



P-147 - LESIONES GÁSTRICAS MALIGNAS: MÁS ALLÁ DE LOS ADENOCARCINOMAS, GIST Y METÁSTASIS

Pérez Guarinos, Carmen Victoria; Jiménez Ballester, Miguel Ángel; García Marín, José Andrés; González Sánchez-Migallón, Elena; Valero Navarro, Graciela; Flores Funes, Diego; Baeza Murcia, Melody; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: A propósito de un caso de melanoma gástrico primario sin origen aparente se realiza una revisión de una rara pero descrita entidad. Los melanomas aparecen en un 95% de los casos en la piel. En el tracto gastrointestinal suelen deberse a metástasis, y si son primarios, lo más común es que aparezcan en esófago o en unión ano-rectal, donde sí que puede aparecer melanositis que degenera hacia maligna.

Caso clínico: Paciente varón de 87 años con antecedentes de tabaquismo, HTA, DM, FA anticoagulada, isquemia arterial crónica de MMII, insuficiencia mitral, bloqueo AV con marcapasos, con buen estado cognitivo basal e independiente para sus actividades diarias que consulta en urgencias por disnea de dos semanas de evolución, sin otros síntomas. En la exploración física, no hay hallazgos de interés y ninguna de las constantes está alterada, pero en la analítica se halla una hemoglobina de 8,2 con características de anemia ferropénica, por lo que ingresa para estudio. Se realiza colonoscopia, sin hallazgos salvo diverticulosis y gastroscopia, en la cual aparece una lesión ulcerada pigmentada en curvatura menor, de unos 6 cm, sin sangrado activo. Se remite biopsia a AP, la cual informa de melanoma (elementos epitelioideos con pigmentos ocasionales, HMB-45+, Melan-A+, BRAF-). Se realiza TC toraco-abdomino-pélvico que informa de neoplasia gástrica T3N1Mx, con posibles adenopatías mediastínicas. Se solicitan interconsultas a dermatología y a oftalmología, que tras revisión exhaustiva de piel y de fondo de ojo concluyen que no hay lesiones sugestivas de ser el origen. Dados los hallazgos, se comenta con oncología, y dado que el paciente se presenta reacio a técnicas invasivas, se desestima cirugía. A las 19 semanas reingresa por dolor abdominal, objetivándose crecimiento tumoral, por lo que al alta pasa a cargo de cuidados paliativos domiciliarios, continuando con vida a los 7 meses del diagnóstico.

Discusión: La clínica del melanoma gástrico no difiere de la de otros tumores gástricos, por lo que el diagnóstico se realiza a través de la endoscopia con toma de biopsias. A veces la imagen endoscópica puede ser sugestiva si son lesiones que contienen pigmento (no siempre ocurre). El pronóstico de estas lesiones primarias (15 casos en las revisiones, que teóricamente se desarrollan por migración de células de la cresta neural) al igual que el de las secundarias, es ominoso, con supervivencias en torno a los 4-6 meses sin cirugía y de 2-4 años con cirugía con exéresis completa. La quimioterapia adyuvante (principalmente se usa dacarbazina) no ha demostrado ser de utilidad, a

lo sumo se producen respuestas parciales en menos de un 15% de pacientes durante unos meses. Los tumores BRAF+ pueden tratarse específicamente con vemurafenib. La radioterapia tiene su utilidad para el tratamiento sintomático de metástasis óseas, cerebrales o medulares. El caso clínico presentado es un excepcional, ya que consideramos este tumor como primario debido a la ausencia de lesiones melánicas cutáneas y oculares y ausencia de afectación de otros órganos al diagnóstico.