

Melanoma del tronco

Dres. MIGUEL MATE y JULIO C. PRIARIO *

Constituye una localización predominante en el hombre (14) y en la casuística racional ocupa el tercer lugar detrás de miembros inferiores y cabeza y cuello: 13 % según Priario y Col. (11).

Se trata de una topografía lesional con caracteres de malignidad muy particular. Su extensión lesional sigue sin embargo los principios generales de la diseminación neoplásica:

- A) Por vía linfática, por permeación y embolización; y
- B) por vía hematógena.

PERMEACION LINFATICA

La colonización del tejido celular subcutáneo y estructuras dérmicas próximas al linfático afectado determinará implantes pigmentados subdérmicos metastásicos. Cuando ellos asientan en la inmediata vecindad del primitivo, las metástasis formarán un halo alrededor de aquel.

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Clínica Quirúrgica "B" Prof. J. Pradines. Seccional de Oncología. Fac. Med. Montevideo.

* Adjunto de Clínica Quirúrgica. Profesor Adjunto de Cirugía.

En la mayoría de los casos constituirán nódulos relativamente pequeños a escasos centímetros del primario. Estos se conocen con el nombre de satélites.

Handley (7) consideraba a la permeación linfática como la principal forma de diseminación a distancia; actualmente este concepto es rechazado por muchos autores. Para Willis (15) sería un modo de extensión local del tumor y no una vía metastásica.

Ocasionalmente pueden observarse nódulos secundarios a distancias mayores del melanoma maligno, hacia una estación ganglionar de drenaje. Se denominan metástasis "in transit" por la escuela sajona y se aceptan como emplazadas a lo largo de la vía linfática. En el caso particular de los originados en tronco, la visualización de esta forma de extensión lesional podría servir de guía para determinar la dirección de la colonización ganglionar que el primitivo seguirá.

La oclusión neoplásica de algún tronco linfático mayor, correspondiente al área de permeación linfática puede originar una embolia retrógrada y un crecimiento de las células tumorales en los propios linfáticos. Estos neoplasmas podrán originar, a su vez, focos o "satélites" secundarios que eventualmente pueden constituirse en otras tantas fuentes de permeación y diseminación ulterior.

METASTASIS LINFOGANGLIONAR

El compromiso de los ganglios linfáticos es un hecho constante en la evolución espontánea del melanoma maligno. Puede constituirse en etapas sumamente precoces de la enfermedad cuando el primitivo es aún invisible o de muy pequeño tamaño. También puede aparecer largos años después de la exéresis de la lesión primitiva.

El porcentaje de adenopatías evidentes en el curso de la enfermedad varía según los autores entre un 17.7 % y un 73.8 % (2, 7) y en la inmensa mayoría de los casos el mecanismo de colonización ganglionar es embólica.

La evaluación de la presencia o ausencia de colonización neoplásica de los ganglios regionales ofrece serias dificultades. El hallazgo clínico de adenopatía significa metástasis en un 42 a 98 % de los casos (2, 9).

Constituye un punto de discusión aún más controvertido la existencia de metástasis ganglionares ocultas o no palpables (clínicamente indemnes).

Pacientes clínicamente N₀ desarrollan metástasis ganglionar regional en un elevado porcentaje de casos luego de un intervalo asintomático de duración variable (6, 9, 14).

El área de drenaje linfático de un melanoma maligno de tronco y el sitio de las metástasis ganglionares no siguen patrones y vías de difusión regladas. En un número importante de casos el grupo ganglionar primeramente colonizado será el más próximo. Existe no obstante una serie de situaciones, particularmente aquellas de topografía mediana donde las metástasis se constituirán indistintamente en cualquiera de las dos axilas cuando el melanoma es de hemicuerpo superior y de las dos regiones inguinales si es de la mitad inferior. Como elemento adicional de gravedad, aquellas lesiones vecinas a la línea umbilical metastasiarán tanto en sentido ascendente como descendente.

