



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-371 - MELANOMA METASTÁSICO COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO

Duque Álvarez, Nayi Xiomara; Gómez Giménez, Ismael; Paredes Segura, Adrián; García Sirera, Javier; Ruíz de la Cuesta García Tapia, Emilio; Carbonell Morote, Silvia; Gracia Alegría, Ester; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal en el adulto representa aproximadamente el 1% de los casos de oclusión intestinal. Sus síntomas suelen corresponder a cuadros de oclusión intestinal mecánica completa o incompleta. Puede ser causada por tumores primarios intestinales, lesiones inflamatorias (enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis, diverticulitis) o metástasis. Generalmente, su localización es la zona ileocecal. Las metástasis en el tracto gastrointestinal son infrecuentes; sin embargo, entre los tumores que pueden metastatizar a este nivel, el melanoma es uno de los más comunes, presentándose en el 2-4% de los pacientes con diagnóstico de melanoma. Estas metástasis se localizan principalmente en el intestino delgado, seguidas por el colon y estómago, y pueden manifestarse con síntomas que van desde anemia y dolor abdominal inespecífico hasta cuadros oclusivos. Usualmente, la aparición de metástasis intestinales ocurre posterior al diagnóstico y tratamiento de la lesión primaria, siendo, en muchos casos, un indicio de recurrencia de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente de 87 años con antecedente de HTA, diabetes mellitus, fibrilación auricular en tratamiento con heparina, y osteoporosis. Consulta por cuadro de 3 días de evolución consistente en episodios eméticos asociado a dolor abdominal generalizado, no cambios en hábito intestinal. Al examen físico el abdomen no se encuentra distendido ni doloroso. Se realiza TC abdominopélvico observándose invaginación íleo-ileal de un segmento proximal del íleon y adyacente se observa dilatación de asas de intestino delgado, no signos de sufrimiento intestinal, analítica sanguínea sin alteraciones. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica de urgencia realizándose laparotomía media donde se observa invaginación íleo-ileal que no es posible reducir por lo que se realiza resección segmentaria y anastomosis mecánica, se revisa cavidad observándose a 50 cm del ángulo de Tretiz, otra lesión endoluminal no móvil que también se reseca. Evolución posoperatoria satisfactoria siendo alta a los 7 días. El informe de anatomía patológica se observa en las dos lesiones extirpadas infiltración mucosa por melanoma maligno. Es valorado por el servicio de dermatología quien no evidencia melanoma al examen físico. El servicio de oncología solicita TC total donde se observa nódulos pulmonares en lóbulo superior izquierdo de 1,8 cm compatible con metástasis e inicia inmunoterapia con nivolumab e Ipilimumab (actualmente tercer ciclo).

Discusión: La invaginación intestinal en el adulto se es causada por tumores en aproximadamente el 65% de los casos, por lo que el tratamiento suele ser quirúrgico, siendo la resección intestinal la

técnica de elección. El tratamiento conservador puede considerarse en aquellos casos en los que no se identifique la causa subyacente ni exista clínica de obstrucción completa; sin embargo, requiere un seguimiento estrecho y cuidadoso. En el caso del melanoma metastásico a intestino, su pronóstico es desfavorable, con una supervivencia al año cercana al 40%. La intervención quirúrgica está indicada con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Aunque la invaginación intestinal secundaria a metástasis de melanoma es un evento infrecuente, debe mantenerse un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de melanoma que presenten síntomas gastrointestinales.