

Melanoma maligno

Conducta con los ganglios

Dr. AGUSTIN E. D'AURIA *

Los melanomas se propagan por vía sanguínea en un 25 % de los casos y por vía linfática en un 75 % (16). Nada se puede hacer desde el punto de vista quirúrgico en el primer caso; mucho se logra en los últimos con una correcta terapéutica quirúrgica.

Expondremos nuestra opinión referente a diversos aspectos de una conducta, el vaciamiento ganglionar, que actúa tratando de detener la progresión linfática del melanoma.

A) ¿VALE LA PENA REALIZAR VACIAMIENTOS LINFATICOS EN CONTINUIDAD?

Entendemos por tal procedimiento la extirpación de la lesión primaria, los linfáticos eférentes a ella y los ganglios regionales, el todo constituyendo un monoblock.

Hay una unanimidad de opiniones en el sentido de la utilidad de tal conducta, que constituye una operación oncológicamente correcta. Sería aplicar al melanoma el concepto creado por Halsted para el neoplasma de mama. El inconveniente radica que el primario

debe necesariamente estar adyacente a los ganglios linfáticos regionales, lo que limita este tipo de intervención a los melanomas de cara, o raíz de miembros, o de tronco cercanos a las vertientes linfáticas.

B) ¿VALE LA PENA REALIZAR VACIAMIENTOS PROFILACTICOS EN DISCONTINUIDAD,

Existen opiniones muy variadas al respecto: no sólo entre diferentes instituciones sino entre diversos servicios del mismo centro asistencial (3, 13).

1. Debe realizarse la disección profiláctica en todos los casos.

Argumentos a favor.

- a) Alta frecuencia (38 %) de ganglios positivos histológicamente y clínicamente no palpables (6). Altísimo porcentaje (90 %) de ganglios contaminados en autopsias de pacientes con melanoma (4). La disección profiláctica evitaría "estar corriendo detrás del tumor".
- b) La disección profiláctica formaría una barrera que impediría la progresión de los melanomas de las extremidades hacia el tronco.

Trabajo del Equipo Oncológico de la Clínica Quirúrgica "B", Prof. Jorge Pradines.

* Docente Adscripto de Clínica Quirúrgica.

- c) La sobrevida de los pacientes sometidos a vaciamentos profilácticos es mayor que la de aquellos en los que se espera a realizar un vaciamento terapéutico (11).
- d) Permitiría realizar medidas efectivas en medios como el nuestro donde el seguimiento correcto de los pacientes sería imposible.

Los vaciamentos profilácticos pueden ser hechos concomitantemente con la extirpación del primario (7), a los 14 días (13) o a las 6 semanas de ella; quienes demoran lo hacen basados en que permitiría la migración de las células melánicas hacia los ganglios que serían extirpados luego con el vaciamento.

2. No deben realizarse vaciamentos profilácticos discontinuos en ningún caso: deben hacerse solamente vaciamentos terapéuticos.

Argumentos contrarios al vaciamentos profiláctico.

a) Se evita que por lo menos 3 de cada 4 pacientes sean sometidos a un procedimiento inútil: el porcentaje de contaminación de los ganglios linfáticos sin traducción clínica es del orden del 17 al 20 % (16), muy inferior a los citados anteriormente.

No se puede además comparar las metástasis ganglionares de todos los pacientes con melanoma en todos los estadios de la enfermedad, con un grupo seleccionado, libre de toda evidencia clínica de metástasis en el momento del diagnóstico inicial (15).

b) La disección profiláctica no impide la progresión de los melanomas desde las extremidades hacia el tronco: la célula melánica busca linfáticos subcutáneos para hacerlo. Lo que sí logra el vaciamento profiláctico es interrumpir la corriente linfática, lo que hace que tales células melánicas sean enviadas en forma retrógrada hacia los linfáticos subdérmicos, dando origen a las metástasis "en tránsito", de tratamiento mucho más difícil que la contaminación ganglionar. 20 % de los vaciamentos profilácticos presentarían esta evolución para Moore (10).

c) La disección profiláctica elimina ganglios, que cumplen una doble función: 1) *Mecánica*, estudiada por la escuela de Birmingham (2) donde se muestra que el ganglio sirve de barrera hasta que el aumento de presión intralinfática es tal que determina una derivación de las células melánicas hacia ganglios más altos en la cadena, o apertura de comunicaciones linfovenosas.

