



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-306 - MELANOMA SACROCCOCÍGEO QUE ASIENTA SOBRE SINUS PILONIDAL

Forneiro Pérez, Rocío; Lendínez Romero, Inmaculada; Ubiña Martínez, Juan Alfredo; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El melanoma cutáneo es la neoplasia dermatológica más agresiva, ocasionando el 75% de las muertes. La mayoría se origina en piel sana o sobre un nevus. El subtipo nodular representa el 15-30%. Presentamos el caso poco usual de melanoma nodular diagnosticado mediante Anatomía Patológica en el seno de un sinus pilonidal.

**Caso clínico:** Varón de 44 años, fototipo II, con una lesión sacroccócigea de 5 cm de diámetro, exudativa, de tres meses de evolución. En su extremo superior asociaba una tumoración polipoide marrónácea de superficie lisa. La primera posibilidad diagnóstica fue de sinus pilonidal con biopsias negativas para malignidad. Ante estos hallazgos fue tratado quirúrgicamente como un sinus pilonidal con exéresis en bloque. El diagnóstico histológico informó de la presencia de sinus pilonidal y, adyacente a este, un melanoma nodular nivel de Clark IV y profundidad de invasión de 13 mm. El margen lateral más próximo se situaba a 8mm de la lesión y el borde profundo a 10 mm. Se realizó PET-TC que informó de adenopatías metastásicas inguinales derechas. La biopsia selectiva de ganglio centinela fue positivo para la presencia de metástasis de melanoma. Se completó el tratamiento mediante ampliación de márgenes cutáneos y linfadenectomía inguinal derecha. El resultado anatomopatológico informó de E-IIIB con afectación de 2/6 adenopatías. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por Oncología y con tratamiento quimioterápico.

**Discusión:** El melanoma es el tumor cutáneo más agresivo, cuyo origen se localiza a nivel de los melanocitos de la capa basal epidérmica. Suele manifestarse como lesión pigmentada imitando lesiones cutáneas benignas u otras malignas. Las variantes amelanóticas son poco frecuentes. La Red Española de Registros de Cáncer estima que la tasa ajustada a la población estándar europea en 2020 en España es 9,5 casos/100.000 habitantes/año con una supervivencia a los 5 años del diagnóstico del 89% en mujeres y 82% en hombres. Resultan de mutaciones inducidas por la luz ultravioleta en los melanocitos. No obstante, la susceptibilidad genética individual dará lugar a la formación de melanomas con comportamiento biológico y características clínicas diferentes. Los melanomas poseen dos modalidades de crecimiento, radial y vertical, y se clasifican según el índice de Breslow y los niveles de Clark. Se reconocen cuatro subtipos histológicos: extensión superficial, lentigo maligno, lentiginoso acral y nodular. Este último subtipo suele aparecer como un nódulo pigmentado, con crecimiento vertical en la dermis, sin crecimiento radial. La resección quirúrgica requiere márgenes libres entre 0,5 a 2 cm, según la profundidad del tumor. Se asocia biopsia selectiva de ganglio centinela, que en función a si es positivo para metástasis ganglionar, requerirá completar tratamiento con linfadenectomía. En función al estadio TNM, pueden requerir tratamiento

oncológico posterior. El melanoma nodular es un tumor muy agresivo y la supervivencia depende de un diagnóstico precoz. A pesar de ser una lesión dermatológica, puede requerir valoración y tratamiento por parte de Cirugía General y ser un hallazgo casual en una pieza quirúrgica.