

Linfadenektomiaren egungo egoera minbizi ginekologikoan

Linfadenectomía actualmente en el cáncer ginecológico

Ginekologia eta Obstetriziarako Euskal Erakundearen XXII bilera

Donostia-San Sebastián

2022ko azaroaren 18a

¿Por qué realizamos linfadenectomías?

- Estadificación, valor pronóstico y planificar el tratamiento

Cáncer de ovario IIIA1

Cáncer de útero IIIC

Cáncer de cérvix IIIC

Cáncer de vulva IIIA

Cáncer de mama IB – IIA

- Valor terapéutico

Afectación ganglionar

Tumor		Afectación ganglionar %
Ovario	Estadio I	20
	Estadio II	40
	Estadio III+IV	55
Endometrio		10
Cérvix	Menos 2 cm	6
	2-4 cm	18
	Mayor 4 cm	36
Vulva	Operable	30
Mama	Hasta 10 mm	10
	11-20 mm	13
	21-50 mm	44
	Mayor 50 mm	62

Cáncer de ovario

Estadios I-II

- Bilateral pelvic and para-aortic lymph node dissection up to the level of the left renal vein (with the exception of stage I expansile type mucinous adenocarcinomas) are recommended

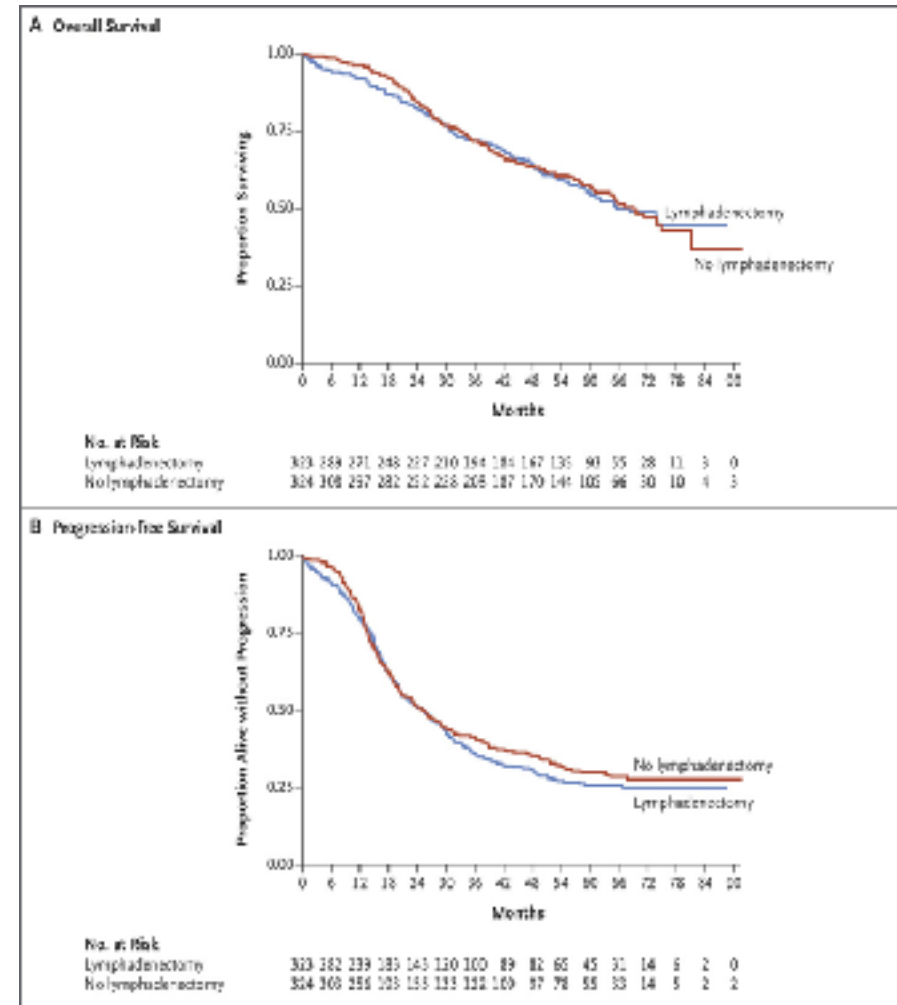
Estadios III-IV

- ...omitir la linfadenectomía retroperitoneal en pacientes con cáncer de ovario avanzado que tienen ganglios linfáticos no clínicamente sospechosos tras obtener una citorreducción completa. ***Dr Luis Chiva 2017***

