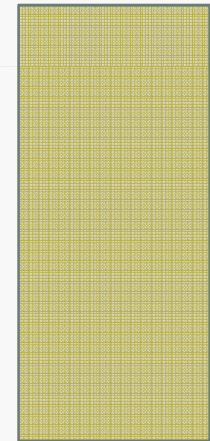


BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA

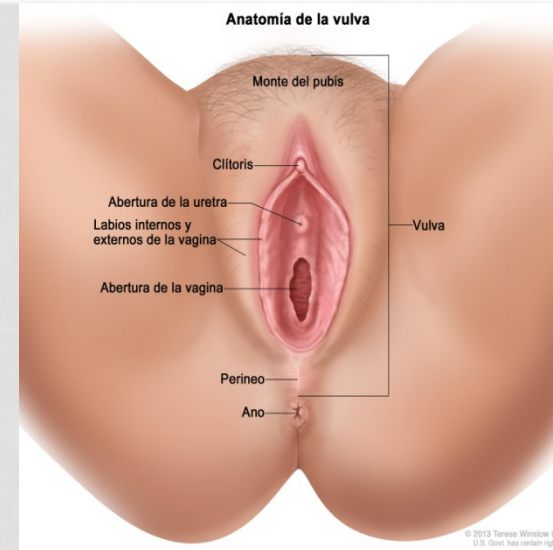
EN CÁNCER DE VULVA

Carmen M^a García Hernández
Clara Garrido Navarro
MIR 3 H.C.U. Virgen de la Arrixaca



INTRODUCCIÓN

- <1% tumores malignos de la mujer
- 4-5% cánceres ginecológicos, 4ª causa neoplasia.
- Incidencia 3-100000 mujeres/año
- 500 muertes anuales
- Aumenta con la edad (7ª década)



Factores de riesgo:

VPH, tabaco, inmunosupresión, cáncer de cérvix, VIN

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Clínica

- Prurito (80%)

Localización

- Labios mayores (60%), clitoroidea (5-10%), uretra (6%)

