

REPÚBLICA DEL PERÚ



Resolución Jefatural

Lima, 20 de OCTUBRE del 2009

VISTOS; El Informe N° 008-2009-DNCC-DICON/INEN, del Jefe del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos de la Dirección de Control del Cáncer del INEN;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748 se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía, entre otros, de carácter normativo, adscrito al Sector Salud;

Que, el Artículo 37-A° del Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2002-SA y sus modificatorias precisan que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del INEN aprobado con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, precisa en el Artículo 3° su autonomía normativa en el extremo de normar técnicamente la promoción, prevención, diagnóstico, manejo, rehabilitación y seguimiento del cáncer en el País, dentro del marco de las políticas sectoriales, refiriéndose éstas como "normas técnicas oncológicas"; ello en concordancia con lo establecido por el literal g) del Artículo 6° del ROF que precisa como función general del INEN el Innovar, emitir y difundir, a nivel nacional, las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades neoplásicas, recuperación de la salud, rehabilitación y otros procesos relacionados específicamente con el campo oncológico;

Que, del mismo modo, el Artículo 24° del ROF precisa que la Dirección de Control del Cáncer es el órgano técnico-normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, a nivel nacional, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiología, de información para la salud, de investigación en oncología y de docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;



Que, en ese orden de ideas, mediante el documento de vistos se ha presentado para su aprobación la "Guía de Prácticas Clínicas en Cáncer de Piel" (Melanoma maligno de tronco y extremidades), la misma que cuenta con el visto bueno de la Dirección de Control del Cáncer y sus unidades orgánicas, por lo que es necesario oficializar la misma como una norma técnica oncológica de carácter referencial para su difusión y aplicación institucional en cumplimiento de las normas precitadas;

En uso de las atribuciones establecidas en el Artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN, en concordancia con lo establecido en el literal g) de su Artículo 6°;

Con el visado de la Sub Jefatura Institucional, Secretaría General, Dirección de Control del Cáncer y la Oficina de Asesoría Jurídica del INEN;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la "Guía de Prácticas Clínicas en Cáncer de Piel" (Melanoma maligno de tronco y extremidades), la misma que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución a la Dirección de Control del Cáncer en el marco de la autonomía normativa del INEN conforme a su Ley de creación.

ARTÍCULO TERCERO: Encargar su publicación en el Portal Web Institucional a la Oficina Ejecutiva de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN.



ARTÍCULO CUARTO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Dr. Raúl Cordeiro García Zapatero
Jefe (e) Institucional

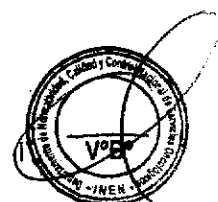


GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS EN
CÁNCER DE PIEL
(MELANOMA MALIGNO DE TRONCO Y
EXTREMIDADES)

INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Dr. José Manuel Cotrina
Dr. Milko Garcés
Dr. Luis Taxa

2009



FACTORES DE RIESGO

LUZ ULTRAVIOLETA Y MELANOMA MALIGNO

Hay pruebas indirectas que muestran que evitar el sol y/o medidas de protección solar pueden reducir el riesgo de melanoma. Control de casos de estudios y ensayos clínicos no han demostrado reducción o aumento de la incidencia en melanoma con protección solar.

Dos revisiones sistemáticas han demostrado que la exposición al sol aumenta el riesgo de melanoma. El primero concluyó que la exposición intermitente no acostumbrada era más importante que la edad de las quemaduras solares. El segundo concluyó que la exposición de altos niveles de exposición en la infancia era un determinante de riesgo y que la exposición en la edad adulta también desempeña un papel importante.

TIPOS DE PIEL

Los pacientes con lunares > 5 mm pudieran tener mayor riesgo de tener melanoma maligno en el transcurso de su vida.



SÍNDROME DE NEVUS DISPLÁSICO

Pacientes con nevos atípicos múltiples tienen mayor riesgo de tener melanoma maligno en el transcurso de su vida.

HERENCIA

Paciente con familiares con diagnóstico de nevos atípicos tienen mayor riesgo de tener melanoma maligno en el transcurso de su vida.

Pacientes con antecedente de melanoma maligno tienen mayor riesgo de tener nuevo melanoma maligno.