Original Article

A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms

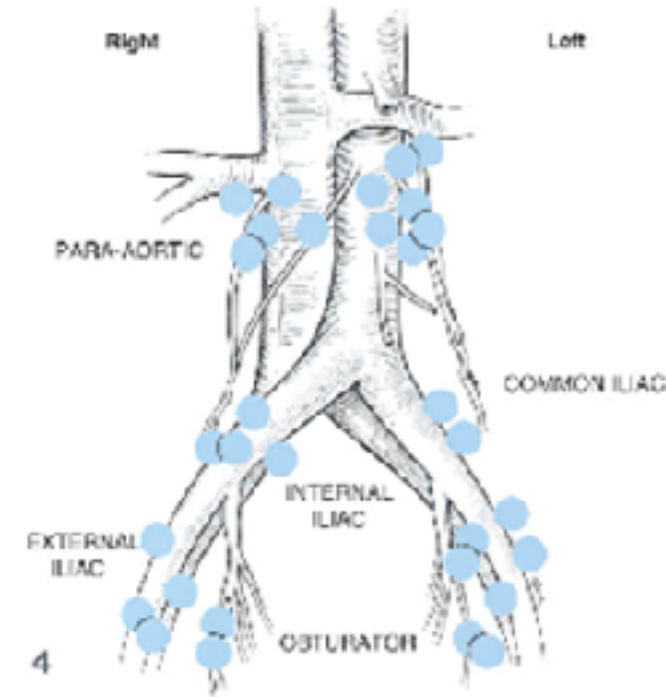
Harter et al. N Engl J Med 2019



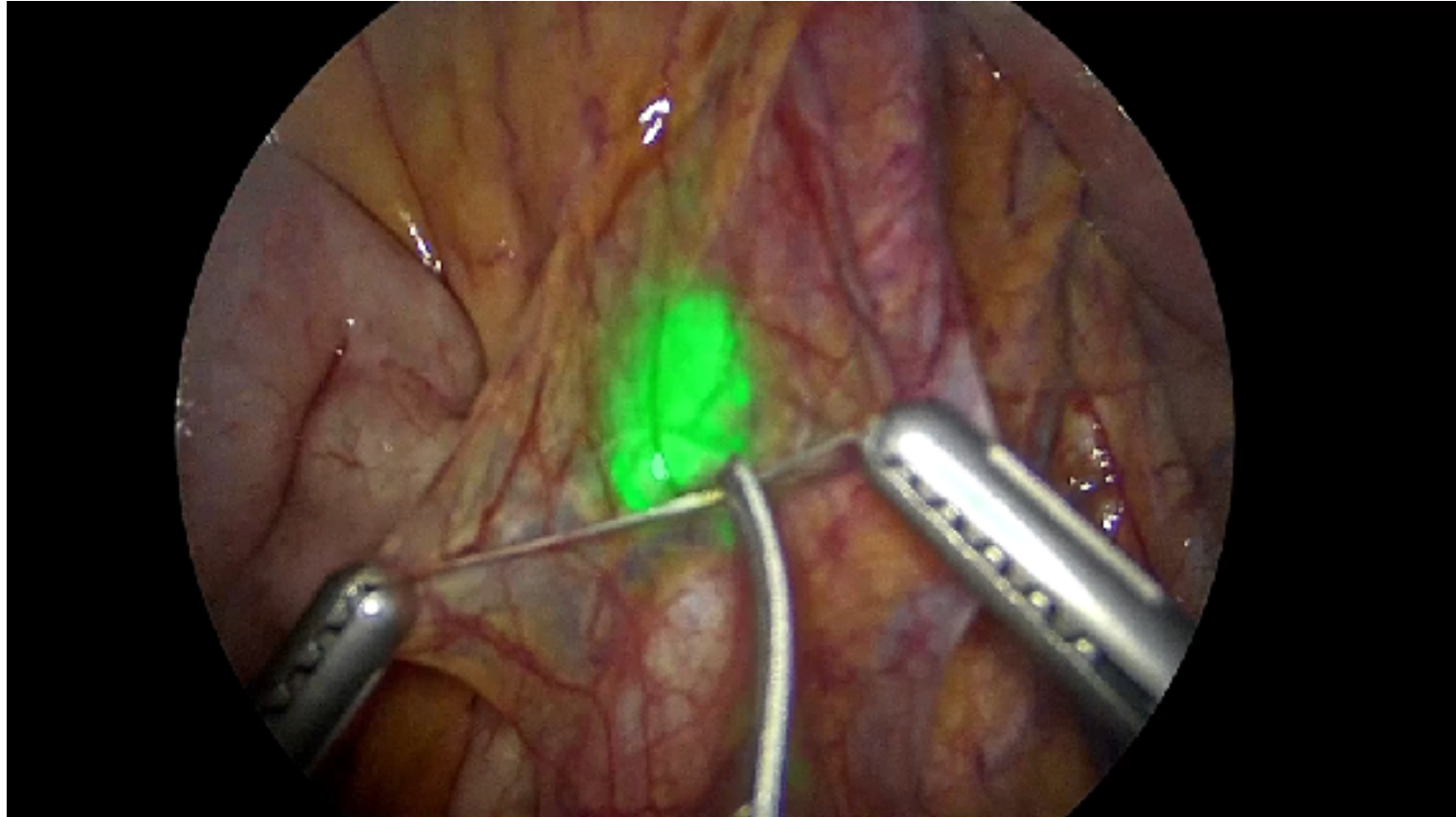
Carcinoma de endometrio

- 1987 GOG 33
- 1988 estadificación quirúrgica FIGO adenocarcinoma de endometrio
- 1996 Burke GC cáncer endometrio
- 2008 Mariani
- 2008 Benedetti Panici
- 2009 ASTEC
- 2013 TCGA clasificación molecular
- 2014 BGC HUD

GOG 33 Relationship of Positive Pelvic Nodes to Aortic Nodes			
	Aortic		
Pelvic	Negative	Positive	Total
Negative	551 (89%)	12 (2%)	563 (91%)
Positive	36 (6%)	22 (3%)	58 (9%)
Total	587 (95%)	34 (5%)	621 (100%)



Valoración mínimamente invasiva del ganglio centinela



Low	Stage IA endometrioid + low-grade† + LVSI negative or focal	- Stage I–II POLEmut endometrial carcinoma, no residual disease - Stage IA MMRd/NSMP endometrioid carcinoma + low-grade† + LVSI negative or focal	High–intermediate	- Stage I endometrioid + substantial LVSI regardless of grade and depth of invasion - Stage IB endometrioid high-grade† regardless of LVSI status - Stage II	- Stage I MMRd/NSMP endometrioid carcinoma + substantial LVSI regardless of grade and depth of invasion - Stage IB MMRd/NSMP endometrioid carcinoma high-grade† regardless of LVSI status - Stage II MMRd/NSMP endometrioid carcinoma
