

## Un caso clinico di metastasi gastriche da melanoma maligno

Gaetano Magenta<sup>1</sup>, Anna Alberti<sup>1</sup>, Vincenzo Arigliano<sup>2</sup>, Roberto Maccaferri<sup>2</sup>,  
Giampaolo Bragagni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Medicina Interna Ospedale S.Salvatore San Giovanni in Persiceto – AUSL Bologna; <sup>2</sup>Servizio di Oncologia Medica Ospedale S.Salvatore San Giovanni in Persiceto – AUSL Bologna

«A CASE REPORT OF GASTRIC METASTASES FROM MALIGNANT MELANOMA»

**Summary.** *Background:* The gastrointestinal tract is an apparently unusual site of metastases from malignant melanoma. *Clinical picture:* We present a case of an elderly patient hospitalized at our Unit for severe anemia associated with dyspeptic disorders, who a year earlier had undergone the removal of a melanoma of the skin of the left calf. *Results:* The EGDS found two large ulcerated lesions of gastric mucosa, which proved at histological examination to be metastases from melanoma. *Conclusion:* The presence of anemia and/or digestive symptoms in a patient with previous history of melanoma could indicate a gastrointestinal tumor localization.

**Key words:** anemia, gastric ulcer, melanoma, gastric metastases

**Riassunto.** *Premessa:* Il tratto gastroenterico è una sede apparentemente non frequente di metastasi da melanoma maligno. *Caso clinico:* Noi descriviamo il caso di un'anziana paziente ricoverata nella nostra U.O. per anemizzazione severa associata a disturbi dispeptici, cui un anno prima era stato asportato un melanoma dalla cute del polpaccio sinistro. *Risultati:* La EGDS ha rilevato la presenza di due vaste lesioni ulcerate della mucosa gastrica risultate, all'esame istologico, metastasi da melanoma. *Conclusioni:* La presenza di anemia e/o di disturbi gastrointestinali in un paziente con precedente anamnestico di melanoma deve far sospettare una localizzazione gastrointestinale.

### Introduzione

Il melanoma è una neoplasia ad elevata malignità, relativamente raro rappresentando circa il 2-3% di tutti i tumori. Origina da sedi anatomiche ove sono presenti melanociti, prevalentemente la cute, in minor misura l'occhio. Rarissima la origine primitiva nel tubo gastroenterico (1-6).

Questa neoplasia presenta elevate possibilità di recidivare e di dare localizzazioni a distanza con intervalli di tempo più o meno ampi, anche di anni.

Le metastasi sono più frequenti nei linfonodi lo-

co-regionali ma anche a distanza e più frequentemente in organi viscerali come fegato, polmoni e cervello, meno frequentemente in organi a più basso indice di metastatizzazione come cuore, muscoli scheletrici, milza, vescica, utero, ovaie ed il tratto gastroenterico dove le metastasi sono relativamente frequenti a livello del tenue con manifestazioni cliniche che vanno dalla disfagia al dolore addominale, dalle perdite ematiche con anemia cronica alla possibilità di occlusioni intestinali (7-13).

Le metastasi a livello di mucosa gastrica, invece, sono molto rare ed i casi descritti sporadici (13-18).

## Caso clinico

Descriviamo il caso di una donna di razza bianca di anni 84, all'anamnesi solo tubercolosi polmonare in età giovanile. Un anno prima del ricovero presso la nostra U.O. era stata sottoposta ad asportazione di melanoma dalla cute del polpaccio sinistro, mentre il successivo follow-up eseguito in ambito oncologico non aveva dato ulteriori riscontri.

Nei tre mesi precedenti, la paziente aveva iniziato a manifestare una sintomatologia dispeptica con inappetenza, nausea e conseguente calo ponderale. Il riscontro di aritmia da fibrillazione atriale ad epoca di insorgenza non databile aveva indirizzato la paziente presso il nostro DH Medico per intraprendere terapia con anticoagulante orale.

In regime di DH venivano eseguiti alcuni accertamenti fra cui un ecocardio doppler che non risultava significativo ed una ecografia dell'addome che evidenziava un ispessimento parietale gastrico, un'immagine ipoecogena delle dimensioni di 1 centimetro alla piccola curvatura gastrica e un processo espansivo solido di circa 7 centimetri a profili irregolari al terzo inferiore del rene sinistro. L'esame radiologico del torace non mostrava lesioni a focolaio né versamenti pleurici ma piccole opacità nodulari biapicali a densità elevata compatibili con esiti.

Il peggioramento delle condizioni generali ed il riscontro laboratoristico di severa anemia con emoglobina = 6.3 g/dl inducevano al ricovero in reparto di degenza ove la paziente veniva trasfusa e quindi sottoposta ad ulteriori accertamenti.