2



GENÉTICA

2% de los melanomas son atribuibles a la herencia genética de susceptibilidad. Un porcentaje similar de pacientes con melanoma provienen de familias "propensas a melanoma" con tres o más parientes de primer grado con melanoma. Los miembros de esa familia tienen riesgo mayor de desarrollar melanoma. Mutaciones en el gen CDKM2A en un 20 - 30% de familias propensas de melanoma. Otra mutación en el gen CDK4 se ha encontrado en tres familias.

EXPOSICIÓN AL SUELO (TIERRA)

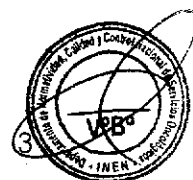
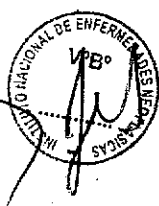
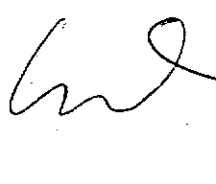
Según la experiencia en el INEN, el mayor porcentaje de melanoma maligno en el Perú, se ubica en la planta de los pies. El típico paciente con melanoma maligno en la planta de los pies es un paciente que vive en el campo y que generalmente no usa zapatos.

DESPISTAJE

Educar al público en general podría ser importante medida preventiva y disminuir la mortalidad por melanoma maligno.

INDICADORES DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

La gran mayoría de los melanomas son visibles, si no para el paciente, por lo menos a amigos, familiares o profesionales de la salud. Los miembros del público en general y los profesionales de la salud deben ser conscientes de los signos que sugieran la presencia de melanoma. En el Perú, la incidencia de melanoma maligno es ligeramente más frecuente en la mujer que en el hombre, con una relación de 0,96 (epidemiología en el Perú), el sitio más frecuente son las extremidades inferiores en ambos sexos, seguido del tronco en el hombre y las extremidades superiores en la mujer; el lugar de procedencia más frecuente es Lima, seguido de Junín y Cajamarca respectivamente; finalmente, el pico de incidencia es a la edad de 45 años.



TIPOS DE MELANOMA

Los melanomas se subdividen en los tipos sobre la base de las características clínicas y patológicas:

1 MELANOMA DE EXTENSIÓN SUPERFICIAL (MES)

Este es el tipo más frecuente, caracterizado por ser una lesión pigmentada, asimétrica con bordes irregulares, pigmentación irregular y, a veces, un contorno irregular. Los pacientes pueden haber notado un crecimiento, cambios en el color, presencia de costra, sangrado o inflamación de la lesión. La duración de los síntomas varía de pocos meses a varios años.

2 MELANOMA NODULAR (MN)

El segundo tipo más frecuente. Usualmente tiene una presentación corta y una gran tendencia al sangrado y/o ulceración.

3 MELANOMA LENTIGO MALIGNO (MLM)

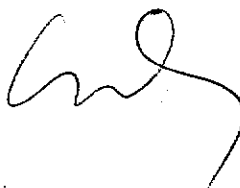

El siguiente en frecuencia que ocurre más comúnmente en la piel expuesta por el sol en la región de cabeza y cuello de pacientes ancianos. Esta es la única variedad que tiene una lesión claramente reconocida y de larga evolución pre-invasiva (in situ) llamado lentigo maligno antes de progresar en algunas circunstancias a un melanoma invasivo.

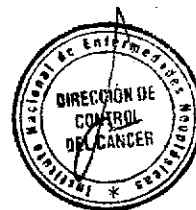
4 MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL (MLA)

El tipo menos común, ocurre en sitios que incluyen la palma de las manos, plantas de pie y debajo de las uñas.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Lesiones pigmentadas sospechosas son mejor examinadas con una buena luz con o sin magnificación y deben ser evaluadas usando una lista de 7 puntos con criterios mayores y menores "check list" o bajo un sistema de ABCDE, la presencia de alguna característica mayor de la lista o alguna de las características del sistema ABCDE es una indicación para derivar al paciente. La presencia de características menores debe incrementar la sospecha. Es aceptado que algunos melanomas no tienen características mayores.



