melanocytomas reveals recurrent alterations in PRKAR1A and PRKCA genes. Am J Surg Pathol. 2017;41:1333–46.
8. Eichenfield DZ, Cotter D, Thorson J, Hinds B, Sun BK. Agminated blue nevus with a GNAQ mutation: A case report and review of the literature. J Cutan Pathol. 2019;46:130–3.
9. Cai L, Paez-Escamilla M, Walter SD, Tarlan B, Decatur CL, Perez BM, et al. Gene expression profiling and PRAME status versus tumor-node-metastasis staging for prognostication in uveal melanoma. Am J Ophthalmol. 2018;195:154–60.
10. Lezcano C, Jungbluth AA, Nehal KS, Hollmann TJ, Busam KJ. PRAME expression in melanocytic tumors. Am J Surg Pathol. 2018;42:1456–65.

P. Rodríguez-Jiménez[a,b,*], F. Mayor-Sanabria[a], A. Rütten[c], J. Fraga[d] y M. Llamas-Velasco[a,e]

[a] *Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[b] *Clínica Dermatológica Internacional, Madrid, España*
[c] *Friedrichshafen Dermatopathologie, Friedrichshafen, Alemania*
[d] *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[e] *Centro Médico Voth, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pedro.rodriguez.jimenez90@gmail.com (P. Rodríguez-Jiménez).

https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.05.011
0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Morbilidad relacionada con el momento de la linfadenectomía por afectación del ganglio centinela en el melanoma: Una puntualización a su evidencia

Morbidity Associated With the Timing of Lymphadenectomy for Sentinel Lymph Node Metastasis in Melanoma: A Clarification Concerning the Available Evidence

Sr. Director:

He leído con interés el artículo especial sobre la propuesta de manejo de los pacientes con melanoma y metástasis en el ganglio centinela, publicada recientemente por su Revista[1]. No puedo estar más de acuerdo en la mayoría de lo expuesto en él, y no me cabe sino felicitar a los autores por el esfuerzo realizado en tratar de poner orden y sistemática en un aspecto tan cambiante y controvertido en los últimos años. Ahora bien, discrepo en al menos, uno de los puntos que los autores utilizan para basar la evidencia de su propuesta. Así, en la tabla 3 del citado artículo, arguyen que «La frecuencia de morbilidad quirúrgica es superior en los pacientes sometidos a disección ganglionar inmediata que en los sometidos a seguimiento y disección terapéutica», con nivel de evidencia 1b.

Esta afirmación resulta sorprendente por cuanto la cita bibliográfica a la que se refieren lo es del estudio MSLT-II, en el que no se hace análisis específico, ni se obtiene conclusión alguna, de la morbilidad quirúrgica asociada al momento de realizar la linfadenectomía[2]. De hecho, en el apartado de Resultados de este trabajo, cuando se refiere a efectos adversos, solo menciona que «los efectos adversos fueron más frecuentes entre los pacientes tras realizar la linfadenectomía que en los del grupo de observación», en ningún momento menciona que se sometieran a «seguimiento y disección terapéutica», con lo que difícilmente puede respaldarse esta afirmación con este trabajo.

Es posible que los autores quisieran hacer referencia al trabajo, del mismo primer autor, basado en la comparación de la morbilidad derivada de la linfadenectomía inmediata frente a la terapéutica o diferida, y que se refiere a los casos del estudio MSLT-I[3], pero si este es el caso, la conclusión es antagónica a la que se expone: en él concluyen que, en cuanto a la morbilidad asociada, no hay mayor incidencia de disestesias en el grupo de linfadenectomía inmediata y, sin embargo, el linfedema es significativamente más frecuente en el grupo de linfadenectomía diferida que en el de linfadenectomía inmediata (20,4% en la diferida vs. 12,4% en la inmediata; p = 0,04), justo al revés de lo que se trasmite en la citada tabla. De hecho, tras el análisis multivariante para encontrar factores de riesgo en la producción de linfedema, el índice de masa corporal y la linfadenectomía diferida fueron los únicos que mostraron tendencia a relacionarse con este riesgo, sin encontrar que el beneficio en este sentido dependa de la localización, axilar o inguinal, de la linfadenectomía.

Además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en el estudio MSLT-I se incluyeron casos de melanoma en los que se indicaba la biopsia del ganglio centinela, y en el MSLT-II pacientes con afectación ganglionar del mismo, lo que no debería interferir en las conclusiones sobre la comparación del momento de realizar la linfadenectomía, y sería perfectamente válido a este respecto, así como con un nivel de evidencia similar debido al diseño del estudio.

Por todo lo expuesto considero que, sin restar relevancia a las conclusiones del trabajo y al algoritmo de actuación propuesto, sería más exacto, en apoyo de la evidencia que se busca, corregir y matizar convenientemente este punto.

Bibliografía

1. Moreno-Ramírez D, Boada A, Ferrándiz L, Samaniego E, Carretero G, Nagore E, et al. Disección ganglionar en el paciente con melanoma y metástasis en el ganglio centinela: propuesta de decisión basada en la evidencia actual. Actas Dermosifiliogr. 2018;109:390–8.
2. Faries MB, Thompson JF, Cochran AJ, Andtbacka RH, Mozzillo N, Zager JS, et al. Completion dissection or observation for sentinel-node metastasis in melanoma. N Engl J Med. 2017;376:2211–22.

3. Faries MB, Thompson JF, Cochran AC, Elashoff R, Glass EC, Mozzillo N, et al. The impacto on morbidity and length of stay of early versus delayed complete lymphadenectomy in melanoma: results of the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial I. Ann Surg Oncol. 2010;17:3324–9.

A. Piñero-Madrona

Servicio de Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
Correo electrónico: pineromadrona@gmail.com

https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.09.006
0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).