



P-044 - MANEJO DE LA LESIÓN SUPRARRENAL COMO METÁSTASIS ÚNICA DE MELANOMA

Abellán Garay, Laura; Balsalobre Salmerón, María; García López, María Aranzazu; Muñoz García, Javier; Perán Fernández, Cristóbal; Gijón Román, Cecilia; Rodríguez García, Pablo; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Los tumores malignos suprarrenales pueden manifestarse como incidentalomas suprarrenales. El 4% de los incidentalomas son carcinomas suprarrenales primarios, mientras que si existe un tumor extraadrenal conocido, la probabilidad de ser una lesión metastásica aumenta hasta el 70%. La lesión suprarrenal maligna más frecuente es la metástasis. Los tumores primarios que metastatizan en la glándula suprarrenal con mayor frecuencia son de origen renal, pulmonar, colon y melanoma. La metástasis única en la glándula suprarrenal es extremadamente rara suponiendo < 1% de los casos.

Caso clínico: Mujer de 55 años intervenida en 2008 de melanoma en región escapular izquierda, con posterior ampliación de márgenes y ganglio centinela axilar izquierdo que resultó negativo para metástasis. Durante el seguimiento en consultas, la paciente se mantiene libre de enfermedad hasta 2020 cuando en el TC de control se objetiva lesión nodular suprarrenal derecha de 3,4 cm de nueva aparición. Se completa estudio con PET-TC que confirma la existencia tejido tumoral viable (SUVmax = 7,6) en lesión suprarrenal derecha de 4 cm, sugestiva de malignidad. Se realiza estudio de funcionalidad de la lesión que resulta negativo. La LDH es de 218 U/L. Ante la sospecha de metástasis de melanoma, se programa suprarrenalectomía derecha por laparoscopia. El análisis histológico informa de nódulo suprarrenal de 4,5 cm compatible con metástasis de melanoma con BRAF mutado que presenta una celularidad tumoral del 60%, necrosis 10% y pigmentación < 5%. La paciente evolucionó favorablemente, manteniéndose libre de enfermedad en TC de control a los 6 meses.

Discusión: La supervivencia a 5 años en el melanoma estadio IV, es del 5-10%. La metástasis suprarrenal del melanoma aparece generalmente con otras lesiones metastásicas sincrónicas por lo que suele tener un pronóstico infausto con una tasa de supervivencia de 6 meses. Sin embargo, la suprarrenalectomía en casos seleccionados ha demostrado aumentar la supervivencia media. El estudio inicial de la lesión suprarrenal debe incluir un estudio funcional con catecolaminas en orina y hormonas en sangre. Ante la sospecha de metástasis suprarrenal de melanoma, se debe realizar un estudio de extensión exhaustivo incluyendo LDH sérico y estudio por imagen a nivel cerebral y toracoabdominopélvico por TC. Resulta útil el PET-TC en casos con resultados no concluyentes por TC. La biopsia por PAAF se reserva para pacientes con imágenes no diagnósticas en los estudios anteriores, tras descartar feocromocitoma. La resección quirúrgica ha demostrado mayor tasa de

supervivencia a largo plazo frente a las estrategias no quirúrgicas. La presencia de enfermedad diseminada y la elevación de LDH constituyen las principales contraindicaciones para la cirugía. La elevación de LDH es un factor de mal pronóstico ya que se relaciona con la presencia de enfermedad sistémica. Un estudio realizado por Flaherty et al. observa un aumento de supervivencia en pacientes intervenidos quirúrgicamente asociando terapia sistémica frente a los tratados únicamente con terapia sistémica, de 29,2 meses y 9,4 meses respectivamente. El abordaje mediante cirugía abierta o laparoscópica continúa en discusión, aceptando generalmente la laparoscopia en tumores 1 año y la respuesta parcial a terapia sistémica son factores de buen pronóstico.