Intermediate	- Stage IB endometrioid + low-grade† + LVSI negative or focal - Stage IA endometrioid + high-grade† + LVSI negative or focal - Stage IA non-endometrioid (serous, clear cell, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma, mixed) without myometrial invasion	- Stage IB MMRd/NSMP endometrioid carcinoma + low-grade† + LVSI negative or focal - Stage IA MMRd/NSMP endometrioid carcinoma + high-grade† + LVSI negative or focal - Stage IA p53abn and/or non-endometrioid (serous, clear cell, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma, mixed) without myometrial invasion	High	- Stage III–IVA with no residual disease - Stage I–IVA non-endometrioid (serous, clear cell, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma, mixed) with myometrial invasion, and with no residual disease	- Stage III–IVA MMRd/NSMP endometrioid carcinoma with no residual disease - Stage I–IVA p53abn endometrial carcinoma with myometrial invasion, with no residual disease - Stage I–IVA NSMP/MMRd serous, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma with myometrial invasion, with no residual disease
			Advanced metastatic	- Stage III–IVA with residual disease - Stage IVB	- Stage III–IVA with residual disease of any molecular type - Stage IVB of any molecular type

ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma (2021)

- Riesgo bajo/intermedio. **BGC. No linfadenectomía**
- Riesgo alto-intermedio/alto. **Linfadenectomía. Se acepta BGC**
 - ICG
 - Inyección cérvix, posible re-inyección
 - Linfadenectomía si no GC
 - Ultraestadificación anatómo-patológica
 - Si linfadenectomía, LPB y LAC hasta vena renal
 - Si afectación intraoperatoria de ganglio pélvico, no LPB y sí LAC y exéresis adenopatías grandes

