

Cáncer Pulmonar: Manejo Actual del Mediastino

Claudio Suárez , Clínica Santa María, Santiago de Chile
Buenos Aires, 24 de octubre de 2007

Pensamiento inicial

- LAM vs Mapeo
 - Izbicki: ns, pero LAM mejor en N2 x1
 - PORT: no RT a todos, disminuye sobrevida N1
- Certificación N para tto adyuvante
 - N1 quimioterapia
 - N2 quimioterapia y radioterapia
 - Si paciente N2 no recibe QT y RT: sobrevida 0
 - Si paciente N1 no recibe QT: sobrevida ~ 0
- ¡y cuanto vale el PET-CT?
- Y la clasificación por áreas?

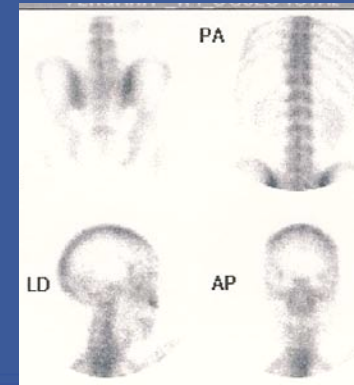
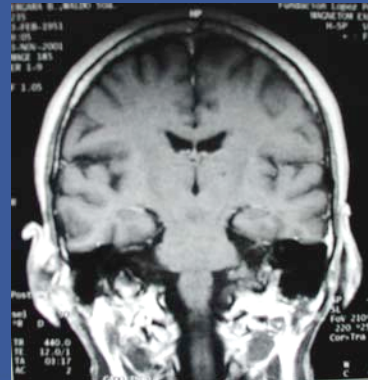
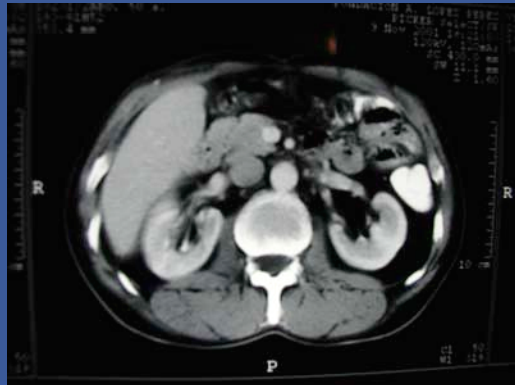
Evaluación del paciente

- General, metabólica, performance status
- Funcional Respiratoria: espirometría, gases
- Cardiovascular: ECG reposo-esfuerzo, EcoC
- **Locorregional:**
 - TAC Tx, PET-CT
 - FBC, MDC, VTC
- Diseminación: qué profundidad?

