



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-23 - RESECCIÓN DE RECIDIVA DE MELANOMA TORÁCICO: RECONSTRUCCIÓN CON MATERIAL PROTÉSICO Y COLGAJO MUSCULAR

Mario Montesinos Encalada, Cora Sampedro Salinas, Julio Torres Bermúdez, Héctor Capellino Castellnou, Maria Luisa Chesé Pau, Alba Escrihuela Lara y Carlos A. Rombolá

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: El melanoma maligno (MM) constituye alrededor del 3% de los tumores malignos y el 1% de las muertes por cáncer. Alrededor de un 2% puede desarrollar metástasis no viscerales hacia la piel, tejido celular subcutáneo y ganglios linfáticos a distancia. Menos frecuentemente pueden metastatizar hacia los pulmones, hígado, cerebro, hueso, y el intestino delgado. El tratamiento de elección consiste en la resección radical de la lesión en bloque con todos los tejidos afectados y con un margen suficiente de resección. Si infiltra la pared costal este debe ser alrededor de 4 cm. La recidiva, o la resección incompleta deben tratarse quirúrgicamente. Los defectos parietales que resulten de la exéresis, requieren un procedimiento plástico reconstructivo para restablecer la integridad de la caja torácica, asegurar una reexpansión pulmonar completa y evitar la herniación pulmonar o un segmento inestable con respiración paradójica. Los defectos pequeños de un arco costal no suelen requerirlo. Defectos mayores deben ser cubiertos utilizando materiales protésicos o colgajos musculares, siendo el más utilizado el dorsal ancho.

Caso clínico: Hombre de 66 años intervenido por Dermatología en 2014 de MM a nivel cutáneo de 1 cm, nivel 4 de Clark, grosor de 3,7 con márgenes de resección negativos p T 3 a, localizado en cara lateral baja del hemitórax derecho. Dos meses después se realiza ampliación de márgenes (que fueron negativos) con biopsia de ganglio centinela con metástasis de MM. Se realiza vaciamiento ganglionar axilar hallando metástasis en 1 de 11 ganglios aislados clasificándose como MM de alto riesgo (IIIA) y se instaura tratamiento con interferón a altas dosis hasta febrero de 2016. En 2020 se reinterviene por recidiva local de 13 mm que llega hasta la fascia muscular y se administra tratamiento con pembrolizumab desde 02-12-20 hasta 23-12-21. En marzo de 2022 se reinterviene por recidiva local de 12 mm que infiltra hasta el músculo y con márgenes profundos libres pero con margen lateral afecto. En julio se reinterviene encontrando nueva recidiva de 12 mm que infiltra hasta el músculo con márgenes libres. En noviembre de 2022 se interviene por nuestro Servicio por recurrencia local de 4 cm. Se realiza una resección amplia en bloque de piel (18 × 7 × 7 cm), dermis, musculo y segmentos de la 8- 10 costillas derechas apareciendo infiltración multinodular polilobulada de 6 cm de MM que se extiende hasta el músculo adyacente a las costillas sin infiltrarlas. Para la reconstrucción se colocaron 3 barras de titanio y una malla de polipropileno cubiertas con un colgajo por rotación del m. Dorsal ancho derecho con una evolución posoperatoria sin incidencias siendo alta a los 8 días de la intervención.

Discusión: En casos seleccionados de melanomas recidivantes agresivos a nivel local y sin evidencia de metástasis a distancia, se podría considerar la resección quirúrgica con márgenes amplios. El uso de colgajo muscular rotatorio estaría indicado en casos de una gran pérdida de continuidad de la piel, favoreciendo así la

mejor cicatrización.