



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR-La linfadenectomía inmediata tras la afectación tumoral del ganglio centinela no aumenta la supervivencia en el melanoma cutáneo



RF-Immediate Lymph Node Dissection on Detection of Sentinel Lymph Node Involvement Does Not Increase Survival in Cutaneous Melanoma

D. Morgado-Carrasco*, A. Combalia, X. Fustà-Novell y L. Ferrandiz

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

PALABRAS CLAVE

Melanoma;
Ganglio centinela;
Vaciamiento ganglionar;
Metástasis;
Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial II

KEYWORDS

Melanoma;
Sentinel node;
Completion lymph-node dissection;
Metastases;
Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial II

La afectación tumoral del ganglio centinela (ATGC) en el melanoma ha demostrado ser uno de los factores pronósticos más importantes en esta enfermedad. Incluso los pacientes que presentan micrometástasis ganglionares tienen peor pronóstico, similar a aquellos con metástasis detectables clínicamente¹. Actualmente, las guías internacionales recomiendan la realización de linfadenectomía una

vez demostrada la ATGC. Sin embargo, es una técnica no exenta de morbilidad y no existe evidencia prospectiva que demuestre su impacto en el pronóstico de la enfermedad².

Recientemente, Faries et al. han publicado los resultados del estudio MLST-II³, ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y multicéntrico cuyo objetivo principal fue evaluar los beneficios de la linfadenectomía inmediata en pacientes con ATGC. A un grupo se le realizó linfadenectomía (n = 967) y al otro grupo, observación con seguimiento clínico-ecográfico estrecho (n = 967). Si en el seguimiento presentaban metástasis ganglionares detectadas clínica o ecográficamente se realizaba linfadenectomía en ese momento. Las metástasis ganglionares se detectaron por inmunohistoquímica o por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). La aleatorización de los pacientes se estratificó según el índice de Breslow, presencia de ulceración y del método de detección de la metástasis ganglionar (histológico versus RT-PCR). El seguimiento clínico de los pacientes se realizó cada 4 meses los primeros 2 años, cada 6 meses hasta el quinto año y posteriormente anual. Al grupo de «observación» se le realizó, además, seguimiento ecográfico ganglionar en cada control médico durante los primeros 5 años. La media de seguimiento fue de 43 meses. En cuanto a los resultados a los 3 años de seguimiento: en los análisis por intención de tratar o por protocolo no hubo diferencias significativas en la supervivencia específica por melanoma entre el grupo con linfadenectomía y el grupo en observación (86% en ambos grupos; p = 0,42, test Log-rank, análisis por protocolo), y tampoco hubo diferencias significativas al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: morgado@clinic.cat (D. Morgado-Carrasco).

analizar por subgrupos según los factores pronósticos o en la supervivencia libre de metástasis a distancia. Sin embargo, la tasa de supervivencia libre de enfermedad fue superior en el grupo con linfadenectomía (68% vs 63%; $p=0,05$), así como la tasa de control locoregional ganglionar (92% vs 77%, $p<0,001$). El principal efecto adverso fue linfedema, más frecuente en el grupo con linfadenectomía (24% versus 6,3%, $p<0,001$). Sin embargo, solo en el 3% de los pacientes con linfedema este fue grave.

En resumen, en el estudio MLST-II la linfadenectomía precoz permitió un mejor control locoregional del melanoma, pero sin impacto en la supervivencia específica por melanoma, y con una mayor tasa de efectos adversos. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios retrospectivos⁴ y en el ensayo clínico prospectivo DeCOG-SLT⁵, que incluyó 483 pacientes utilizando una metodología comparable al MLST-II. Por último, el estudio prospectivo EORTC-1208 (MINITUB), que también evalúa la observación como alternativa en pacientes con ATGC, se encuentra en curso y sus resultados se esperan para el 2019-2020⁴.

Los resultados obtenidos en el MSLT-II fortalecen la evidencia ya disponible en la literatura^{4,5} y parece lógico proponer un manejo más conservador de los pacientes con ATGC, consistente en seguimiento clínico-ecográfico estrecho y realización de linfadenectomía en el momento de la detección clínica o ecográfica de metástasis. Esto permitiría

un adecuado control de la enfermedad, con menos efectos adversos y probablemente menos costes asociados.

Bibliografía

1. Leung AM, Morton DL, Ozao-Choy J, Hari DM, Shin-Sim M, Difronzo AL, et al. Staging of regional lymph nodes in melanoma: A case for including nonsentinel lymph node positivity in the American Joint Committee on Cancer staging system. *JAMA Surg.* 2013;148:879–84.
2. Faries MB, Thompson JF, Cochran A, Elashoff R, Glass EC, Mozzillo N, et al. The impact on morbidity and length of stay of early versus delayed complete lymphadenectomy in melanoma: Results of the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (I). *Ann Surg Oncol.* 2010;17:3324–9.
3. Faries MB, Thompson JF, Cochran AJ, Andtbacka RH, Mozzillo N, Zager JS, et al. Completion dissection or observation for sentinel-node metastasis in melanoma. *N Engl J Med.* 2017;376:2211–22.
4. Madu MF, Wouters MWJM, van Akkooi ACJ. Sentinel node biopsy in melanoma: Current controversies addressed. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* 2017;43:517–33.
5. Leiter U, Stadler R, Mauch C, Hohenberger W, Brockmeyer N, Berking C, et al. Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): A multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2016;17:757–67.