2) *Biológica*. El ganglio tendría una función de patrocinador de anticuerpos antitumorales (9). Esta acción de defensa del ganglio sería exclusiva en los primeros momentos de aparición del tumor; posteriormente se formarían clones de linfocitos inmunocompetentes que poblarían los órganos linfoides y la sangre del paciente, de modo que la extirpación de los ganglios linfáticos regionales no afectaría la respuesta inmunológica del huésped al tumor (14).

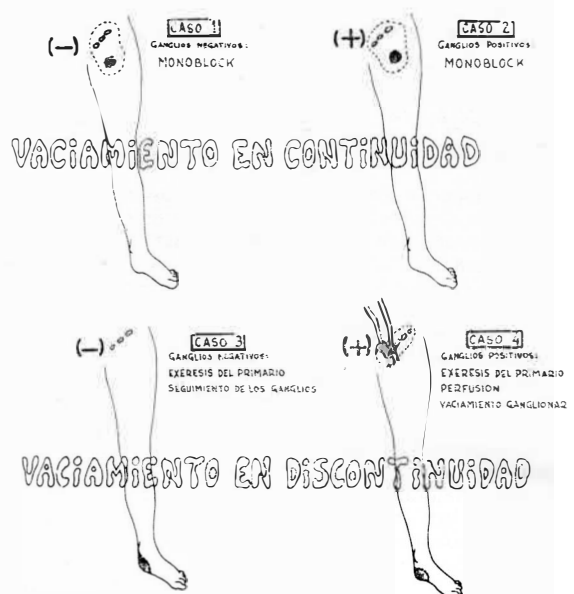


FIG. 1.— Esquema de la conducta con los ganglios.

d) La sobrevida sería mayor en los pacientes N_{1a} , con ganglios clínicamente palpables e histológicamente negativos, que en los N_0 , es decir sin ganglios palpables; el proceso de defensa se traduciría por una reacción inflamatoria a nivel del ganglio (18).

e) Quien se preocupa, logra un seguimiento correcto de sus pacientes.

3. Deben realizarse vaciamentos profilácticos, pero discriminados.

a) Según el lugar de origen del primario.

Cabría realizar vaciamentos profilácticos en cabeza y cuello y miembro superior, pero no en miembro inferior, dadas las frecuentes complicaciones de los vaciamentos inguinales tales como las necrosis de piel, el prolongado drenaje linfático, infección de la herida, edema de pierna y presencia de lesiones "en tránsito" en porcentaje apreciable. Es la opinión del Roswell Park (10).

b) Según la invasión del melanoma en profundidad.

Se ha observado que en los grados II de la clasificación de Wallace Clark (señalada por el Dr. De los Santos en capítulo precedente) darían metástasis ganglionares en un 6 % de los casos, mientras que el grado III lo haría en un 29 %, el IV en un 32 % y el V en un 63 % (5). Si estadísticamente se sabe que todo tumor que tiene un porcentaje de metástasis superior al 20 % ve mejorada su sobrevida al realizar una disección profiláctica, cabe pues realizar vaciamentos profilácticos en los grados III, IV y V y abstenerse de ellos en los grados I y II de Clark, conducta ya adoptada en el Léon Berard de Lyon (Mayer) (8).

4. Nuestra posición.

Es difícil establecer una posición en este espinoso problema. Reconoce Ariel (1) que "el tratamiento correcto de un melanoma distante del escalón primario de ganglios linfáticos que drenan el sitio del tumor maligno permanece un enigma".