All'ingresso la paziente si presentava astenica, pallida con edemi improntabili agli arti inferiori, polso aritmico ed era palpabile una massa dura ed indolente alla radice della coscia sinistra delle dimensioni di un uovo.

La citologia urinaria risultava negativa per la ricerca di cellule neoplastiche. La paziente veniva pertanto sottoposta ad esame TC con MDC al torace ed addome che evidenziava qualche linfonodo mediastinico subcentimetrico, esiti tubercolari calcifici ai lobi superiori ed alcune millimetriche lesioni nodulari diffuse in entrambi i campi polmonari a significato secondario. A livello addominale veniva segnalato un ispessimento diffuso e mammellonato del viscere ga-

strico, numerose e grossolane masse con disomogeneo contrast enhancement a significato secondario in sede pararenale sinistra, presacrale, fossa iliaca destra e sovra-vescicale.

Al laboratorio oltre alla anemia, corretta dalla terapia trasfusionale, si segnalava LDH 1098 U/L (230-480) e Beta2microglobulina 5.5 mg/L (0.7-2.0) con creatinina 0.74 mg/dl, normale funzione tiroidea, CEA 1.6 ng/mL, CA 15-3 23.3 U/mL (<51.0), CA 125 21.5 U/mL (<21.0) e CA 19-9 10.6 U/mL (<33.0).

Si poneva pertanto il sospetto di neoplasia a partenza gastrica, linfoma oppure adenocarcinoma e la paziente quindi veniva sottoposta ad esame endoscopico delle vie digerenti superiori (EGDS) con riscontro di due ampie lesioni ulceroinfiltranti che occupavano, la prima gran parte della grande curva, del corpo e del III prossimale dell'antro gastrico, l'altra risultava estesa dalla giunzione esofagogastrica fino al III medio del corpo lungo la piccola curva. Su tali lesioni venivano eseguite biopsie multiple (Figura 1).

Nel frattempo le condizioni della paziente decedevano ulteriormente e per il peggioramento della sintomatologia dispeptica la paziente veniva posta in nutrizione parenterale totale (NPT) dopo posizionamento di catetere venoso centrale (CVC) in vena giugulare interna destra.

Notevole sorpresa ci riservava invece il referto dell'esame istologico delle biopsie endoscopiche con il riscontro di metastasi gastriche di melanoma maligno

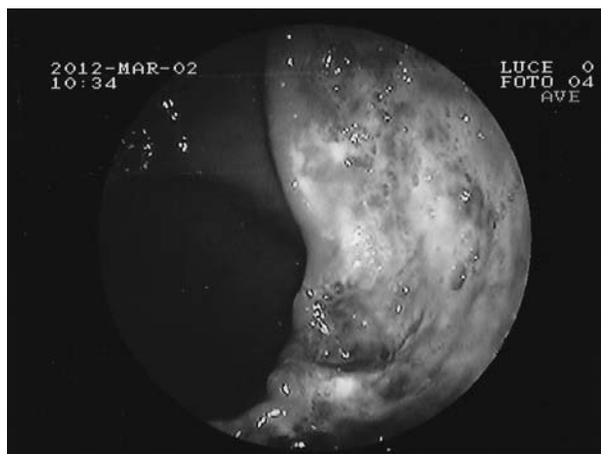


Figura 1. Esame EGDS (Esofago-gastro-duodenoscopia) eseguito alla paziente

(tecniche speciali adottate: Giemsa; MART 1; Ag. Melanoma associato HMB45).

Il consulente oncologo, per età, condizioni generali, quadro di diffusione della malattia e soprattutto in virtù dello scarso rapporto beneficio/tossicità dei trattamenti previsti in questi casi, consigliava esclusivamente terapia di supporto e sintomatica.

Il progressivo decadere delle condizioni generali nonostante il supporto terapeutico approntato portava *ad exitus* la paziente nel volgere di alcune settimane.

## Discussione

Le metastasi da melanoma riguardanti il tubo gastroenterico, se pur possibili, non appaiono una evenienza frequente rispetto ad altre sedi (linfonodi, fegato, polmoni, encefalo) ma probabilmente questo dato è sottostimato poiché studi autoptici hanno mostrato che all'incirca nel 60% di pazienti deceduti per melanoma cutaneo si ha il riscontro incidentale di metastasi gastrointestinali. Il tenue è certamente la sede più interessata (71% dei casi), meno frequentemente lo stomaco (27%), il colon (22%) e l'esofago (5%) (19).

Le metastasi possono comparire parallelamente all'esordio della neoplasia o più spesso dare segno di sé a distanza dalla diagnosi e trattamento della lesione primaria.