Cáncer de cérvix

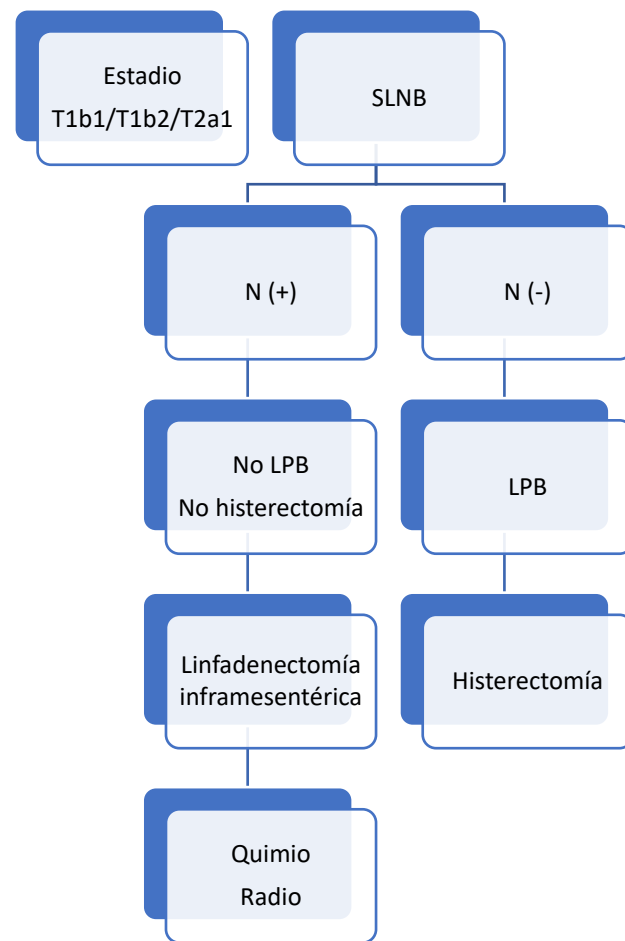
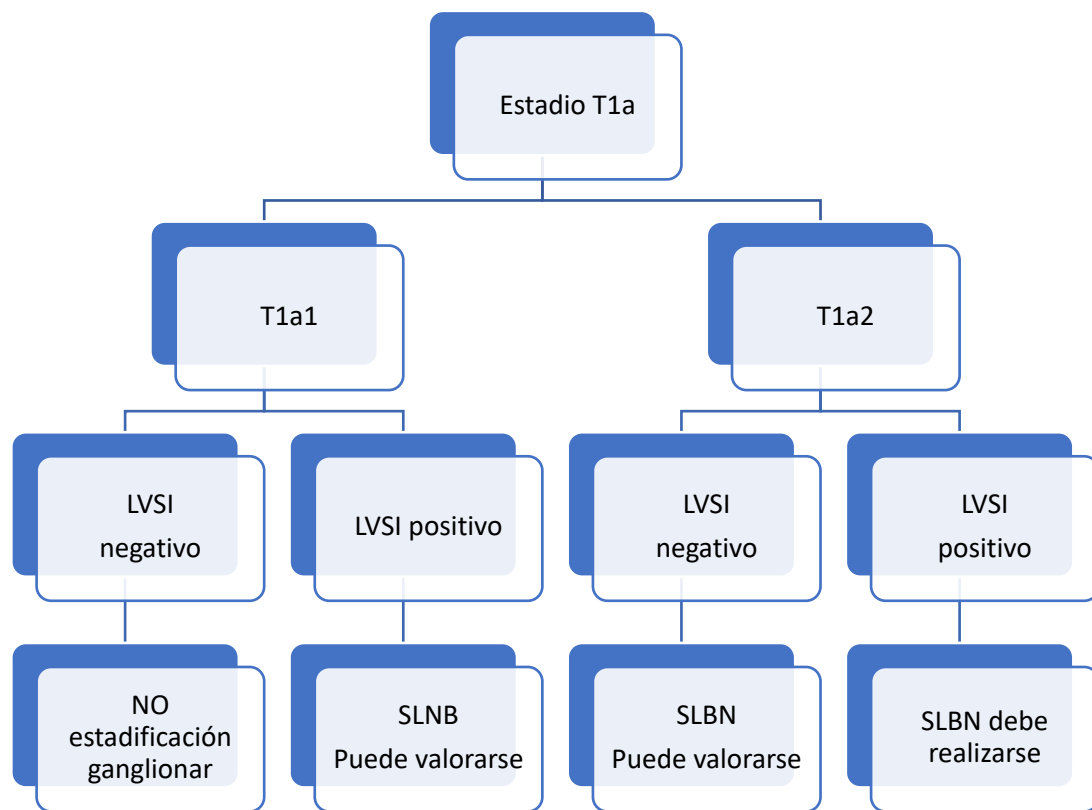
- **FIGO 2018:** estadio IIIC afectación ganglionar
- Riesgo metástasis ganglionar
 - Profundidad invasión estroma
 - LVSI
 - Tamaño tumoral

