



# Linfadenectomías en el cáncer de endometrio

F. Lécuru, A.-S. Bats, C. Ngô, C. Bensaid, A. Achouri, L. Makke, C. Nos

*El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente. La indicación de linfadenectomías se ha modificado en los últimos años. Sistemáticas, pélvicas y en ocasiones extendidas a la región aorticocava, los vaciamientos ganglionares se deciden en función de parámetros histológicos que definen grupos de riesgo (así como la operabilidad de la paciente). Los vaciamientos ya no se recomiendan para las pacientes en las que el riesgo metastásico ganglionar se considera bajo o intermedio. En dos ensayos terapéuticos, en los que se incluyó en su mayoría a este tipo de pacientes, los vaciamientos pélvicos no demostraron ningún beneficio. La técnica del ganglio centinela, que permite una extirpación quirúrgica ganglionar dirigida con muy buena sensibilidad, probablemente sea una alternativa interesante para estas pacientes. Por el contrario, para las pacientes de alto riesgo se propone un vaciamiento aorticocava y en ocasiones pélvico, con la condición de que el estado general lo permita y que el resultado tenga una repercusión en los tratamientos adyuvantes. Esta desescalada terapéutica es paralela a la evolución de las indicaciones de radioterapia postoperatoria.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Cáncer de endometrio; Vaciamiento ganglionar; Pronóstico; Ganglio centinela; Linfedema; Linfocele

## Plan

|   |   |
|---|---|
| ■ Introducción                                      | 1 |
| ■ Anatomía del drenaje linfático del cuerpo uterino | 1 |
| ■ Prevalencia de las metástasis ganglionares        | 2 |
| ■ Criterios de calidad de los vaciamientos          | 2 |
| ■ Técnica del ganglio centinela                     | 3 |
| ■ Valor terapéutico de los vaciamientos             | 3 |
| ■ Morbilidad de los vaciamientos                    | 4 |
| ■ En la práctica                                    | 4 |
| ■ Conclusión  | 5 |

## ■ Introducción

El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en los países desarrollados. Afecta a mujeres de edad que a menudo presentan una comorbilidad, la cual debe tenerse en cuenta en las indicaciones quirúrgicas. Por último, en la mayoría de los casos el diagnóstico se establece en el estadio I, con un riesgo de extensión extrauterina limitado e índices de supervivencia elevados. Los vaciamientos ganglionares han sido propuestos para la estadificación y el tratamiento de estos cánceres debido al gran valor pronóstico de las metástasis ganglionares [1]. Su práctica sistemática y su extensión varían, según los referenciales, del vaciamiento completo sistemático

(Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 1998) a un sistema secuencial basado en el conocimiento del estado de los ganglios pélvicos [2].

El lugar de las linfadenectomías en el tratamiento de los cánceres de endometrio ha evolucionado; ahora se deben considerar teniendo en cuenta los riesgos de lesión ganglionar en función de los parámetros histológicos del tumor. Los vaciamientos están indicados para la estadificación de la enfermedad, pero su valor terapéutico todavía es objeto de controversia.

## ■ Anatomía del drenaje linfático del cuerpo uterino

El drenaje linfático del cuerpo uterino es mixto: hacia los ganglios pélvicos y los ganglios aorticocava. La linfa proviene de las redes mucosas, musculares y serosas que convergen hacia los colectores periuterinos [3].

El drenaje hacia los ganglios pélvicos sigue las vías linfáticas del cuello. Los conductos principales transcurren por el parametrio (vía preureteral) y se dirigen a los ganglios de la región ilioobturatriz. El relevo más frecuente se localiza cerca de la bifurcación iliaca. Los drenajes hacia los ganglios ilíacos comunes, hipogástricos, presacros y aorticocava (a través de los ligamentos sacrouterinos) son menos comunes.

El drenaje hacia las áreas aorticocavas se efectúa por los ligamentos infundibulopélvicos. Termina en el territorio precavo, pero sobre todo pre y latero-aórtico. Las

localizaciones supramesentéricas no asociadas a metástasis inframesentéricas no son infrecuentes (46% de las lesiones aorticocavas [4]).

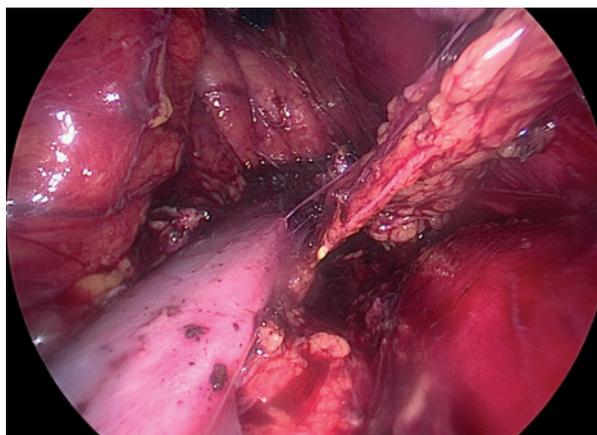
Estos datos, provenientes de trabajos anatómicos [5], han sido confirmados en observaciones quirúrgicas [4]. De forma más reciente, se han sumado datos de los trabajos sobre los ganglios centinelas [6,7].