4

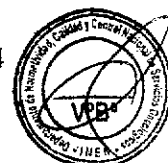


TABLA 1. SISTEMA DE 7 PUNTOS

CARACTERÍSTICAS MAYORES	CARACTERÍSTICAS MENORES
Cambios en el tamaño de la lesión	Inflamación
Pigmentación irregular	Sensación de prurito
Bordes irregulares	Lesión mayor que las otras
	Lesión con costra

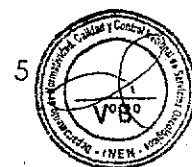
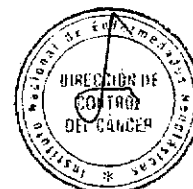
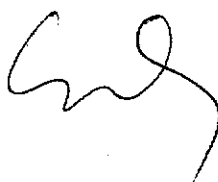
TABLA 2. SISTEMA ABCDE

A	A simetría geométrica en dos ejes
B	B ordes irregulares
C	Al menos dos C olores diferentes en la lesión
D	D íámetro máximo >6 mm
E	E levación de la lesión

El diagnóstico clínico de melanoma es difícil y la exactitud del diagnóstico puede variar acorde a los niveles clínicos de experiencia con reportes de considerable variación en la sensibilidad de 50 a 86% y una relación inversa entre sensibilidad y experiencia.

La dermatoscopia de alta magnificación es más sensible que el diagnóstico sin dermatoscopia cuando es utilizado por clínicos con experiencia de la técnica. La alta magnificación requiere de equipos más sofisticados que los dermatoscopios actualmente usados.

Clínicos entrenados para ser expertos en el manejo del dermatoscopio, mejoraron su capacidad diagnóstico pero eso disminuyó la sensibilidad de los diagnósticos de dermatólogos no expertos o sin entrenamiento. Estudios observacionales que compararon la excisión y la evaluación patológica contra otros métodos pre-operatorios de diagnóstico incluyendo resonancia magnética, ultrasonido de alta resolución e imágenes digitales de posibles melanomas. Esos estudios fallaron en mostrar significativos beneficios de equipos especializados que es improbable que sean disponibles.



PRIMARIO DESCONOCIDO

Cuando los melanomas se presentan como una metástasis de primario desconocido, el paciente debe ser referido al especialista regional apropiado.

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO

Nueve estudios observacionales que exploraron un retardo en el diagnóstico fueron evaluados. Un retardo significativo (> 3 meses) en el diagnóstico de melanoma invasivo están relacionados usualmente al paciente más que al clínico.

Varios estudios mostraron retrasos en pacientes ancianos, en hombres en zonas rurales menos urbanas y en melanomas plantares.

El retraso por causa médica representa una pequeña parte del retraso total en el diagnóstico. El retraso médico fue corto y el Breslow fue menor cuando el paciente fue visto por un dermatólogo comparado con un médico general.

EDUCANDO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE EL DIAGNÓSTICO

La capacitación de profesionales de la salud a través de algoritmos, libros, cámaras y sesiones de retroalimentación; como ayuda diagnóstica en otros países, demostró una mejor habilidad en los cuidados primarios de lesiones sospechosas.

BIOPSIA DE LESIONES SOSPECHOSAS

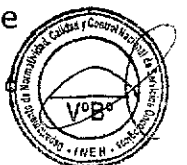
La biopsia de las lesiones altamente sospechosas deben ser referidas al especialista apropiado acorde a las circunstancias locales.

El espécimen óptimo para evaluación histológica de una lesión sospechosa de melanoma, es una excisión completa con un margen de 2 mm de piel normal y que incluya una porción de grasa. El margen quirúrgico exacto de la biopsia excisional debe ser indicado en una nota operatoria.

MELANOMA LENTIGO MALIGNO

Biopsia de un melanoma lentigo maligno in situ y de uno invasivo debe ser tomada con otros criterios. Por la ubicación y el gran tamaño de



tales lesiones lo indicado es una biopsia incisional del área clínicamente más sospechosa.

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO

Manejo de la pieza operatoria

El tratamiento, seguimiento de pacientes con melanoma son completamente dependientes del diagnóstico patológico y estadiaje microscópico. La descripción microscópica del espécimen junto con métodos adecuados y apropiados de la selección de bloques es central para este proceso.