La posibilidad de metástasis simultánea o sucesiva en cuatro regiones ganglionares alejadas es real. Las implicancias terapéuticas y pronósticas de esta eventualidad son importantes. La casuística de Rakov (12) es ilustrativa en este sentido. En su serie de 170 casos existió un 81 % con metástasis. Estas se observaron por lo general en los dos años siguientes a tratamiento de primitivo.

Tumores de la pared anterior de tórax presentaron metástasis ganglionares en:

- 78 % en axila homolateral;
- 6 % en región supraclavicular;
- 3 % en axila contralateral.

Tumores de la pared lateral de tórax presentaron metástasis ganglionares en:

- 100 % en axila homolateral.

Tumores de dorso, (región interescapular) presentaron metástasis ganglionares en:

- 62 % en axila homolateral;
- 20 % en axila contralateral.

Tumores de la pared anterior de abdomen presentaron metástasis ganglionares en:

- 71 % en axila homolateral;
- 73 % en ingle homolateral;

- 42 % en axila contralateral;
- 9 % en ingle contralateral.

Tumores de región lumbar presentaron metástasis ganglionares en:

- 66 % en ingle homolateral;
- 28 % en axila homolateral.

Estas cifras subrayan la particular gravedad del melanoma del tronco y exige un planteo terapéutico individual para cada enfermo. El vaciamiento linfoanglionar cuádruple (axilas e ingles) es una intervención desmedida, de muy difícil realización técnica, que cursa con elevada morbilidad operatoria y deja secuelas funcionales graves. Por estas razones descartamos su indicación.

DIFUSION HEMATOGENA

No presenta características diferentes a las de los otros tumores malignos. La diseminación por vía sanguínea frecuentemente es secundaria a la invasión linfática. Se han encontrado no obstante casos de melanomas malignos con metástasis generalizadas y sistema linfoanglionar indemne.

Independientemente del sitio de origen pueden encontrarse localizaciones secundarias en cualquier nivel de la economía. Los sitios más frecuentemente interesados son: pulmón, hígado, encéfalo y esqueleto (6).

Clark en 1969 (4) publica una clasificación clinicopatológica de los melanomas, basada en el grado de penetración epidermodérmica. Según este autor más que el aspecto celular o la modalidad histogenética, es el nivel de la invasión lo que regirá el pronóstico del enfermo. La condición metastásica del tumor está íntimamente relacionada al grado de Clark al cual pertenece. Así pueden considerarse relativamente benignos los dos primeros; medianamente maligno el tercero y muy metastásicos los dos últimos.

El diagnóstico de melanoma maligno de tronco exige su individualización como tumor melánico maligno y se debe pedir además al patólogo una categorización histopatológica en función de la clasificación citada (4). A los resultados de un inventario lesional completo se deben agregar los estudios paraclínicos ya conocidos (laboratorio y radiología). El sitio y tipo exacto de la lesión y el grado de compromiso ganglionar detectado regirán la magnitud de exéresis quirúrgica a realizar.

El porcentaje de metástasis publicada por Rakov (12) es superior al de otros autores. La casuística del Ist. Naz. dei Tumori (Italia) sobre un total de 410 melanomas malignos es la siguiente (13):

	Nº de casos	Casos con metástasis	%
Cabeza y cuello	86	24	38,6 %
MMII	225	92	40,8 %
Tronco	99	58	58,7 %
TOTAL	410	174	45,0 %

Existe acuerdo entre los autores (2, 4) que las lesiones de tronco son las más metastasiantes. La existencia de adenopatías colonizadas es el factor pronóstico de mayor jerarquía (Fig. 1). Se comprende así que los M.M., de tronco sean los de mayor mortalidad.

McLeod (8) en una serie de 342 pacientes discrimina las muertes debidas al melanoma por su sitio de origen.

