

Consideraciones terapéuticas de la metástasis en el ganglio centinela de la región poplítea por melanoma



Management of sentinel node melanoma metastasis in the popliteal fossa

El ganglio centinela del melanoma de miembros inferiores aparece frecuentemente en la región inguinal. Sin embargo, puede aparecer de manera excepcional en la región poplítea¹, lo que se conoce como ganglio «de intervalo» o «de tránsito»². En estos casos es habitual que se acompañe de un ganglio centinela inguinal y, en caso de metástasis en el centinela poplíteo, también suele aparecer metástasis en el inguinal^{2,3}. El hecho de que, en algunos casos, la presencia de un ganglio centinela poplíteo no se acompañe de uno inguinal, ha hecho que la región poplítea se conozca también como «cuenca menor»^{3,4}. Además, aunque aún mas infrecuente, hay descritos casos con afectación del ganglio centinela poplíteo y no del centinela inguinal, inclinándose la mayoría de autores por no realizar linfadenectomía inguinal en esta situación^{4,5}. Por otro lado, el tratamiento de los pacientes con metástasis del ganglio centinela poplíteo también ha sido discutido, siendo la linfadenectomía poplítea el tratamiento de elección por la mayoría de autores^{1,3,6}, siguiendo las recomendaciones generales para el tratamiento del melanoma⁷.

Se presenta el caso de una mujer de 17 años que consulta por lesión nodular ulcerada sobre nevus congénito en la región posterior del tobillo derecho de unos 2 meses de evolución. La histología de su biopsia escisional informó de melanoma de extensión superficial en fase de crecimiento vertical, ulcerado, Breslow 3,8 mm y Clark IV. Se procedió a la ampliación de márgenes y la biopsia selectiva del ganglio centinela en una segunda intervención. La linfogammagrafía informó de 2 ganglios centinelas, uno poplíteo (fig. 1) y otro inguinal, decidiéndose la biopsia selectiva de ambos. El estudio histológico informó, en la pieza de resección cutánea, de un nevus melanocítico compuesto de predominio dérmico de patrón congénito con displasia leve, resecado íntegramente, y 2 nódulos hipodérmicos de melanoma, junto a un ganglio linfático poplíteo con metástasis de melanoma y signos de extensión extracapsular, y un ganglio linfático inguinal sin evidencia de células de melanoma. Posteriormente se realizó una tomografía por emisión de positrones con ¹⁸F-fluorodeoxiglucosa (FDG18-PET) con tomografía computarizada (TC) que fue informada como normal. Se indicó la linfadenectomía de la región poplítea derecha (fig. 2), no encontrándose más adenopatías en la histología. Sin embargo, en la FDG18PET-TC de control, realizada a los 3 meses de la cirugía se evidenció una adenopatía femoral derecha con un valor de captación estándar (SUV) de 7,4 sugestiva de malignidad. Ante dicho hallazgo se realizó una linfadenectomía inguinal

derecha, confirmándose en el estudio histológico la metástasis ganglionar, junto a otros 3 ganglios también afectados.

La incidencia del ganglio centinela poplíteo en el caso del melanoma en miembros inferiores oscila entre un 1 y un 9,6%¹, apareciendo fundamentalmente en lesiones distales a la rodilla y dorso-laterales^{2,8}. De forma general se recomienda la linfadenectomía poplítea en los casos de afectación del ganglio centinela^{1,3,5,6} lo que, en algunas series, se ha descrito en torno al 1%³. En este caso, además, la edad de la paciente y la afectación extracapsular del ganglio centinela eran factores a favor de la realización de la linfadenectomía poplítea.

Por otro lado, no se recomienda la linfadenectomía inguinal en el caso de que el ganglio centinela en esta región sea negativo, como ocurrió en este caso, situación que, por otro lado, suele ser infrecuente³⁻⁵. Sin embargo, teniendo en cuenta la recidiva precoz de esta paciente, su evolución hace plantear la conveniencia de haber realizado la linfadenectomía inguinal de inicio⁹, de forma simultánea a la poplítea. Quizás se debería plantear en casos seleccionados como este, donde se observó invasión extracapsular del ganglio centinela poplíteo.

La técnica quirúrgica en la linfadenectomía poplítea fue descrita por Karakousis¹⁰. El paciente se coloca en decúbito prono con la rodilla ligeramente flexionada, realizándose una incisión en «S». El límite lateral lo comprende el músculo bíceps femoral proximalmente y la cabeza lateral del músculo

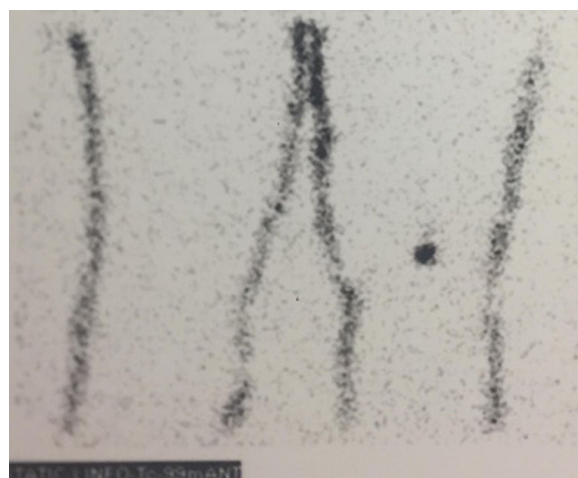


Figura 1 – Linfogammagrafía con captación en ganglio centinela en región poplítea derecha.



