

Cirugía Plástica  
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,  
Reparadora y Estética  
España

Ballesta-Alcaraz, J.; Muñoz-Gómez, A.; Ros-Cantó, V.  
Pigmento de tatuaje en linfáticos en paciente con melanoma  
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 40, núm. 3, septiembre, 2014, pp. 337-341  
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533797014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Pigmento de tatuaje en linfáticos en paciente con melanoma

## Tattoo pigment in lymphatics in patient with melanoma



Ballesta-Alcaraz, J.

Ballesta-Alcaraz, J.\*, Muñoz-Gómez, A.\*\*, Ros-Cantó, V.\*\*\*

### Resumen

Presentamos un caso clínico que ilustra la complejidad del tratamiento del melanoma maligno en pacientes jóvenes así como la importancia que tiene en la actualidad la biopsia selectiva del ganglio centinela, imprescindible para su pronóstico y su tratamiento.

Se trata de una paciente de 26 años de edad y de origen escandinavo con lesión pigmentada en región lumbar central, que tras la extirpación, resultó ser un melanoma maligno. La paciente no se presentó a recoger el resultado hasta 6 meses después de la extirpación.

Siguiendo el protocolo habitual y teniendo en cuenta el grado de profundidad de la lesión, Breslow 1,1mm., Clark IV, planteamos ampliación de márgenes quirúrgicos de la lesión y gammagrafía isotópica previa a la biopsia selectiva del ganglio centinela.

La gammagrafía detectó 3 territorios de drenaje desde la localización del tumor primario en espalda: región inguinal izquierda, región axilar izquierda y región inframamaria derecha.

El resto de pruebas realizadas, llevó al diagnóstico final de pigmentación ganglionar por tinta de tatuaje corporal en área adyacente al melanoma.

### Abstract

We present a case that shows the complexity in the treatment of malignant melanoma specially in young patients and the great importance of sentynel node biopsy in the prognostic and treatment of these patients.

Our patient was a 26 years old scandinavian female with a pigmented lesion in lumbar central region. After the excision it results a malignant melanoma. Patient delayed for 6 months to come back to us.

Following our protocol and accord to Breslow index 1,1 mm., Clark IV, we decide to perform a marginal wide excision of the lesion and a lymphoscintigraphy, previous to sentinel node biopsy.

Lymphoscintigraphy showed 3 different routes of drainage: to left pubis, to left axial and to the right inframmary region.

Complementary analysis lead to final diagnostic: lymphatic pigmentation by tattoo ink coming from an anatomical area next to melanoma.

**Palabras clave** Melanoma. Ganglio centinela, Drenaje linfático.

**Nivel de evidencia científica** V

**Key words** Melanoma, Sentynel node, Lymphatic drainage.

**Level of evidence** V

\* Jefe del Servicio de Cirugía Plástica.

\*\* Jefe Clínico del Servicio de Medicina Nuclear.

\*\*\* Director del Servicio de Cirugía Plástica.

## Introducción

Con la presentación de este caso clínico intentamos describir el complejo proceso de diagnóstico diferencial de un caso clínico de melanoma maligno en el que algunas de las situaciones concomitantes condicionaron el diagnóstico y tratamiento final: paciente extranjera que se somete a extirpación quirúrgica de una lesión pigmentada en espalda, que tras la misma desaparece durante un tiempo si recoger los resultados del estudio anatomopatológico, que cuando lo hace y ante el grado de la lesión que resulta ser un melanoma maligno (1,2) nos obliga a poner en marcha un protocolo de seguridad y diagnóstico de extensión y que finalmente resulta ser un caso enmascarado por tatuajes adyacente a la zona de la lesión inicial.

Todo esto nos hace estar alerta ante una nueva entidad de diagnóstico diferencial frecuente en nuestros días, la presencia de tatuajes corporales en pacientes con lesiones diagnosticadas de melanoma en la biopsia de escisión simple, así como a reafirmarnos en la idea de la importancia que la biopsia selectiva del ganglio centinela tiene en los pacientes afectados de melanoma (3,4).