	Muertes por M.M.
Tronco	30 %
Cabeza-cuello	23 %
MMII	17 %
MMSS ..	12 %

El tratamiento de un M.M. de tronco es quirúrgico. — La conducta de elección frente a las adenopatías regionales es la exéresis en continuidad con el tumor primitivo, los vasos linfáticos y una banda de piel intermedia. Se completa así una terapéutica radical y racional, siguiendo la técnica de monobloque de Pack (10). La realización de este procedimiento exige el conocimiento anticipado de los territorios linfáticos de drenaje y una relativa proximidad entre éstos y las lesiones primarias. Ya hemos analizado las dificultades que representa en los tumores de tronco establecer con certeza el área linfoganglionar comprometida. Cuando la distancia entre el primitivo y sus metástasis es mayor, se deberá emplear la táctica de exéresis y vaciamiento en discontinuidad. El peligro de un procedimiento que deja un puente tisular potencialmente colonizado entre primitivo y adenopatía es la aparición de las metástasis "in transit". Ellos corresponden al desarrollo de las células neoplásicas aprisionadas o retenidas en los linfáticos interrumpidos por un vaciamiento ganglionar.

La casuística del Instituto dei Tumori (13) no señala diferencias significativas entre las metástasis aparecidas en los casos operados con la técnica del monobloque y aquellos efectuados en discontinuidad. Tampoco se obtuvieron resultados porcentualmente más satisfactorios con el vaciamiento diferido a un segundo tiempo.

En las lesiones del tronco no se ha podido demostrar una distribución de tipo arterial de los mismos. No existe pues indicación de quimioterapia regional en esta área.

Constituye un capítulo más controvertido el del vaciamiento linfoganglionar profiláctico, de elección o de principio. Las razones a favor y en contra fueron señalados por el Dr. A. D'Auria. Anteriormente en nuestro medio Amoretto (1) se ha ocupado del problema y condicionaba su realización al grado de malignidad anatomopatológica del tumor y decidía en cada caso en forma individual. Nosotros compartimos el planteo que supedita su realización a la topografía de la lesión primitiva (Fig. 2).

CONCLUSIONES

1) La evolución de los melanomas malignos de tronco cuando confrontada con la de

otras localizaciones presenta diferencias estadísticamente significativas.

2) En estos tumores es imposible prever la propagación neoplásica linfoganglionar.

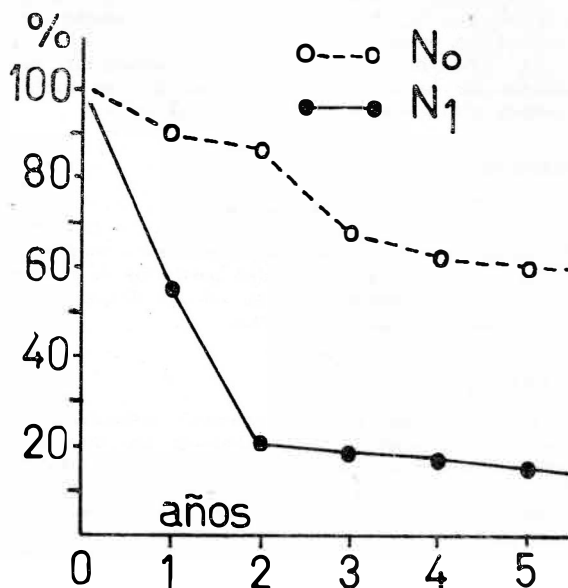


Fig. 1 — Gráfica que ilustra sobre el valor pronóstico de las metástasis ganglionares. La sobrevida es significativamente mayor en los casos sin adenopatías.

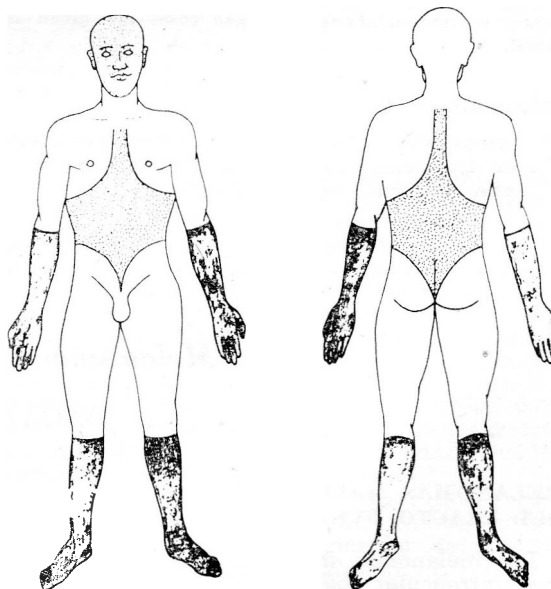


Fig. 2.— Esquema corporal que ilustra las indicaciones del vaciamiento ganglionar. Zona blanca: vaciamiento "de principio" en continuidad con el tumor primitivo. Zona gris: vaciamiento "de principio" en discontinuidad con el primitivo. Zona punteada: el vaciamiento está indicado solamente en caso de metástasis ganglionar clínicamente evidente.

