



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-254 - RESECCIÓN DE ÁNGULO DE TREITZ POR METÁSTASIS TARDÍA DE MELANOMA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Mokachir Mohsenin, Yasmin; González Chamorro, Antonio; Sánchez Rodríguez, Yolanda; Pérez Mesa, Inés; Arrebola Luque, Laura; Ahumada Etchepareborda, Santiago José; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción: El melanoma es uno de los cánceres más letales con una mortalidad del 75% y frecuentemente origina metástasis en el tracto digestivo. El intestino delgado es la ubicación más habitual, el cual proviene en su mayoría de lesiones cutáneas primarias siendo, en general, una entidad clínica poco frecuente. Por su peculiaridad anatómica si la afectación es del ángulo de Treitz, la exéresis resulta más complicada que cuando afecta a otra parte del intestino. Presentamos un caso de un paciente de avanzada edad con una única metástasis de melanoma en ángulo de Treitz tras 5 años del diagnóstico primario.

Caso clínico: Varón de 82 años anticoagulado por una FA crónica e intervenido por cáncer de próstata. Tratado de un melanoma estadio IIIC con una amputación de primer dedo de MI izquierdo y linfadenectomía. Tras cinco años en seguimiento por Oncología y Dermatología por sospecha de sangrado digestivo se realizó una endoscopia digestiva alta, observándose en duodeno distal una lesión mamelonada, ulcerada y friable al roce que ocupaba prácticamente la totalidad de la luz con diagnóstico histopatológico de melanoma metastásico. Los datos de laboratorio mostraron una Hb 10,4 con marcadores CEA y Ca 19,9 normales. En la TAC se observó en 4ª porción duodenal una lesión endoluminal de 7×5 cm sin signos de obstrucción ni datos de extensión a distancia. Discutido en comité multidisciplinar por lo infrecuente del caso, y a pesar de edad, antecedentes y complejidad de la localización, se decidió intento de resección dada la presentación tardía y al ser una lesión única. Se realizó un abordaje subcostal bilateral observándose en ángulo de Treitz gran tumoración que infiltraba además segunda asa yeyunal, realizando sección distal a la tumoración y posterior maniobra de Kocher amplia para sección proximal a nivel de 2º rodilla duodenal con anastomosis duodeno-yeyunal L-L. En el posoperatorio presentó favorable evolución y 4 meses después no hay evidencia de signos de recidiva ni progresión neoplásica.



Discusión: En pacientes con antecedentes de melanoma que comienzan con síntomas gastrointestinales el diagnóstico de metástasis debería ser considerado siempre. Nuestro caso ilustra que aunque pasen más de 5 años, la recurrencia es posible. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, destacando anemia asintomática, melenas, sangre oculta en heces, dolor abdominal y pérdida de peso, entre otras. El estudio radiológico y endoscópico para el diagnóstico son esenciales confirmándose por estudio histopatológico. El manejo del melanoma gastrointestinal depende de la ubicación y el número de lesiones siendo la cirugía el tratamiento de elección cuando la lesión está localizada, como se realizó en nuestro caso. La localización en ángulo de Treitz supone una resección más compleja que en yeyuno o íleon, ya que implica movilización del bloque duodenopancreático, tanto para la delimitación anatómica como para la elección de la reconstrucción. Para los casos no resecables se dispone de tratamientos paliativos como radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia. Actualmente la edad y los antecedentes no deben ser limitantes para el intento curativo, siempre que los pacientes presenten un adecuado estatus y se pueda realizar una optimización de su estado preoperatorio.