

IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE LAS METASTASIS REGIONALES EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO MEDIANTE UNA TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y RADIONAVEGACIÓN QUIRÚRGICA ASISTIDA.

EARLY IDENTIFICATION OF REGIONAL METASTASES IN HEAD AND NECK CANCER BY MEANS OF A MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUE AND ASSISTED SURGICAL RADIO NAVIGATION

BURUKO ETA LEPOKO MINBIZIAREN INGURU-METASTASIEN HAUTEMATE GOIZTIARRA ZAURI TXIKIKO TEKNIKAREN ETA LAGUNDUTAKO IRRATINABIGAZIO KIRURGIKOAREN BIDEZ

Directores de tesis: Prof. Joseba Santamaría Zuazua, Dr. Luis Barbier Herrero, Dra. M^a Iciar Arteagoitia Calvo

Doctorando: Dr. Julio Alvarez Amezaga. Sobresaliente cum laude

Defendida en Lejona el 19 de Enero del 2006

El tratamiento del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello presentado clínicamente sin enfermedad regional (cN0) es controvertido. Las metástasis del territorio drenaje de los tumores primarios de la mucosa oral y orofaríngea, son un factor pronóstico del cáncer de cabeza y cuello.

La forma más adecuada de detectar la enfermedad oculta metastásica, es la evaluación anatomopatológica de los ganglios cervicales. Existe un consenso de que las metástasis ocultas en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello es demasiado alto para no considerar su tratamiento.

La evidencia clínica, en forma de exploración física, es poco exacta en la detección de metástasis cervicales, presenta un porcentaje de falsos negativos considerable según las series. Es por ello que la planificación del tratamiento estos pacientes se asocian a otras técnicas de imagen como el TAC, la RNM, los ultrasonidos, y recientemente incluso el PET. Aún así estas técnicas de imagen presentan unos porcentajes de falsos negativos inaceptables que obligan a realizar disecciones cervicales electivas de estadiaje.

Entre los planteamientos de tratamiento de aquellos casos que se presentan clínicamente sin enfermedad regional clínica, mencionar la conducta expectante, la radioterapia cervical profiláctica, y las disecciones cervicales electivas. Este último tipo de abordaje terapéutico ha sufrido una evolución importante durante el siglo pasado. Desde que en 1906, Cryle describe la disección cervical radical, ha sido el tratamiento aceptado para aquellos casos con metástasis cervicales clínicamente evidentes, o en aquellos casos de sospecha. A partir de los años 60, Se plantea una cierta preocupación por el impacto que el tratamiento del cáncer tiene sobre la calidad de vida del paciente, se define la disección radical modificada (Suárez-1963, Bocca-1967). En la década de los setenta con el desarrollo de los conocimientos de las bases anatomo-funcionales se establecen las disecciones selectivas (Calavitta-1967, Lindberg-1972, Skolnik-1976). Una de las indicaciones de más consistencia, para modificar la disección radical estándar, serían aquellos pacientes sin enfermedad regional clínicamente aparente (pacientes cN0), donde la disección cervical se emplea para diagnosticar el estado patológico del drenaje cervical. La disección supraomohioidea, la disección selectiva más utilizada en el carcinoma epidermoide de cavidad oral y orofaríngea (Hanley-1980, Shah-1981). ¿Por qué no, plantear

a finales de siglo la disección más selectiva de todas, la biopsia ganglio centinela?

Cabanas en 1977 describe que el sistema linfático del pene drenaba en uno o un grupo ganglionar que parecían ser la localización primaria de las metástasis, lo llamó ganglio centinela. Lo atribuyó a una situación constante. Morton comienza a emplear estudios linfogammagráficos en el melanoma de tronco para definir las regiones de drenaje previo a la disección ganglionar. Alex y Krag en 1993 introducen la sonda intraoperatoria para detectar el radiocoloide acumulado en los ganglios centinela Alex en 1996 describe su utilización sobre un carcinoma supraglótico.

La validez del concepto depende de una identificación exacta de los ganglios centinela independientemente de su nivel ganglionar, ya que el flujo linfático eferente de los tumores sólidos no es al azar, sino que sigue un patrón, drenando en primer lugar al primer escalón de drenaje, por lo que permite una identificación certera del estadiaje patológico regional. Shoaib en 1999 y Alex en el 2000 publican los primeros estudios preliminares sobre su aplicación en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello.

Nuestra hipótesis de trabajo, asume que la técnica, será tan efectiva en identificar metástasis regionales como una disección cervical electiva de estadiaje

Presentamos en esta tesis doctoral un estudio de validación de la técnica sobre 25 pacientes, en estadios clínicos T1-T4. La técnica nos proporciona una sensibilidad del 66,6% (IC 0,22-0,95). Una especificidad de 1 (IC 0,81-1). El cociente de probabilidad negativo resultó de 0,36 (IC 0,13-0,99) y el cociente de probabilidad positivo de 24,42 (IC 1,5-397,83), resultando una odds ratio diagnóstica de 66,6 (IC 2,6-1644,3). Optimizamos la capacidad de discriminar la enfermedad oculta metastásica, con esta técnica, frente a la disección de estadiaje, en un 16%.

Presentamos una revisión independiente desde el año 2001 hasta Junio del 2004 de doce series publicadas sobre la biopsia del ganglio centinela. Podemos concluir que las posibilidades de presentar falsos negativos tras la aplicación de la técnica, aceptando que los porcentajes de metástasis ocultas se sitúan alrededor de un 30% y según los valores predictivos negativos del estudio meta-analítico 0,20 (IC 0,13-0,32), **menos de un 9% de nuestros pacientes, con un resultado de la prueba negativo, tendrían enfermedad oculta metastásica.** Concluyendo que la técnica de la biopsia del ganglio centinela, es útil para diagnosticar la presencia de enfermedad oculta metastásica regional en el cáncer de cavidad oral y orofaríngea.

Correspondencia:

Julio Álvarez-Amezaga

Santillandi, 22. 48100 Laukariz-Munguia. Bizkaia. España UE.

Correo electrónico: julio.alvarezamezaga@osakidetza.net

Enviado: 02/05/06 Aceptado: 01/06/06