, que incluye el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. A pesar de ser relativamente raro, representa una importante preocupación clínica debido a su potencial de metastatización, principalmente al hígado, lo que puede comprometer gravemente el pronóstico del paciente ⁽¹⁾. Aunque su principal localización es la piel, el melanoma puede metastatizar a varios órganos, incluidos los órganos gastrointestinales como el estómago, el intestino delgado, el colon y el recto. La metástasis gástrica en pacientes con melanoma es un fenómeno menos común, y sus manifestaciones en general son inespecíficas. Hasta un 60% de los pacientes que mueren por melanoma presentan metástasis del tracto gastrointestinal durante las autopsias.

Estudios recientes han demostrado que las metástasis gástricas pueden presentarse de diversas formas, a menudo mimetizando otras condiciones gastrointestinales, lo que complica su diagnóstico ⁽²⁾. Además, la identificación de marcadores moleculares y perfiles genéticos específicos en el melanoma ha permitido avances en las terapias dirigidas, aunque su eficacia en el contexto de metástasis gástricas aún se está investigando ⁽³⁾. Su reconocimiento es crucial debido a la implicación en el pronóstico y el manejo clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 47 años de edad, con historia de enucleación ocular del ojo izquierdo por melanoma uveal 5 años antes, sin metástasis conocidas en

Correspondencia:

Sergio Daniel Morínigo Bogado
Asunción, Paraguay
Teléfono: +595981684033
E-mail: Smorinigobogado@gmail.com





Figura 1. Endoscopía digestiva alta. Se observan múltiples lesiones hiperpigmentadas, parduzcas, algunas excavadas (flecha roja) de 3-7 mm en zona media del cuerpo gástrico.

el momento del diagnóstico. Ingresó a urgencias por cuadro de epigastralgia intensa, se realizó ecografía abdominal, constatándose hepatomegalia con múltiples lesiones nodulares sugestivas de secundarismos hepáticos y ascitis. Se realizó además una endoscopía digestiva alta que mostró, en región fúndica y cuerpo gástrico, lesiones nodulares múltiples de 3 a 7 mm, de color negro, algunas de ellas con depresión central, sin compromiso de antró ni de bulbo (Figura 1), las cuales fueron biopsiadas, y posteriormente la anatomía patológica informó: "proliferación neoplásica maligna con patrón infiltrativo difuso, constituida por células medianas a grandes, de escaso citoplasma, algunas de ellas pigmentadas, con núcleos pleomórficos e hipercromáticos que podrían corresponder a lesiones metastásicas de melanoma" (Figura 2). La paciente fue dada de alta con medidas paliativas; reingresó a las 2 semanas con cuadro convulsivo, y la tomografía de cráneo reveló múltiples imágenes metastásicas cerebrales, que se interpretaron como secundarias al melanoma uveal, la paciente fallece a las 72 horas.

Consideraciones éticas

El trabajo ha sido realizado respetando la autonomía del paciente ya que el paciente ha acudido de manera voluntaria al centro asistencial. Si bien el investigador

conoció el nombre del paciente al momento de la recolección de datos, el mismo no ha sido ni será publicados, y permanecerá en el anonimato. Se respeta el principio de no maleficencia ya que la investigación no cambiará el tratamiento ni pronóstico de los pacientes, el principio de beneficencia aportando datos de utilidad a la sociedad y a futuras investigaciones para generar nuevos conocimientos sobre el tema.

DISCUSIÓN

Las metástasis gástricas del melanoma son raras y representan un estadio tardío y progresivo, indicando una sobrevida corta. La incidencia en series clínicas y de autopsia reportadas de metástasis gástricas varía entre 0,2 y 0,7%⁽⁴⁾. La sobrevida media luego del diagnóstico es de 170 días⁽⁵⁾. Las metástasis gástricas parecen ser un evento preterminal y la resección quirúrgica se usaría solo para tratamiento paliativo.

Los tumores primarios que comprometen el estómago con mayor frecuencia son: el cáncer de mama (27%), cáncer pulmonar (23%), cáncer renal (7,6%) y melanoma maligno (7%)⁽⁶⁾, también pueden producirse infiltraciones de linfoma y de leucemia.