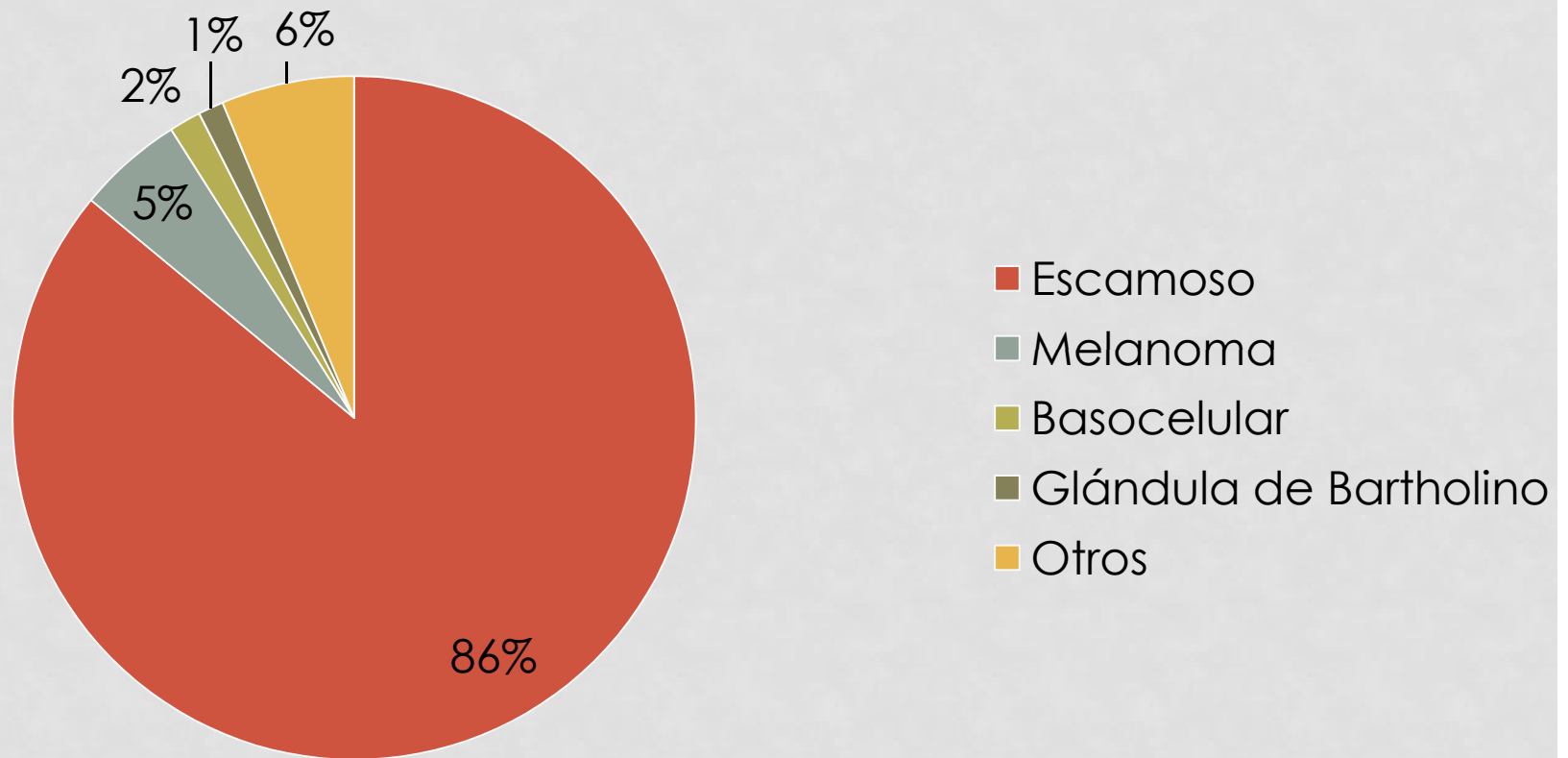
Diagnóstico de certeza

- Anatomopatológico

Factor pronóstico principal

- **Afectación ganglionar**

ANATOMÍA PATOLÓGICA



Carcinoma epitelial escamoso e invasor

85-90% de las neoplasias vulvares

TRATAMIENTO

FIGO IA	Cirugía escisional radical	
FIGO IB y II tributario de cirugía inicial	Tratamiento quirúrgico: Cirugía escisional radical con estudio de ganglios linfáticos inguinales	
	Tratamiento adyuvante:	Tumores \geq 40 mm
	Radioterapia sólo ante factores de mal pronóstico que denoten alto riesgo de recidiva local	Márgen $<$ 8mm en pieza histológica, incluido el profundo.
		Presencia de invasión del espacio linfovascular
FIGO III tributario de cirugía	Cirugía escisional radical con linfadenectomía inguinofemoral bilateral y posterior radioterapia adyuvante	
Estadios no quirúrgicos	Radioterapia radical (vulvar y de cadenas linfáticas inguino-femorales y pélvicas). Se aconseja la administración concomitante de quimioterapia (Cisplatino 40mg/m ² semanal por seis semanas)	
FIGO IVB	Quimioterapia paliativa o en el contexto de ensayos clínicos	