Descripción microscópica de la lesión

- Describir el tipo de biopsia sea excisional, incisional o punch.
- Describir y medir la biopsia (en mm)
- Mencionar el tamaño de la lesión en mm y describir la lesión en detalle (forma, patrón de distribución de la pigmentación, presencia o ausencia de componente nodular y presencia o ausencia de ulceración).
- Describir la distancia de la lesión (en mm) a los márgenes laterales más cercanos y el margen profundo.

Selección del tejido

- La lesión entera debe ser incluida para examen histopatológico.
- La lesión debe ser seccionada transversalmente a intervalos de 3 mm.

Nota: Una fotografía del espécimen microscópico puede ser de gran valor, especialmente si el origen preciso del bloque marcado es concordante con la fotografía para permitir una orientación exacta.



INDICADORES PRONÓSTICOS

TIPO HISTOGENÉTICO

El melanoma de extensión superficial es menos propenso a recurrir comparado al melanoma regular; sin embargo, ambos grupos tienen sobrevidas similares cuando son comparados por el espesor del tumor.

Aunque la mayoría de estudios no demuestra una asociación entre su tipo histogenético y evolución, el tipo histogenético parece jugar un rol en determinar la probabilidad de recurrencia.

TIPO CELULAR

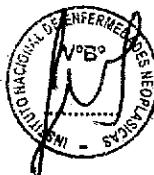
La relación entre el tipo celular no es clara. Estudios que examinan melanomas de todos los grosores tienden a demostrar ninguna evidencia de relación o una asociación débil que se pierde con los análisis multivariados; sin embargo, la presencia de células de melanoma fusocelulares o semejantes a spitz pueden conferir una discreta ventaja en la sobrevida.

FASE DE CRECIMIENTO RADIAL VERSUS VERTICAL

La fase de crecimiento tumoral correlaciona fuertemente con la evolución clínica. El OR de sobrevida para un paciente con melanoma en fase de crecimiento radial para 8 años fue de 1.0. Por lo tanto, las características de la fase de crecimiento deben ser consignadas en el reporte patológico de todos los melanomas excepto en melanoma nodular el cual, por definición, muestra solo fase de crecimiento vertical.

ESPESOR DE BRESLOW

Una fuerte asociación entre espesor del tumor y pronóstico fue fuertemente demostrado por Breslow y desde entonces verificado en muchos estudios a gran escala de melanoma. El espesor de Breslow es la única variable pronóstica de mayor importancia en melanoma cutáneo primario.



NIVEL DE CLARK

El nivel de Clark proporciona información pronóstica adicional en pacientes con espesor Breslow < 1 mm. Por lo tanto el nivel Clark de invasión debe ser consignado cuando la invasión tiene una extensión de <1mm.

ULCERACIÓN

Ulceración ha sido confirmado como una variable pronóstica fuerte en recientes estudios a gran escala validados por la Guía de la AJCC. Otros estudios también mostraron que el incremento en el diámetro de la úlcera está asociado con un pronóstico desfavorable, por lo que el diámetro de la úlcera debe ser reportado en mm.

ÍNDICE MITÓTICO

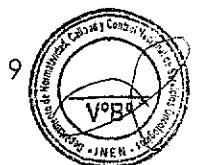
Aunque algunos estudios demostraron niveles mitóticos como una variable pronóstica significativa, el impacto exacto de este parámetro no es claro. Es conveniente expresar el índice mitótico en términos de mitosis por mm^2 , en el componente de la fase de crecimiento vertical.

REACCIÓN INFLAMATORIA

La asociación entre ventaja en la sobrevida y la presencia de linfocitos infiltrando el tumor dentro del componente de crecimiento vertical no está claro. Esta variable debe ser reportada usando el sistema de clasificación Clark.

REGRESIÓN

Hay una asociación adversa entre evidencia histológica de regresión y evolución, pero el impacto de esta relación está en debate. La extensión de la regresión tardía puede indicar que el melanoma algunas veces, fue significativamente más grueso de lo que aparenta ahora, lo que puede significar un sub-estadiaje.



INVASIÓN LINFOVASCULAR Y SATELITÓSIS

Revisiones sistemáticas encuentran que el pronóstico de pacientes con microsatélites es esencialmente idéntico al de pacientes con macrosatélites. No hay diferencia demostrable en la sobrevida para pacientes con satélites comparado con metástasis en transito.