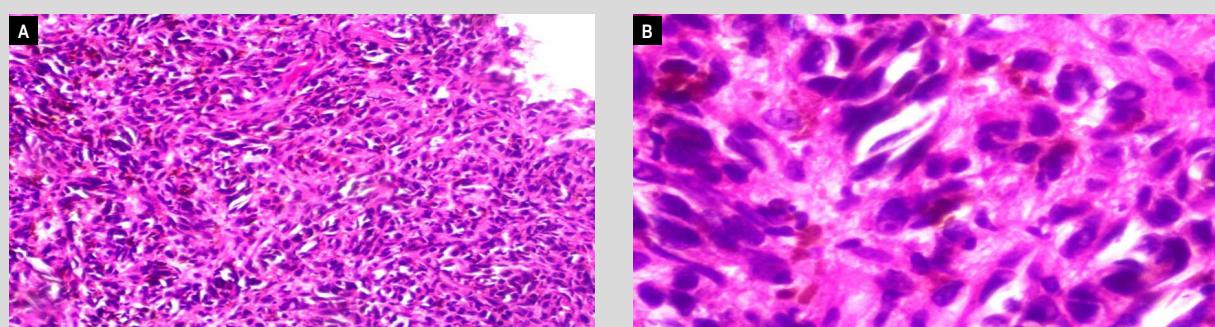


Figura 2. Biopsias de cuerpo gástrico. Tinción hematoxilina-eosina. Mucosa gástrica con células de tamaños variados, de escaso citoplasma, algunas de ellas pigmentadas, con núcleos pleomórficos e hipercromáticos que podrían corresponder a lesiones metastásicas de melanoma. A) 10x, B) 40x.

De Palma (2006) reportó un estudio con 64 pacientes que presentaban metástasis gástricas. Los hallazgos endoscópicos incluyeron nódulos pequeños con o sin ulceración, masas polipoideas, úlceras o depósitos pequeños negruzcos. Las lesiones se presentaron de manera solitarias en un 62,5% de los casos y múltiples en un 37,5%. Estas lesiones se localizaron principalmente en el tercio superior (45%) y medio (43%) del estómago⁽⁵⁾.

Los mecanismos de diseminación de las metástasis gástricas no han sido completamente esclarecidos y probablemente varían según el tipo de tumor primario. Se han identificado cuatro vías principales que podrían estar involucradas en el compromiso metastásico del estómago: diseminación peritoneal, diseminación hemática, crecimiento linfático e invasión tumoral directa.

Un estudio⁽⁷⁾ reporta 37 casos de metástasis gástricas, sometidos a endoscopias digestivas por sangrado GI (32%), dolor abdominal (16%) disfagia (8%) y vómitos (5%), las lesiones metastásicas solitarias fueron más frecuentes (62,2%) que las múltiples (37,8%); el tiempo de intervalo medio entre el diagnóstico del tumor primario y la metástasis tumoral en el estómago fue de 13,5 meses (IQR, 0,75 a 33,5 meses). En este estudio 10/37 (27%) correspondían a melanomas, 5 en el cuerpo gástrico, 3 en fundus, 1 cardias y 1 todo el estómago. 7/10 presentaban lesiones múltiples gástricas. El tiempo de sobrevida luego del diagnóstico de las metastásicas gástricas por melanoma fue de 1 a 25 meses.

El melanoma uveal es el tumor primario maligno intraocular más común en los adultos⁽⁸⁾, pero en contraste con el melanoma cutáneo, tienen muy baja frecuencia e incidencias reportadas⁽⁹⁾. Los factores de riesgo para el desarrollo del melanoma uveal incluyen la etnia caucásica, color de ojos claros (verdes o azules), síndrome nevus displásico, melanocitosis ocular y la presencia de la mutación BAP1⁽¹⁰⁾.

La diseminación extraocular de un melanoma uveal, la recidiva y la metástasis se relacionan con un pronóstico extremadamente precario y no se puede esperar una supervivencia a largo plazo. La tasa de mortalidad a 5 años relacionada con una metástasis del cuerpo ciliar o un melanoma coroidal es de aproximadamente 30%, en comparación con una tasa de 2 a 3% para los melanomas del iris. Los estudios han demostrado una sobrevida a 5 años de pacientes con melanoma de iris estimada a 100% en T1, 90,4% en T2, y 50% en T3 y T4. La frecuencia de metástasis del melanoma uveal posterior a 10 años fue de 15% en T1, 25% en T2, 49% en T3 y 63% en T4⁽¹¹⁾.

