



Algoritmo integral del melanoma - 2006*

Prof. Dr. Mario A. Marini*, Dr. Mariano G. Marini,
Prof. Dr. Miguel A. Allevato*****

* PROF. TITULAR DE DERMATOLOGÍA, UBA. JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES.

** MÉDICO DE LA CARRERA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA, UBA (SEDE HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES),

*** PROF. ADJUNTO DE DERMATOLOGÍA. JEFE DIVISIÓN DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN". UBA.

El manejo del melanoma está consensuado internacionalmente y no puede desconocerse. Hemos diseñado un algoritmo integral de melanoma (cuadro I) que iremos describiendo.

1 La dermatoscopia mejora el diagnóstico de sospecha clínica de muchas variedades de melanomas primarios. No es tan útil en el nodular ni en el amelanótico, como así tampoco en lesiones muy extensas. Se requiere entrenamiento para su buena utilización y no reemplaza al estudio histopatológico.

2 Lo ideal es que la biopsia incluya a la totalidad de la lesión (escisional), con un margen de 2 mm. Los márgenes mayores (en caso de tratarse de un melanoma), pueden dificultar el posterior mapeo linfático intraoperatorio y la detección del ganglio centinela, modificando los resultados del estudio histopatológico del mismo (dar falsos negativos).

3 Si el melanoma primario es de gran tamaño o está localizado en áreas de importancia estética o funcional, se podrán realizar biopsias parciales de tipo incisional (1 o 2 tomas con punch), sobre las lesiones clínicamente más sospechosas de invasión (sobreelevadas, más oscuras). No deben practicarse téc-

nicas de biopsias por afeitado en lesiones sospechosas de melanoma.

4 Las líneas discontinuas (- - - -) corresponden a temas controvertidos.

5 Los estudios básicos de bajo costo, no son útiles para diagnosticar tempranamente metástasis subclínicas, pero son indispensables para futuras comparaciones.

6 Las solicitudes de métodos de diagnóstico por imágenes (alto costo), se intensificarán de acuerdo con el espesor de Breslow del melanoma primario (a mayor espesor, mayor riesgo de metástasis); la presencia clínica o histopatológica de ulceración; la localización del tumor primario; la signosintomatología acompañante; la observación de determinadas características histopatológicas (fenómeno de regresión, desmoplásico-neurotrofo), etc. Estos estudios podrán permitir detectar en forma precoz la presencia de metástasis subclínicas, reestablecerlos y ofrecerles a los enfermos alguna alternativa terapéutica. En paciente con metástasis confirmadas, estos procedimientos serán útiles para investigar el grado de diseminación y evitar tratamientos quirúrgicos agresivos.

No se justifica la solicitud de estudios costosos en pacientes asintomáticos con

melanoma fino (<1mm de Breslow).
Marini M.A. y col. Dermatol Argentina 2006; 12: 18-32.

7 El mapeo linfático y la detección y estudio del ganglio centinela es de capital importancia, ya que no sólo permite estadificar, sino que además identifica grupos de poblaciones especiales. Estos procedimientos deben solicitarse en pacientes cuyos melanomas están comprendidos entre 1 y 4 mm de espesor de Breslow. Excepciones: a) casos con menos de 1 mm, cuando el Clark es IV - V o el melanoma primario es ulcerado o es de 0,75 a 1 mm en una persona joven; b) Cuando el Breslow es mayor de 4 mm se considera que las metástasis ya se desarrollaron, sin embargo en pacientes asintomáticos tiene utilidad junto con los diagnósticos por imágenes de alta resolución; c) Otra indicación del estudio del ganglio centinela estaría dada por melanomas finos con marcado fenómeno de regresión histopatológico o en melanoma desmoplásico-neurotrofo.

8 Es indispensable integrar equipos médicos multidisciplinarios. Confirmada la presencia de metástasis, estos equipos debe ser conducidos por el oncólogo.

* Presentado en las XV Jornadas de Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas y estéticas (Buenos Aires, abril 2006)

