



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-111 - MELANOMA METASTÁSICO DE ORIGEN DESCONOCIDO

Comín Novella, Laura; Oset García, Mónica; González Pérez, Marta; Escribano Pérez, Diana; Moreno Olivieri, Alberto; Yáñez Benítez, Carlos J.; Corominas Cishek, Alexandra; del Val Gil, José María

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Objetivos: Ahondar en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del melanoma metastásico partiendo de un caso clínico.

Caso clínico: Paciente varón de 79 años con antecedente de cardiopatía isquémica con triple bypass aortocoronario que presenta edema en extremidad inferior derecha con una tumoración a nivel inguinal de reciente aparición. Se realiza una biopsia de la adenopatía con resultado de metástasis de melanoma S100+, ki 67:80-90%. Se realiza TC toracoabdominal que objetiva adenopatías en ingle derecha incluyendo una masa de 5 × 3 cm, sin metástasis a distancia. Se realiza rectoscopia que no encuentra patología. Se explora al paciente completamente sin objetivar el tumor primario. Se realiza linfadenectomía inguinal derecha que informan como bloque adenopático de 5 × 4,5 cm con melanoma metastásico de morfología epiteloide con alto índice mitótico y frecuentes fenómenos de necrosis tumoral. Le aparecen lesiones ampollasas en el tercio distal de la EID de las que obtenemos 2 punch e informan de melanoma nodular ulcerado amelanótico de 1,5 mm de espesor y 0,3 cm de diámetro. Dichas lesiones siguen apareciendo de novo. El paciente es diagnosticado de melanoma amelanocítico, estado IIIC con metástasis en tránsito y probable origen en EID con tumor primario en regresión. Se inicia tratamiento quimioterápico con DTIC (dacarbazina) y se reevalúa tras dos ciclos objetivando progresión de la enfermedad. Se inicia tratamiento de 2ª línea con ipilimumab.

Discusión: En aquellos pacientes que presentan adenopatía inguinales se debe hacer diagnóstico diferencial con el linfoma y otros tumores primarios. Cuando se llega al diagnóstico de metástasis ganglionares de melanoma, existen 3 teorías por lo que no se encuentra tumor primario: el melanoma se extirpó y se hizo un estudio anatomopatológico incorrecto o no se analizó, el melanoma ha regresado o bien un nevus sufre una transformación maligna en los ganglios linfáticos u otro sitio que no es la piel. Apoyando a las dos últimas teorías, la regresión espontánea parcial ocurre frecuentemente y se lleva a cabo por mecanismos inmunológicos. Se puede clasificar en 3 categorías: subcutáneo, ganglionar (la más frecuente) y visceral (viscera, hueso o cerebro). Aunque la cirugía aporta la mejor oportunidad para la curación, es frecuentemente imposible en pacientes con estadio III o IV. Entonces, el tratamiento multidisciplinar es la mejor opción. La supervivencia de los pacientes que se presentan con metástasis ganglionares es igual o mejor en aquellos que no se conoce el tumor primario que en aquellos en los que el primario es conocido. Después de la estadificación, de acuerdo con el número de ganglios afectos, la supervivencia es peor cuantos más

ganglios metastatizados se tengan. El tratamiento en estos pacientes es la linfadenectomía y tratamiento quimioterápico. Entre otros diagnósticos de las adenopatías inguinales se encuentra el melanoma metastático. En un 2-3% de los casos, no tiene primario conocido. El tratamiento es multidisciplinar, debiendo realizar linfadenectomía inguinal y, posteriormente asociarse a un tratamiento quimioterápico. En algunos trabajos se ha demostrado una mejor supervivencia en aquellos pacientes sin tumor primario conocido.