



Cáncer Broncogénico: Tratamiento

Linfadenectomía Mediastinal vs Muestreo Ganglionar

Claudio Suárez , Clínica Santa María, Santiago de Chile
XV Congreso Sudamericano de Cirugía Torácica
Montevideo, 7 de diciembre 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, el EBUS, la MDC, el ganglio centinela?

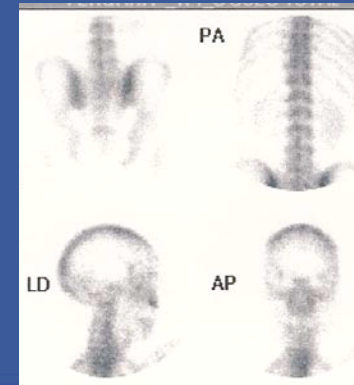
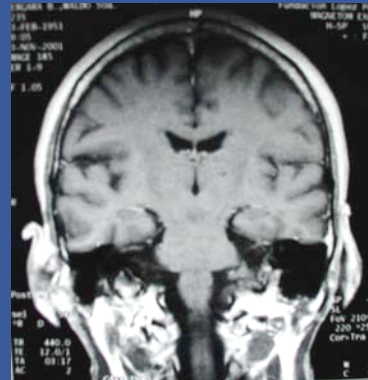
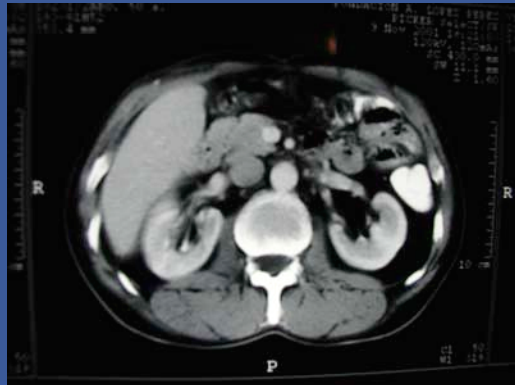
Evaluación del paciente

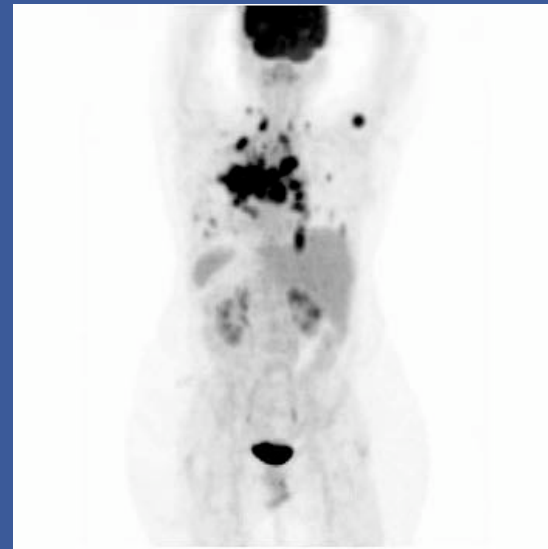
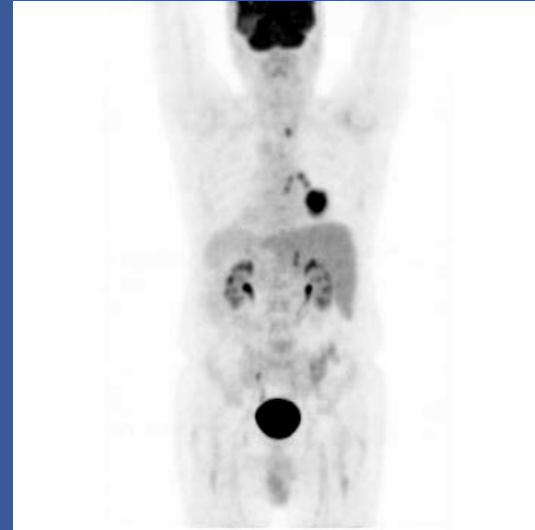
- General, metabólica, performance status
- Funcional Respiratoria: espirometría, gases
- Cardiovascular: ECG reposo-esfuerzo, EcoC
- **Locorregional:**
 - TAC Tx, PET-CT
 - FBC, MDC, VTC
- Diseminación: qué profundidad?

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 pesquiasadas en estudios ??





