

Discusión

Papel de la biopsia de ganglio centinela en el manejo diagnóstico-terapéutico del melanoma de cabeza y cuello. Comentario

Role of the sentinel node biopsy in the diagnosis and therapeutic management of head and neck melanoma

La incidencia creciente del melanoma cutáneo, en sus tres variantes más conocidas –Melanoma de Extensión Superficial (MES), Lentigo Maligno- Melanoma (LMM) y Melanoma nodular (MN)- es un hecho conocido que ocupa a la comunidad científica y cada vez más, a la sociedad en general. Un incremento del 5% anual, como reseñan los autores, es un dato muy preocupante.

En estas circunstancias, es de capital importancia contrastar la validez y eficacia de los nuevos métodos de detección precoz de las metástasis y su valor pronóstico. La Biopsia del Ganglio Centinela (BGC) es una técnica contrastada pero no exenta de controversia.

Los autores han realizado un trabajo riguroso desde el punto de vista metodológico y una notable aportación al estudio de las metástasis del melanoma cutáneo de cabeza y cuello. No obstante, se trata de un estudio retrospectivo, con una muestra reducida, lo que limita su significación a la hora de extraer conclusiones. Es muy llamativa, por otra parte, la duración del intervalo entre el momento del diagnóstico y la realización de la BGC, que es de 50,4 días y en algún caso supera los 90. Por otro lado, los autores realizaron ampliación de los márgenes quirúrgicos del primario en 10 de los 12 casos, sin revelar el motivo. La suma de ambos acontecimientos ha podido contribuir a modificar los resultados. Por otro lado, el criterio de selección de los pacientes según el grosor de los tumores, igual o superior a 1 mm o menor, pero con ulceración, no parece fiable. MacNeill et al¹ han publicado casos de tumores de grosor inferior a 1 mm, no ulcerados, con metástasis linfática determinada mediante BGC. La incidencia de ganglios metastáticos es baja, comparada con la de otros autores (MacNeill et al,¹ Maccauro y cols.),² pero coincide con los de Carlsson cols., (17,6%)³.

Tal y como se expone en el artículo, la técnica tiene una sensibilidad alta – 91,6% y hasta del 100% en alguna serie.¹ Puede ser una técnica útil por su valor pronóstico, pero no mejora la supervivencia y no está exenta de complicaciones. La escasa fiabilidad de las muestras ganglionares obtenidas mediante congelación puede incrementar también la posibilidad de error.

Bibliografía

1. MacNeill KN, Ghazarian D, McCreedy D, Rotstein L. Sentinel lymph node biopsy for cutaneous melanoma of the head and neck. *Ann Surg Oncol* 2005;12:726-32.
2. Maccauro M, Villano C, Aliberti G, Ferrari L, Castellani MR, Patuzzo R, Tshering D, Santinami M, Bombardieri E. Lymphoscintigraphy with intraoperative gamma probe sentinel node detection: clinical impact in patients with head and neck melanomas. *Q J Nucl Med Mol Imaging* 2005;49:245-51.
3. Carlson GW, Murray DI, Lyles RH, Hestley A, Cohen. Lymph node biopsy in the management of cutaneous head and neck melanoma. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:721-8.

Gabriel Forteza González

*Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial
Hospital Joan XXIII, Tarragona. España*

The growing incidence of cutaneous melanoma, in its three most common variants–Superficial Spreading Melanoma (SSM), Lentigo Maligna Melanoma (LMM) and Nodular Melanoma (NM) – is a well-known fact that is of concern to the scientific community and, increasingly, to the public in general. An annual increase of 5%, as the authors point out, is a very worrying figure.

Under these circumstances, it is very important to contrast the validity and efficiency of these new methods for the early detection of metastases, and their prognostic value. The Sentinel Node Biopsy (SNB) is a technique that has been verified but it is not free of controversy.

The authors have carried out a rigorous work from the methodical point of view and they have made a noteworthy contribution to the study of metastases in head and neck cutaneous melanoma. Nevertheless, it is a retrospective study with a reduced sample, which rather limits the significance of the conclusions drawn. What stands out in addition to this, is the length of the interval between the diagnosis and carrying out the SNB, which is 50.4 days and 90 days on some occasions. The authors also carried out a widening of the surgical margins of the primary tumor in 10 of the 12 cases without revealing the motive. Both things together could have contributed to a modification of the results. On the other hand, the criteria for choosing patients depending on whether the tumor thickness is 1 mm or above, or less than 1 mm but ulcerated, does not seem to be reliable. MacNeill et al¹ have published cases of tumors with a thickness of less than 1 mm, that were not ulcerated and that had lymphatic metastases confirmed by SNB. The incidence of metastatic nodes is low compared with other authors (MacNeill et al¹, Maccauro et al²), but it tallies with those of Carlsson et al (17,6%).³

As stated in the article, the sensitivity of the technique is high – 91.6% and even 100% in some series. It could be a useful technique for its prognostic value, but survival does not improve and it is not free of complications. The possibility of errors can also increase as a result of the frozen samples being unreliable.