## Material y método

Paciente de 26 años de edad y origen escandinavo que se somete a extirpación quirúrgica de lesión pigmentada en zona lumbar central por el Servicio de Dermatología de nuestro hospital. Tras la extirpación, la paciente no acude a revisión para recogida de resultado del análisis de la pieza extirpada, que resulta ser un melanoma maligno con un índice de Breslow de 1,1 mm. y un nivel de IV de Clark.

A los 6 meses, la paciente reaparece y recoge el estudio anatomopatológico, momento en que es remitida a nuestro Servicio de Cirugía Plástica para seguir protocolo de ampliación de bordes de la lesión y estudio de extensión.

Según nuestro protocolo habitual, el día previo a la intervención procedimos a realizar linfogammagrafía con inyección intradérmica mediante pápula alrededor de la cicatriz de exéresis de la lesión de un volumen total de 0,6 ml. repartidos en 6 inyecciones, con una actividad 3 mCi. Inmediatamente después, se llevó a cabo estudio dinámico que mostró progresión canalicular hacia región suprapúbica izquierda, axila izquierda y área intercostal derecha (inframamaria). Las imágenes estáticas confirmaron dichas localizaciones.

Procedimos a realizar SPECT-TC (*Single photon emission computed tomography*) mediante equipo híbrido Hawkeye 4 para la localización exacta de adenopatías. El resultado fue la localización con precisión de un ganglio suprapúbico izquierdo por encima de la fascia de Cooper, otro ganglio en el paquete dorsal de la axila izquierda y otro en el área intercostal derecha, próximo al surco inframamario (5) (Fig. 1-5).



Fig. 1. Imágenes planares que muestran el drenaje múltiple hacia pubis izquierdo, axila izquierda y área intercostal derecha.

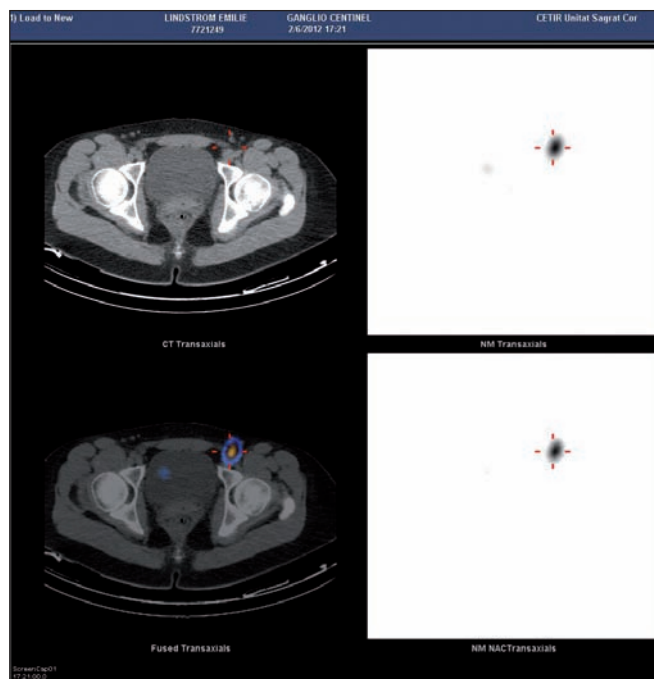


Fig. 2. Imagen de fusión SPECT-TC del ganglio en pubis izquierdo.

Durante el acto quirúrgico, que realizamos bajo anestesia general, procedimos en primer lugar a la ampliación de los márgenes de la zona lumbar, y posteriormente a la exéresis de los ganglios detectados en los 3 territorios descritos con contaje de fondo (residual) menor del 10%, llamándonos poderosamente la atención el hecho de que en los 3 ganglios aislados, era visible la presencia de una pigmentación oscura (negra) que nos llevó a pensar en una afectación metastásica ganglionar (Fig. 6).