La identificación de invasión linfovascular y/o satelitosis microscópica confiere considerable valor pronóstico. La presencia de invasión linfática predice recaída cutánea temprana y debe ser incluido como un criterio de estratificación para la selección de pacientes para terapia adyuvante.

La identificación histológica de microsatélites también define un número de pacientes con mayor recaída. La presencia de microsatélites correlaciona fuertemente con enfermedad metastásica oculta en ganglios linfáticos regionales.

DERIVANDO EN UN ÍNDICE PRONÓSTICO

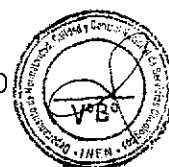
Desarrollo de modelos para predecir la sobrevida de pacientes con melanoma, es altamente complejo para comparar datos clínicos e histopatológicos que demuestren ser de significancia pronóstica independiente. El modelo Cochrane predice la sobrevida a 3,5 y 10 años, basado en datos clínicos simples (edad, sexo y localización anatómica) en combinación con el espesor Breslow y el diámetro de la úlcera epidermal.

ESPECIALISTA EN REPORTE PATOLÓGICO

Existen grandes discrepancias entre patólogos generales, dermatólogos y entre expertos en lesiones pigmentadas, en los reportes de tumores melanocíticos. Ambos, un sub y sobre diagnóstico de malignidad es reconocido y para melanoma, hay pobre concordancia en la evaluación de parámetros pronósticos. Patólogos responsables de reportar lesiones melanocíticas deben estar concientes de las fallas diagnósticas en esta área. Participación en programas de capacitación continua es recomendable.



10



REPORTE PATOLÓGICO DE MELANOMA

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES	CARACTERÍSTICAS RECOMENDABLES
Espesor Breslow	Tipo histogenético
Nivel Clark (Breslow < 1 mm)	Tipo celular
Ulceración	Respuesta inflamatoria del huésped
Fase de crecimiento	Índice mitótico
Invasión linfovascular	
Satelitosis microscópica	
Distancia al margen microscópico	

EXAMEN PATOLÓGICO Y DISECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA

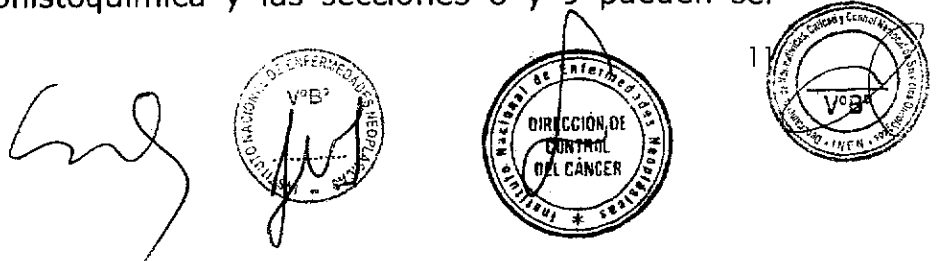
El reporte quirúrgico debe incluir:

- EL número exacto de ganglios linfáticos dentro del espécimen resecado.
- El número total de ganglios conteniendo enfermedad metastásica.
- Extensión extracapsular.

Cuando el examen macroscópico revela metástasis ganglionar, un único bloque del tejido es suficiente para confirmar la observación. Ganglios que parecen libres de tumor deben ser cortados de forma seriada y todo el tejido procesado.

Ganglios linfáticos identificados por linfocintigrafía deben ser fijados en formalina por 24 hrs. para permitir una disminución de la radioactividad.

Cuando el patent blue fue utilizado, el ganglio centinela debe ser examinado macroscópicamente, cortado por su circunferencia mayor y ambas mitades procesadas para la obtención de 10 secciones seriadas. Las secciones 1, 3, 5 y 10 deben ser examinadas con tinción de H-E. Secciones 2 y 4 deben ser teñidas con inmunohistoquímica para proteína S-100 y HMV-45. Secciones 6 y 7 actúan como controles negativos para inmunohistoquímica y las secciones 8 y 9 pueden ser



usadas para estudios adicionales o para repetir cualquier tinción insatisfactoria. Si la apariencia en el primer grupo de 10 secciones son sospechosas entonces un grupo adicional de 10 secciones pueden ser cortadas y teñidas.

Aunque la inmunohistoquímica facilita la detección de melanoma en ganglio centinela, existe la posibilidad de resultados falsos positivos, por ejemplo, la interpretación de células nevicas capsulares. Esto puede ser minimizado por la evaluación cuidadosa de las preparaciones.