	Sensibilidad	Especificidad
PET	75	98
MRI	56	93
CT	58	92
BGC	91	100

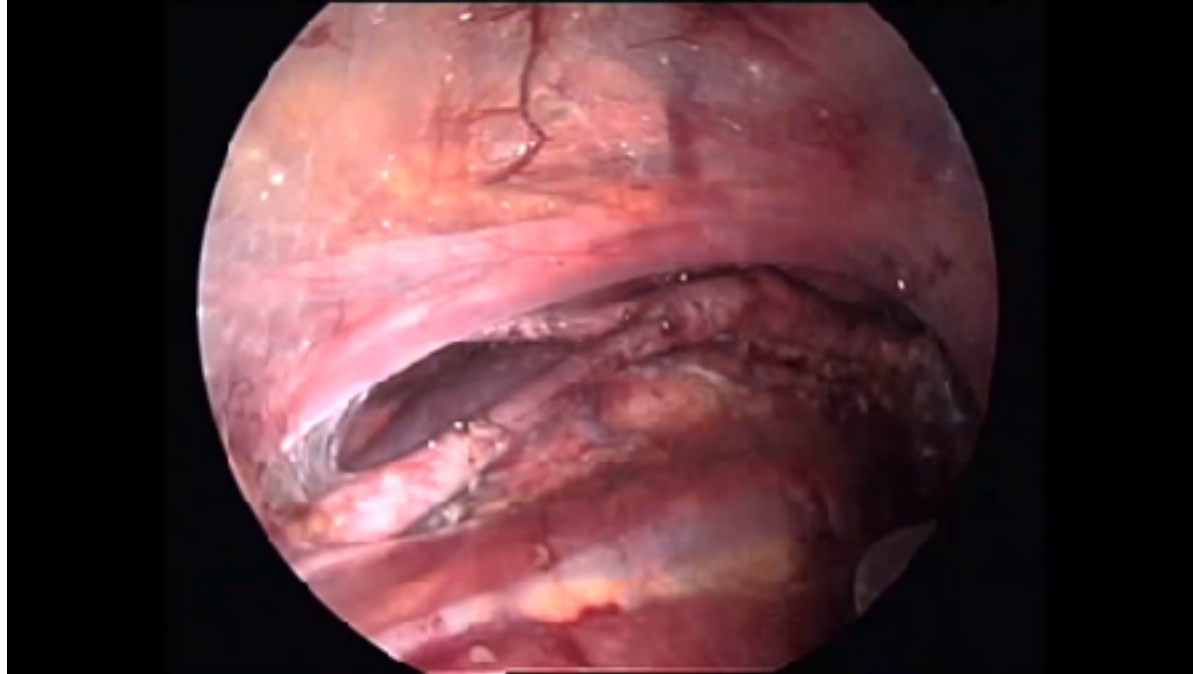
ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with cervical cancer (2022)

- Biopsia ganglio centinela en cáncer de cérvix inicial
 - Siempre biopsia SLN antes de la linfadenectomía pélvica
 - Biopsia intraoperatoria de los SLN y de ganglios sospechosos
 - SLN negativo en biopsia intra-operatoria: linfadenectomía pélvica posterior
 - Si el SLN es negativo bilateralmente en la pelvis nivel I (hasta bifurcación de iliacas), la linfadenectomía limitada al nivel 1
 - Si no SLN en una hemipelvis, linfadenectomía ipsilateral
 - Obligatoria la ultraestadificación (aumenta la detección 44% pN1 *Sentix trial*)

ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with cervical cancer (2022)



Cáncer de cérvix avanzado



Nasioudis D, Rush M, Taunk NK, *et al* Oncologic outcomes of surgical para-aortic lymph node staging in patients with advanced cervical carcinoma undergoing chemoradiation *International Journal of Gynecologic Cancer* 2022;**32**:823-827.

Cáncer de vulva

- 5-6%
- Fragilidad
- Exploración física
- Imágenes
- Biopsia con aguja

Cáncer de vulva BGC.

