



# PIEL

## FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

[www.elsevier.es/piel](http://www.elsevier.es/piel)



### Editorial

## Disección ganglionar en el paciente de edad avanzada con melanoma



## Lymph node dissection in the advanced age patient with melanoma

David Moreno-Ramírez<sup>a</sup>, Almudena Fernández-Orland<sup>b</sup> y Lara Ferrándiz<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Melanoma, Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup>Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica, Unidad de Melanoma, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

La edad avanzada se ha relacionado con una mayor incidencia de melanoma y una mayor mortalidad relacionada con el tumor. El Programa de Vigilancia, Seguimiento y Resultados Finales de Estados Unidos<sup>1</sup> comunicó en su revisión del período 2010-2014 una incidencia de melanoma de 12,6 casos/100.000 para todas las edades y de 89,7 casos/100.000 en pacientes con 65 años o más<sup>1</sup>. En España, la Xarxa de Melanoma de Cataluña y Baleares comunicó un incremento de la frecuencia de melanoma en personas de 60 a 64 años de 11 casos/100.000 habitantes en el año 2000 hasta 15,5 en 2007, mientras que esta tendencia fue más estable o incluso hubo una reducción de la incidencia de melanoma en grupos de edad más jóvenes<sup>2</sup>.

Durante las últimas décadas la mortalidad por melanoma se ha visto reducida en personas de edad inferior a 65 años. Sin embargo, en pacientes mayores de 65 años se ha observado un incremento del 1,7% anual<sup>3</sup>. De la misma forma, un estudio que analizó a más de 17.000 pacientes con melanoma identificó la edad como un factor pronóstico independiente en pacientes con estadio I-III<sup>4</sup>. De nuevo en nuestro medio, el estudio epidemiológico TEDIMEL<sup>5</sup>, desarrollado en Andalucía sobre un total de 3.500 pacientes con melanoma, identificó la edad superior a 60 años como un factor predictor para el diagnóstico de melanoma en estadio T2-T4 frente a melanomas diagnosticados en estadio Tis-T1. Además de un estadio inicial más avanzado, también se ha demostrado en personas de edad avanzada una mayor frecuencia de melanomas nodulares, desmoplásicos y acrales, tipos tumo-

rales caracterizados por un comportamiento biológico más agresivo<sup>6</sup>. Factores del huésped, como la disfunción inmunológica y del sistema linfático asociada a la edad avanzada, han sido considerados como mecanismos facilitadores de la diseminación del tumor en el paciente y, consecuentemente, de una mayor mortalidad en este grupo de personas.

Pero más allá de estos motivos biológicos y funcionales dependientes del tumor y del huésped, también se esgrime un posible infratratamiento como motivo de este incremento de mortalidad por melanoma en el paciente de edad avanzada<sup>7</sup>.

A favor de este argumento existen estudios que confirman una menor frecuencia de realización tanto de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) como de la linfadenectomía en pacientes de edad avanzada con respecto a aquellos más jóvenes. Shah et al.<sup>8</sup> estudiaron a 765 pacientes con metástasis ganglionar detectada mediante BSGC. En el 71% de los pacientes se completó linfadenectomía; sin embargo, esta frecuencia se redujo hasta el 62% en pacientes mayores de 70 años y hasta el 49% en pacientes mayores de 80 años. Un estudio similar de Bilimoria et al.<sup>9</sup> describió una frecuencia de realización de disección ganglionar completa en el 42,7% de los pacientes mayores de 75 años con metástasis en la BSGC. Además, la edad superior a 75 años fue identificada como un factor predictor de no cumplimiento de las recomendaciones en cuanto a la realización de linfadenectomía (OR 0,56; IC 95% 0,40-0,78,  $p < 0,001$ ). En esta misma serie, el número medio de ganglios linfáticos extraídos durante las disecciones fue inferior en los pacientes de edad más avanzada. Los autores

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lferrandiz@e-derma.org](mailto:lferrandiz@e-derma.org) (L. Ferrándiz).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2017.07.017>

0213-9251/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

concluyeron que en este grupo de edad no solo se realiza con menos frecuencia la BSGC y la disección ganglionar, sino que en los casos en los que se realiza esta resulta menos adecuada<sup>8</sup>.

Los autores consideran este menor intervencionismo en los pacientes de edad avanzada como una posible explicación de la mayor mortalidad observada en este grupo de edad. Pero los resultados del ensayo Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial-II (MSLT-II), recientemente publicados, y la ausencia de beneficio de supervivencia en los pacientes con BSGC positiva y disección ganglionar posterior estarían inicialmente en contra de la posible asociación entre infratratamiento y mortalidad<sup>10</sup>. En cualquier caso, debe destacarse que el rango de edad establecido como criterio de inclusión en el MSLT-II fue desde los 18 a los 75 años. Aunque la consistencia de los resultados del ensayo hace pensar en la reproducibilidad de estos en la población de edad avanzada, continuamos sin evidencia de calidad en cuanto a la disección ganglionar en estos pacientes. Por otra parte, hubiera tenido el máximo interés para la toma de decisiones comprobar en los pacientes con edad avanzada la ventaja en el control regional observada en los pacientes sometidos a disección ganglionar inmediata en el MSLT-II.