VPP en mediastino

- 100% es LAM; 75-85% Mapeo; 70-90% MDC
- PET-CT
 - Vpp similar a MDC 70-90%
 - Vpn 80-90%
- Muy cerca de MDC y muestreo
- En evaluación...
 - Bidegain, Mutua Terrasa, Barcelona, 2006 (Valdivia 2006)
 - Suárez, Santiago Chile, 2007 (Seúl 2007)

EBUS

- Ultrasonido guía la punción transbronquial de adenopatías mediastínicas
 - Herth et al; Thorax 2006;61:795-98
 - 502 pacientes consecutivos
 - Tamaño promedio 1,6 cm (0.8-3.2)
 - 2L, 2R, 3, 4R, 4L, 7, 10R, 10L, 11R Y 11L
 - 94% diagnóstico histológico (sensibilidad)
 - 100% especificidad y VPP
 - PROBLEMA VPN 13%

Protocolos de Tratamiento

● T1N0M0	IA	CIR
● T2N0M0	IB	CIR
● 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

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

...sería indispensable conocer exactamente el estado del mediastino

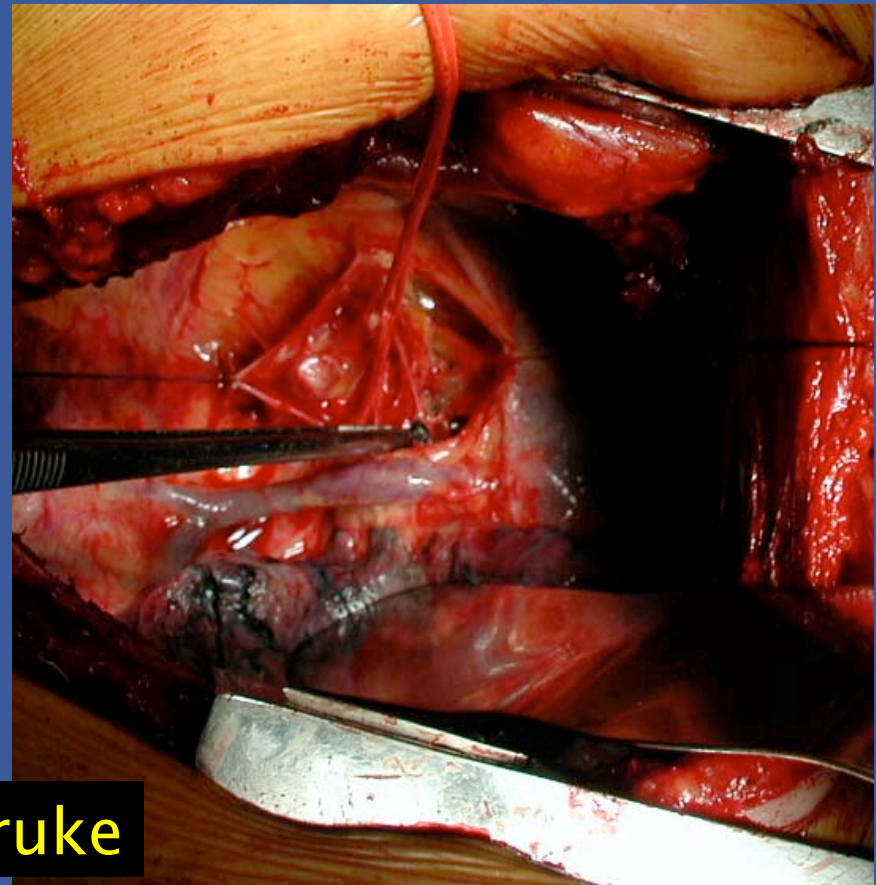
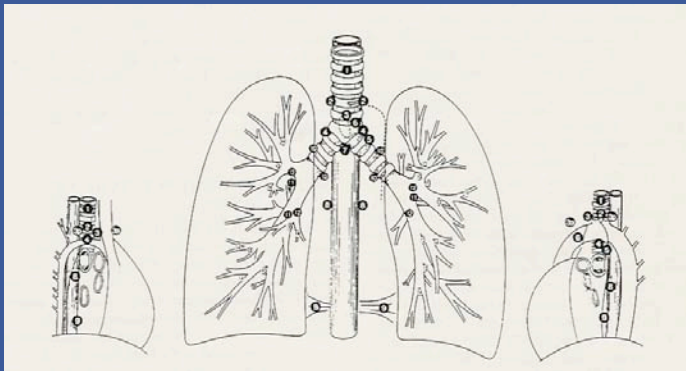
Linfadenectomía Mediastínica

- **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

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
- Keller et al. J Thorac & Cardiovasc Surg 2004;128:130-37,
compr 1 sola estación podría ser mejor en algunos lóbulos
- Pero en neumonectomía aumentaría riesgo de pulmón blanco o lesión pulmonar grave

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

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

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 ebus, 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

Ganglio centinela en CP

- Difícil, menos del 50% marca ganglio centinela, pero si está, probablemente ese sea el comprometido, aunque sea único.
- Si ganglio centinela es negativo, LAM sería negativa casi siempre
- Existe detección de positivos no sospechosos
- En compromisos de 1 ganglio

- Little et al, J Thorac & Cardiovasc Surg 117(2):220-24, 1999

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?
 - Postoperatorio y post adyuvancia

De Leyn et al , JCO 24(21):3333-39,2006
Hellwig et al, J Thorac & Cardiovasc Surg 128(6):892-98,2004

Pensamiento inicial

- LAM vs Mapeo
 - Izbicki: ns, pero mejor en N2 x1, pero hay que separar N0N1N2 para trat adyuvante
 - PORT: no RT a todos, disminuye sobrevida en 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, EBUS, ganglio centinela y MDC?