

Resúmenes de artículos publicados

Pere Fusté
Gemma Mancebo
Ramon Carreras

Servicio de Ginecología
y Obstetricia
Hospital Universitari
del Mar
Barcelona

“Evaluación prospectiva de la estadificación quirúrgica del carcinoma cervical avanzado mediante un acceso laparoscópico retroperitoneal”

Y Sonoda, E. Leblanc, D. Querleu, B. Castelain, TH Ppageorgiou, E lambaudie, F Narducci.
Gynecologic Oncology 2003;91:326-331

Introducción

La presencia de metástasis linfáticas ganglionares en el momento del diagnóstico de un carcinoma de cérvix es uno de los factores pronósticos aislados más importantes de fallo de tratamiento, gravando significativamente la supervivencia global de estas pacientes. Sin embargo, y a pesar de su importancia, la detección de metástasis a nivel ganglionar continúa siendo un problema clínico de primer orden debido a la eficacia subóptima de todos los sistemas de detección imaginológicos, con tasas de falsos positivos y negativos poco aceptables. Para soslayar este inconveniente se han propuesto distintos procedimientos que posibilitan el estudio histológico ganglionar a expensas de morbilidad razonable. La linfadenectomía laparoscópica retroperitoneal se inscribe en ese marco. El abordaje retroperitoneal presenta la ventaja de preservar la integridad peritoneal, con lo que deben disminuir las adherencias intestinales y por tanto las complicaciones de la radioterapia paraaórtica asociada a las técnicas de linfadenectomía de acceso transperitoneal. El procedimiento requiere de una curva de aprendizaje larga, estandarización de procesos técnicos, evaluación precisa de complicaciones, comparación de resultados entre los distintos grupos de trabajo y repercusión sobre los índices de morbimortalidad por cáncer de cérvix y/o tratamientos aplicados.

El tratamiento inicial de elección en los casos de carcinoma de cérvix localmente avanzado está basa-

do actualmente en pautas de radio-quimioterapia concomitante. El campo radioterápico abarca inicialmente sólo la pelvis, excluyéndose la extensión paraaórtica sistemática por la morbilidad añadida que conlleva. La extensión radioterápica a campo paraaórtica requiere fundadas sospechas de afectación a este nivel. Sin la confirmación histológica precisa y con los métodos de detección clínicos actualmente empleados un significativo porcentaje de pacientes resultan inadecuadamente tratadas: bien por exceso, sobretratando y añadiendo morbilidad no despreciable en pacientes que no lo precisan; bien por defecto, dejando de tratar una extensión ganglionar que puede condicionar la eficacia terapéutica.

Resultados

En noviembre de 2003 el grupo de Querleu publica en *Gynecologic Oncology* los resultados de una serie de 111 pacientes diagnosticadas de carcinoma de cérvix localmente avanzado (incluye tumores bulky) en las que se realizó estadificación quirúrgica ganglionar mediante acceso laparoscópico retroperitoneal con el objetivo de identificar histológicamente las pacientes con afectación neoplásica a este nivel.

Para el estudio se incluyeron pacientes con carcinomas de cérvix estadios FIGO IB2-IVa, sin sospecha radiológica o confirmación por punción con aguja fina de afectación neoplásica ganglionar. El artículo no especifica qué se entiende por adenopatías radiológicamente sospechosas, limitándose a mencionar que no estuvieran significativamente aumentadas de tamaño. Dichas pacientes fueron sometidas a la disección de las adenopatías paraaórticas localizadas entre la arteria ilíaca común hasta el cruce de la vena renal izquierda por encima de la aorta, mediante un acceso laparoscópico retroperitoneal. Previamente a dicha disección realizaban una exploración laparoscópica de la cavidad peritoneal para descartar la diseminación de la enfermedad a nivel abdominal.

La edad media de las pacientes incluidas en el estudio fue de 46 (± 9) años, con un índice de masa corporal de 24 (± 5) kg/m². Cuarenta y tres pacientes tenían historia de cirugía abdominal previa. El tiempo operatorio medio fue de 157 (± 47) minutos con una media de 19 (± 12) ganglios resecaos. El intervalo medio de tiempo entre la realización de la laparoscopia y el inicio del tratamiento fue de 3.2 semanas, como consecuencia principalmente de problemas de programación de la radioterapia, ya que si bien aparecieron complicaciones postoperatorias directamente atribuibles a la técnica quirúrgica en 14 pacientes (13%), únicamente 2 pacientes requirieron laparotomía posterior que implicaba retraso en el inicio del tratamiento (una obstrucción intestinal por hernia en la inserción de trócar y un hematoma retroperitoneal que requirió colocación de stent ureteral). 10 de las 14 complicaciones fueron linfocelares sintomáticos. Con la práctica de marsupialización peritoneal tras los primeros 74 casos no aparecieron posteriores linfocelares.