Grupos de secciones a múltiples niveles a través del ganglio centinela son a veces examinadas pero no hay una evidencia de que tal riguroso muestreo incremente el rendimiento diagnóstico.

TRATAMIENTO DEL MELANOMA MALIGNO

MANEJO QUIRÚRGICO

MARGENES

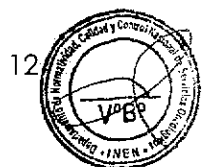
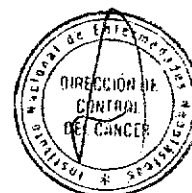
Se recomienda márgenes amplios de escisión en el manejo de melanoma maligno en relación al Breslow de la lesión.

Una comparación de 1 cm y 3 cm de márgenes de los tumores de hasta 2 mm de espesor, no encontró diferencia en la supervivencia global entre los dos grupos. Un pequeño número de pacientes con lesiones más gruesas que 1mm desarrolló recurrencia local. Un margen de 1 cm, por lo tanto, debería ser suficiente para los melanomas de menos de 1 mm de espesor. Por lesiones entre 1-2 mm de espesor una escisión de anchura de 1-2 cm, debe considerarse en el contexto de una evaluación clínica completa.

Las siguientes recomendaciones de acuerdo a la TNM clasificación de estadiaje recientemente actualizada por el American Joint Committee on Cancer (AJCC).

En pTis (melanoma in situ) se recomienda escisión quirúrgica de 5 mm de margen para lograr la completa extirpación histológica.

En pT1 (melanoma 0 a 1 mm de espesor) se recomienda escisión quirúrgica de margen de 1 cm.



En pT2 (melanoma 1 a 2 mm de espesor) se recomienda escisión quirúrgica de margen de 1 a 2 cm.

En pT3 (melanoma 2 a 4 mm de espesor) se recomienda escisión quirúrgica de margen de 2 cm.

En pT4 (melanoma de 4 mm de espesor) se recomienda escisión quirúrgica de margen de 2 cm.

p = patológico T = tumor

El ancho de la escisión en los lugares de estética e importancia funcional sugerido debe considerarse. Los márgenes de escisión profunda deben incorporar el tejido adiposo, pero no la fascia profunda.

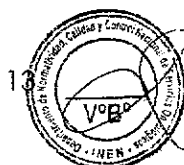
Se recomiendan que la distancia microscópica de la lesión a los márgenes lateral y profundo deben medirse en milímetros y los resultados se indican en el informe patológico.

MANEJO DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES

El examen de los ganglios linfáticos regionales es un componente esencial de la evaluación clínica de los melanomas. La presencia o ausencia de metástasis ganglionar es el factor pronóstico más importante.

El riesgo de desarrollar metástasis ganglionares aumenta con el grosor del melanoma primario. La metástasis a los ganglios linfáticos no es frecuente en los melanomas de menos de 1 mm de espesor. Al menos el 25% de los melanomas entre 1,5 y 4 mm tendrá metástasis microscópica de ganglios linfáticos en el momento del diagnóstico primario y esto se eleva a más del 60% de incidencia en los melanomas de más de 4 mm de espesor.

La metástasis ganglionar regional se asocia al peor pronóstico, siendo la supervivencia de menos de la mitad de los pacientes sin implicación ganglionar.



MANEJO DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS PALPABLES

Los pacientes con melanoma que tienen ganglio linfático palpable (s), ya sea en su primera presentación o en una visita de seguimiento deben tener una muestra tomada por aspiración con aguja fina citología (BAAF). Si la primera muestra no es satisfactoria o negativa con la sospecha persistente, esta debe repetirse. En caso de persistir la duda se puede realizar una biopsia quirúrgica.

Linfadenopatías regionales palpables deben ser plenamente investigadas en pacientes con melanoma primario.

Si se realiza la biopsia abierta la incisión debe efectuarse en la misma línea que en la de una potencial linfadenectomía radical.

DISECCIÓN TERAPÉUTICA DE GANGLIOS LINFÁTICOS

El compromiso ganglionar indica una fase avanzada de la enfermedad. La metástasis ganglionar de melanoma es una indicación de disección radical de todos los ganglios linfáticos regionales. El número de ganglios que participan es de importancia pronóstica. La supervivencia de diez años varía entre el 20 y el 45% dependiendo de la magnitud del compromiso ganglionar.



