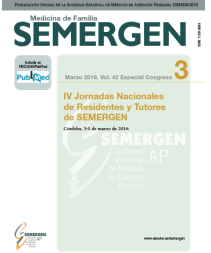




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-103 - MEJOR METER EL DEDO QUE METER LA PATA

J.A. Castillo Serrano^a, G. Lorenzo^a, C. Fernández^a, M. Rodríguez^a, J.L. Blanco^a y M. del Campo^b

^aCS Zona 1 Albacete. ^bCS Zona 4 Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años sin antecedentes de interés. Consulta por estreñimiento, sensación de induración en glúteo derecho y dolor progresivo que aumenta con la defecación de meses de evolución, que ha aumentado bruscamente llevándole a consultar. No otra sintomatología. Se deriva a Urgencias para valoración con presunción diagnóstica de absceso o neoplasia.

Exploración y pruebas complementarias: Tacto rectal: tumoración indurada y sangrante en ampolla rectal. Analítica: Hb 9,7, leucocitosis con desviación izquierda, CEA y CA 19.9 normales. Colonoscopia: tumoración ulcerada que afecta al 50% de la luz sobrelevada con restos de fibrina. TC: dos nódulos metastáticos en LSD, dos nódulos en LID, cuatro nódulos en LII, LOES hepáticas en LHI y LHD, tumoración rectal baja con probable afectación de pared pélvica. RM: tumoración de recto inferior y medio con engrosamiento de la pared que se extiende desde margen anal hasta 11 cm. Implante tumoral en grasa perirrectal posterior, invasión venosa, adenopatías perirrectales y en cadena ilíaca interna. AP: tejido inflamatorio e infiltración por melanoma maligno.

Juicio clínico: Melanoma mucosa anal localmente avanzado con metástasis hepáticas y pulmonares.

Diagnóstico diferencial: Hemorroides internas, pólipo rectal, absceso rectal, neoplasia.

Comentario final: Tras valoración de la paciente en servicio de Urgencias ingresó para drenaje y desbridamiento de región abscesificada de la tumoración y realización de pruebas complementarias. Tras filiación anatómo-patológica y valoración en comité de tumores se decidió tratamiento con quimioterapia con Taxol-Carbo. Tras 4º ciclo de quimioterapia las LOES hepáticas habían aumentado de tamaño y se constató una nueva tumoración retrovaginal. Tras estos hallazgos se comienza nueva línea quimioterápica con fotemusina además de radioterapia antiálgica así como control analgésico conjunto de Atención Primaria y Unidad de Cuidados Paliativos. El melanoma rectal es una entidad con una baja prevalencia y mal pronóstico debido a su gran agresividad. Supone entre 1-2% del total de los melanomas y menos del 1% del total de neoplasias anorrectales. Su incidencia ronda los 2 casos/millón habitantes, aunque es una entidad infradiagnosticada debido a una sintomatología inespecífica atribuible a patología ano-rectal benigna. Es más frecuente en mujeres en una proporción 2:1 y presenta un pico de incidencia en la 7ª década. En algunas series se ha encontrado relación entre melanoma anal y VIH. La forma de presentación más frecuente es la rectorragia seguida de cambios en el hábito intestinal, dolor con la defecación y pérdida de peso. El tratamiento de la enfermedad localizada es la excisión local mientras que en enfermedad metastática la primera opción es la quimioterapia con una supervivencia media de 5 meses, se están valorando tratamientos con interferón-alfa e interleucina-2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reina A, Errasti J, Espín E. Anorectal melanoma. An update. Cir Esp. 2014;92:510-6.