Es cierto que el paciente de edad avanzada que desarrolla progresión ganglionar no representa un escenario confortable para el dermatólogo quirúrgico (realmente, pocos escenarios confortables existen en cirugía dermatooncológica). A la incertidumbre en cuanto al beneficio de supervivencia individual esperado se suman las complicaciones potenciales derivadas del procedimiento y el posible impacto de estas en un paciente con una mayor frecuencia esperada de enfermedades asociadas y polifarmacia, con capacidad funcional potencialmente reducida y fragilidad. Tampoco facilitan la decisión las opiniones que desde el entorno familiar tienden a evitar intervenciones quirúrgicas con base en la limitada esperanza de vida del paciente.

Este tipo de motivaciones no proceden exclusivamente del entorno familiar y, de hecho, constituyen un debate que con cierta frecuencia se mantiene en los servicios de dermatología. Y aunque como hemos mencionado al principio es cierto que en el paciente de edad avanzada el melanoma se asocia a una mayor mortalidad, no parece coherente incorporar a la toma de decisiones la supervivencia esperada en un paciente que es posible que haya superado sobradamente su esperanza de vida al nacer, como concepto puramente demográfico. Es por ello que en este grupo de pacientes se hace necesario reformular el objetivo terapéutico, objetivo que en oncología se centra habitualmente en la consecución de una mejoría de la supervivencia global. El control regional de la enfermedad, la conservación de la capacidad funcional, de las actividades de la vida diaria, la ausencia de síntomas, el bienestar en su entorno familiar y de cuidados y, en definitiva, el mantenimiento de la calidad de vida se convierten en los objetivos prioritarios en el paciente de edad avanzada con metástasis locorregionales.

Además de este objetivo terapéutico, la toma de decisiones en este escenario debe tener en cuenta 2 ideas fundamentales: en primer lugar, que más del 60% de los pacientes con metástasis ganglionar, independientemente de la edad, desarrollarán metástasis a distancia; en segundo lugar, que

en el 100% de estos pacientes la enfermedad ganglionar continuará su curso progresivo de no plantear tratamiento alguno. Es decir, nos enfrentamos a un escenario en el que el *exitus* estará condicionado por la posible, y frecuente, diseminación a distancia, pero mientras esto ocurre (o no, a la luz de algunos largos supervivientes observados después de tratamiento quirúrgico) la enfermedad regional continuará su curso progresivo, sintomático, debilitante e incapacitante.

Por todo ello, en el paciente con melanoma metastásico la edad no debe tener otra consideración más allá de obligarnos a realizar una evaluación objetiva y detallada del estado funcional del paciente, de su desempeño en las actividades de la vida diaria, de su capacidad de autocuidado y de sus posibles enfermedades asociadas. Las escalas habituales de *performance status* de la ECOG, la escala de Karnofsky, la clasificación ASA, entre otras escalas de evaluación geriátrica, de fragilidad, sarcopenia, etc., representan instrumentos de gran utilidad para esta valoración.

Superada esta valoración objetiva, y asegurado un soporte de cuidados adecuado para el período postoperatorio, no existen motivos reales para no recomendar, o para recomendar con menor convencimiento, la disección de las metástasis ganglionares en un paciente de edad avanzada.

Desde una perspectiva ya estrictamente quirúrgica, ¿tienen realmente más complicaciones los pacientes de edad avanzada a los que se les realiza una disección ganglionar?, ¿es posible minimizar estas complicaciones? Con respecto a la primera pregunta, existe controversia en cuanto a si la edad, *per se*, es un factor predictor de complicaciones de la linfadenectomía, especialmente de la inguinofemoral, la que se asocia con mayor frecuencia a complicaciones. Existen estudios en los que se identifica la edad como factor de riesgo de complicaciones inmediatas de la herida (infección, seroma, dehiscencia), mientras que en otros estudios de metodología similar no se encuentran diferencias en función de la edad<sup>11</sup>. Sin embargo, en estos estudios la edad se analiza como variable continua, sin que se puedan extraer conclusiones en cuanto a un posible mayor riesgo de complicaciones en el paciente de edad avanzada. En cuanto al linfedema, complicación a largo plazo de mayor relevancia y presente hasta en el 30% de los pacientes sometidos a disección inguinal y en el 10% de las disecciones axilares, no se han descrito diferencias en cuanto a su frecuencia en función de la edad del paciente<sup>12</sup>.

Con respecto a la posibilidad de minimizar estas complicaciones, no existen estudios que analicen este aspecto en pacientes de edad avanzada. Los estudios disponibles no han identificado diferencias en cuanto a la frecuencia de complicaciones en función de diferentes tipos de incisiones, colocación de drenajes y movilización posterior, entre otras actuaciones en pacientes de cualquier edad<sup>13,14</sup>. En una serie retrospectiva de la Unidad de Melanoma del Hospital Universitario Virgen Macarena, en la que se analizaron linfadenectomías realizadas en pacientes mayores de 70 años, se observó una mayor frecuencia de alta carga tumoral (mayor número de ganglios metastásicos, mayor frecuencia de metástasis N3 y de metástasis *bulky*) y de complicaciones, probablemente relacionadas con resecciones de masas tumorales de mayor volumen. Sin embargo, la supervivencia libre de enfermedad locorregional fue comparable en pacientes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8716820>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8716820>

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