3) El compromiso ganglionar en la evolución tumoral es de significación pronóstica fundamental.

4) El tratamiento de estos neoplasmas exige la exéresis radical del primitivo y su área de drenaje. El cumplimiento de esta premisa es prácticamente imposible salvo en número reducido de casos.

5) Los hechos señalados constituyen las causas de la mayor malignidad de los melanomas malignos de esta localización.

RESUMEN

Se describen las formas de extensión lesional de los melanomas malignos de tronco. Se analizan los territorios linfoganglionares más frecuentemente comprometidos. Se jerarquiza la gravedad particular de los tumores de esta localización y se señalan directivas terapéuticas particulares para ellos.

RÉSUMÉ

Description des formes d'extension lésionnelle des mélanomes malins du tronc. Analyse des territoires lymphoganglionnaires le plus fréquemment atteints. L'auteur met l'accent sur la gravité particulière de ces tumeurs et mentionne les directives thérapeutiques qui leur sont propres.

SUMMARY

The forms and extension of lesions of the malignant tumors of the trunk. An analysis was made of the lymphoganglionar regions which are more frequently attacked. Stress is placed on how particularly serious tumors in these regions can be, and the special therapeutic recommendations for these cases are given in detail.

BIBLIOGRAFIA

1. AMORETTI, A. R. Estimación clínico pronóstica de los melanomas cutáneos. Segunda comunicación. *An. Fac. Med. Montevideo*, 47: 144, 1962.
2. ATTIE, J. and KHAFFIF, W. Melanotic tumours. Springfield, Illinois, 1964.
3. BODENHAM, D. C. A study of 650 observed malignant melanomas in South West Region. *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.*, 43: 218, 1968.
4. CLARK, W. H. (Jr.), FROM, L. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res.*, 29: 705, 1969.
5. DAVIS, N. C. Node dissection, yes or no? *Proc. Int. Cancer Conf. Sydney 1972*, pág. 407.
6. FRIEDMAN, H. H. and LEDERER, M. Melanoblastoma with special reference to metastatic dissemination. *Am. J. Surg.*, 55: 88, 1942.
7. HANDLEY, W. S. Hunterian lectures on the pathology of melanotic growths in relation to their operative treatment. *Lancet*, 1: 927, 1907 y 1: 996, 1907. Citado por (2).
8. Mc LEOD, G. R. Factors influencing prognosis in malignant melanoma. *Proc. Int. Cancer Conf. Sydney, 1972*, pág. 367.
9. MILTON, G. W. The diagnosis of malignant melanoma. *Proc. Int. Cancer Conf. Sydney 1972*, pág. 163.
10. PACK, G. T., SCHARNAGEL, I. The principle of excision and dissection in continuity for primary and metastatic melanoma of the skin. *Surgery*, 47: 849, 1951.
11. PRIARIO, J. C., D'AURIA A. y Col. Evaluación del tratamiento del melanoma maligno (a propósito de 110 observaciones). *Cir. Urug.*, 43: 124, 1973.
12. RAKOV, A. J. Mitin de melanoma. Lyon. Francia. Julio 1971. Comunicación no publicada.
13. VERONESI, U., CASCINELLI, N. Treatment of node metastases. *Proc. Int. Cancer Conf. Sydney 1972*, pág. 417.
14. VERONESI, U. e CASCINELLI, N. I tumori melanotici della cute; da Trattato di Oncología Clínica. Milano. *Ambrosiana*, 1973, 1486. 1486.
15. WILLIS, R. A. Pathology of tumours. *St. Louis, O. V. Mosby*, 1948.