La sintomatologia d'esordio correla con la morfologia anatomico-patologica della metastasi poiché masse a sviluppo intraparietale possono dare quadri subocclusivi o di franca occlusione, mentre lesioni di tipo polipoide possono essere causa di invaginazione (13).

Raramente la metastasi parietale può necrotizzare con conseguente peritonite da perforazione.

Più spesso la metastasi può presentarsi come una lesione mucosa ulcerativa e la clinica è allora caratterizzata dall'anemizzazione dovuta alla perdita ematica cronica con associati sintomi dispeptici dovuti alla localizzazione digestiva, come nel caso da noi descritto.

Pertanto in tutti i pazienti con anamnesi di melanoma cutaneo, anche dopo diversi anni dall'esordio della malattia primitiva, l'insorgenza di sintomi gastroenterici e/o anemia o che presentano un quadro di addome acuto, si deve porre il sospetto di patologia

correlata alla possibile metastatizzazione al tratto gastroenterico.

Nel nostro caso l'anemia cronica da perdita occultata e la intensa sintomatologia dispeptica sono dovute alla presenza di doppia metastasi gastrica con relativa invasione di gran parte della mucosa gastrica.

## Bibliografia

1. Goral V, Ucmak F, Yildirim S, *et al.* Malignant melanoma of the stomach presenting in a woman: a case report. *J Med Case Reports* 2011; 5: 94.
2. Yamamura K, Kondo K, Moritani S. Primary malignant melanoma of the stomach: report of a case. *Surg Today* 2012; 42 (2): 195-9.
3. Grillot MA, Goldblum JR, Liu X. Signet-ring cell melanoma of the gastroesophageal junction: a case report and literature review. *Arch Pathol Lab Med* 2012; 136 (3): 324-8.
4. McKay JD, Deacon A. Isolated melanoma metastasis to stomach with possible regressed primary lesion: the importance of pursuing solitary melanoma metastases. *N Z Med J* 2010; 123 (1325): 78-9.
5. Doran H, Patrascu T, Catrina E, *et al.* Gastric melanoma - clinical case. *Chirurgia (Bucur)* 2009; 104 (5): 641-4.
6. Jelincic Z, Jakic-Razumovic J, Petrovic I, *et al.* Primary malignant melanoma of the stomach. *Tumori* 2005; 91(2): 201-3.
7. Blecker D, Abraham S, Furth E, *et al.* Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterology* 1999; 94: 3427-33.
8. Caputy GG, Donohue JH, Goellner JR, *et al.* Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. Results of surgical management. *Arch Surg* 1991; 126 (11): 1353-8.
9. Schuchter L, Green R, Douglas F. Primary and metastatic disease in malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Current Opinion in Oncology* 2000; 12: 181-5.
10. Capizzi PJ, Donohue JH. Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract: a review of the literature. *Compr Ther* 1994; 20 (1): 20-3.
11. Furedi G, Altorjay A, Varga I, *et al.* Late metastases of cutaneous melanoma on the abdominal wall to the small and large bowel. *Magy Seb* 2005; (4): 241-4.
12. Liang KV, Sabderson SO, Nowakowski GS, *et al.* Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc* 2006; 81 (4): 511-6.
13. Ammaturo C, Pastore S, Cerrato S, *et al.* Intussuscezione ileo-ileale da melanoma maligno. *Chir Ital* 2009; 61 (2): 217-21.
14. Bettineschi F, Tacchetti G, Montaguti A, *et al.* Gastric metastasis of cutaneous melanoma. Apropos of a case letter. *J Chir (Paris)* 1997; 134 (1): 35-8.

15. Vettoretto N, De Cesare V, Cervi E, *et al.* Metastasi gastriche da melanoma (A proposito di due casi trattati chirurgicamente). *Minerva chirurgica* 2000; 55 (11): 787-92.
16. Basagoiti ML, Vesga F, Losada J, *et al.* Gastric metastasis of melanoma. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 82 (6): 419-21.
17. Suhara T, Azuma S, Hayakawa M, *et al.* A case of metastatic malignant melanoma of the stomach treated by a surgical operation. *Gan No Rinsho* 1990; 36 (8): 934-8.
18. Montresor E, Orcalli F, Modena S, *et al.* Gastric metastasis of melanoma (report of a clinical case). *Chir Ital* 1986; 38 (2): 170-5.
19. Caputy G, Donohue JH, Goellner JR, *et al.* Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1991; 126 (11): 1353-8.

---

Received: 15.4.2013

Accepted: 12.7.2013

Address: G. Magenta

U.O. Medicina Interna, Ospedale S. Salvatore

Via E. Palma 1

40017 San Giovanni in Persiceto, Bologna, Italia

Tel. 051-6813111

Fax 051-6813513

E-mail g.magenta@ausl.bo.it