Ante esta situación y mientras esperábamos los resultados histológicos definitivos del estudio de los ganglios afectados, optamos por completar el diagnóstico de ex-

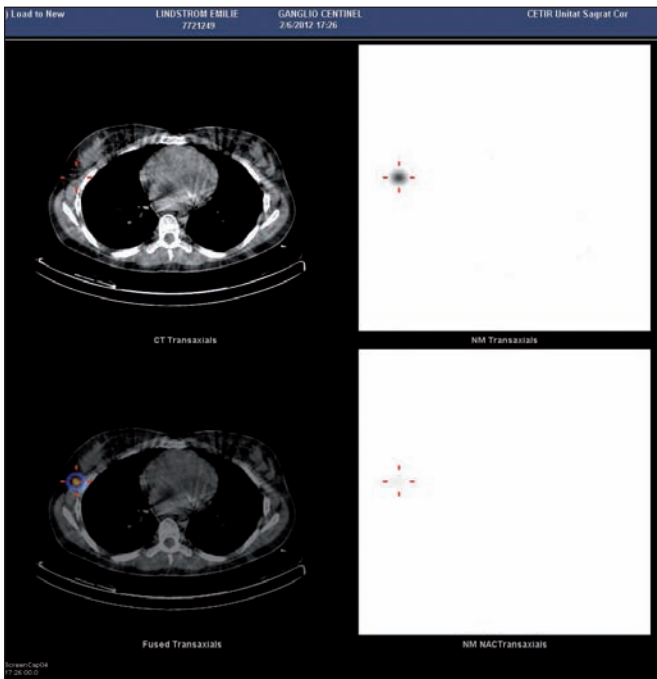


Fig. 3. Imágenes de fusión SPECT-TC que muestran el ganglio axilar izquierdo.

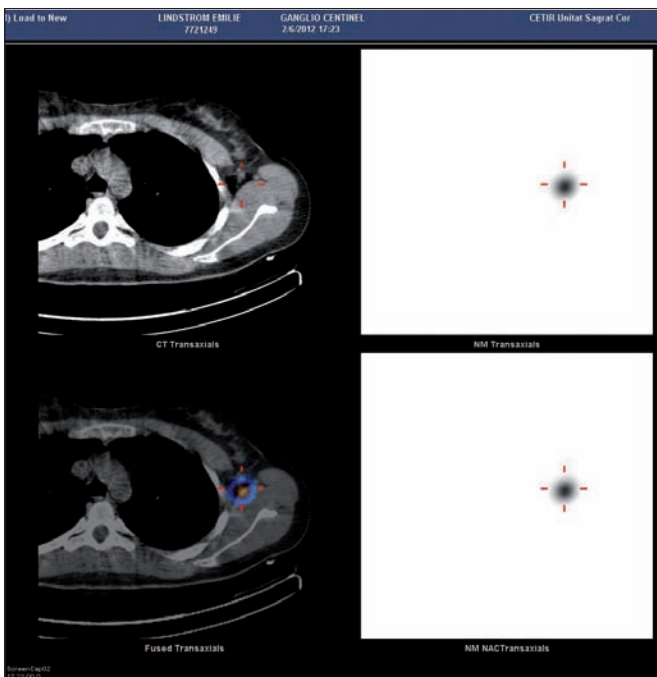


Fig. 4. Imágenes de fusión SPECT-TC que muestran el ganglio intercostal derecho.

tensión con una tomografía por emisión de positrones (PET). Esta prueba no mostró alteraciones con consumo elevado de glucosa que hiciesen pensar en afectación adenopática residual o metástasis a distancia. (6) (Fig. 7).

El estudio histológico definitivo de los ganglios no mostró tampoco afectación metastásica, determinando que la coloración de los ganglios era debida a la existencia de pigmento artificial, tinta china, procedente de varios tatuajes corporales que la paciente presentaba, y entre los cuales era especialmente llamativo uno del área lumbar, tanto por su extensión como por su policromía (Fig. 8 y 9).



