

MELANOMA CERVICO-CEFALICO E LINFONODO SENTINELLA: LE EVIDENZE

¹F. Picciotto, ¹V. Caliendo, ¹M. Grassi, ¹D. Lauro, ²S. Ribero, ¹G. Macripò

¹Ospedale Dermatologico San Lazzaro, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Torino, ²Università degli Studi di Torino

La biopsia del linfonodo sentinella nei pazienti con melanoma cutaneo del distretto cervico-cefalico riveste particolare criticità sia perché il drenaggio linfatico è complesso e sovente imprevedibile sia perché, in oltre il 70% dei casi, coinvolge più di un bacino linfonodale sia, ancora, per la frequente prossimità tra lesione primaria e linfonodo sentinella. Una revisione sistematica della letteratura, pubblicata nel 2011, ha documentato un tasso di Falsi Negativi intorno al 20%. L'esperienza ci insegna che rispetto al melanoma del tronco e degli arti, nel distretto cervico-cefalico si registra un numero ridotto di biopsie positive e che la forbice con gli altri distretti si allarga, paradossalmente, al crescere di spessore del melanoma, inevitabilmente associato ad un maggior rischio di recidiva e ad una prognosi quoad vitam più sfavorevole. In altri termini, la biopsia del linfonodo sentinella nel melanoma del distretto cervico-cefalico si conferma di minor utilità rispetto agli altri distretti ed i pazienti vanno, in ogni caso, considerati a rischio elevato in relazione allo spessore ed alla sede del melanoma (cuoio capelluto, volto, orecchio). In questo contesto, per poter discriminare tra una ridotta identificazione dei linfonodi sentinella positivi verso la predilezione della disseminazione del melanoma per via sistemica, è di primaria importanza il rispetto assoluto dei margini di resezione della lesione primaria associato ad una ricerca/biopsia del linfonodo sentinella attuata secondo lo stato dell'arte della procedura.