Creemos que se hará la luz cuando estén prontos los resultados de un estudio clínico prospectivo al azar organizado por el Centro Internacional de Referencia para Melanoma de la Organización Mundial de la Salud (I.R.C.), al que nos honramos en pertenecer. Los pacientes, portadores de melanomas distales de extremidades, de tamaño no mayor de 5 cms., sin ganglios regionales palpables, son divididos en dos grupos: en el primero, son sometidos a vaciamientos profilácticos; en el segundo, la intervención queda librada al azar (19).

Los resultados estadísticos recién estarán prontos para 1976, pero habiéndose computado ya 491 de los 500 necesarios para el estudio, parece surgir que *no existiría diferencia apreciable de sobrevida entre aquellos pacientes sometidos a vaciamientos profilácticos con respecto a aquellos en que no se realizaron tales vaciamientos.*

Frente a la posibilidad de realizar vaciamientos discriminados de acuerdo con la clasificación de Clark señalada anteriormente, el I.R.C. va a realizar un estudio al azar siguiendo las preceptivas de disecciones profilácticas para los grados III, IV y V; aunque señalando que la correcta clasificación de Clark es difícil de realizar en centros medianamente equipados.

5. ¿Vale la pena realizar vaciamientos terapéuticos?

Cuando existe contaminación histológica del ganglio, la sobrevida al cabo de 5 años baja del 70 % al 15 %.

Hay casi unanimidad que, con tal que no existan lesiones a distancia, el vaciamiento de los ganglios tomados debe ser hecho.

Una excepción parece ser la conducta del Instituto Roswell Park, donde se limitan a realizar vaciamientos terapéuticos en miembro inferior cuando están tomados los ganglios superficiales y sólo si los ganglios son pequeños y no están fusionados. La presencia de ganglios inguinales profundos e ilíacos o la fusión ganglionar harían del vaciamiento un gesto tardío. No compartimos esta idea pues nuestra experiencia ha mostrado sobrevidas apreciables luego de vaciamientos realizados en pacientes que se encontraban en tales condiciones.

6. ¿Vale la pena realizar vaciamientos ganglionares con un primario desconocido?

Creemos que el enfermo debe ser exhaustivamente estudiado. De no encontrarse el melanoma primario en piel ni en mucosas ni en el ojo; si el paciente relata antecedentes de

una lesión pigmentada situada en el área cuyos linfáticos drenan en los ganglios tomados, y la lesión pigmentada exhibió cambios que orientan hacia melanoma, retrocediendo luego, puede tratarse de una *regresión espontánea del primario con metástasis regionales*. Tal fenómeno se ve entre un 3 % (10) y un 8 % (16) de la totalidad de los melanomas.

De cualquier modo, la realización de un amplio vaciamiento puede contribuir a lograr sobrevidas importantes.

RESUMEN

Los vaciamientos ganglionares pueden evitar la diseminación linfática de los melanomas, lo cual ocurre en un 75 % de los casos. Deben realizarse vaciamientos profilácticos en continuidad cuando el primario está adyacente a los ganglios regionales. Se resumen amplias discusiones sobre si deben o no realizarse vaciamientos profilácticos en discontinuidad; la respuesta parece provenir de estudios prospectivos realizados al azar por la I.R.C. para melanoma de la O.M.S. Por el momento no parecen estar justificados los vaciamientos profilácticos cuando el primario está distante de los ganglios.

Los vaciamientos terapéuticos deben realizarse, salvo existencia de diseminación. No obstante desconocer el primario, debe realizarse un vaciamiento si hay ganglios positivos.

RÉSUMÉ

Les évidements ganglionnaires peuvent éviter la dissémination lymphatique des mélanomes, qui a lieu dans 75 % des cas. Il faut pratiquer des évidements prophylactiques continus lorsque le mélanome primaire est adjacenc aux ganglions régionaux. L'auteur résume de longues discussions relatives à la nécessité des évidements prophylactiques discontinus; la réponse semble être donnée par des études prospectives réalisées au hasard par la I.R.C. pour le mélanome de l'O.M.S. Pour l'instant les évidements prophylactiques ne semblent pas être justifiés lorsque le mélanome primaire est loin des ganglions.