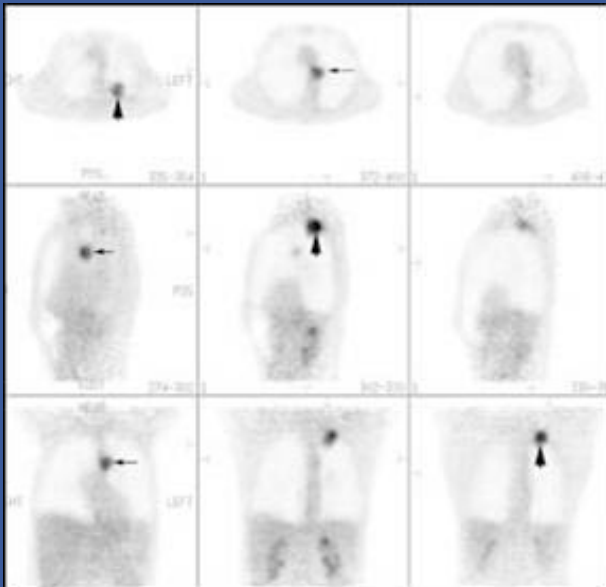
Estudio de Diseminación o Extensión

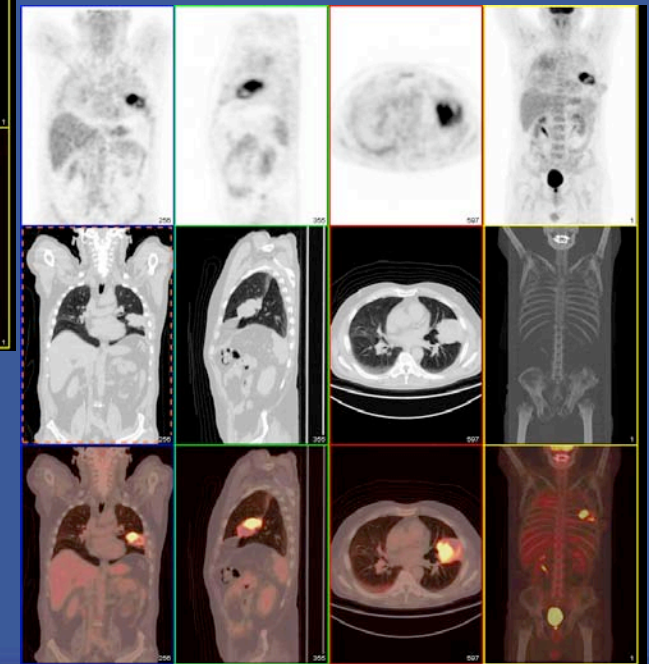
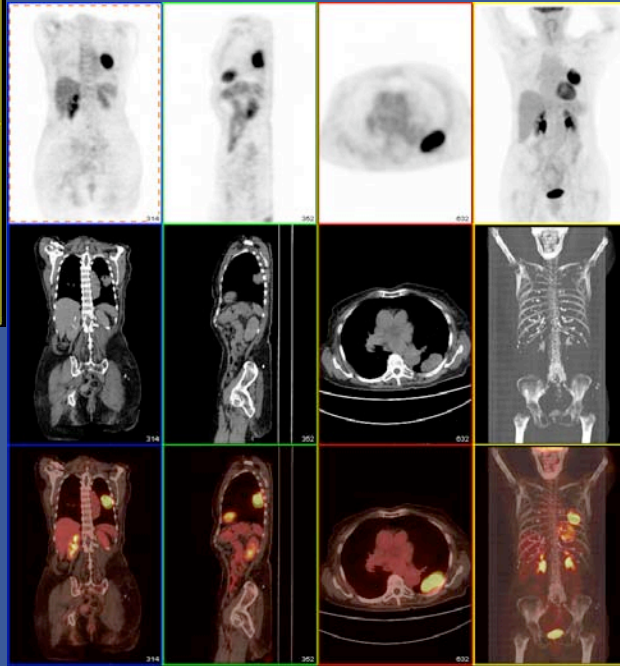
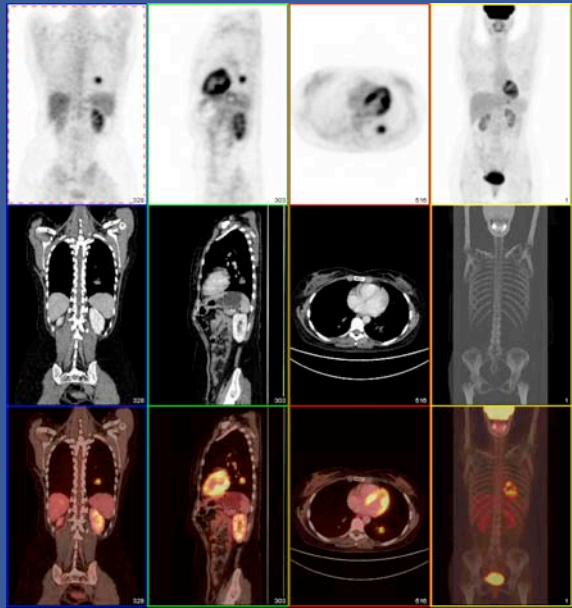
- **Hueso** Cintigrama Oseo
- **Hígado** TAC Abdominal
- **Suprarrenales** TAC Tórax o Abdomen
- **Cerebro** TAC o RNM Encéfalo

