



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



INFORMACIÓN GENERAL

Actualización en el tratamiento quirúrgico del melanoma cutáneo primario y metastásico



María Alejandra Zuluaga-Sepúlveda^a, Ivonne Arellano-Mendoza^b
y Jorge Ocampo-Candiani^{a,*}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León México

^b Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México D.F., México

Recibido el 14 de octubre de 2014; aceptado el 10 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 12 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Melanoma cutáneo;
Tratamiento;
Quirúrgico;
Biopsia ganglio
centinela;
Linfadenectomía
radical

Resumen El melanoma es una neoplasia cutánea común que ha alcanzado gran importancia en las últimas décadas debido al aumento en su incidencia y a su comportamiento agresivo, con metástasis ganglionares y a distancia frecuente. La biopsia, en caso de sospecharse melanoma, debe ser escisional, con el objetivo de obtener información histológica completa y analizar factores de mal pronóstico, como ulceración, número de mitosis y el Breslow, que influyen en la estadificación preoperatoria del paciente y en la decisión de realizar biopsia de ganglio centinela o no. La escisión local amplia es el manejo indicado para el melanoma con márgenes periféricos de piel normal ya establecidos de acuerdo al Breslow y a la localización del tumor. La linfadenectomía terapéutica es el tratamiento recomendado de los pacientes con melanoma que tienen ganglios linfáticos clínica o radiológicamente positivos.

En este artículo se realiza una revisión del tratamiento quirúrgico del melanoma, la toma adecuada de biopsia de lesiones sospechosas, los factores histológicos adversos, las indicaciones de biopsia del ganglio centinela y de linfadenectomía radical. Además se revisan situaciones especiales en las cuales el manejo del melanoma difiere por su localización (acral plantar, subungueal, lentigo maligno) o diagnóstico durante el embarazo.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Cutaneous
melanoma;
Surgical;
Treatment;

Update on surgical treatment of primary and metastatic cutaneous melanoma

Abstract Melanoma is a common cutaneous tumour. It is of great importance due to its increasing incidence and aggressive behaviour, with metastasis to lymph nodes and internal organs. When suspecting melanoma, excisional biopsy should be performed to obtain complete

* Autor para correspondencia. Universidad Autónoma de Nuevo León, Av. Madero y Gonzalitos s/n, Col.: Mitras Centro. C.P. 64000 Monterrey, Nuevo León, México. Tel.: +(52-81) 8363-5635; fax: +8363-5337.

Correo electrónico: jocampo2000@yahoo.com.mx (J. Ocampo-Candiani).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.06.020>

0009-7411/© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sentinel lymph node biopsy;
Radical lymphadenectomy

histological information in order to determine the adverse factors such as ulceration, mitosis rate, and Breslow depth, which influence preoperative staging and provide data for sentinel lymph biopsy decision making. The indicated management for melanoma is wide local excision, observing recommended and well-established excision margins, depending on Breslow depth and anatomical location of the tumour. Therapeutic lymphadenectomy is recommended for patients with clinically or radiologically positive lymph nodes.

This article reviews surgical treatment of melanoma, adverse histological factors, sentinel lymph node biopsy, and radical lymphadenectomy.

Details are presented on special situations in which management of melanoma is different due to the anatomical location (plantar, subungual, lentigo maligna), or pregnancy.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El melanoma cutáneo primario es una de las neoplasias cutáneas más comunes. Es la quinta neoplasia maligna más común en hombres y la sexta en frecuencia en mujeres; se asocia con una alta morbimortalidad debido a su comportamiento agresivo, por su alto riesgo de metástasis nodal regional y a distancia¹. Se estima que en Estados Unidos en 2014 se diagnosticará un melanoma aproximadamente a 76,000 personas, y 9,710 muertes serán atribuidas a este cáncer². De todas las muertes relacionadas con el cáncer cutáneo, el melanoma explica el 75% de ellas. Sin embargo, se cree que estas cifras son una subestimación de la realidad, ya que una cantidad considerable de melanomas *in situ* o superficiales no son reportadas. El riesgo durante la vida de adquirir un melanoma *in situ* o invasivo se ha incrementado de forma notable, de 1 en 30 en comparación con 1 en 1,500 en 1935³.

Epidemiología

Si bien el melanoma tiene un pico de presentación entre la quinta y la sexta décadas de la vida⁴, su incidencia en personas de entre 25 y 29 años se ha incrementado como el cáncer más común en este grupo de edad. El 95% de los casos se originan en la piel, el resto tienen origen en ojos y mucosas (oral, vagina o ano)⁵, y del 3 al 10% de las personas se presentan con enfermedad metastásica sin lesión primaria clínicamente evidente⁶.

Enfoque diagnóstico

Ante la sospecha de melanoma se debe realizar un examen físico completo de toda la piel, que incluya las mucosas oral y anogenital, las palmas de las manos y, las plantas de los pies. La dermatoscopia⁷ es una técnica diagnóstica de interés creciente en el estudio de tumores cutáneos, especialmente los pigmentados; también se usan técnicas de imagenología digital computada avanzada.

Una vez detectadas las lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma, se debe realizar biopsia escisional (1-3 mm de margen)⁸, idealmente con márgenes negativos. En las

extremidades, esta debe ser dirigida de forma longitudinal con el objetivo de no alterar posteriormente el resultado del ganglio centinela⁹.

La biopsia apropiada debe permitir valorar el Breslow, ya que de esto dependerán los exámenes de extensión que se requieran, el margen quirúrgico definitivo y el pronóstico del paciente. El Breslow es la profundidad que alcanza el melanoma medido en milímetros desde la capa más superficial de la epidermis hasta el mayor punto de penetración. A mayor Breslow peor pronóstico del paciente y menores tasas de curación.

La biopsia escisional, no es apropiada en: palmas de manos, plantas de pies, cara, dedos, región subungueal, pabellón auricular o en lesiones muy grandes; y en estos casos esta indicada una biopsia incisional es aceptada, tomando la porción que clínicamente demuestra ser más profunda. En caso de que la biopsia incisional no permita una microestadificación certera del paciente —lo que es frecuente debido a una subestimación del grosor de la lesión—, es apropiado repetir el procedimiento, y de preferencia se debe proceder a la biopsia escisional¹⁰.

Estadificación preoperatoria

Cuando se confirma el diagnóstico de melanoma, es necesaria la estadificación del paciente. Esta es determinada por el grosor, las características histológicas del melanoma y la extensión locoregional de la enfermedad. La estadificación permite evaluar el riesgo de metástasis ganglionar y sistémica del melanoma, que aumenta de acuerdo al grosor de la lesión. La recomendación, según las guías del NCCN (National Comprehensive Cancer Network, por sus siglas en inglés), 2014¹⁰, es que en paciente con estadios I y II no se realicen exámenes de extensión de rutina, solo en el caso de que el paciente presente síntomas o signos de enfermedad distante al tumor primario. Por el contrario, sí se hace énfasis en la realización de un examen físico cutáneo completo, de las vías linfáticas regionales y de la cuenca ganglionar. En caso de dudas en el examen físico ganglionar, se sugiere una ecografía de la cuenca ganglionar antes de biopsia del ganglio centinela. Si en la ecografía se encuentra una

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4283193>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4283193>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)