



P-723 - MELANOMA SUPRACLAVICULAR GIGANTE CON COLGAJO PECTORAL

Reinoso Hermida, Ayla; Trillo Parejo, Pedro; Domínguez Carrera, Jose Manuel; Moreda Álvarez, Rubén; Rigueiro López, Lucía; Rodríguez Outeiriño, Alejandro; Estrada López, Carlos Roberto; García García, Manuel

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Resumen

Introducción: El melanoma cutáneo es la causa más frecuente de fallecimiento por cáncer de piel. Su diagnóstico y manejo precoz son estrategias que aumentan su supervivencia.

Caso clínico: Varón de 51 años, fumador y bebedor importante, con lesión supraclavicular derecha de un año de evolución, excrecente, fiambre y necrosada, de 10 × 10 cm. Analíticamente, anemia microcítica e hipocrómica. Se biopsia la lesión, con resultado de melanoma epitelioide con alta proliferación, y PAAF de adenopatía axilar derecha, con resultado de metástasis. Se realiza cirugía paliativa citoreductora, con linfadenectomía axilar y nivel IV derechas, así como colgajo de pectoral contralateral e injertos cutáneos. Precisa curas aspirativas posoperatorias por isquemia distal del colgajo, sospechándose recaída local. Con histología de melanoma estadio IV con mutación BRAF, se inicia tratamiento con dabrafenib + trametinib, suspendido tres meses después por progresión y mala adherencia. Se inicia segunda línea con pembrolizumab con respuesta parcial, abandonando tras 8 ciclos. Retoma seguimiento tras un año por deterioro clínico y progresión ganglionar, falleciendo una semana después.

Discusión: El melanoma representa menos del 2% de los cánceres de piel, siendo más frecuente en varones mayores de 60 años, aunque es uno de los cánceres más frecuentes en jóvenes y adolescentes. Existen diversos factores de riesgo que aumentan su predisposición: genéticos, fototipo de piel, antecedentes familiares, nevus melanocíticos, displásicos o congénitos gigantes y exposición intermitente al sol. La mayoría surgen *de novo*, pero hasta el 30-40% surgen a raíz de lesiones melanocíticas preexistentes. Raramente debutan como localmente avanzados, pero el 10% presentará afectación regional y el 5% será metastásico. Se han descrito mutaciones activadoras de BRAF en un 50-60% de los casos, que asocian en ocasiones otras mutaciones (NRAS, CDK2A, PTEN). Sospechamos malignidad ante la presencia de asimetría, bordes irregulares, coloración no uniforme, diámetro considerable y sobreelevación de la misma. Para su estudio es necesaria una biopsia escisional, incisional o en sabocados, encontrando en su estudio diversos tipos histológicos: extensión superficial, lentigo maligno, lentiginoso acro, nodular y desmoplásico. Gracias a las clasificaciones de Clark y de Breslow en cuanto al espesor de la lesión podemos predecir su pronóstico, siendo otros factores importantes el grado de ulceración, localización, edad y sexo; el más importante es el grado de afectación ganglionar. Para su estadiado nos guiamos según el TNM de la AJCC. El manejo consiste en una resección completa del tumor primario con márgenes según el Breslow. La BSGC y otras pruebas complementarias (TAC, PET) nos ayudan a identificar estadios más avanzados, donde contamos con diversas estrategias terapéuticas (IFN-2b, tratamiento sistémico). Actualmente han surgido nuevos métodos para combatir la enfermedad metastásica: la inmunoterapia (ipilimumab, pembrolizumab), o la terapia dirigida (dabrafenib, vemurafenib). Los melanomas cutáneos son la causa más frecuente de muerte

en el cáncer de piel. Hasta en un 50-60% de los casos presentan mutaciones activadoras de BRAF. Gracias al Breslow podemos establecer unos márgenes de seguridad su resección. La BSGC y el estadio ganglionar, son los factores pronósticos más importantes. Como terapia complementaria, encontramos con la inmunoterapia y la terapia dirigida contra la mutación de BRAF.