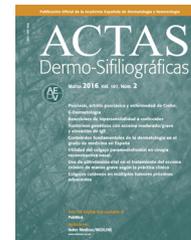




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO ESPECIAL

Disección ganglionar en el paciente con melanoma y metástasis en el ganglio centinela: propuesta de decisión basada en la evidencia actual

D. Moreno-Ramírez^{a,*}, A. Boada^b, L. Ferrándiz^c, E. Samaniego^d, G. Carretero^e, E. Nagore^f, P. Redondo^g, P. Ortiz-Romero^h, J. Malveyh^a y R. Botella-Estradaⁱ, miembros del Grupo Español de Dermato-Oncología y Cirugía. Academia Española de Dermatología y Venereología

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España

^c Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^d Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de León, León, España

^e Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas, España

^f Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^g Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^h Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

ⁱ Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Recibido el 2 de enero de 2018; aceptado el 4 de febrero de 2018

PALABRAS CLAVE

Melanoma;
Disección ganglionar;
Biopsia selectiva del
ganglio centinela;
Tratamiento
adyuvante

Resumen La reciente publicación de los resultados de ensayos clínicos en los que la disección ganglionar no ha demostrado beneficio de supervivencia en pacientes con metástasis en el ganglio centinela plantea la necesidad de modificar el tratamiento del paciente con melanoma. El presente trabajo aporta una actualización de la evidencia sobre diferentes aspectos necesarios (vías de progresión metastásica, factores predictores, tratamiento adyuvante, etc.) para la toma de decisiones en el paciente con melanoma y metástasis en el ganglio centinela y plantea un algoritmo de toma de decisiones para este escenario clínico. La evidencia actualmente disponible respalda el abandono de la disección ganglionar en aquellos pacientes con metástasis de bajo riesgo en el ganglio centinela (carga tumoral en el ganglio centinela inferior o igual a 1 mm).

© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dmoreno@e-derma.org (D. Moreno-Ramírez).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.008>

0001-7310/© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Melanoma;
Lymph node
dissection;
Sentinel lymph node
biopsy;
Adjuvant therapy

Lymph Node Dissection in Patients with Melanoma and Sentinel Lymph Node Metastasis: An Updated, Evidence-Based Decision Algorithm

Abstract Recent publication of the results of clinical trials in which lymph node dissection was not associated with any survival benefit in patients with sentinel node metastasis makes it necessary to reconsider the treatment of patients with melanoma. This article provides an update on the available evidence on the diverse factors (routes of metastatic spread, predictors, adjuvant therapy, etc.) that must be considered when treating patients with sentinel node-positive melanoma. The authors propose a decision-making algorithm for use in this clinical setting. The current evidence no longer supports lymph node dissection in patients with low-risk sentinel node metastasis (sentinel node tumor load ≤ 1 mm).

© 2018 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los protocolos de melanoma cutáneo vigentes recomiendan, una vez confirmado el diagnóstico mediante el estudio anatomopatológico, la exéresis del tumor primario con márgenes de seguridad y la realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en función del espesor de Breslow^{1,2}. En aquellos pacientes en los que se identifican metástasis en el ganglio centinela (GC), el procedimiento estándar hasta este momento ha sido la disección ganglionar completa de la región del GC metastásico y la valoración de adyuvancia con interferón.

La BSGC fue introducida por Morton et al. como un procedimiento pronóstico mínimamente invasivo, con menos complicaciones que la disección ganglionar electiva que hasta ese momento se realizaba a todos los pacientes con melanoma³. Los resultados del *Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial-I* confirmaron la ventaja de la BSGC para la estadificación ganglionar y planteaban la posibilidad de que la disección ganglionar podría mejorar la supervivencia en aquellos pacientes con metástasis en el GC⁴. Desde entonces, la BSGC y la posterior disección ganglionar en aquellos pacientes con micrometástasis en el GC se convirtieron en el tratamiento estándar del paciente con melanoma cutáneo.

Más de dos décadas después, el tratamiento del paciente con melanoma se enfrenta a una transformación igualmente relevante y que de nuevo plantea la sustitución de la disección ganglionar en el paciente con metástasis del GC por un abordaje menos invasivo y mórbido, sin comprometer la supervivencia específica por melanoma.

Progresión metastásica del melanoma

Durante décadas se ha aceptado la hipótesis de progresión secuencial del melanoma primario según la cual las células con potencial metastásico alcanzarían los ganglios linfáticos y, posteriormente, y a partir de este, el torrente sanguíneo hasta implantarse en otros órganos. Esta hipótesis halstediana (Halsted, 1907) fue confrontada en los años 70 por una hipótesis alternativa según la cual la metástasis ganglionar actuaría simplemente como indicador, y no como desencadenante, de las metástasis a distancia⁵. Según esta hipótesis

no debería esperarse que la disección ganglionar radical mejorase la supervivencia de los pacientes así tratados. Además de los estudios iniciales en el cáncer de mama, otras publicaciones en el campo del melanoma respaldan también la posible diseminación a distancia de forma directa, e independiente de la existencia de metástasis ganglionar previa^{6,7}.

Un reciente estudio del Registro Central de Melanoma de Alemania incluyó 2.299 pacientes con melanoma estadios IA-IIC (7.ª edición de la *American Joint Committee on Cancer* [AJCC]) que progresaron a estadios III y/o IV durante el seguimiento. En esta cohorte se diferenciaron 3 subgrupos de pacientes en función de la progresión metastásica observada: pacientes con metástasis linfática exclusivamente (38,4%), pacientes que desarrollaron metástasis a distancia exclusivamente (16,2%) y pacientes que desarrollaron metástasis ganglionares y a distancia (45,4%)⁷. La supervivencia libre de metástasis a distancia, la supervivencia global (SG) y la supervivencia específica por melanoma fueron las mismas independientemente de la presencia o no de metástasis ganglionares previas a la progresión a distancia. A partir de esta observación, los autores concluyeron que ambas localizaciones metastásicas se originan a partir del tumor primario siguiendo un modelo de progresión paralela en lugar de secuencial⁷. Este modelo de progresión podría además explicar la ausencia de beneficio de supervivencia observado después de la disección ganglionar en pacientes con BSGC positiva.

Factores predictores de supervivencia en el paciente con metástasis en el ganglio centinela. El estadio III en la 8.ª versión de la American Joint Committee on Cancer

La 8.ª edición de la clasificación TNM de la AJCC mantiene el espesor de Breslow y la ulceración del tumor primario como los predictores pronósticos más importantes en el paciente con melanoma localizado⁸. En pacientes con metástasis ganglionar (estadio III) esta clasificación mantiene como factores pronósticos la presencia de satelitosis (micro o macroscópicas) (N1c, N2c, N3c), número de ganglios afectados (N1-3) y carga tumoral. Respecto a la carga tumoral, esta versión introduce el concepto de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8709553>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8709553>

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