## ■ Prevalencia de las metástasis ganglionares

Algunas series permiten evaluar el riesgo de metástasis ganglionar en función de las características histológicas del tumor. Creasman et al han publicado los datos del ensayo GOG 33 (Gynecologic Oncologic Group 33), realizado con 621 pacientes de estadio I tratadas mediante histerectomía con anexectomía bilateral y extirpación ganglionar pélvica y aorticocava [8]. Tras una nueva evaluación centralizada, los casos de grado 1 con escasa profundidad de invasión fueron excluidos durante el estudio. Se señaló una prevalencia de metástasis ganglionares pélvicas del 9% y de metástasis aorticocavas del 6% (de las cuales el 2% eran aisladas, lo que hace que sea discutible la práctica sistemática de los vaciamientos). Se demostró, sobre todo, la relación entre el tipo histológico y la frecuencia de las extensiones linfáticas aorticocavas: el 5% para los adenocarcinomas endometrioides y el 18% para los cánceres serosos. La misma relación se observó con el grado o la profundidad de la invasión (el 5% de metástasis pélvicas para los tumores superficiales, frente al 25% para los tumores profundos). Combinando estos parámetros, fue posible definir grupos de riesgo creciente de lesión ganglionar: por ejemplo, grado 1, superficial (el 3% pélvico, el 1% aorticocava) y grado 3, profundo (el 34% pélvico, el 23% aorticocava). En el análisis multivariado se tuvieron en cuenta el grado, la profundidad de la invasión y la extensión peritoneal, lo que permitió definir tres grupos de riesgo. En el primero, el riesgo era cercano a cero, en el segundo, del 3-6%, y en el tercero superaba el 18%. Debe señalarse que el 37% de las pacientes con una metástasis pélvica también tenía una metástasis aorticocava y que no había ninguna correlación entre la palpación de las áreas ganglionares y la frecuencia de las metástasis. En la misma serie, Morrow et al observaron que la extensión aorticocava se producía sobre todo en caso de metástasis pélvica, de lesión anexial, de presencia de émbolos o de invasión profunda del miometrio [1].

De forma más reciente, en una serie de adenocarcinomas endometrioides, Chi et al comunicaron la prevalencia de las metástasis linfáticas pélvicas [9]. Los resultados fueron expresados a partir de un gradiente de profundidad inferior o igual al 50%, o superior a éste. La prevalencia de las extensiones pélvicas fue del 9% (con un 23% de metástasis aorticocavas), lo que confirma la correlación entre la profundidad, el grado y el riesgo de metástasis. Sobre todo, se observaba que retomando los grupos de riesgo propuestos por la European Society for Medical Oncology (ESMO), la mayoría de las pacientes pertenecía al grupo de bajo riesgo ( $\leq 50\%$ , grado 1 o 2, 62%), el 30% al grupo de riesgo intermedio ( $\leq 50\%$ , grado 3, o  $> 50\%$ , grado 1 o 2) y una minoría al grupo de riesgo elevado ( $> 50\%$ , grado 3, 8%); la prevalencia de las metástasis ganglionares pélvicas fue, respectivamente, del 5, 10 y 28%. Los tumores no endometrioides fueron excluidos de esta serie [9,10].

Por último, Mariani et al publicaron una serie en la que los vaciamientos sólo se efectuaban en el grupo de riesgo intermedio-elevado de la ESMO y/o con un tamaño tumoral superior o igual a 2 cm. Con estos criterios, en el 63% de las pacientes estaba indicada una linfadenectomía, pero ésta no se realizó en el 9% de las candidatas, sobre todo debido a las condiciones quirúrgicas o por tratarse de pacientes obesas [4]. La prevalencia de las metástasis



**Figura 1.** Espacio precavo.

ganglionares fue del 16% para los tumores endometrioides y del 40% para los no endometrioides. La frecuencia de las metástasis aorticocavas fue superior a la que en general se señala en las publicaciones (15%), quizá debido a la selección de las pacientes. Un dato interesante es que en el 46% de las pacientes con una lesión aorticocava supramesentérica no se encontraron metástasis inframesentéricas, y el 71% no tenía una afectación ilíaca común, pero en el 28% de los casos se observó una afectación de los vasos gonádicos.

De estos datos se deduce que los vaciamientos, efectuados con objetivo de estadificación de la enfermedad, no están indicados en el grupo de bajo riesgo, son discutibles en el grupo de riesgo intermedio y están indicados en el grupo de alto riesgo. En este caso, es necesario efectuar un vaciamiento pélvico y aorticocava hasta la vena renal izquierda, asociado a la resección de los vasos gonádicos. Su práctica está subordinada al estado general de la paciente y al riesgo perioperatorio.

## ■ Criterios de calidad de los vaciamientos

Los vaciamientos suelen definirse más por sus límites anatómicos que por su eficacia. Se sabe que las posibilidades de diagnosticar una metástasis son proporcionales al número de ganglios extirpados, al número de ganglios examinados y al número de cortes por ganglio.

Los límites anatómicos dependen del drenaje fisiológico del órgano o del tumor. Con relación al cuerpo uterino, la regla es la linfadenectomía de las áreas pélvicas y aorticocavas.

El número de ganglios extirpados depende de la técnica. El muestreo ganglionar, que en general consiste en extirpar los ganglios sospechosos o al menos un ganglio por sitio anatómico, ya no se recomienda (se extirpan ocho ganglios en los territorios ilíacos externos, ilíacos internos, ilíacos comunes y obturadores de cada lado). La referencia actual es la linfadenectomía dirigida a reseccionar la mayor cantidad de ganglios posible en un sector anatómico determinado. Según Abu Rustum et al, un vaciamiento pélvico debe incluir al menos 10 ganglios; el valor de este umbral ha sido calculado con un método de división recursiva [11]. Otros autores han fijado un umbral de 12 ganglios [12]. Por último, Chan et al comunican un número mínimo de 10 ganglios, con un impacto terapéutico que aumenta según el número de ganglios extirpados. El vaciamiento aorticocava dirigido a la estadificación de los cánceres de endometrio corresponde al tipo A2 de la clasificación de Pomel et al [13]. La disección debe extenderse hasta la vena renal izquierda (Figs. 1 a 3). El número de ganglios aorticocava mínimo no está definido con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918919>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918919>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)