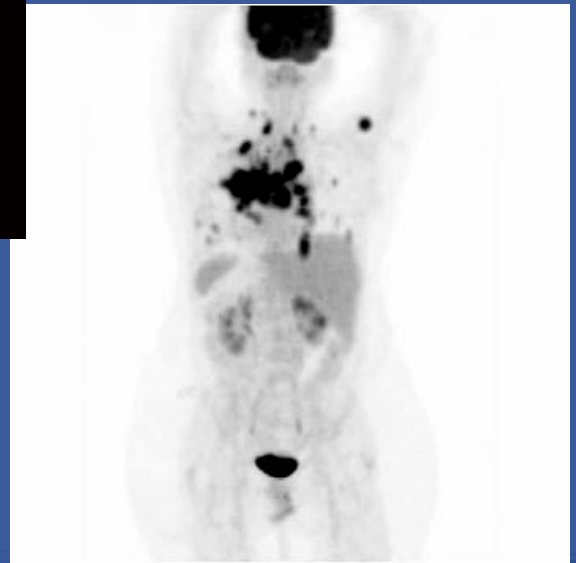
- * 5-10% metas óseas, suprarrenales y cerebrales asintomáticas
- * 2-5% metas no pesquisadas en estudios ??



PET CT







VPP en mediastino

- 100% es LAM; 85% Mapeo; 90%MDC
- PET-CT
 - Vpp 90%
 - Vpn 80-90%
- Muy cerca de MDC
- En evaluación...
 - Bidegain, Mutua Terrasa, Barcelona, 2006 (Valdivia 2006)
 - Suárez, Santiago Chile, 2007 (Seúl 2007)

Protocolos de Tratamiento

● T1N0M0	IA	CIR
● T2N0M0	IB	CIR + QT?
● T1N1M0	IIA	CIR + QT
● T2N1M0	IIB	CIR + QT
● T3N0M0	IIB	CIR + RT PARED + QT?
● T3N1M0	IIIA	CIR+RT+ QT
● T1-3N2 PREOP	IIIA	QT+CIR+RT
● TxN2 POSTOP	IIIA	CIR+QT+RT
● T4N0-2M0	IIIB	QT+¿RT+CIR?
● T1-3N3M0	IIIB	QT+RT-QT+¿MED-CIR?
● M1 cerebral única	IV	NC+RTCER+CIR-QT
● M1 otros única	IV	¿Cir+QT+RT?
● M1 múltiple	IV	CP vs QT

Etapa IA (T1N0M0)

Cirugía

- Lobectomía + mapeo med (6 grupos) vs LAM
- Sin Rol para RT ni QT, salvo
contraindicación operatoria

Etapa IB (T2N0M0)

Cirugía

- Lobectomía + mapeo vs LAM
- Sin rol para resecciones menores?
- Sin rol para QT
- Sin rol para RT

Etapa IIA y IIB (T1-2N1M0)

- Lobectomía + mapeo vs LAM
- QT post operatoria
- Sin rol para RT

Etapa IIIA (T1-2-3N2M0) diagnóstico preoperatorio

- Quimioterapia de inducción x 3 y los respondedores
- Lobectomía + Mapeo o LAM
- Radioquimioterapia mediastínica
- Qt post op por 3

Etapa IIIA (T1-2-3N2M0) diagnóstico postoperatorio

Post-Cirugía (Lobectomía + LAM)

- Radioquimioterapia mediastínica
- Quimioterapia postoperatoria por 3

Etapa IIIB (T123N3M0)

- Quimioterapia x 3
- Radioquimioterapia y a veces si PET(-)
 - Lobectomía + LAM
- Si se opera, seguir con RT-QT

Entonces, si los tratamientos son diferentes en cada etapa nodal...

...es indispensable conocer exactamente el estado del mediastino

Linfadenectomía Mediastínica

- **Completa:** Naruke 1967, Mountain, Martini, American Joint Committee 1976
- **Mapeo:** RT post op N2 (+)
- **Mapeo y Biopsia Rápida**
 - N1 o N2 (+) LAM
 - (-) nada más

