

Biopsia de ganglio centinela por melanoma en territorio de linfadenectomía previa

Sentinel node biopsy for melanoma in the territory of prior lymphadenectomy

Oscar Brosutti, Matías Wenger, Mariano G. Etcheverry, Nicolás Bonsembiante, Ángel L. Pierini

Servicio De Cirugía
General Mixta, Hospital
J. B. Iturraspe. Santa Fe,
Argentina

E-mail:
Oscar Brosutti:
oscarbrosutti@hotmail.
com

Según la conclusión del trabajo final del MSLTI (*Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial*) la biopsia de ganglio centinela (BGC) provee información pronóstica importante e identifica pacientes con metástasis linfática que se podrían beneficiar con la linfadenectomía radical completa inmediata, para los melanomas de espesor intermedio-grueso¹.

La creciente incidencia de melanoma, el mayor riesgo de presentar un nuevo melanoma en los pacientes ya diagnosticados (9 veces mayor que el riesgo promedio) y la alta prevalencia de cáncer de mama a nivel mundial han generado un interrogante cuando se presenta nuevamente un tumor maligno con indicación de BGC en el territorio de una linfadenectomía radical previa³.

En la actualidad existe escasa información acerca del patrón de drenaje linfático que presentan los pacientes con vaciamiento previo⁴.

Se presenta aquí el caso de un paciente a quien se le realizó BGC por melanoma en el territorio de una linfadenectomía radical previa también por melanoma.

Se trata de un paciente masculino de 58 años que ingresó en nuestro Servicio por presentar lesión melánica de piel a nivel del tercio medio de la cara anterior del brazo izquierdo de un año de evolución. Traía el antecedente de resección (Cirujano: Dr. O. Brosutti, 1999) de

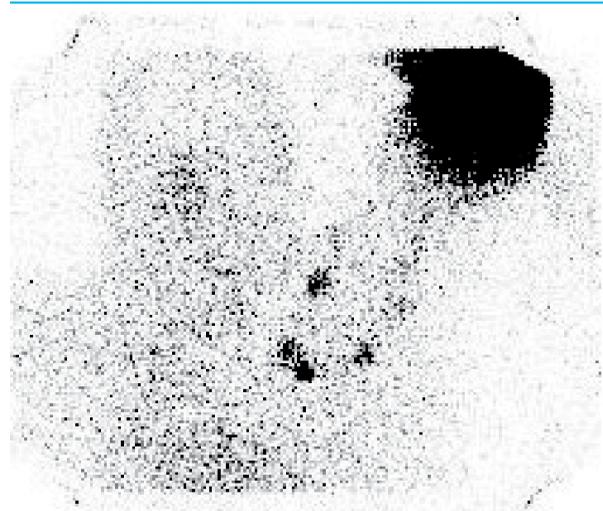
melanoma nodular (Breslow 3 mm) en región pectoral izquierda + linfadenectomía radical axilar homolateral (3 ganglios positivos de 21), que posteriormente completa un tratamiento con interferón alfa 2b durante un año, quince años atrás.

Se realizó biopsia escisional cuyo resultado anatomopatológico informó melanoma extensivo superficial con Breslow de 2 mm, estadificándolo con laboratorio y PET-TC, en los cuales no se evidenció secundarismo.

La conducta terapéutica fue ampliación de la cicatriz del tumor con márgenes de 2 cm + injerto libre de piel + BGC (previa linfocentellografía radioisotópica preoperatoria) guiada con Gamma Probe donde se localizaron 3 ganglios a nivel de la cadena ganglionar subclavia izquierda (Figs. 1 y 2), sin evidencia de captación del radioisótopo a nivel axilar (Cirujano: Dr. O. Brosutti). La anatomía patológica por H-E e inmunohistoquímica informó ausencia de tumor residual a nivel de la cicatriz del tumor primario, y en los 3 ganglios resecaados a nivel de la cadena ganglionar subclavia no se evidenció compromiso metastásico.

Lleva 18 meses de evolución sin evidencia de recidiva de enfermedad.

FIGURA 1



Cámara Gamma

Recibido el
03 de febrero de 2016
Aceptado el
12 de mayo de 2016

FIGURA 2



Incisión subclavia para BGC

La técnica de BGC se acepta como la forma más específica, sensible y con menor morbilidad para realizar la estadificación patológica, y está incluida desde la 6ª edición en la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y Union for International Cancer Control (UICC) para melanoma².

El propósito de la presentación de este caso fue demostrar que la BGC es técnicamente viable y fiable para los pacientes que han sido sometidos previamente a linfadenectomía radical.