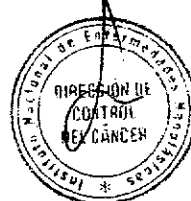
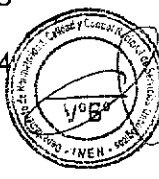
La disección terapéutica de ganglios linfáticos es beneficiosa en el control de la enfermedad locorregional.

Los ganglios de la región inguinal incluyen un grupo superficial de los ganglios inguinales por debajo del ligamento inguinal, el obturador y el grupo de ganglios ilíacos que se extienden en lo más profundo de la pelvis.

Disección de ganglios linfáticos regionales tiene una bien definida y significativa morbilidad y sólo debería llevarse a cabo por cirujanos con experiencia apropiada.

MANEJO DE LOS GANGLIOS NO PALPABLES

La alta incidencia de metástasis ocultas clínicamente impalpables en los ganglios ha llevado a los cirujanos a investigar los ganglios linfáticos

    14

regionales. Esto se logra por biopsia del ganglio linfático centinela.

DISECCIÓN GANGLIONAR LINFÁTICA ELECTIVA

El Intergroup Surgical Melanoma Trial identificó un pequeño subgrupo de pacientes con una posible ventaja en la supervivencia tras la disección electiva de ganglios linfáticos. Este subgrupo consistió de pacientes <60 años con melanomas no ulcerados de 1 a 2 mm de espesor situado en las extremidades. Biopsia del ganglio linfático centinela, ha sustituido la disección de ganglios linfáticos como un método en el estadiaje del resto de ganglios linfáticos regionales.

Disección electiva de ganglios linfáticos no debe ser realizada de forma rutinaria en pacientes con melanoma primario.



BIOPSIA DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS CENTINELA (BGLC)

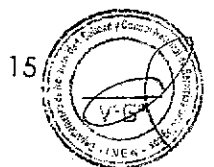
El ganglio centinela se define como el primer ganglio regional de drenaje de una lesión y es el ganglio de mayor riesgo para el desarrollo de metástasis. La biopsia de este ganglio puede ayudar en la estadificación de los pacientes.

En pacientes donde el ganglio centinela sea positivo para células neoplásicas, la práctica actual es realizar la disección radical de la zona regional donde se encuentra el ganglio afectado.

El estándar para la biopsia del ganglio centinela es un triple enfoque diagnóstico de linfocintigrafía, infiltración cutánea de tinta azul y localización utilizando una sonda de lectura de emisiones gamma de mano. Realizar BGLC quirúrgicas adecuadas requiere experiencia, servicios de medicina nuclear especializada, disponibilidad de sección de serie y técnica de inmunohistoquímica.

Biopsia del ganglio linfático centinela determina con precisión la presencia o ausencia de metástasis en la zona regional de los ganglios linfáticos y es una herramienta útil en el estadiaje en los melanomas de >1 mm. En los melanomas de grosor (>4 mm) que puede identificar un subconjunto de melanomas de mejor pronóstico que son ganglios negativos.



BGLC debe ser considerada como una técnica de estadiaje en pacientes con melanoma primario de $\geq 1\text{mm}$ de espesor o un melanoma primario $< 1\text{mm}$ de espesor de nivel 4 de Clark o que se encuentre ulcerado.

TRATAMIENTO ADYUVANTE PARA MELANOMA MALIGNO AVANZADO

Terapia de primera o segunda línea

Ensayos clínicos de preferencia

Dacarbazina (2B)

Temozolomide (2B)

Altas dosis de Interleukina-2 (2B)

Esquemas de quimioterapia o bioquimioterapia basados en Dacarbazina o Temozolomide (incluyendo cisplatino o vinblastina con o sin IL-2 interferon alfa) (2B)

Paclitaxel (2B)

Paclitaxel/cisplatino (2B)

Paclitaxel/carboplatino (2B)

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

Tratamiento adyuvante con hipofraccionamiento a la zona ganglionar debería ser considerado (2B) en pacientes EC IIIC. Esta recomendación esta basada en ensayos retrospectivos no controlados observacionales.