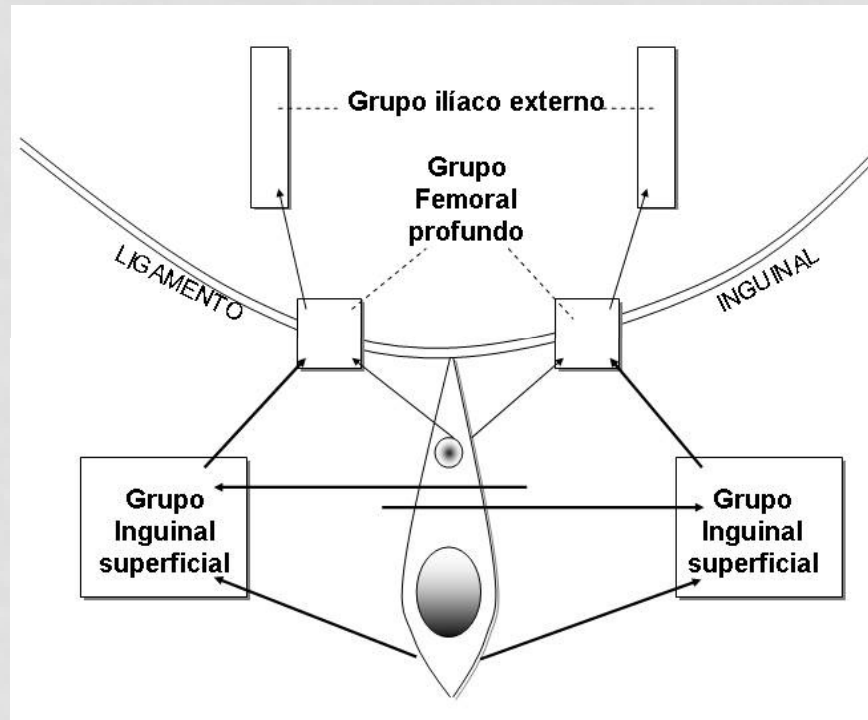
PRONÓSTICO

Factores pronósticos	Supervivencia global a 5 años
Operables sin afectación ganglionar inguinal	90%
Operables con ganglios inguinales afectados	50-60%
Lesiones \leq 2 cm sin afectación ganglionar	98%
Tumores con 3 ó más ganglios unilaterales o 2 ó más ganglios bilaterales positivos a nivel inguinal	29%
Tumores con ganglios pélvicos afectados	20-30%

Morbilidad de la linfadenectomía:

- Linfoquistes.
- Linfedema de mmii
- Riesgo de celulitis
- Dehiscencia/infección herida quirúrgica

DRENAJE LINFÁTICO



Situación anatómica:
Triángulo de escarpa
(Lig inguinal superior, musc sartorio lateral, adductor largo medial). Ganglios superficiales y profundos separados por la fascia cribiforme

Disección: Incisión 8 cm paralela a lig inguinal (1,5 cm por encima) de espina iliaca a pubis.

BSGC



1

- Marcaje peritumoral Tc99

2

- Estudio con linfogammagrafia preQx.

3

- Hay autores que recomiendan detección doble combinada con inyección colorante azul vital.

4

- Detección GC gammasonda mediante incisión. Se considera GC si muestra ex vivo un aumento de radiación > 10 veces del nivel basal.

5

- Procesamiento AP: tinciones inmunohistoquímica para citoqueratina. Capacidad para detectar metástasis < 2 mm. 0.2 – 2 mm micrometástasis.

Indicaciones: Tumores pequeños (< 30 mm) con exploración clínica radiológica inguinal negativa.

Estadios IB-II

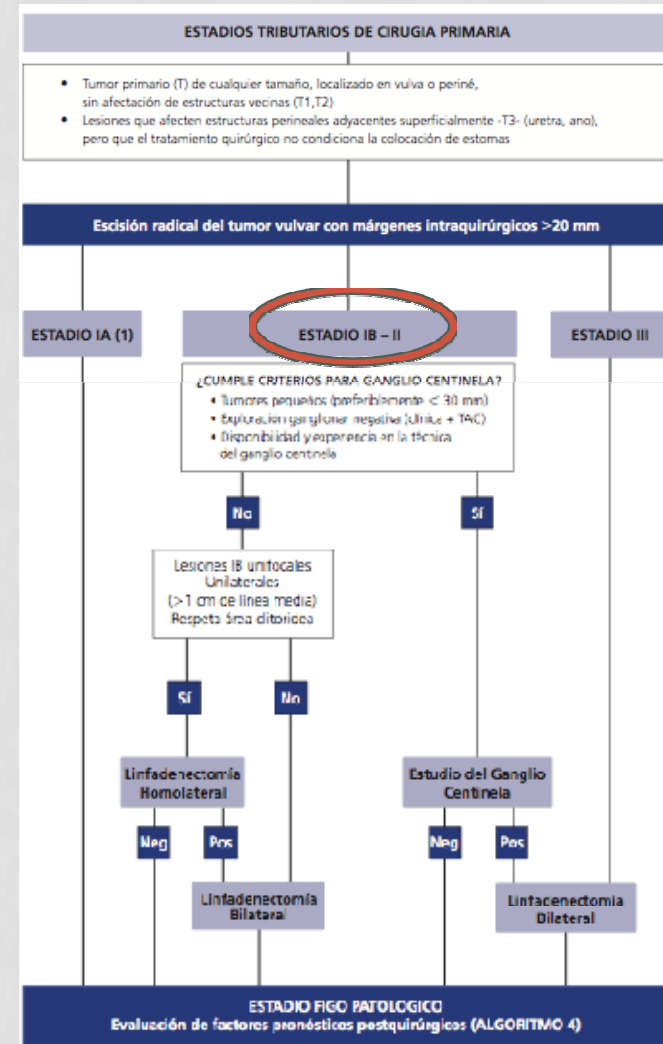
RECOMENDACIONES SEGO

trada. Para el estudio diagnóstico inicial y con la finalidad de disminuir la morbilidad derivada de la linfadenectomía inguinal radical, actualmente está validada la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC), con una tasa de falsos negativos de entre el 2 y el 8% (técnica sujeta a disponibilidad y curva de aprendizaje específicas de cada centro) (Evidencia 1B, Consenso E).