La radioterapia completaba el trat. quirúrgico

Papel Real de RT en N1 y N2

PORT Meta-analysis RT Trialist Group

Lancet 1998;352(9124):257-63

Meta-análisis de 9 estudios controlados y randomizados

NIVEL Ia de confiabilidad, sin error tipo III de med basada evidencia

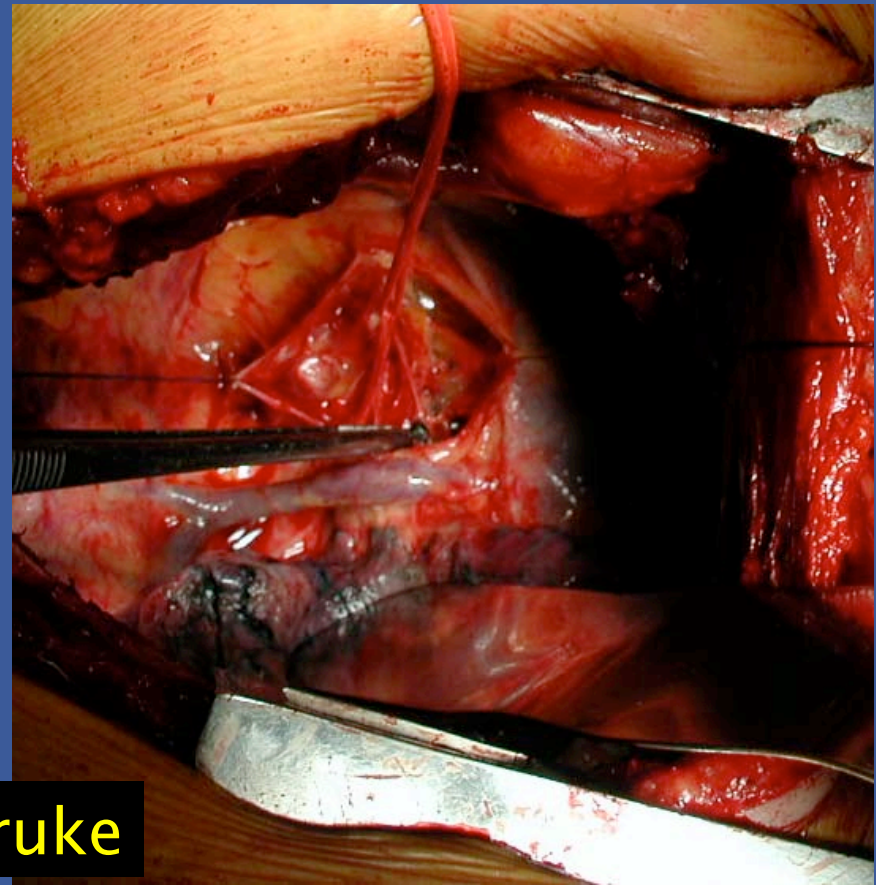
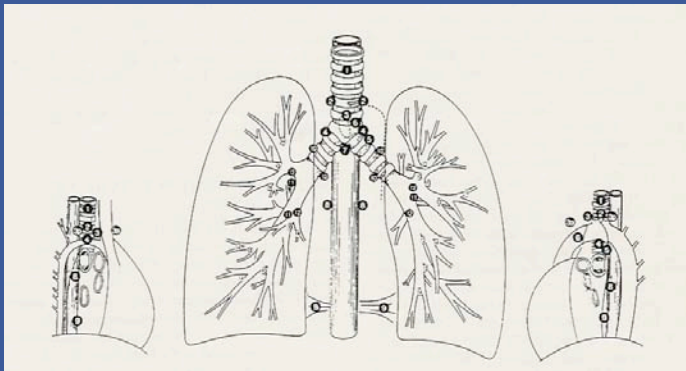
Cirugía+RT postop. vs CIRUGÍA sola

n 2128. 1056 vs 1072

- postop en N1 **Menor sobrevida grupo CIR+RT que CIR**
- postop en N2 Su rol no es claro y debe investigarse

LAM

resecciones
oncológicas con
linfadenectomía
mediastínica



Naruke

Valor Real de LAM

Diagnóstico y Pronóstico

- Riquet et al. Paris. Cancer Radiother 1997;1:165-9
Pronóstico en N2 según 1 o + estaciones
- Kamiyoshihara et al. Japón Oncol Rep 1998;5:453-7
LAM R2 tiene **< recurrencia local** que R1 y R0
- Asamura...Naruke. J Thorac Cardiovasc Surg 1999;117:1102-11
“permite información pronóstica y **posible beneficio en sobrevida**”
- Schinckel et al. Munchen. Chirurg 1999;70:179-83
Skip 81% LAM incompletas o técnicamente insatisfactorias