- Uso de trazador radioactivo es obligatorio
- Combinación de técnicas de detección con isótopos y azul o ICG es recomendado
- Linfoescintigrafía: localización y número de SLN
- Biopsia intraoperatoria es opcional
- Si no GC, linfadenectomía
- En línea media, SLNB bilateral
- Si GC con enfermedad, tratamiento adicional está indicado
 - Macrometástasis: linfadenectomía ipsilateral
 - Micrometastasis o ITC: radioterapia en vez de linfadenectomía
 - Si GC bilateral, y metástasis unilateral , la incidencia de metástasis contralateral es baja y el tto puede limitarse a la ingle afectada

Cáncer de vulva

SLNB

- Tumor < 4 cm
- Mas 1 mm invasión
- Ganglios no palpables
- Enfermedad unifocal
- Experiencia cirujano (10 casos)
- Alternativa a la linfadenectomía
- VPN 97,9%

Linfadenectomía

- Tumor > 4 cm
- Enfermedad multifocal
- Ipsilateral si tumor lateral
- Linfadenectomía contralateral si se demuestra enfermedad metastásica ganglionar
- Si linfadenectomía, incluirá ganglios inguinales superficiales y profundos
- El manejo óptimo en caso de ganglios inguinales agrandados y tumorales no está definido:
 - Linfadenectomía inguino-femoral
 - Extirpación selectiva de ganglios agrandados

Resumen

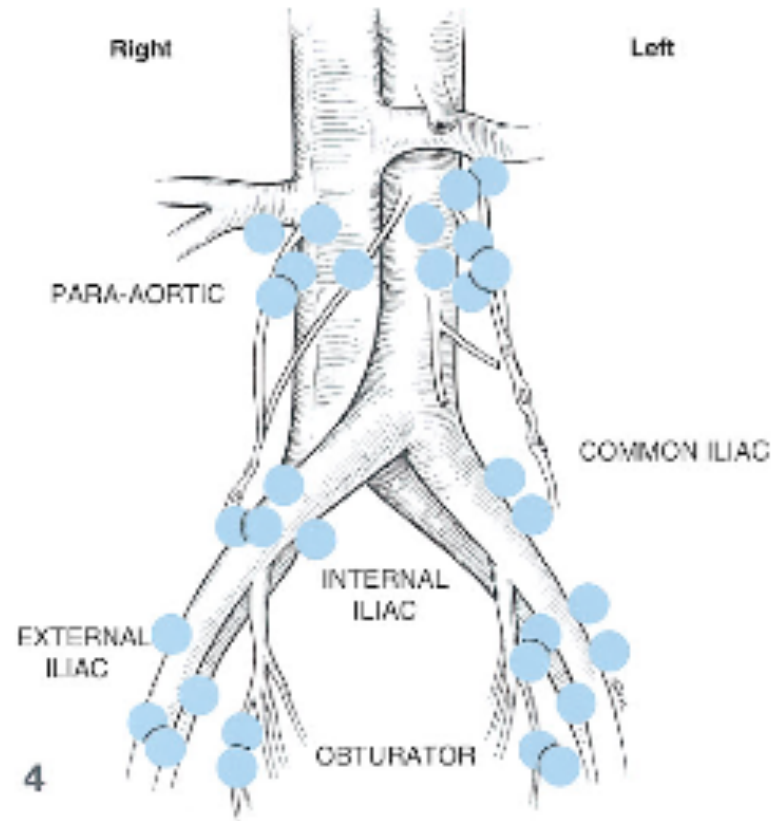
	Estadio	SLNB	Linfadenectomía
Ovario	Inicial	En estudio	Sí
	Avanzado	No	No
Endometrio	Riesgo Bajo e Intermedio	Sí	No
	R. Alto-Intermedio y Alto	Posible	Sí
Cérvix	Inicial	Sí	Sí
	Avanzado	No	Posible
Vulva	<4 cm	Sí	No
	>4 cm o multifocal	No	Sí



Eskerrik asko zure
arretagatik

1º estudio: BGC en cáncer endometrio

- 1996
- 15 pacientes
- Laparotomía
- Trazador azul isosulfan
- Inyección subserosa
- Tasa detección 67%
- Tasa falsos negativos 50% (2/4)
- Implicados ganglios pélvicos y aórticos



Burke TW, et al. Gynecologic Oncology Volume 62, Issue 2, August 1996, Pages 169-173