



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## FORO DE RESIDENTES

### FR – Neoadyuvancia en melanoma

### RF – Neoadjuvant Therapy in Melanoma

A. Arrieta<sup>a,b,\*</sup>, M. Blanco de Tord<sup>a,b</sup> y A. Boada<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

<sup>b</sup> Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España



#### PALABRAS CLAVE

Neoadyuvancia;  
Melanoma;  
Respuesta patológica;  
Ganglio índice;  
Cirugía conservadora

#### KEYWORDS

Neoadjuvant therapy;  
Melanoma;  
Pathologic response;  
Index lymph node;  
Conservative surgery

La neoadyuvancia es la administración de antineoplásicos sistémicos previa a la cirugía, siendo su finalidad la misma que la de la terapia adyuvante: el tratamiento de la enfermedad locorregional o a distancia no detectada<sup>1,2</sup>. A diferencia de lo que sucede en algunos estadios de cáncer de mama, pulmón o recto, donde este

esquema terapéutico está establecido como estándar, en el melanoma, la neoadyuvancia se encuentra en fase de investigación.

La población diana idónea para el uso de la neoadyuvancia en el melanoma son los pacientes con enfermedad ganglionar detectada por clínica o ecografía (estadios AJCC octava edición IIIB, IIIC, IIID) y con oligometástasis resecables (estadio IV)<sup>1,2</sup>. La mayoría de los estudios con neoadyuvancia se centra en el uso de la inmunoterapia, aunque algunos emplean también terapia diana.

La principal ventaja de la neoadyuvancia es la posibilidad de tratar precozmente la enfermedad microscópica a distancia, y a la vez disminuir, en muchos casos, el volumen de la enfermedad ganglionar, reduciendo así la morbilidad quirúrgica<sup>3</sup>. La evaluación histológica tras la cirugía de la pieza tumoral permite determinar el beneficio de la neoadyuvancia, según la respuesta patológica. Esto posibilita, a su vez, individualizar regímenes y duración de tratamientos futuros. Además, la evaluación de la respuesta al tratamiento podría dar lugar a una modificación de la técnica quirúrgica.

La introducción de la neoadyuvancia ha permitido plantear la posibilidad de abandonar la disección ganglionar completa en pro de una cirugía ganglionar conservadora en aquellos pacientes con una respuesta patológica completa en el ganglio que albergaba la metástasis tumoral (ganglio índice). En esta línea, cabe destacar los estudios

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [arantxa.arrieta.vinaixa.93@gmail.com](mailto:arantxa.arrieta.vinaixa.93@gmail.com)  
(A. Arrieta).

MeMaLoc<sup>4</sup> y PRADO<sup>5</sup>, donde pacientes con melanoma estadio III con metástasis ganglionar diagnosticada clínica o ecográficamente iniciaban la inmunoterapia previa a la cirugía. A las pocas semanas, se les marcaba el ganglio índice con una semilla, magnética en MeMaLoc y radioactiva en PRADO. Tras seis semanas de inmunoterapia, los 12 pacientes de MeMaLoc fueron sometidos a disección ganglionar completa, objetivándose congruencias entre la respuesta patológica del ganglio índice y la del resto de ganglios, los pacientes con respuesta patológica completa o casi completa del ganglio índice mostraban ausencia de metástasis en el resto de los ganglios. El estudio PRADO iba más allá y, tras la exéresis y estudio del ganglio índice, se estratificaba a los pacientes según la respuesta patológica, y en función de ello, se realizaba o no la disección ganglionar completa. De los 99 pacientes incluidos, 59 alcanzaron respuesta patológica > 90%, evitando así realizar linfadenectomía completa; en los 40 restantes se realizó disección ganglionar completa, y aquellos con > 50% del tumor viable continuaron el tratamiento con inmunoterapia o terapia diana.

Entre los riesgos de la neoadyuvancia se incluye convertir un paciente operable en inoperable por la progresión tumoral en aquellos que no respondan al tratamiento o por el empeoramiento del estado general debido a posibles toxicidades farmacológicas. Por todo ello, la adecuada selección de los pacientes que podrían beneficiarse de la neoadyuvancia en el tratamiento del melanoma será de crucial importancia en un futuro cercano.

## Conflictos de intereses

Aranzazu Arrieta y María Blanco de Tord declaran no tener conflictos de intereses.

Aram Boada ha recibido honorarios de/ha participado en ensayos clínicos patrocinados por Novartis, Roche, Pierre-Fabre, BMS, MSD.

## Bibliografía

1. Kelly ZR, Gorantla VC, Davar D. The Role of Neoadjuvant Therapy in Melanoma. *Curr Oncol Rep.* 2020;22:80, <http://dx.doi.org/10.1007/s11912-020-00944-5>.
2. Lee AY, Brady MS. Neoadjuvant immunotherapy for melanoma. *J Surg Oncol.* 2021;23:782–1788, <http://dx.doi.org/10.1002/jso.26229>.
3. Boada A. La neoadyuvancia: Una nueva oportunidad para cambiar la cirugía del melanoma. *Piel.* 2021;36:355–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2021.02.001>.
4. Schermers B, Franke V, Rozeman EA, van de Wiel BA, Bruining A, Wouters MW, et al. Surgical removal of the index node marked using magnetic seed localization to assess response to neoadjuvant immunotherapy in patients with stage III melanoma. *Br J Surg.* 2019;106:519–22, <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11168>.
5. Blank CU, Reijers ILM, Pennington T, Versluis JM, Saw RPM, Rozeman EA, et al. First safety and efficacy results of PRADO: A phase II study of personalized response-driven surgery and adjuvant therapy after neoadjuvant ipilimumab (IPI) and nivolumab (NIVO) in resectable stage III melanoma. *J Clin Oncol.* 2020;38:10002, <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2020.38.15.suppl.10002>.