En 30 pacientes, un 27% de la muestra, se objetivó la presencia de enfermedad metastásica ganglionar. Además, en 27 pacientes se encontraron adenopatías aumentadas de tamaño en la laparoscopia no detectadas por técnicas de imagen, de las cuales 16 no tenían afectación ganglionar en la biopsia peroperatoria; 3 presentaban afectación histológica peroperatoria; dos enfermedad irresecable y en una se ultimó el "debulking" con una laparotomía extraperitoneal.

Con un seguimiento medio de 16,5 meses la supervivencia estimada fue significativamente mejor en las pacientes sin afectación ganglionar (38,6 meses vs. 26,5 meses). El 30% de las pacientes con ganglios afectados desarrollaron metástasis a distancia frente al 5% de las pacientes sin evidencia de enfermedad ganglionar ($p < 0,05$). La tolerancia en grupo con radioterapia extendida fue buena.

Comentarios

El conocimiento de la afectación metastásica ganglionar en el carcinoma de cérvix permite establecer un pronóstico mucho más preciso que la estadificación clínica que marca la FIGO. Y si bien la identificación de las pacientes con nódulos ganglionares afectados se asocia a un pobre resultado vital, un pequeño porcentaje de estas pacientes podrían beneficiarse de la extensión de la radioterapia al campo paraaórtico. Por otra parte, se evita la morbilidad innecesaria de la radioterapia paraaórtica (incrementa un 4% la enteritis grados 3-4) a pacientes con sospecha o probabilidad clínica de afecta-

ción paraaórtica no comprobada histológicamente (y que no tendrían afectación histológica real). Los métodos clínicos de estadificación ofrecen discrepancias en la estimación de la extensión de la enfermedad de hasta 20-40%, tanto para identificar la afectación histológica como su ausencia.

En la serie que nos ocupa ninguna de las 30 pacientes (27%) en las que posteriormente se confirmó histológicamente la metástasis ganglionar presentaban sospecha clínico-radiológica de afectación ganglionar. Sin la evidencia patológica no se hubiera indicado extender el campo de irradiación. En esta serie no se puede valorar el beneficio terapéutico sobre el pronóstico, que continúa siendo pobre, por razones obvias de tamaño muestral y falta de grupo control. En la literatura se comunica que el campo de radiación extendido a territorios paraaórticos está asociado a un incremento de la supervivencia del 31 al 50% dependiendo de la localización y la extensión de las metástasis ganglionares paraaórticas y de la posibilidad de control de la enfermedad a nivel pélvico. Sin embargo, no tenemos resultados definitivos a este respecto provenientes de estudios aleatorizados suficientemente amplios; un pequeño estudio randomizado recientemente publicado no ha conseguido demostrar el beneficio de la estadificación quirúrgica sobre la clínica.

En resumen, en la experiencia de los autores del artículo la estadificación laparoscópica retroperitoneal aparece como un técnica posible, fiable, de morbilidad asumible, que no retrasa significativamente el inicio del tratamiento y que identifica un significativo número de pacientes con afectación ganglionar no sospechada, permitiendo tratar selectivamente la enfermedad metastásica ganglionar más allá de los campos de radiación tradicionales. Al acceso retroperitoneal se le supone además la ventaja de obviar la morbilidad asociada a la radioterapia extendida posterior a técnicas de acceso transperitoneal.

Otros investigadores abogan junto a los autores por la estadificación quirúrgica ganglionar laparoscópica de rutina en todas las pacientes con enfermedad localmente avanzada. Algunas discrepancias radican en el procedimiento, así como la actitud adoptada sobre las cadenas ganglionares pélvicas. La generalización de la técnica está sujeta a requerimientos instrumentales y formativos, pero es evidente que se incrementan gradualmente los grupos que se suman a estas propuestas. La consolidación definitiva de la técnica vendrá condicionada por los resultados de los ensayos clínicos actualmente en marcha y por la eventual repercusión positiva sobre los índices de supervivencia.