El hígado es el órgano más afectado por la enfermedad metastásica del melanoma uveal, se reportan metástasis hepáticas en 93%; pulmonar (24%), huesos (16%); múltiples sitios en 87%⁽¹²⁾. Luego de la formación de la metástasis, el tiempo de sobrevida depende de la localización de la metástasis^(13,14).

Con relación a las metástasis gástricas por melanomas, a nivel endoscópico comprenden tres tipos morfológicos; nódulos melanóticos ulcerados sobre mucosa sana, (más frecuente), masas tumorales submucosas elevadas y ulceradas en el vértice (melanóticas o no) como lesiones típicas de ojo de buey, y lesión en masa con variada incidencia de necrosis y melanosis, las metástasis gástricas pueden incluso aparecer como una úlcera simple^(15,16).

Se han reportado que 60% pacientes con melanomas presentaban metástasis a la autopsia, con compromiso GI reportado a intestino delgado 50%, colon 31,3% y recto 25%^(16,17).

El intestino delgado es el sitio metastásico más común en el tracto gastrointestinal para los melanomas, más frecuentes en el yeyuno y en el ileón terminal, pueden diagnosticarse al debut de la patología e incluso hasta cerca de 7 años posterior al diagnóstico, la presentación clínica es inespecífica, pero se han reportados casos raros de obstrucción, perforación o fistulas. El empleo de la TAC contribuye al diagnóstico, sin embargo, la endoscopía para descartar compromiso duodenal y la cápsula en caso de lesiones no estenosantes serían electivas, la entero TAC y la entero IRM para excluir lesiones menores y el PET scan reportan una sensibilidad de 86% y especificidad 97% con la capacidad de poder detectar otras lesiones secundarias^(18,19).

No existe una guía definitiva o un consenso en el screening de las metástasis sistémicas del melanoma. El examen clínico para descartar presencia de nódulos subcutáneos y visceromegalia es imperativo. Los test de funcionalidad hepática presentan muy baja sensibilidad y especificidad en comparación a la exploración por imágenes, pues son indetectables por los test de funcionalidad hepática, y pueden ser evidenciables por la ecografía, la IRM el método más sensible y sería preferible a la TAC⁽²⁰⁾. El objetivo es la detección, estadificación y seguimiento de estos pacientes en quienes la detección de metástasis constituye un desafío pues pueden ser lesiones múltiples y presentarse con apariencias morfológicas variadas.

En conclusión, el melanoma uveal es el tumor primario maligno intraocular más común en los adultos. Las metástasis gástricas del melanoma son raras y representan un estadio tardío, progresivo, e indican una sobrevida corta. La presentación clínica es inespecífica, y variada, según la ubicación de la metástasis. Se debe considerar la realización de estudios de extensión, como la endoscopía, en pacientes con síntomas gastrointestinales y antecedentes de melanoma, debido al riesgo de actividad metastásica en el tracto digestivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krantz BA, Dave N, Komatsubara KM, Marr BP, Carvajal RD. Uveal melanoma: epidemiology, etiology, and treatment of primary disease. *Clin Ophthalmol*. 2017;11:279-289. doi: 10.2147/OPTH.S89591.

