



ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Límites anatómicos y beneficio oncológico de la linfadenectomía en el cáncer urotelial de vejiga con infiltración muscular

A. Guijarro\*, V. Hernández y C. Llorente

Servicio de Urología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

Recibido el 30 de junio de 2016; aceptado el 13 de julio de 2016

## PALABRAS CLAVE

Linfadenectomía;  
Cáncer vesical con  
infiltración de la  
muscular;  
Territorios  
anatómicos  
ganglionares;  
Valor oncológico

## Resumen

**Introducción:** La linfadenectomía es parte del tratamiento estándar del cáncer vesical con infiltración de la muscular. El objetivo de esta revisión es dar una visión actualizada de la evidencia científica disponible en este campo.

**Adquisición de la evidencia:** Se realizó una revisión en Pubmed de la literatura relevante hasta la actualidad (2016). Se encontró una revisión sistemática publicada en 2014 que incluía los estudios comparativos publicados hasta ese momento, y se actualizó con las nuevas publicaciones relevantes desde esa fecha.

**Síntesis de la evidencia:** El número de ganglios no es el mejor indicador para determinar la calidad de la linfadenectomía, puesto que puede variar en función de múltiples factores dependientes no solo del cirujano, sino también del propio paciente y del patólogo. Es más reproducible la definición de territorios anatómicos estándares y una meticulosa extracción de los ganglios en estos territorios.

La extensión óptima de la linfadenectomía es un tema controvertido. La evidencia publicada hasta el momento dice que cualquier extensión de linfadenectomía es mejor que no realizarla, si bien parece que la linfadenectomía limitada es insuficiente para el control oncológico de la enfermedad y que la linfadenectomía superampliada, no aporta un beneficio oncológico frente a la linfadenectomía ampliada.

**Conclusiones:** A pesar de existir cierta controversia en cuanto a la extensión óptima de la linfadenectomía, según la evidencia disponible parece recomendable realizar linfadenectomía en todos los casos. La linfadenectomía ampliada aporta un mayor beneficio oncológico que las disecciones más limitadas, desaconsejándose linfadenectomías más amplias.

© 2016 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aguijarro@fhalcorcon.es](mailto:aguijarro@fhalcorcon.es) (A. Guijarro).

## KEYWORDS

Lymphadenectomy;  
Muscle invasive  
bladder cancer;  
Lymph node  
anatomical territory;  
Oncological value

## The anatomical limits and oncological benefit of lymphadenectomy in muscle invasive bladder cancer

### Abstract

**Background:** Lymphadenectomy is part of standard treatment for muscle invasive bladder cancer. The objective of this review is to provide an up-to-date review on the available scientific evidence in this field.

**Acquisition of evidence:** We conducted a literature review in PubMed of relevant articles up to the present (2016). We found a systematic review published in 2014 that included the comparative studies published up to that year, and we updated the review with new relevant publications since that date.

**Synthesis of the evidence:** The number of lymph nodes is not the best indicator for determining the quality of the lymphadenectomy given that the number can vary depending on numerous factors that depend not only on the surgeon but also on the patient and on the pathologist. The definition of standard anatomical territories and a meticulous extraction of the lymph nodes in these territories are more reproducible than the numbers of nodes removed.

The optimal extension of lymphadenectomy is a topic of debate. The evidence published to date indicates that any extension of lymphadenectomy is better than not performing it, although it appears that limited lymphadenectomy is insufficient for the oncological control of the disease and that superextended lymphadenectomy provides no oncological benefit versus extended lymphadenectomy.

**Conclusions:** Despite a certain amount of controversy in terms of the optimal extension of lymphadenectomy, performing lymphadenectomy in all cases appears to be recommendable according to the available evidence. Extended lymphadenectomy provides greater oncological benefit than more limited dissections, while more extensive lymphadenectomies are not recommended.

© 2016 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La cistectomía radical (CR) con linfadenectomía asociada sigue siendo el tratamiento estándar para los pacientes con cáncer de vejiga con infiltración de la muscular (CVIM)<sup>1</sup>.

De los pacientes sometidos a CR, un 25% presentan afectación ganglionar<sup>2</sup>. El valor de la linfadenectomía está claramente aceptado para la estadificación de la enfermedad. Sin embargo, el valor terapéutico, así como los límites óptimos de la misma, siguen siendo un tema a debate.

Es conocido que la afectación ganglionar es uno de los factores pronósticos con mayor impacto en la supervivencia de los pacientes con CVIM<sup>3</sup>, aunque la evidencia científica publicada al respecto tiene resultados contradictorios. Desde 2014, y basándose en los resultados de una revisión publicada en dicho año, las directrices europeas recomiendan realizar una linfadenectomía ampliada en todos los pacientes sometidos a CR. Actualmente existen 2 ensayos clínicos en marcha que intentan analizar el impacto de la linfadenectomía en función de los diferentes territorios anatómicos, pero aún no disponemos de resultados.

Nuestro objetivo es revisar la bibliografía y las evidencias más importantes sobre el valor oncológico de la linfadenectomía asociada a CR en pacientes con CVIM.

## Adquisición de la evidencia

Se ha realizado una búsqueda en Pubmed hasta abril del 2016. Para la búsqueda se ha utilizado la combinación de

los siguientes términos: *lymphadenectomy, bladder cancer, urothelial carcinomas, radical cystectomy, lymph node metastasis, lymph node dissection, recurrence y survival*.

En 2014 se publicó una revisión sistemática que incluía, sin límites de idioma, todos los artículos publicados hasta ese momento comparando pacientes con CVIM localizado (cT2-4 NOM0) tratados con CR asociada a algún tipo de linfadenectomía. Todos los artículos incluidos eran comparativos, y se excluyeron, por tanto, las series de casos con un solo brazo de estudio.

Para esta revisión se han utilizado las referencias incluidas en dicha revisión y se ha realizado una actualización de la literatura publicada desde ese momento hasta la actualidad.

## Síntesis de la evidencia

### Límites anatómicos de la linfadenectomía

Múltiples estudios han concluido que el primer drenaje linfático del CVIM tiene como punto de partida los ganglios de la fosa obturatriz, iliaca externa e interna, y los ganglios presacros<sup>4,5</sup>. El segundo límite de drenaje asciende a la iliaca común, y posteriormente a ganglios paraaórticos, interaortocavos y paracavos.

La nomenclatura utilizada en distintas publicaciones supone una limitación para comparar los resultados de distintas series, puesto que las definiciones empleadas han sido muy variables.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8769244>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8769244>

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