Tasa de detección en tumores laterales 90%

Sensibilidad global 97%



[1] NO precisa de estudio ganglionar puesto que la posibilidad de afectación es inferior al 1%.

RESULTADOS

Revisión de nuestra casuística: BSGC ca vulva 2013 - 2015

N

- 12

Edad

- Mediana 78,5 años (47-84)

Localización

- 55% labio mayor, 36% línea media, 9% labio menor

Tamaño

- $3,01 \pm 1,76$

AP

- Ca epidermoide de vulva 11/12
- Melanoma de vulva 1/12

RESULTADOS

T	T2	en todos los casos
----------	----	--------------------

N	N0	11/12
	N1	1/12

M	M0	en todos los casos
----------	----	--------------------

Invasión estroma > 1 mm	12/12
---------------------------------------	-------

Estadio FIGO	IB	11/12
	III	1/12

Grado histológico	G1	3/12
	G2	9/12

RESULTADOS

Tipo de
cirugía

Vulvectomy
radical:
8/12

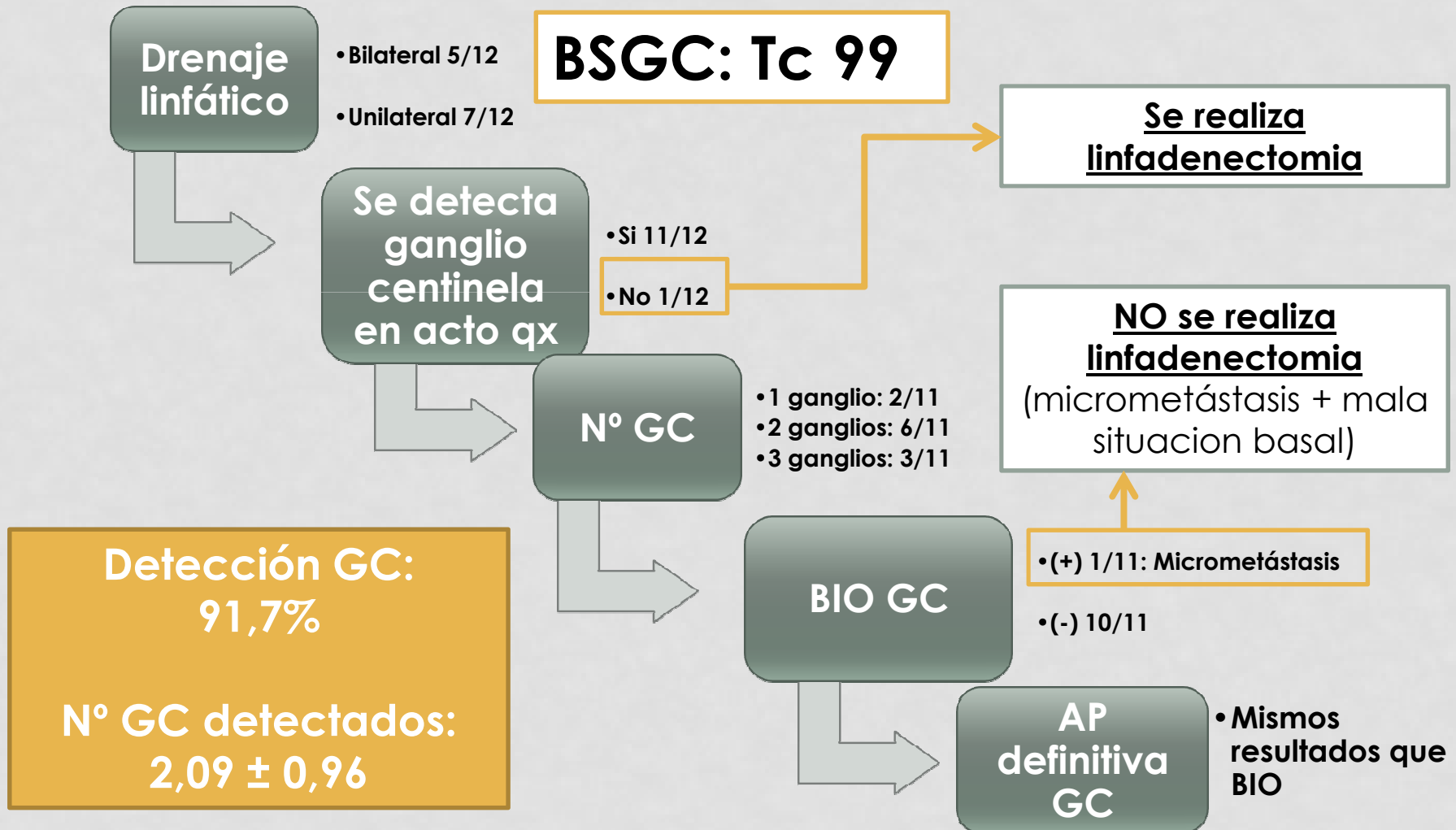
Hemivulvectomy:
4/12

Márgenes
qx libres

Si:
10/12

No:
2/12

RESULTADOS



RESULTADOS

RDT adyuvante

- 3/12

Complicaciones globales

- Infección / absceso: 5/12 (1 inguinal)
- Dehiscencia: 2/12 (1 inguinal)

Recidiva local

- 1/12

Recidiva inguinal

- 0/12

Supervivencia

- Actualmente 91,7% (11/12) pacientes vivos
- 1 éxitus (metástasis óseas y pulmonares)

DISCUSIÓN



La Biblioteca Cochrane Plus

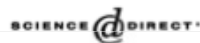
2016 Número 2 ISSN 1745-9990

**Tc 99 para
detección GC:
Sensibilidad 98%**

APLICABILIDAD DE LA TÉCNICA DE DETECCIÓN Y BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE VULVA



Available online at www.sciencedirect.com



Gynecologic Oncology 99 (2005) 206–214

Review

A systematic review of the accuracy of diagnostic tests for inguinal lymph node status in vulvar cancer

T.J. Selman^{a,*}, D.M. Luesley^a, N. Acheson^b, K.S. Khan^a, C.H. Mann^a

