



Aplicabilidad de la técnica de detección y biopsia del ganglio centinela en el cáncer de vulva

CT2009/05

RESUMEN

Introducción: El ganglio centinela se define como el primero que recibe el drenaje linfático de una región anatómica determinada. La importancia de la técnica de su detección y biopsia en el tratamiento del cáncer de vulva radica en que en caso de ser negativo para metástasis, podría predecir la ausencia de afectación tumoral de los ganglios no centinelas, evitando una linfadenectomía inguinofemoral completa, con el consiguiente beneficio de una menor morbilidad.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de detección del ganglio centinela en el cáncer de vulva y la precisión diagnóstica de la prueba, mediante la determinación de su sensibilidad y del valor predictivo negativo. Determinar las complicaciones a las que puede dar lugar dicha tecnología y la aparición de recidivas a largo plazo.

Métodos: Se realizó una búsqueda de la literatura científica sin límite temporal y hasta septiembre de 2009, en las siguientes bases de datos: Medline, Embase, HTA, DARE, NHSEED, Cochrane Library Plus, Clinical Trials Registry y HSPROJ. De los artículos resultantes se seleccionaron únicamente aquellos que cumplieron los criterios de selección, procediéndose posteriormente a la extracción de datos y a una síntesis de la evidencia.

Resultados y discusión: Se seleccionaron 29 estudios para su evaluación a texto completo, de los que 19 cumplieron los criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión, siendo todos ellos de carácter observacional. El colorante detectó el ganglio centinela en el 81% de las pacientes, y el Tc⁹⁹-coloide y la técnica combinada en el 98%. El porcentaje de falsos negativos observado fue menor del 2% y los valores de sensibilidad y el VPN superiores al 95%. La tasa de recidiva ganglionar de la enfermedad fue alrededor del 3% y la de supervivencia específica a 3 años del 97%. La técnica parece ser segura, siendo escasos sus efectos secundarios.

Conclusiones: Los porcentajes de detección del ganglio centinela y de falsos negativos, así como los valores de sensibilidad y de valor predictivo negativo hacen que esta técnica sea comparable con la de detección del ganglio centinela en el cáncer de mama. El equipo multidisciplinar, la selección de las pacientes, ubicación del tumor primario, técnica anatomopatológica utilizada y la curva de aprendizaje se consideran críticos a la hora de implementar la técnica. La tasa de recidiva es similar a la descrita con la linfadenectomía clásica y presenta menores efectos secundarios, tanto a corto como a largo plazo.



Recomendaciones: La técnica de detección y biopsia del ganglio centinela parece una alternativa razonable a la linfadenectomía inguinal completa en aquellas pacientes con cáncer de vulva de estadios I-II, cuando se realiza por un equipo multidisciplinar experimentado y en pacientes correctamente seleccionadas. A la hora de implementar la técnica se deberían tener en cuenta una serie de recomendaciones en relación al equipo de trabajo, la selección de las pacientes, la técnica de detección del ganglio centinela, la técnica quirúrgica y anatomopatológica y la curva de aprendizaje. Son necesarios estudios de calidad, de suficiente robustez estadística, y homogéneos en cuanto a las pacientes y a la técnica, que aporten datos definitivos sobre recidivas a largo plazo.



SUMMARY

Introduction: The sentinel lymph node is defined as the first to receive lymphatic drainage from a specific anatomical region. The importance of the technique of sentinel-lymph-node detection and biopsy in the treatment of vulval cancer resides in the fact that, in the event of showing negative for metastasis, it could predict the absence of tumour spread in non-sentinel lymph nodes, thereby avoiding complete inguinofemoral lymphadenectomy, with the ensuing benefit of lower morbidity.

Objectives: To assess the percentage of sentinel-lymph-node detection in vulval cancer and the diagnostic accuracy of the test, by determination of its sensitivity and negative predictive value (NPV); and, to ascertain the adverse effects of this technology and long term relapses of tumour.

Methods: A search of the scientific literature was made until September 2009, stipulating no time limit and covering the following databases: Medline; Embase; HTA (Health Technology Assessment); DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness); NHSEED (National Health Service Economic Evaluation Database); Cochrane Library Plus; Clinical Trials Registry; and Health Services Research Projects in Progress (HSPROJ). From among the papers yielded by the bibliographic search, only those were selected that met the selection criteria; data were then extracted and the evidence summarised.

Results and discussion: A total of 29 studies were selected for assessment of the complete text. Of these, 19 -all of which were observational in nature- met the inclusion criteria and were included in the review. The sentinel lymph node was detected by dye in 81%, and by Tc⁹⁹-colloid and combined technique in 98% of patients. The percentage of false negatives observed was less than 2%, while sensitivity values and NPV were over 95%. The lymph node relapse rate of the disease was around 3% and the specific survival rate at 3 years was 97%. The technique appeared to be safe, with few side-effects.

Conclusions: The sentinel-lymph-node detection and false negative percentages, together with the sensitivity and negative predictive values, render this technique comparable to that of sentinel-lymph-node detection in breast cancer. Factors such as multidisciplinary team, patient selection, primary tumour site, anatomopathological technique used and learning curve are considered critical when implementing the technique. The recidivation rate is similar to that described with classic lymphadenectomy and displays fewer side-effects, both short- and long-term.

Recommendations: Provided that it is performed by an experienced multidisciplinary team on appropriately selected patients, sentinel-lymph-node detection and biopsy technique would seem to be a reasonable



alternative to complete inguinal lymphadenectomy in patients with stage I-II vulval cancer. When it comes to implementing the technique, a series of recommendations must be borne in mind with respect to the work team, patient selection, sentinel-lymph-node detection technique, surgical and anatomopathological techniques and learning curve. Quality studies that are sufficiently statistically robust and homogeneous in terms of patients and techniques are needed to furnish definitive data on long-term tumour recidivation.