



P-586 - TUMORACIÓN EN MAMA CON DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE METÁSTASIS DE MELANOMA MALIGNO

Alcaide Lucena, Miriam; Gómez Sánchez, Javier; de Reyes Lartategui, Saturnino; Gallart Aragón, Tania; García Rubio, Jesús; Sánchez Barrón, María Teresa; Torné Poyatos, Pablo

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La mama representa una localización infrecuente de metástasis, siendo el linfoma y melanoma los tumores primarios más frecuentes.

Caso clínico: Paciente de 39 años en enero 2015 con melanoma maligno en pared torácica izquierda. Se realiza ampliación de márgenes y ganglio centinela resultando negativos. A los 24 meses, adenopatía palpable en axila izquierda con BAG con metástasis de melanoma, realizando linfadenectomía axilar (LA). En marzo 2017, en PET-TC nódulo pulmonar en LII persistiendo captación axilar, realizando LA y resección pulmonar atípica. A los 4 meses tumoración en cuadrantes externos de mama izquierda con BAG metástasis de melanoma, tratada con tumorectomía. En Octubre de 2017 se interviene por masa en cola de mama realizando tumorectomía. Actualmente incluida en ensayo clínico.

	Fecha	Intervención	AP
Piel	Enero 2015	Lesión cutánea	AP Breslow 2,8 mm. Nivel IV de Clark. BRAS positivo, NRAS negativo
Piel BSGC	Febrero 2015	Ampliación de márgenes + BSGC	Negativos
Axila izquierda	Diciembre 2016	LA	Metástasis (4/14), afectación extracapsular.
Segmento VI pulmón izquierdo	Marzo 2017	Resección atípica	Metástasis (1,4 × 1 cm)
Axila izquierda		LA	Fibrosis
Mama izquierda	Julio 2017	Tumorectomía	Metástasis, márgenes libres (2,3 × 2,1 cm)
Cola de Spence	Octubre 2017	Tumorectomía	Metástasis (4 × 3,5) Margen afecto (contacta con fascia pectoral)

Resultados: La mama representa una localización poco frecuente para metástasis. Los tumores de origen más frecuentes, son linfomas y melanomas. En la mamografía aparece como nódulos bien definidos, sin microcalcificaciones ni distorsión de la arquitectura. El melanoma es un tumor quimio

y radiorresistente. La llegada de la inmunoterapia con ipilimumab (anticuerpo anti-CTLA-4) y anti-PD1 (nivolumab y pembrolizumab), junto con los inhibidores de BRAF y MEK en pacientes BRAF mutados, han supuesto una revolución en la enfermedad metastásica.

Conclusiones: Sospecharlo en pacientes con tumores de mama y antecedente de melanoma. Metástasis en mama indican enfermedad diseminada debiendo evitar cirugías agresivas.