

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Can sentinel lymph node biopsy replace pelvic lymphadenectomy for early cervical cancer"

Nombre revisor: María Bordés Infantes. Hospital Universitario Infanta Elena

1. - Artículo Original:

Lennox GK, Covens A. Can sentinel lymph node biopsy replace pelvic lymphadenectomy for early cervical cancer? Gynecol Oncol 2017 Jan;144(1):16-20.
PMID: 27742472

2.- Resumen del Artículo:

OBJETIVO:

Evaluar la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y morbilidad a corto plazo, en pacientes con cáncer de cérvix precoz que han realizado linfadenectomía pélvica bilateral vs biopsia selectiva de ganglio centinela bilateral en la primera cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Todas las pacientes con ganglios linfáticos negativos confirmados histológicamente en estadio Ia/Ib tratados con linfadenectomía pélvica bilateral o biopsia selectiva de ganglio centinela bilateral que fueron diagnosticadas en la Universidad de Toronto, desde mayo de 1984 a junio de 2015. Los dos grupos fueron comparados mediante los tests de Wilcoxon, Chi cuadrado y Fisher. Los predictores de supervivencia libre de enfermedad fueron identificados con modelos de Regresión de Cox (hazard ratio). Las curvas de supervivencia fueron comparadas mediante los test de Kaplan Meier. Los resultados estadísticamente significativos fueron $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Fueron identificados 1188 pacientes con ganglios negativos, 1078 mediante linfadenectomía y 110 mediante BSGC. No hubieron diferencias significativas entre la linfadenectomía y la BSGC en la SLE a 2 y 5 años (95% vs 97% y 92% vs 93% respectivamente), tamaño tumoral, histología, profundidad de invasión, complicaciones intraoperatorias o morbilidad a corto plazo. La linfadenectomía se asoció a un aumento de tiempo quirúrgico (2.8h vs 2h, $p < 0.001$), pérdidas sanguíneas (500ml vs 100ml, $p < 0.001$), transfusión (23% vs 0%, $p < 0.001$) e infección postoperatoria (11% vs 0, $p = 0.001$). La edad, fecha de cirugía, estadio, invasión linfovascular, y radicalidad quirúrgica difirió entre los grupos. En el control por edad, estadio, invasión linfovascular, profundidad de invasión e histología no hubieron diferencias significativas en la SLE. Solo la profundidad de invasión, invasión linfovascular e histología fueron predictores de SLE.

CONCLUSIONES:

La biopsia selectiva de ganglio centinela negativa no asocia diferencias en la SLE comparado con la linfadenectomía negativa. La morbilidad a corto plazo se reduce, sin embargo debido a que se trata de un estudio a largo plazo, los cambios demográficos y quirúrgicos pueden contribuir a los resultados obtenidos.

3.- Comentario:

El procedimiento de BSGC ha sido mostrado en diferentes estudios para ser comparado con la linfadenectomía en la detección de ganglios metastásicos en cáncer de cérvix precoz. Lo que se reafirma, ya que después de realizar control por los factores confusores, en este estudio se demuestra que no hay diferencias significativas en la SLE. Mirando los sitios de recidivas en las pacientes con BSGC (fondo vaginal, tabique rectovaginal y colon sigmoide), parece que estas recurrencias no parecen atribuibles a metastásis

ganglionares. Hay evidencia que sugiere que la ultraestadificación mediante GC que se realiza actualmente, reduce el comportamiento de metástasis ganglionares perdidas en las pacientes adecuadamente seleccionadas (tamaños tumorales < 2cm con ganglios negativos). Las secciones en 40-50 micras y la adición de la inmuno-histoquímica aumenta la detección de ganglios afectados en GC en un 25-65% en comparación a ganglios no centinela en cáncer de endometrio y cérvix. Además el proceso de GC a puede también aumentar la detección de ganglios metastásicos en localizaciones raras. Los estudios de mapeo, han demostrado que aproximadamente el 10% de GC se localizan en áreas no clásicas y por tanto no serían resecados en la linfadenectomía (presacos, parametriales, iliaca interna y paraaórtica). Esto podría explicar el 15% de recurrencia en pacientes con ganglios negativos, siendo por tumor oculto.

El principal beneficio teórico de la BSGC frente a la linfadenectomía es la menor morbilidad. El riesgo de ganglios afectados en cáncer de cérvix precoz es aproximadamente del 10% (en estudio convencional de linfadenectomía) y del 15-20% en la ultraestadificación (estudio de GC), lo que significa que con GC negativos el 80-85% de pacientes podrían ahorrarse la linfadenectomía completa y morbilidad asociada. En este estudio, la BSGC se asoció a menor pérdida sanguínea, transfusión, infección postoperatoria, pero fue factor confusor el tipo de cirugía primaria.

Este estudio es el más largo en relación a las recurrencias en pacientes con cáncer de cérvix precoz con BSGC, aunque sus limitaciones por el tipo de diseño observacional no nos permite dar respuesta a cuestiones de forma contundente como un ensayo randomizado.