Fig. 5. Marcaje cutáneo (x) de la localización de los ganglios centinelas antes del abordaje quirúrgico.



Fig. 6. Aspecto macroscópico de los 3 ganglios aislados. Destacamos su hiperpigmentación.



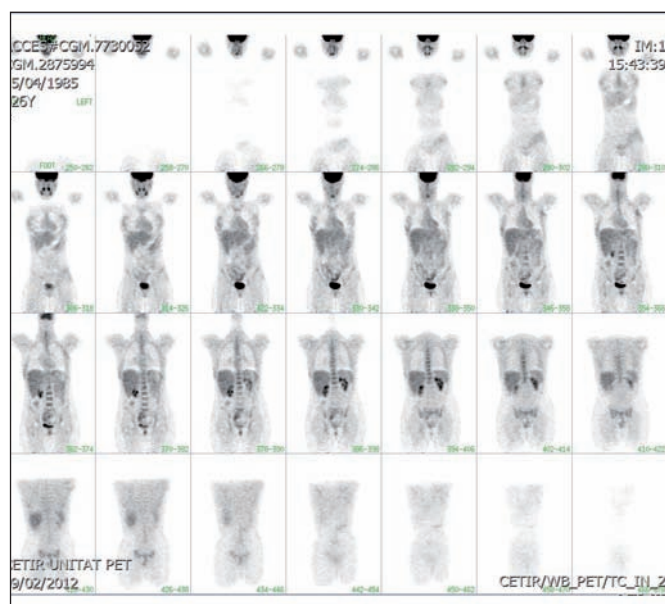


Fig. 7. Imagen de PET con distribución glucídica normal.

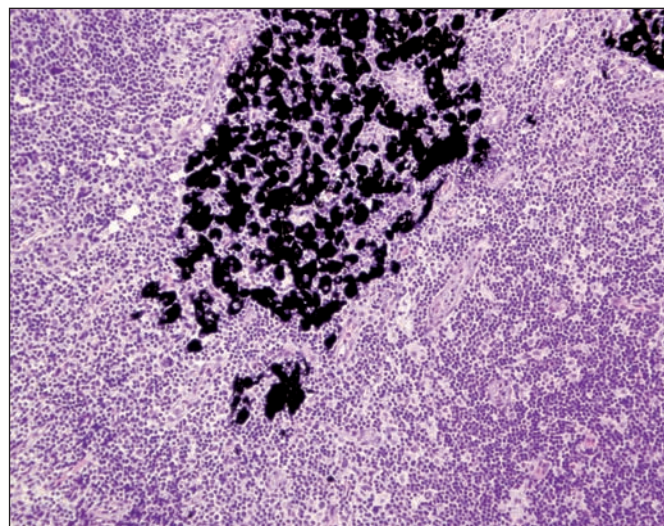


Fig. 8. Imagen 250 x de la tinción con hematoxilina-eosina, en la que se visualizan cúmulos de pigmento dentro del ganglio provenientes del tatuaje.



Fig. 9. Aspecto del tatuaje lumbar y su relación con la cicatriz postexéresis de la lesión primaria.

Ante este diagnóstico final, la paciente fue derivada al servicio de Oncología de nuestro centro hospitalario para seguimiento y tratamiento complementario.

## Discusión

Resulta evidente en la actualidad la importancia y relevancia de la determinación del ganglio o ganglios centinelas en todos los territorios aferentes a la zona de localización de un melanoma maligno cutáneo, tanto desde el punto de vista diagnóstico como pronóstico (6).

En el caso que presentamos, la peculiar localización del melanoma primario en la espalda podría haber originado la aparición de 3 las áreas de drenaje linfático diagnosticadas mediante lifogammagrafía y, como no podría ser de otra manera según nuestro protocolo de actuación, procedimos a efectuar la (biopsia selectiva de ganglio centinela en cada una de las áreas correspondientes. La impresión macroscópica de los tres ganglios una vez aislados, y su coloración negra, nos hizo sospechar que se trataba de un melanoma diseminado o metastásico, ya que estaban afectadas 3 áreas de drenaje linfático, lo que a su vez nos llevaría a tener que efectuar una triple linfadenectomía.

