

CASOS CLINICOS

# Melanoma maligno primitivo de la vesícula biliar

Dres. Juan C. Castiglioni, Guillermo Piacenza, Enrique Viñuela, Horacio Turturiello y Luis Falconi

**Se presenta un caso excepcional de melanoma maligno primitivo de la vesícula biliar. Esta patología se manifestó clínicamente como una ictericia obstructiva, provocada por la obstrucción biliar debida a restos desprendidos del tumor que ocupaban la luz del colédoco.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS. Gallbladder / Melanoma.*

El interés del caso que comunicamos radica a nuestro criterio en la extraordinaria rareza que representa la localización de un melanoma maligno primitivo a nivel de la vesícula biliar.

La historia clínica resumida de nuestro caso es la siguiente:

R.C. 50 años. Ingresa el 31/7/78.

Ictericia notada 16 días antes, que fue lentamente progresiva hasta el ingreso, sin remisiones. Orina oscura. Materias hipocoloreadas. Prurito moderado los últimos días. En ningún momento de su evolución tuvo dolor abdominal, vómitos, fiebre ni chuchos de frío.

Sin antecedentes dispépticos de ningún tipo. Moderado alcoholismo. Sin otros antecedentes patológicos.

Al examen: enfermo en buen estado de nutrición. No existe anemia clínica. Ictericia rubínica intensa de piel y mucosa. Orina colúrica. Apirético. Abdomen simétrico, depresible e indoloro. Se palpa hígado aumentado de volumen y consistencia. No se palpa bazo. Tacto rectal: nada anormal. El resto del examen es normal.

Los exámenes complementarios, en lo que es de interés, muestran:

Orina: pigmentos biliares ++++

Bilirrubina directa: 6,48; indirecta: 1,20; total: 7,68.

Colesterol: 3,00. Pruebas de fluoculación: negativas.

Transaminasas: T.G.O.: 580 U.; T.G.P.: 600 U.

Antígeno Australiano: negativo.

Proteinograma: Normoproteinemia con moderado descenso de la albúmina y aumento marcado de la beta-globulina.

Glóbulos rojos: 4.700.000. Glóbulos blancos: 5.800. VES: 40 mm.

El tubaje duodenal muestra la presencia de bilis A. oro. en el duodeno, no existiendo respuesta a la estimulación vesicular.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 18 de agosto de 1978.

Ex Profesor Adjunto, Profesor Adjunto de Cirugía, Asistente de C.T.I. Fac. Med. Montevideo, Gastroenterólogo y Anatómo Patólogo.

Dirección: Bartolomé Hidalgo 2832, Montevideo (Dr. J. C. Castiglioni).

**Evolución:** En los días siguientes al ingreso, las materias fecales son normocoloreadas y la orina se aclara algo. Sin embargo, la ictericia persiste, con aumento de las cifras de bilirrubinemia que llegan a 13 mgr./%. En ningún momento aparece dolor ni fiebre.

Al décimo día se decide la intervención.

**Operación (11/9/78):** Incisión transversa. Exploración: adherencias perivesiculares que se liberan. La vesícula contiene en su interior una masa pastosa al tacto que no impersiona como cálculos. Vía biliar principal muy dilatada, de unos 25 mm. de diámetro. Hígado sin lesiones. Gastroduodeno y páncreas de aspecto normal.

**Procedimiento:** Se bloquea el cístico. Coledocotomía transversal. Del interior del colédoco sale lo que parecen ser coágulos y restos de tejidos necróticos, una masa parduzca, granulosa, que se deshace entre los dedos. Esta sustancia obstruye totalmente la vía biliar principal y es extraída con facilidad. No hay cálculos. La papila se franquea con facilidad.

Se realiza colecistectomía y al abrir la vesícula se comprueba que su luz está llena de la misma "sustancia" que el colédoco. En la mucosa de la cara inferior de la vesícula existe una lesión ulcerada y vegetante de unos 2,5 cm. de diámetro. La serosa vesicular a ese nivel está indemne. El lecho vesicular no muestra lesiones.

Se completa la intervención con una coledocostomía con tubo de Kehr y una colangiografía operatoria que mostró vía biliar dilatada, con buen pasaje al duodeno y ausencia de restos intraluminales.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones. Alta al octavo día.

En el momento de la intervención se interpretó la lesión vesicular como un carcinoma ulcerado que hubiera dado lugar a un hemocolecisto. Las masas intracolecísticas fueron interpretadas como coágulos que provocaron la obstrucción biliar.

En el estudio anatómo-patológico reside el interés del caso.

El examen macroscópico muestra la lesión vesicular ya descrita y el contenido vesicular y coledociano (fig. 1).

El examen microscópico (fig. 2) de la pared vesicular muestra: densa proliferación tumoral, de estirpe epitelial, constituida por células poliédricas, de citoplasma acidófilo, con núcleos vesiculosos con nucleolo predominante y mitosis frecuentes. Focos de necrosis.

Existe en las células tumorales una pigmentación granular parda, intracitoplásmica, de clara filiación melánica, irregular y de densidad variable según las áreas. Las células tumorales infiltran todo el espesor de la pared vesicular, hasta la subserosa, disponiéndose en cordones y playas celulares uniformes.

