



P-028 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MELANOMA MALIGNO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

R. Martín Sánchez¹, F.M. Sánchez-Cabezudo Noguera¹, M.A. Vaquero Pérez¹, A. Picardo Nieto¹, C. Garrido Gutiérrez¹, D.M. Arranz Sánchez¹, I. Santos Gómez² y J. Torres Jiménez¹

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: La cirugía es el tratamiento principal del melanoma y consiste en la resección del tumor con márgenes libres, que deben de ser entre 0,5 a 2 cm, en función de la profundidad del propio tumor (índice de Breslow). Estudios recientes consideran el ganglio centinela como el factor pronóstico independiente más importante en pacientes con lesiones de 1,2-3,5 mm de espesor (índice de Breslow), y tiene gran utilidad para la estadificación y manejo del paciente. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es un procedimiento mínimamente invasivo que permite identificar pacientes con metástasis ganglionares subclínicas y alto riesgo de recurrencia, que podrían ser candidatos a linfadenectomía o terapia sistémica adyuvante. El objetivo de este trabajo es exponer la experiencia en el tratamiento quirúrgico del melanoma en un Servicio de Cirugía General en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Desde noviembre de 2011 a marzo de 2014 se han intervenido a 21 pacientes remitidos desde el Servicio de Dermatología de nuestro hospital con el diagnóstico de melanoma maligno, uno de ellos melanoma dérmico primario y otro como metástasis ganglionar de melanoma oculto. El estudio del ganglio centinela se ha realizado en el Servicio de Medicina Nuclear de nuestro hospital de referencia mediante linfogammagrafía con 99mTc nanocoloide de albúmina administrado en la cicatriz de exéresis de melanoma el día previo a la cirugía.

Resultados: En todos los pacientes, salvo en el caso de melanoma oculto, se ha realizado ampliación de márgenes quirúrgicos y biopsia selectiva de ganglio centinela. La ampliación de márgenes quirúrgicos ha sido de 1 cm en 7 pacientes (35%), 1,5 cm en 6 pacientes (30%) y 2 cm en 7 pacientes (35%). Su localización fue en tórax 45%, extremidades inferiores 30%, extremidades superiores 15%, cervical 5% y abdomen 5%. La BSGC se realizó en el territorio axilar en 9 pacientes (45%), inguinal 6 pacientes (30%), axilar bilateral 1 paciente (5%), axilar e inguinal 1 paciente (5%) y cervical otro paciente (5%). Ha sido necesario injerto cutáneo en dos casos (10%). El 50% de los procedimientos se pudo llevar a cabo en régimen de cirugía mayor ambulatoria, siendo los ingresados con corta estancia (24h) los primeros pacientes de la serie. Se ha realizado linfadenectomía regional en 2 casos (5%): una linfadenectomía axilar en la que el ganglio centinela fue positivo y otra inguinopélvica por adenopatías inguinales palpables e ilíacas en estudio radiológico. En el otro caso de BSGC positiva se desestimó tratamiento quirúrgico por avanzada edad del paciente y comorbilidades asociadas. Las complicaciones postquirúrgicas se resumen en: un caso de hematoma en la herida de BSGC (5%), infección (5%) y dehiscencia de herida en la

ampliación de márgenes (15%).

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del melanoma puede realizarse por el Servicio de Cirugía General de un hospital de segundo nivel, siempre que tenga un Servicio de Medicina Nuclear en un centro de referencia para realizar adecuadamente la BSGC. Este procedimiento además puede ser llevado a cabo sin problemas en régimen de cirugía mayor ambulatoria.