



IMAGEN MÉDICA

Melanoma maligno anorrectal: Resección local amplia con colgajo V-Y

Ander Timoteo Delgado, Julia María Gil García

Unidad de cirugía colorrectal. Hospital Universitario Josep Trueta de Girona.

Mujer de 69 años, sin antecedentes reseñables, remitida a consultas de cirugía colorrectal por rectorragia y proctalgia asociada a aparición de tumoración perianal. Presenta a la exploración una lesión nodular perianal no pigmentada, de consistencia dura, ulcerada y friable, con base de implantación a nivel del canal anal bajo. Se biopsia y se completa el estudio con una colonoscopia, que resulta normal, y pruebas de imagen mediante RMN y TC de extensión. En el informe anatomopatológico presenta fragmentos de mucosa escamosa con infiltración del tejido subepitelial por proliferación celular atípica con inmunohistoquímica compatible para melanoma maligno. El TC de extensión es negativo y la RMN pélvica descarta afectación del aparato esfinteriano.

Se decide realizar una cirugía de tipo resección local amplia (imagen 1). En decúbito prono se realiza la extirpación de la lesión con márgenes amplios (>1cm), cutáneo y mucoso, con preservación del aparato esfinteriano que no se encuentra infiltrado. Debido a la pérdida de sustancia perianal de >180° de la circunferencia, y potencial estenosis anal post cicatricial, se realiza un colgajo V-Y. Se efectúa una movilización del islote en "V" adyacente preservando el tejido subcutáneo (imagen 2) para posteriormente desplazarlo medialmente y conformar la sutura simple mucocutánea (imagen 3) con material reabsorbible que se continúa hasta conformar la "Y" (imagen 4).



Imagen 1: Planificación del colgajo.



Imagen 2: Movilización del islote.



Imagen 3: Sutura mucocutánea.



Imagen 4: Conformación de la "Y".

DISCUSIÓN

El melanoma maligno anorrectal tiene una baja incidencia pero presenta un reto diagnóstico por su localización y diagnóstico diferencial. La mayoría son diagnosticados en estadios avanzados y a pesar del tratamiento la supervivencia global no supera el 20% a los 5 años. En cuanto al abordaje quirúrgico no se han visto diferencias significativas entre la resección local amplia (RLA) y la resección abdomino-perineal (RAP) en términos de supervivencia (1). En general, la cirugía resectiva abdomino-perineal se reserva, por su morbilidad y secuelas, para paliar síntomas en tumores voluminosos y avanzados o como cirugía de rescate tras las resecciones locales (2).

El colgajo V-Y, es una técnica sencilla utilizada en defectos perianales, estenosis o fisuras. Es importante realizar una correcta planificación y marcaje del mismo así como una buena movilización del islote preservando su vascularización (3). Pueden existir complicaciones funcionales a largo plazo de tipo estenosis y alteraciones de la continencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matsuda A, Miyashita M, Matsumoto S, Takahashi G, Matsutani T, Yamada T, et al. Abdominoperineal resection provides better local control but equivalent overall survival to local excision of anorectal malignant melanoma: a systematic review. *Ann Surg.* 2015 Apr;261(4):670–7.
2. Heeney A, Mulsow J, Hyland JMP. Treatment and outcomes of anorectal melanoma. *Surgeon.* 2011 Feb;9(1):27–32.
3. Herna Q, Luja J, et al. El colgajo V-Y como me defectos perianales extensos. *Cir Esp.* 2016;4:2–7.