LAM: Prospectivo y Randomizado

Izbicki et al, U Munich *Ann Surg* 1998;227:138-44

Estudio controlado, prospectivo y randomizado

Mapeo vs LAM n= 169

Intervalo libre enfermedad ns

Sobrevida ns

En subgrupo con enfermedad limitada a 1 ganglio N1 o N2, LAM es mejor

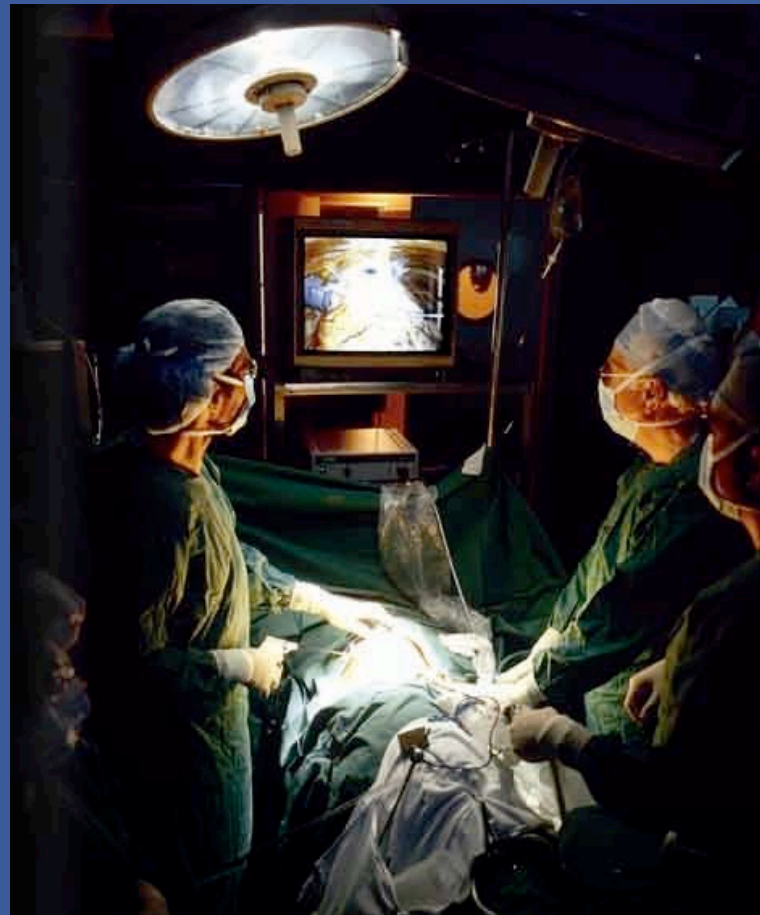
Para que queremos saber el N?

- Decidimos quimioterapia postoperatoria en todos los N (123)
- Radioterapia postoperatoria en los N23
- Para eso se requiere información precisa del compromiso nodal o ganglionar (correlación de mdc, pet-ct y mapeo con lam no es 100%)

Resultados del Tratamiento: sobrevida a 5 años

■T1N0M0	60- 80- 100 (90%)	IA
■T2N0M0	38- 60- 80%	IB
■T1N1M0	34- 45- 50%	IIA
■T2N1M0	24- 41%	IIB
■T3N0M0	22%	IIB
■T3N1M0	9-18- 25%	IIIA
■T1-3N2M0	13%	IIIA
■T4N0-2M0	7-10% (6-12m)	IIIB
■T1-3N3M0	3%	IIIB
■M1	1% (3-6m)	IV

LAM POR VATS?



Linfadenectomía por VATS

- En Japón: NCC iguales resultados en etapas precoces
- En Chile: mi LAM tiene más de mapeo
- LAM adecuada: >16 ganglios en al menos 6 grupos, a derecha
- A izquierda: subcarinales super importantes,
 - si son (+) resección bilateral??
 - difícil llegar a 16 ganglios aún por toracotomía

Otra duda...

- Evaluación del mediastino con PET-CT
 - Preoperatorio
 - Positivo ¿confirmar con MDC?
 - Negativo ¿no MDC?
 - Negativo con ganglios de 10 mm ¿MDC?
 - Post neoadyuvancia
 - Re-mediastinoscopia o PET
 - Post adyuvancia

Pensamiento inicial

- LAM vs Mapeo
 - Izbicki: ns, pero mejor en N2 x1, pero hay que separar N0N1N2 para trat ady
 - PORT: no RT a todos, disminuye sobrev N1
- Certificación N para tto adyuvante
 - N1 quimioterapia
 - N2 quimioterapia y radioterapia
 - Si pac N2 no recibe QT y RT sobrevida 0
 - Si pac N1 no recibe QT sobrevida ~ 0
- ¡y cuanto vale el PET-CT?