



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/932 - Importancia del seguimiento

A. Fernández Villar<sup>a</sup>, E. Díaz García<sup>b</sup>, J.C. García Álvarez<sup>b</sup> y G. Candela Ganoza<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Zona Sur. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Zona Sur. Madrid. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 66 años no RAMc, no hábitos tóxicos, no HTA, no DM, no DL. Antecedentes quirúrgicos: melanoma craneal hace 20 años, hemitiroidectomía, pólipos en cuerdas vocales. Tratamiento habitual: levotiroxina 75 µg al día. Acude a nuestra consulta por cuadro de pérdida de peso de 7-8 kg en los últimos meses sin cambios dietéticos, fiebre predominio vespertino hasta 37,8°. En analítica sanguínea se observa anemia leve y elevación discreta de reactantes de fase aguda. Mantiene la pérdida de peso en las posteriores visitas y dolor abdominal localizado en flanco derecho, con palpación de de gran hepatomegalia. Se realiza TAC donde se observa gran masa hepática (probable hepatocarcinoma) que tras la biopsia hepática ecoguiada se diagnostica de metástasis de melanoma epiteloide, con desestimación intervención quirúrgica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado. Bien nutrido e hidratado. TA 114/62, FC 74 lpm, Tª 36,3. Eupneico. CyC normal. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, hepatomegalia 8-10 cm, no signos de peritonismo. EEII: no edemas ni signos de TVP. Analítica sanguínea: VSG 42 GGT 84, LDH 1.302, fosfatasa alcalina 114, Hb 11,8, resto de bioquímica, hemograma y hemostasia normal. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. TAC abdominal: masa en hígado de aspecto heterogéneo en lóbulo hepático derecho, de 17 × 10 × 16 cm, con estructura vascular en su interior, con necrosis focal que podría corresponder con neoplasia de origen hepático. Colonoscopia: pólipo plano de colon extirpado. Gastroscoopia: gastritis crónica astral de patrón folicular moderada con presencia de H. pylori. ECO-PAAF: gran tumoración sólida hiperecogénica en lóbulo hepático derecho de unos 22 cm de diámetro. Poliquistosis renal bilateral. Anatomía patológica: metástasis de melanoma epiteliode.

**Juicio clínico:** Melanoma metastásico. Gran metástasis hepática única.

**Diagnóstico diferencial:** Tumores hepáticos benignos (hemangioma, adenoma hepático, hiperplasia nodular focal). Tumores hepáticos malignos primarios (carcinoma hepatocelular, colangiocarcinoma, hemangioendotelioma). Causa vascular (trombosis venosa hepática, ICC) Alteraciones anatómicas (lóbulo de Riedel). Enfermedad poliquística hepática. Enfermedad de Caroli. Causa infecciosa (hepatitis vírica aguda/crónica, hepatitis granulomatosa). Enfermedad de Wilson. Hemocromatosis.

**Comentario final:** La localización más frecuente de metástasis secundarias a un melanoma son piel, ganglios linfáticos, pulmón, cerebro, tracto gastrointestinal, y raramente hígado y glándulas suprarrenales. Aunque se trate de una localización infrecuente de metástasis de un melanoma extirpado hace 20 años, los estudios complementarios dedicados a la revisión y extensión de las neoplasias recomiendan un seguimiento estrecho cada 3-6-12 meses los primeros años y anual tras los 5 años tras el diagnóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Patel JK, Didolkar MS, Pickren JW, Moore RH. Metastatic pattern of malignant melanoma. A study of 216 autopsy cases. *Am J Surg.* 1978;135:807.
2. Dasgupta T, Brasfield R. Metastatic Melanoma. A Clinicopathological Study. *Cancer.* 1964;17:1323.
3. Budman DR, Camacho E, Wittes RE. The current causes of death in patients with malignant melanoma. *Eur J Cancer.* 1978;14:327.
4. Agrawal S, Yao TJ, Coit DG. Surgery for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol.* 1999;6:336.