2. Reggiani HC, Pongeluppi ACA, Ferreira VFMM, Felix IP, de Oliveira Campoli PM. Endoscopic diagnosis of gastric metastases from malignant melanoma: systematic review. *Clin Endosc*. 2022;55(4):507-515. doi: 10.5946/ce.2022.035.
3. Switzer B, Puzanov I, Skitzki JJ, Hamad L, Ernstoff MS. Managing Metastatic Melanoma in 2022: A Clinical Review. *JCO Oncol Pract*. 2022;18(5):335-351. doi: 10.1200/OP.21.00686.
4. De Palma GD, Masone S, Rega M, Simeoli I, Donisi M, Addeo P, et al. Metastatic tumors to the stomach: clinical and endoscopic features. *World J Gastroenterol*. 2006;12(45):7326-8. doi: 10.3748/wjg.v12.i45.7326.
5. Kobayashi O, Murakami H, Yoshida T, Cho H, Yoshikawa T, Tsuburaya A, et al. Clinical diagnosis of metastatic gastric tumors: clinicopathologic findings and prognosis of nine patients in a single cancer center. *World J Surg*. 2004;28(6):548-51. doi: 10.1007/s00268-004-7216-8.
6. Namikawa T, Hanazaki K. Clinicopathological features and treatment outcomes of metastatic tumors in the stomach. *Surg Today*. 2014;44(8):1392-9. doi: 10.1007/s00595-013-0671-9.
7. Kim GH, Ahn JY, Jung HY, Park YS, Kim MJ, Choi KD, et al. Clinical and Endoscopic Features of Metastatic Tumors in the Stomach. *Gut Liver*. 2015;9(5):615-22. doi: 10.5009/gnl14032.
8. Jovanovic P, Mihajlovic M, Djordjevic-Jocic J, Vlajkovic S, Cekic S, Stefanovic V. Ocular melanoma: an overview of the current status. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013;6(7):1230-44.
9. Singh AD, Bergman L, Seregard S. Uveal melanoma: epidemiologic aspects. *Ophthalmol Clin North Am*. 2005;18(1):75-84, viii. doi: 10.1016/j.ohc.2004.07.002.
10. Carvajal RD, Schwartz GK, Tezel T, Marr B, Francis JH, Nathan PD. Metastatic disease from uveal melanoma: treatment options and future prospects. *Br J Ophthalmol*. 2017;101(1):38-44. doi: 10.1136/bjophthalmol-2016-309034.
11. Shields CL, Kaliki S, Furuta M, Fulco E, Alarcon C, Shields JA. American Joint Committee on Cancer classification of posterior uveal melanoma (tumor size category) predicts prognosis in 7731 patients. *Ophthalmology*. 2013;120(10):2066-71. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.03.012.
12. Collaborative Ocular Melanoma Study Group.. Assessment of metastatic disease status at death in 435 patients with large choroidal melanoma in the Collaborative Ocular Melanoma Study (COMS): COMS report no. 15. *Arch Ophthalmol*. 2001;119(5):670-6. doi: 10.1001/archophth.119.5.670.
13. Gragoudas ES, Egan KM, Seddon JM, Glynn RJ, Walsh SM, Finn SM, Munzenrider JE, Spar MD. Survival of patients with metastases from uveal melanoma. *Ophthalmology*. 1991;98(3):383-9; discussion 390. doi: 10.1016/s0161-6420(91)32285-1.
14. Singh AD, Borden EC. Metastatic uveal melanoma. *Ophthalmol Clin North Am*. 2005;18(1):143-50, ix. doi: 10.1016/j.ohc.2004.07.003.
15. Iconomou TG, Tsoutsos D, Frangia K, Gogas H, Papadopoulos S, Georgountzos V, Ioannovich J. Malignant melanoma of the stomach presenting with an unknown primary lesion. *Eur J Plast Surg*. 2003;26:153-155. doi: 10.1007/s00238-003-0497-6
16. Blecker D, Abraham S, Furth EE, Kochman ML. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol*. 1999;94(12):3427-33. doi: 10.1111/j.1572-0241.1999.01604.x.
17. Wong K, Serafi SW, Bhatia AS, Ibarra I, Allen EA. Melanoma with gastric metastases. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2016;6(4):31972. doi: 10.3402/jchimp.v6.31972.
18. Serrao EM, Costa AM, Ferreira S, McMorran V, Cargill E, Hough C, et al. The different faces of metastatic melanoma in the gastrointestinal tract. *Insights Imaging*. 2022;13(1):161. doi: 10.1186/s13244-022-01294-5.
19. Othman AE, Eigenthaler TK, Bier G, Pfannenberg C, Bösmüller H, Thiel C, et al. Imaging of gastrointestinal melanoma metastases: Correlation with surgery and histopathology of resected specimen. *Eur Radiol*. 2017;27(6):2538-2545. doi: 10.1007/s00330-016-4625-7.
20. Tarlan B, Kiratlı H. Uveal Melanoma: Current Trends in Diagnosis and Management. *Turk J Ophthalmol*. 2016;46(3):123-137. doi: 10.4274/tjo.37431.