



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-260 - METÁSTASIS DE MELANOMA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA

Hendelmeier, Alicia<sup>1</sup>; Moya Ramírez, Miguel<sup>2</sup>; Arteaga Ledesma, María<sup>2</sup>; Palomeque Jiménez, Antonio<sup>2</sup>; Arroyo, Jose Luis<sup>1</sup>; Vega Ruiz, Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El melanoma representa el 3-5% de todos los cánceres de la piel y tanto su incidencia como su mortalidad están en aumento. La mayoría son de origen cutáneo, aunque también pueden originarse en la mucosa del sistema respiratorio, urogenital o gastrointestinal, siendo estos últimos de índole más agresiva. Aunque en general se conoce el tumor primario el diagnóstico puede realizarse mediante el análisis anatomopatológico de una lesión metastásica (*melanoma of unknown primary, MUP*). El melanoma produce metástasis en el tracto gastrointestinal de forma frecuente, siendo el intestino delgado el sitio más común. En aproximadamente el 60% de los pacientes fallecidos por esta enfermedad se objetivan metástasis gastrointestinales pero solo el 5% de ellas son diagnosticadas en vida. Generalmente cursan de manera asintomática, siendo la clínica más frecuente el sangrado y la obstrucción en forma de invaginación intestinal. La metastatización al duodeno y cabeza pancreática es extremadamente infrecuente, por lo que presentamos un caso de melanoma metastásico con tumor primario oculto con el objetivo de documentar esta rara entidad.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente varón de 37 años diagnosticado de una lesión sólida testicular que es intervenida realizándose orquiectomía y cuya anatomía patológica informa de metástasis de melanoma con BRAF mutado. Tras la cirugía recibió tratamiento adyuvante (dabrafenib + trametinib) con respuesta parcial. Al año, en un PET-TAC de control, se objetiva lesión sospechosa de malignidad a nivel de duodeno. Tras ello inicia tratamiento con pembrolizumab + lenvatinib dentro de un ensayo clínico, que finalmente tiene que abandonar por toxicidad hepática grado IV. El paciente, ya sin tratamiento adyuvante, es derivado a nuestro centro por dolor abdominal, vómitos, ictericia y fiebre. Se realiza una TAC objetivándose una lesión tumoral a nivel de duodeno (6,7 × 5,8 cm) que infiltra la cabeza pancreática y provoca una obstrucción intestinal asociando dilatación secundaria de la vía biliar y del conducto pancreático principal. Se realiza drenaje biliar interno-externo y se decide intervención quirúrgica. En esta se objetiva gran masa tumoral que engloba duodeno y cabeza de páncreas junto a una perforación en la cara posterior del duodeno, por lo que se realiza duodenopancreatectomía cefálica. La anatomía patológica confirma la presencia de metástasis de melanoma de 8,7 cm con márgenes de resección libres y ganglios no afectos.



**Discusión:** Se ha de pensar en la posibilidad de metástasis de melanoma a nivel gastrointestinal en pacientes con antecedente de melanoma tratado que presenten anemia, datos de sangrado intestinal o clínica de obstrucción. Nuestro caso es una forma excepcional de presentación. En esta etapa la cirugía está reservada a pacientes con enfermedad localizada y tiene una intención más bien paliativa con el fin mejorar la calidad de vida del paciente sin una clara evidencia de que mejore la supervivencia.