Figura 2 – Imagen de región poplítea derecha tras linfadenectomía (referenciado en gris oscuro: nervio poplíteo, en gris claro: vena poplítea).

gastrocnemio distalmente. El medial, el músculo semitendinoso y semimembranoso y la cabeza medial del gastrocnemio. La identificación del nervio peroneo y la disección hasta su origen permite identificar el tibial y los nervios cutáneos surales. Es importante la resección de todo el tejido adiposo hasta los vasos poplíteos. Es importante conocerla dada su infrecuencia en la práctica clínica y, además, porque es una técnica que no está exenta de complicaciones. Debe destacarse el linfedema, sobre todo en los casos en los que se acompaña de una linfadenectomía inguinal⁶. Además, hay que añadir que en los casos de metástasis del ganglio centinela poplíteo donde se ha realizado una linfadenectomía, no se suelen evidenciar otros ganglios afectados además del centinela^{2,3}. De hecho, lo frecuente es no encontrar más adenopatías², tal y como ocurrió en nuestro caso. Por ello, Kretschmer et al. recomiendan un seguimiento ecográfico de la fosa poplítea, considerando terapéutica la biopsia selectiva del ganglio centinela⁸.

Por el contrario, algunos estudios muestran una mayor recurrencia local en los casos de melanoma con drenaje poplíteo³, llegándose a considerar la metástasis del centinela poplíteo como un marcador de enfermedad más avanzada que causa patrones de drenaje alterados², lo que concuerda con la evolución de esta paciente.

En conclusión, es preceptivo conocer la posibilidad de afectación ganglionar poplítea en el melanoma cutáneo; en relación con su importancia pronóstica y su manejo son necesarias series más amplias y con un mayor seguimiento para poder estandarizar su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morcos B, Al-Ahmad F. Metastasis to the popliteal lymph nodes in lower extremity melanoma and their management. *Oncol.* 2011;20:e119-22.
2. Steen ST, Kargozaran H, Moran CJ, Shin-Sim M, Morton DL, Faries MB. Management of popliteal sentinel nodes in melanoma. *J Am Coll Surg.* 2011;213:180-6. discussion 186-187.
3. Bertolli E, Bevilacqua JL, Molina AS, de Macedo MP, Pinto CA, Duprat Neto JP. Popliteal sentinel lymph node involvement in melanoma patients. *J Surg Oncol.* 2015;112:179-82.
4. McMasters KM, Chao C, Wong SL, Wrightson WR, Ross MI, Reintgen DS, et al. Sunbelt Melanoma Trial Group. *Arch Surg.* 2002;137:543-7.
5. Verwer N, Scolyer R, Uren R, Winstanley J, Brown PT, de Wilt JH, et al. Treatment and prognostic significance of positive interval sentinel nodes in patients with primary cutaneous melanoma. *Ann Surg Oncol.* 2011;18:3292-9.
6. Thompson JF, Hunt JA, Culjak G, Uren RF, Howman-Giles R, Harman CR. Popliteal lymph node metastasis from primary cutaneous melanoma. *Eur J Surg Oncol.* 2000;26:172-6.
7. Caulley L, Balch CM, Ross MI, Robert C. Management of Sentinel-Node Metastasis in Melanoma. *N Engl J Med.* 2018;378:85-8.
8. Kretschmer L, Sahlmann CO, Bardzik P, Thoms KM, Bertsch HP, Meller J. The popliteal fossa - a problem zone for sentinel lymphonodectomy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:123-7.
9. Zager JS, Puleo CA, Sondak VK. What is the significance of the in transit or interval sentinel node in melanoma? *Ann Surg Oncol.* 2011;18:3232-4.
10. Karakousis CP. The technique of popliteal lymph node dissection. *Surg Gynecol Obstet.* 1980;151:420-3.

Beatriz Febrero^{a*}, José M. Rodríguez^a, Antonio Piñero^b, Antonio Ríos^a y Pascual Parrilla^b

^aUnidad de Cirugía Endocrina, Servicio de Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación Biomédica (IMIB), El Palmar, Murcia, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación Biomédica (IMIB), El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatrizfebrero@hotmail.com (B. Febrero).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.04.012>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.