



# Cirugía Española

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



## P-470 - MELANOMA GLÚTEO GIGANTE

*Abascal Amo, Aroa; Torres Mínguez, Emma; Marín Gutzke, Martina; Rodríguez Sánchez, Ana; Mora Guzmán, Ismael; Alonso Diego, Isabel; Martín Pérez, Elena; Díaz Rojas, Fernando*

*Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El melanoma cutáneo se origina en los melanocitos, células localizadas en todos los tejidos de la economía, por lo que puede originarse en cualquier órgano. Su localización más frecuente es la cutánea, seguida de las mucosas, los ganglios y los tejidos blandos. Tiene una alta tasa de letalidad debido a la etapa avanzada en que suele diagnosticarse y a la falta de respuesta a los tratamientos sistémicos. La prevención primaria y el diagnóstico oportuno son las dos únicas alternativas para disminuir su elevada tasa de mortalidad.

**Caso clínico:** Mujer de 57 años con tumoración en región glútea izquierda de crecimiento progresivo en 6 meses. A la exploración, tumoración a nivel de glúteo izquierdo próxima a línea media de 4 × 5 cm, caliente, violácea y otra a nivel presacro de 2 × 2 cm con centro ulcerado con supuración hemática. Biopsia: melanoma RM pélvica: 2 grandes masas sólidas, heterogéneas, de origen dérmico en región sacra y paramedial izquierda. La caudal, se proyecta sobre la grasa del pliegue interglúteo izquierdo y se insinúa en grasa de la fosa isquirrectal. No alteración muscular ni ósea secundaria. PET-TC: 2 masas en región glútea izquierda, la más craneal excrecente de 6,4 × 3,2 con SUVmax 28,6, la otra contacta con el pliegue interglúteo de 5,0 × 7,3 cm con SUVmax 30,3 sugerentes de malignidad. Adenopatías pélvicas localizadas en región inguinal izquierda. La paciente se somete a linfadenectomía inguinal izquierda superficial y profunda ipsilateral y extirpación en bloque de tumoraciones glúteas hasta la fascia con preservación de esfínteres y respetando unos 2 cm de márgenes de seguridad. Reconstrucción con colgajo de rotación 90° de la perforante glútea superior. Diagnóstico anatomopatológico: Melanoma de localización dérmica, espesor máximo de 5,2 cm (índice de Breslow), nivel V de Clark. sin afectación epidérmica, pT4N2-3M0 (ST III) con metástasis en 3/11 ganglios. Valorada en Comité de Melanoma se plantea radioterapia adyuvante e interferón.

**Discusión:** El melanoma cutáneo es la neoplasia que más se ha incrementado en el hombre y la segunda en la mujer, después del carcinoma pulmonar. El riesgo relativo actual de padecerlo es de 1 en 55 personas y la edad media de presentación es de 54 años. En el momento del diagnóstico, el 85% de los pacientes tienen una enfermedad localizada; el 13%, una enfermedad regional (metástasis ganglionares), y sólo el 5%, metástasis a distancia. El factor pronóstico más importante es el nivel de invasión o de Breslow. La lesiones sospechosas deben ser biopsiadas y ante la presencia de adenomegalias palpables está indicado fundamentar su naturaleza metastásica. Cuando las adenopatías son inguinocrurales, es fundamental obtener una imagen de los ganglios pélvicos y

retroperitoneales para definir la extensión de la linfadenectomía. El tratamiento es quirúrgico y se centra en dos áreas principales: tratamiento de la lesión primaria con márgenes alrededor del melanoma y sobre la zona linfoproliferativa. En pacientes con metástasis ganglionares con alto riesgo (enfermedad voluminosa o infiltración de partes blandas) la radioterapia adyuvante mejora el control regional, pero su utilidad es dudosa en pacientes que no tienen estas características.