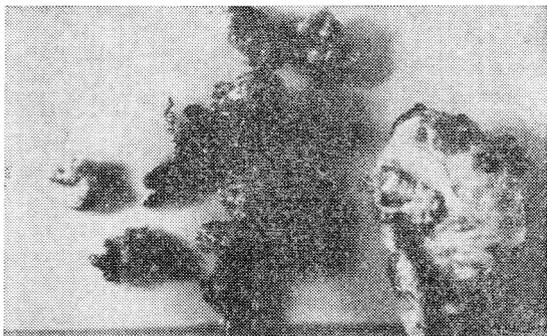


FIG. 1.— Macroscopía. Vesícula con lesión vegetante y ulcerada. Piqueteado pardo de la mucosa. Por separado se observan masas intravesiculares e intracoleodocianas. Son trozos desprendidos del tumor.



FIG. 2.— Microscopía. Pared de vesícula biliar. Se reconoce la mucosa. Por debajo de la muscular una infiltración tumoral densamente celular. Se reconoce la pigmentación parda en el citoplasma de algunas células.

El ganglio cístico, que viene con la pieza, no contiene células tumorales.

El contenido vesicular y coledociano está constituido por fragmentos desprendidos del tumor, con las mismas características histológicas. En suma: Melanoma maligno de la vesícula (Dr. L. Falconi).

## COMENTARIO

Las localizaciones extracutáneas del melanoma maligno, exceptuando las del ojo, son realmente excepcionales. Se encuentran descriptos casos aislados de melanomas en el tubo digestivo: esófago (2, 4, 12), estómago (15), colon (3) y recto (7); en la vagina (1, 8, 10, 11); en la mucosa nasal (14), bronquio (13) y en la hipófisis (9). Sólo encontramos en la literatura una referencia previa a melanoma de la vesícula biliar, publicada por Jones (6).

La excepcionalidad de la localización vesicular hace obligatoria la búsqueda de otra localización primitiva del melanoma, así como el planteo de que la lesión vesicular sea una metástasis de un primitivo ignorado. En nuestro paciente no se obtuvo ninguna prueba clínica de la existencia de otro melanoma primitivo.

Debemos agregar, como otro hecho excepcional de este caso, el que en el momento de la presentación, transcurridos 8 meses de la intervención, el paciente se encuentra asintomático, sin ningún elemento de enfermedad neoplásica.

La histogénesis de un melanoma maligno a nivel de la vesícula biliar es explicable por el mismo mecanismo que en otras mucosas viscerales, digestivas o no.

Las células formadoras de melanina normales o melanocitos dopapositivos son de estirpe epitelial y se originan en el neuroectodermo. La presencia de melanocitos en mucosas viscerales, entre ellas la de la vesícula biliar y la correspondiente posibilidad de que originen un melanoma maligno, se atribuye a una migración celular por la vía de los nervios periféricos.

## RESUME

### Mélanome malin primitif de la vésicule biliaire

On présente un cas exceptionnel de mélanome malin primitif de la vésicule biliaire. Cette pathologie a présenté au point de vue clinique, un ictère obstructif, provoqué par une obstruction biliaire due à des fragments qui se sont détachés de la tumeur, en occupant le canal cholédoque.

## SUMMARY

### Primitive Malignant Melanoma of Gall Bladder

Report on a rare case of primitive malignant melanoma in gall bladder. Clinically it appeared as obstructive jaundice, resulting from biliary obstruction due to residues detached from tumor which occluded common duct lumen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARIEL IM. Malignant melanoma of the vagina. *Obstet Gynecol*, 17: 222, 1961.
2. ASSER D. A melanocytic tumor of the esophagus. *Cancer*, 35: 1438, 1975.
3. BEHREND M and BEHREND A. Melanosarcoma of the rectosigmoid; report of a unique case. *Gastroenterology*, 12: 142, 1949.
4. FOWLER M and SUTHERLAND HDA. Malignant melanoma of the esophagus. *J Path Bact*, 64: 473, 1952.
5. GOLDMAN RL. Melanogenetic epithelium in the prostate gland. *Am J Clin Path*, 49: 75, 1968.
6. JONES CH. Malignant melanoma of the gall bladder. *J Path Bact*, 81: 423, 1961.
7. MORSON BC and VOLKSTADT H. Malignant melanoma of the anal canal. *J Clin Path*, 16: 126, 1963.
8. MULLANEY J. Primary melanoma of the vagina. *J Path Bact*, 81: 473, 1961.
9. NEILSON J and MOFFAT AD. Hypopituitarism caused by a melanoma of the pituitary gland. *J Clin Path*, 16: 144, 1963.
10. NIGOGOSYAN C, LA PAVA S and PICKREN JW. Melanoblast in vaginal mucosa. Origin for primary malignant melanoma. *Cancer*, 17: 912, 1964.
11. NORRIS HJ and TAYLOR HB. Melanomas of the vagina. *Am J Clin Path*, 46: 420, 1966.
12. RINALDI B. Melanoma de esófago. Comunicación personal, 1978.
13. SALM R. A primary malignant melanoma of the bronchus. *J Path Bact*, 85: 121, 1963.
14. SINCLAIR T. Nasal malignant melanoma. *J Laringol*, 65: 560, 1951.
15. WILLIS RA. Pathology of Tumors. London. Butterworth, 1960, p. 903.