



P-270 - METÁSTASIS DE MELANOMA EN HÍGADO Y BAZO, ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Castell Gómez, José Tomás; Álvarez Peña, Estíbaliz; Atahualpa, Fredy; Heras Garceau, María; Zapata, Camilo; Gancedo, Álvaro; Durán, Carlos

Hospital Universitario La Luz, Madrid.

Resumen

Introducción: Clásicamente la aparición de metástasis de melanoma en órganos sólidos abdominales se ha considerado de mal pronóstico. En el paciente resecao la supervivencia global a 5 años alcanza el 9,7% frente al 0,3% del no resecao (Langenbeck's Archives of Surgery. 2022;407:3235-47). La combinación de nuevas terapias dirigidas con la resección quirúrgica ha permitido mejorar la supervivencia global y libre de enfermedad, relanzado el papel de la cirugía en el paciente oligometastásico. Típicamente, el melanoma metastatiza vía linfática y sanguínea (incluso simultáneamente) y característicamente, las metástasis pueden aparecer años tras el tratamiento del tumor primario. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado. Presentamos tres casos tratados en nuestro servicio con características singulares, las decisiones se han tomado colegiadamente en Comité Multidisciplinar de Tumores (CMT).

Casos clínicos: Caso 1. Presentación con metástasis hepática tardía. Mujer 67 años. 2007 melanoma uveal izquierda (enucleación y radioterapia). En 2024: RM hepática: LOE en S8 de 5 cm con captación en PET-TAC (SUV 11). PAAF no concluyente. Cirugía: tumorectomía laparoscópica. Anatomía patológica: metástasis melanoma fusiforme, margen libre. Adyuvancia con pembrolizumab. Caso 2. Presentación con metástasis en hígado y bazo sucesivamente. Mujer 61 años. 2017 Melanoma uveal (radioterapia). Septiembre de 2022: LOE hepática en TAC y PET-TAC de 6 × 32 mm entre S6-7, PAAF no concluyente: Cirugía: bisegmentectomía laparoscópica 6-7. Anatomía patológica: metástasis epitelioides y fusocelular, invasión linfática, venosa, perineural, ductos biliares, sinusoides. No recibió adyuvancia. Noviembre 2023: LOE esplénica de 25 mm en TAC y PET TAC: Cirugía: esplenectomía laparoscópica. Anatomía patológica: metástasis (95% epitelioides 5% fusocelular). No ha recibido adyuvancia. Caso 3. Respuesta patológica completa. Varón 50 años. Mayo 23: melanoma piel, Breslow 2,4 mm, pT2. Expresión PDL1 en 0%. Octubre 23: LOE hepática S2. Neoadyuvancia (nivolumab e ipilimumab) a los 2 ciclos hepatitis que obliga a realizar lobectomía izquierda laparoscópica. AP: nódulo de fibrosis y degeneración mixoide, respuesta patológica completa. Adyuvancia nivolumab (un año). La cirugía es una opción válida en el paciente oligometastásico. Los nuevos tratamientos (inmunoterapia anti-PD1 e inhibidores BRAF) combinados con tratamientos locales mejoran la supervivencia libre de enfermedad y global.

Discusión: El abordaje multidisciplinar del melanoma en estadio IV oligometastásico combinando tratamientos locales con inmunoterapia e inhibidores BRAF/MEK han mejorado la supervivencia

libre de enfermedad y global, por lo que la cirugía es una opción preferente (SEOM *guideline* 2020). La selección para la cirugía ha de realizarse en el CMT, excluyendo aquellos pacientes diseminados en los que la cirugía de citoreducción no aporta ningún beneficio. El algoritmo de tratamiento en el paciente oligometástasico no está plenamente establecido por lo que la necesidad de neoadyuvancia en el paciente resecable de entrada ha de ser decidida y personalizada en el CMT. La adyuvancia en el paciente resecado sí parece plenamente indicada (ESMO *guideline* 2020). En el seguimiento del paciente ha de tenerse en cuenta la posibilidad de metástasis muy tardías y debe ser personalizado en función de los factores de riesgo del tumor primario.