El drenaje linfático a la axila después de un vaciamiento no se ha estudiado completamente. Stanton y cols. han estudiado el drenaje de la extremidad superior después de la linfadenectomía radical en un grupo de pacientes con linfedema posoperatorio. Inyectaron IgG radiomarcada en la mano, pero no se detectaron ganglios residuales; sin embargo, se evidenció un mayor drenaje a lo largo de rutas alternativas⁵.

Otro estudio diferente reveló linfangiogénesis superficial en pacientes con linfedema posoperatorio a linfadenectomía radical axilar, no así en aquellos que no se complicaron con edema linfático³.

La linfografía radioisotópica es una herramienta importante para la planificación preoperatoria de la BGC en este grupo de pacientes. Debido a que existe una multitud de posibles patrones de drenaje, el uso solo de azul isosulfano Gamma Probe pueden ser insu-

ficientes para la localización precisa del ganglio centinela. La linfografía, entonces, evitaría errores en la vía de acceso quirúrgico y, por ende, posibles lesiones de estructuras vitales en la axila³.

A pesar de que nuestro paciente fue sometido a una linfadenectomía axilar, la diseminación linfática mostrada por la centellografía derivó hacia estaciones ganglionares más proximales y demostró que la linfadenectomía radical practicada previamente fue completa, ya que no se encontraron remanentes ganglionares en dicho nivel.

De acuerdo con la literatura consultada en las bases de datos de Pubmed y Lilacs, se han referido casos de BGC en pacientes con melanoma en el territorio de una linfadenectomía previa por cáncer de mama. Creemos estar informando el primer caso BCG en un paciente con melanoma de novo en el territorio de una linfadenectomía previa por melanoma.

En este caso, al no presentar ganglios axilares, la positividad de ganglios subclavios no nos sugeriría un tumor avanzado (M1_A) sino un estadio III. De acuerdo con el trabajo final del estudio MLST I, el manejo basado en la BGC prolonga la sobrevida libre de enfermedad para todos los pacientes y mejora la sobrevida libre de enfermedad a distancia y la sobrevida específica de melanoma, para pacientes con metástasis ganglionar de melanoma de espesor intermedio¹. Además, la BGC positiva podría indicar el tratamiento adyuvante con interferón alfa 2b.

De todos modos, aun si interpretáramos a este paciente como M1_A, el mismo grupo de estudio del MSLT1 demostró que los pacientes con metástasis (a pesar del lugar y del número) que eran pasibles de tratamiento quirúrgico presentaban un aumento en la sobrevida en comparación con aquellos que recibieron tratamiento médico sistémico, y, por ende, mejoraban la calidad de vida. Otras ventajas potenciales serían retardar la progresión de enfermedad y disminuir la supresión inmunológica inducida por el tumor⁶.

Concluimos que la BGC es técnicamente factible posterior a una linfadenectomía radical previa, y creemos que aporta datos para la correcta estadificación del melanoma y posiblemente para su terapéutica.

Referencias bibliográficas

- Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, et al. Final Trial Report of Sentinel-Node Biopsy versus Nodal Observation in Melanoma. *N Engl J Med.* 2014; 370:599-609.
- Doepker MP, Zager JS. Sentinel Lymph Node Mapping in Melanoma in the Twenty-first Century. *Surg Oncol Clin N Am.* 2015; 24:249-60.
- Miranda EP, Bellevue OC, Leong SPL. Reoperative Selective Sentinel Lymphadenectomy Combined with Lymphoscintigraphy Is Technically Feasible for Cutaneous Tumors of the Upper Extremity After Radical Dissection of Regional Lymph Node Basins for Breast Cancer. *Eplasty.* 2014;14:e32.
- Suami H, Yamashita S, Soto-Miranda MA, Chang DW. Lymphatic territories (lymphosomes) in a canine: an animal model for investigation of postoperative lymphatic alterations. *PLoS One.* 2013;8(7):e69222.
- Stanton AW, Svensson WE, Mellor RH, Peters AM, Levick JR, Mortimer PS. Differences in lymph drainage between swollen and non-swollen regions in arms with breast-cancer-related lymphoedema. *Clin Sci (Lond).* 2001;101(2):13-40.
- Howard JH, Thompson JF, Mozzillo N, Nieweg OE, Hoekstra HJ, Roses DF, et al. Metastectomy for Distant Metastatic Melanoma: Analysis of Data from the First Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (MSLT-I). *Ann Surg Oncol.* 2012;19:2547-55.