Todos esto nos condicionó de forma considerable mientras esperábamos los resultados histológicos definitivos del estudio de los ganglios extirpados, y en un afán por ganar tiempo, teniendo en cuenta el dato de la juventud de la paciente, su origen nórdico (fototipo I) y el hecho del retraso diagnóstico y terapéutico de 6 meses debido a que la paciente regresó a su país de origen sin recoger el resultado de la extirpación inicial de la lesión, optamos por practicar una PET para explorar la existencia de una posible enfermedad diseminada (5).

El resultado final del estudio anatomopatológico, que puso en evidencia la diseminación del pigmento de tatuaje a través de la misma vía linfática que hubiéramos tenido que considerar en el caso de que el diagnóstico final hubiera sido de melanoma malignos metastásico, nos puso alerta frente a un nuevo aspecto a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de esta afección en pacientes portadores de tatuajes corporales, hecho cada vez más frecuente en la población actual.

Aunque no hemos podido constatar en la literatura consultada, casos descritos de coexistencia dentro de los ganglios analizados de la presencia de tinta de tatuaje con metástasis de melanomas, creemos interesante la presentación de este caso que puede ayudar a colegas con casos similares a la hora de poner en marcha el protocolo de diagnóstico de extensión frente a lesiones pigmentadas (7).

## Conclusiones

Resaltamos la necesidad de explorar todos los territorios linfáticos posibles en caso de melanoma maligno troncular y la utilidad de la SPECT-TC prequirúrgica en

el diagnóstico de extensión y planificación del tratamiento quirúrgico en este tipo de pacientes.

Añadimos también la curiosidad y coincidencia de que en el caso que presentamos y en todos los territorios explorados, los ganglios estuviesen pigmentados a causa del gran tatuaje corporal que coexistía en la misma zona anatómica del melanoma, lo cual, de forma indirecta, demuestra que al menos en este caso los ganglios de todos los territorios evaluados estaban implicados realmente en un drenaje linfático desde la zona del tumor. A pesar de la pigmentación macroscópica que presentaban los ganglios centinelas de las zonas aisladas en nuestra paciente, solo el estudio histológico de los mismos llevó al diagnóstico final eliminando la posibilidad de enfermedad metastásica diseminada, si bien nos alertó también sobre una consideración diagnóstica a tener en cuenta en la evaluación de estos pacientes, como es la presencia de tatuajes corporales en áreas cercanas a la lesión melánica.

### Dirección del autor

Dr. Juan Ballesta Alcaraz  
Travesera de Dalt nº 6, Entlo E  
08024 Barcelona, España  
e-mail: 14357jba@comb.cat

### Bibliografía

1. **Breslow A.:** Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg.* 1970 (5): 908-909.
2. **Clark Wh, Fron L, Bernardino EA, y col.:** The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanoma of the skin. *Cancer Res* 1969, 29: 705-727.
3. **Morton DL, Cochran AJ.:** The case for lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy in the management of primary melanoma. *Br. J Dermatol* 2004; 151(2): 308-319.
4. **Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, y col.:** Sentinel-node biopsy or nodal observation in melanoma. *N. Eng J Med* 2006; 355: 1307-1317.
5. **Agilar Barrón,P., Mendieta Eckert, M.,y col.:** Descripción y seguimiento a largo plazo de 123 pacientes con melanoma y biopsia selectiva del ganglio centinela. *Cir plást iberolatinoam* 2013; 39:53-60.
6. **Friedman T, Westreich M, Mozes SM, y col.:** Tattoo pigment in lymph nodes mimicking metastatic malignant melanoma. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(6): 2120-2122.
7. **Marti Carrera, E. y col.:** El ganglio centinela en el melanoma: nuestra experiencia. *Cir. plást. iberletinoam* 2006, 32 (2): 117-126.