



# Cirugía Española



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

## P-512 - MELANOMA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

*Luengo Ballester, Olga; Valero Liñán, Antonio Serafín; Camacho Dorado, Cristina; Conde Inarejos, Belén; González Masiá, José Antonio; Rueda Martínez, Juan Luis; Moreno Flores, Beatriz; García Blázquez, Emilio*

*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

### Resumen

**Introducción:** El melanoma maligno de intestino delgado es una entidad poco frecuente. La mayoría son lesiones metastásicas con origen en piel, ojo, ano, esófago o recto, siendo difícil la distinción entre melanoma intestinal metastásico y primario, por lo que es controvertida la existencia del melanoma primario intestinal. Presentamos el caso de un paciente con síndrome obstructivo al que se diagnostica de melanoma intestinal tras la cirugía, sin hallar durante el seguimiento del mismo otras lesiones sugestivas de ser el origen primario de la lesión.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 83 años que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos, sin alteración en la cantidad ni calidad de las deposiciones. Además, refería anemia y síndrome constitucional con pérdida de hasta 18 kg en los últimos meses. A la exploración el paciente presentaba un abdomen distendido, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. En la radiografía de abdomen se objetivó dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Ante la sospecha de suboclusión intestinal, se realizó un TAC urgente que informó de la presencia de una tumoración intraluminal en yeyuno distal-íleon proximal de que condicionaba la estenosis de la luz intestinal, con discreta dilatación retrógrada de asas de delgado. Dados los hallazgos del TAC se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente, hallando una tumoración ileal estenosante, con abundantes adenopatías mesentéricas. Se realizó resección oncológica del segmento afecto. Anatomopatológicamente se caracterizó como lesión neoplásica pobremente diferenciada con inmunofenotipo compatible con melanoma maligno, que respetaba los bordes quirúrgicos. No se identificaron metástasis ganglionares. Tras la exploración dermatológica y el estudio de extensión, se descartó la presencia de lesiones sospechosas de melanoma primario a otro nivel. El paciente permanece asintomático tras 8 meses de seguimiento.



**Discusión:** El hallazgo de estas lesiones suele ser incidental, dada su presentación clínica frecuentemente larvada e inespecífica. Se manifiesta con frecuencia con pérdida de peso y anemia, aunque también pueden presentar rectorragia, masa abdominal y/u obstrucción intestinal. Son útiles las pruebas de imagen convencionales para el diagnóstico de sospecha, sin embargo el PET-TAC es la prueba complementaria más sensible para detectar estas lesiones tanto metastásicas como primarias, aunque el diagnóstico suele ser incidental. El pronóstico de estos pacientes es pobre a pesar del tratamiento, con una supervivencia a los 5 años del 40%, siendo el factor pronóstico más importante la presencia de metástasis en otros órganos. Además de ser necesaria para el diagnóstico definitivo, la resección quirúrgica con márgenes libres y parte del mesenterio con sus ganglios es el tratamiento óptimo de los melanomas de intestino delgado. Incluso con presencia de metástasis a distancia, la resección intestinal, aun siendo paliativa, no es sólo el mejor tratamiento sintomático, también aumenta la tasa de supervivencia.