



## P-667 - METÁSTASIS INTESTINALES DE MELANOMA MALIGNO: ¿CIRUGÍA PALIATIVA O CURATIVA? A PROPÓSITO DE UN CASO

*Alonso Batanero, Ester; Fernández Arias, Sebastián; Cifrián Canales, Isabel; Merayo Álvarez, Marta; Márquez-Zorrilla Molina, Carlos Alberto; de Santiago Álvarez, Irene; del Río Fernández, Jorge; Rizzo Ramos, Amaya*

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

### Resumen

**Introducción:** El melanoma es la enfermedad maligna extraintestinal que con más frecuencia metastatiza a la cavidad abdominal aunque, solo el 1-4% de los pacientes son diagnosticados en vida de metástasis a nivel gastrointestinal. Las localizadas en el intestino delgado son las más frecuentes siendo las colorrectales, gástricas o biliares más inusuales. Aunque, en estadios tempranos son generalmente asintomáticas, la anemia (40,8%) y la obstrucción intestinal (32,4%) son los síntomas de presentación más frecuentes. La resección de intestino delgado es la cirugía más frecuentemente realizada (76,8%). El PET/TC tiene una mayor sensibilidad para el diagnóstico frente al TC en solitario.

**Caso clínico:** Mujer de 54 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico, vómitos y ausencia de deposición desde hace 24h. Como antecedente destaca el diagnóstico de melanoma (BRAF negativo y NRAS mutado) estadio IV por sospecha de recidiva a nivel ganglionar laterocervical, supraclavicular y abdominal así como numerosos implantes subcutáneos dorsolumbares. Se realiza TC abdominopélvico con contraste que muestra una gran masa polilobulada en pelvis menor de 13 × 10 × 7 cm que depende de la pared de un segmento de íleon. Se extiende por varias asas de intestino delgado con infiltración transmural e intraluminal causando una obstrucción intestinal. Se decide laparotomía exploradora urgente. Intraoperatoriamente se observa una gran masa pélvica necrosada que infiltra asas de íleon desde la válvula ileocecal hasta un segmento de colon sigmoides así como múltiples adenopatías de gran tamaño en meso. Se realiza exéresis en bloque de la masa precisando la realización de una anastomosis ileocólica y otra colocólica, ambas manuales. Posoperatorio favorable con buena tolerancia a la reintroducción de la dieta siendo dada de alta al 10º día. El resultado anatomopatológico fue de infiltración transmural de asas de intestino delgado por melanoma de tipo epitelioide. Bordes de resección y 21 adenopatías libres de tumor. Actualmente a tratamiento paliativo con trametinib, un fármaco inhibidor de MEK. TC abdominopélvico control a los 6 meses sin recidiva a nivel abdominal y resto de lesiones estables.



**Discusión:** La supervivencia a 5 años de los pacientes en estadio IV a los que se les realizó una resección curativa ha demostrado ser superior a la de los que recibieron una cirugía paliativa. Este ratio de supervivencia es similar al de las resecciones de metástasis en otras localizaciones. La presencia de enfermedad residual abdominal o de metástasis en otras localizaciones son los factores pronósticos más importantes. Los tratamientos actuales quimioterápicos, radioterápicos y biológicos son insuficientes. En pacientes con enfermedad metastásica intestinal limitada la resección intestinal R0 es segura, alivia los síntomas y aumenta la supervivencia frente a cirugías paliativas.