



FORO DE RESIDENTES

FR-Biopsia selectiva de ganglio centinela en melanoma de cabeza y cuello



RF-Sentinel Lymph Node Biopsy in Head and Neck Melanoma

T. Montero-Vilchez*, A. Martinez-Lopez, L. Salvador-Rodriguez y S. Arias-Santiago

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

PALABRAS CLAVE

Melanoma de cabeza y cuello;
Biopsia selectiva de ganglio centinela

KEYWORDS

Head and neck melanoma;
Sentinel lymph node biopsy

La invasión ganglionar es un factor de mal pronóstico en el melanoma y la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica de elección para la estadificación ganglionar. Desde 2012 la mayoría de las guías, recomiendan el uso de la BSGC en melanomas de al menos 1 mm de espesor (realmente, en melanomas mayores 0,8 mm de Breslow o con factores pronósticos desfavorables como la ulceración) con ganglios clínicamente negativos en pacientes médicamente aptos para el procedimiento. Aunque su realización no ha demostrado específicamente aumentar la supervivencia, su uso posibilita una estadificación precoz y más precisa de los pacientes, haciéndolos a muchos de ellos candidatos a tratamiento adyuvante, beneficiándose así de una mayor

supervivencia secundaria al mismo. No obstante, en ocasiones, la adherencia a las guías es escasa, tal y como muestra un reciente estudio que refleja una realización acorde de la BSGC en melanoma en un 39,7% de los pacientes¹. La localización, el sexo, la edad, la raza e, incluso, los factores socioeconómicos parecen influir en la decisión de su realización.

Concretamente, el melanoma de cabeza y cuello (MCC) presenta bajas tasas de realización de la BSGC. Esto puede deberse a varios motivos:

- 1) La complejidad y variabilidad en el drenaje linfático de la cabeza y el cuello. Stewart y colaboradores analizaron 269 pacientes con MCC encontrando que el 25% de ellos presentaron un drenaje linfático múltiple sin hallar diferencias entre los pacientes con drenaje linfático simple y múltiple². Por ello, actualmente no se puede predecir qué pacientes serían más aptos para la realización de BSGC.
- 2) La dificultad de la técnica y del mapeo de los ganglios linfáticos de cabeza y cuello. Los ganglios y vasos de pequeño tamaño y su emplazamiento a una mayor profundidad que en otras localizaciones, así como la necesidad de conservar estructuras cercanas, hacen la técnica más complicada que en la axila o la ingle. Se puede producir un daño accidental en los nervios sensoriales, una paresia temporal del nervio facial después

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tmonterov@gmail.com
(T. Montero-Vilchez).

de la disección de la glándula parótida y una lesión del nervio accesorio espinal con una debilidad persistente³.

- 3) La mayor tasa de falsos negativos y recurrencia en comparación con otras localizaciones. Los datos de 2610 pacientes incluidos en el Sunbelt Melanoma Trial mostraron que la tasa de falsos negativos en MCC era significativamente superior a los localizados en el tronco y en las extremidades (12, 2 y 3%, respectivamente). Para intentar reducir esta complicación se ha publicado recientemente una nueva técnica usando verde indocianina como marcador del ganglio centinela y empleando el sistema de imágenes en infrarrojo SPY Elite. Con esta técnica se observa una menor tasa de falsos negativos con respecto a la técnica convencional⁴.

Los estudios recientes sobre realización de BSGC en MCC analizan la supervivencia entre pacientes con BSGC positiva y negativa, encontrando diferencias entre ambos grupos. Además, Pavri y cols., en un estudio retrospectivo, observaron que el 92% de los melanomas que presentan una linfogammagrafía negativa previa a la BSGC eran MCC. Asimismo, estos pacientes con linfogammagrafía prequirúrgica negativa mostraron una menor supervivencia libre de enfermedad con respecto a los que presentaron ganglios visualizables⁵. Estos resultados remarcan la necesidad de realizar un seguimiento ecográfico locorregional más exhaustivo en los pacientes con MCC, especialmente en aquellos que presenten una linfogammagrafía negativa.

En conclusión, existe controversia en las indicaciones de la BSGC en el MCC. Sería necesario realizar ensayos clínicos

aleatorizados para determinar si su realización realmente mejora la supervivencia de estos pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación externa para la realización de la investigación.

Bibliografía

1. El Sharouni MA, Witkamp AJ, Sigurdsson V, van Diest PJ. Trends in sentinel lymph node biopsy enactment for cutaneous melanoma. *Ann Surg Oncol*. 2019;26:1494–502.
2. Stewart CL, Gleisner A, Kwak J, Chapman B, Pearlman N, Gajdos C, et al. Implications of sentinel lymph node drainage to multiple basins in head and neck melanoma. *Ann Surg Oncol*. 2017;24:1386–91.
3. Pieter JT, Nieweg EO, van den Brekel MWM, Balm AJM. Dilemma of clinically node-negative head and neck melanoma: outcome of “watch and wait” policy, elective lymph node dissection, and sentinel node biopsy - a systematic review. *Head Neck*. 2008;30:380–9.
4. Vahabzadeh-Hagh AM, Blackwell KE, Abemayor E, John MAST. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma of the head and neck using the indocyanine green SPY Elite system. *Am J Otolaryngol*. 2018;39:485–8.
5. Pavri SN, Gary C, Martinez RS, Kim S, Han D, Ariyan S, et al. Nonvisualization of sentinel lymph nodes by lymphoscintigraphy in primary cutaneous melanoma: incidence, risk factors, and a review of management options. *Plast Reconstr Surg*. 2018;142:527e–34e.