Les évidements thérapeutiques doivent être pratiqués, sauf s'il existe une dissémination. S'il y a des ganglions positifs il faut pratiquer un évidement même si on ignore qu'existe un mélanome primaire.

SUMMARY

Lymph node dissections prevent lymphatic disseminations in melanomas, a fact which happens in 75 % of the cases. Prophylactic in continuity dissections should be performed when the primary lies next to the regional lymph nodes. Pro and con of prophylactic discontinuous dissections have been discussed for decades and are summarized here. Prospective randomized studies of the I.R.C. for melanoma of the W.H.O. will give the answer to the problem. It seems at the present time that prophylactic lymphadenectomies are not justified when the primary is distant from the regional lymph nodes.

Therapeutic dissections should be performed unless general dissemination is present. In spite of not finding the primary lesion, a dissection should be done if lymph nodes are positive.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIEL, I. A. The extended radical groin dissection for melanomas of the lower extremity. *Surg. Gynec. Obstet.*, 132: 116, 1971.
2. Breast Cancer Symposium. *Br. J. Surg.*, 56: 782, 1969.
3. CATLIN, D. Melanomas of the skin of the head and neck. *Ann. Surg.*, 140: 796, 1954.
4. DAS GUPTA, T. and McNEER, G. P. The incidence of metastasis to accesible lymph nodes from melanoma of the trunk and extremities. Its therapeutic significance. *Cancer*, 17: 897, 1964.
5. DONNELLAN, M. J.; SEEMAYER, T.; HUVOS, A. G.; MIKEN, V.; STRONG, E. W. Clinicopathologic study of cutaneous melanoma of the head and neck. *Am. J. Surg.*, 124: 450, 1972.
6. FORTNER, J. G.; BOOHER, R. J.; PACK, G. T. Results of groin dissection for malignant melanoma in 220 patients. *Surgery*, 55: 485, 1964.
7. GUISS, L. W. and MACDONALD, I. The role of regional lymphadenectomy in treatment of melanoma. *Am. J. Surg.*, 104: 135, 1962.
8. MAYER, M. Comunicación a las jornadas en homenaje al Prof. Marcel Dargent. Buenos Aires, set. 20, 1973.
9. MITCHINSON, N. A. Studies in the immunological response to foreign tumor transplants in the mouse. I. The role of lymph node cells on conferring immunity by active transfer. *J. Exp. Med.*, 102: 157, 1955.
10. MOORE, G. E. and GERNER, R. E. Malignant melanoma. *Surg., Gynec. Obstet.*, 132: 427, 1971.
11. MUNDTH, E. D.; GURALNICK, E. A. and BAKER, J. W. Malignant melanoma. A clinical study of 427 patients. *Ann. Surg.*, 162: 15, 1965.
12. PACK, G. T. End results in the treatment of malignant melanoma. *Surgery*, 46: 447, 1965.
13. PACK, G. T.; SCHARNAGEL, I.; MORFIT, M. The principle of excision and dissection incontinuity for primary and metastatic melanoma of the skin. *Surgery*, 17: 849, 1955.
14. PYLCH, Y. H.; BARD, D. S.; RAMMING, K. P. The role of regional lymph nodes in the development of host immunological response to tumors. *Am. J. Roentgenology*, 111: 48, 1971.
15. STALEY, Ch. J. A consideration of prophylactic lymph node dissection. *Surg. Clin. North Am.*, 43: 49, 1963.
16. STEHLIN, J. S. jr.; SMITH, J. L.; CLARK, R. L. Malignant melanoma: Diagnosis and current treatment. *Surg. Clin. North Am.*, 42: 455, 1962.
17. STEHLIN, J. S. jr. and CLARK, R. L. Melanoma of the extremities. Experience with conventional treatment and perfusion in 339 cases. *Am. J. Surg.*, 110: 366, 1965.
18. VERONESI, U. Comunicación a los congresos integrados de Cancerología. San Pablo, set. 1969.
19. VERONESI, U. y CASCINELLI, N. Nuevas perspectivas de la investigación sobre el melanoma. *Crónica de la O.M.S.*, 27: 367, 1973.