^aBirmingham Women's Hospital, Edgbaston Park Road, Edgbaston, Birmingham, B15 2TG, UK
^bRoyal Devon and Exeter Hospital (Honor Oak), Cloford Road, Exeter, EX2 3ED, UK

Received 24 February 2005
Available online 2 August 2005

Gynecologic
Oncology

www.elsevier.com/locate/ygyn

Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2014;33(Supl 1):20



Revista Española de Medicina Nuclear e
Imagen Molecular



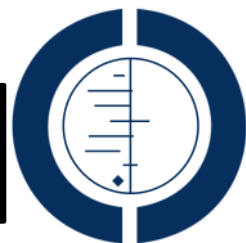
BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA

S.M. Nieves Maldonado, S. Argibay Vázquez, M. Garrido Pumar, J.M. López Urdaneta, V. Pabai Núñez, M. Seane Vilaverde, A. Bajarano García, A. Ruibal Morol y A. Novo Domínguez

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Tc 99 para
detección GC:
Sensibilidad 97%**

**Tc 99 para
detección GC:
Sensibilidad 93%**



THE COCHRANE
COLLABORATION¹

Sentinel node assessment for diagnosis of groin lymph node involvement in vulval cancer (Review)

Lawrie TA, Patel A, Martin-Hirsch PPL, Bryant A, Ramavela NDG, Neik R, Ralte A

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2014, Issue 6

DISCUSIÓN

BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA

S.M. Nieves Maldonado, S. Argibay Vázquez, M. Garrido Pumar, J.M. López Urdaneta, V. Pubul Núñez, M. Seone Villaverde, A. Bejarano García, A. Ruibal Morel y A. Novo Domínguez

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Evidencia de
GC por
gammagrafía:
96,7% (29/30)

Detección de GC
en quirófano:
100% (29/29)

Lateralidad:
Unilateral 66%
Bilateral 34%

GC positivo:
24% (7/29),
se realiza
linfadenectomía

Recidivas
inguinales: 0
Recidiva local
10,34% (3/29)

CONCLUSIONES

LA BSGC en cáncer de vulva es una técnica reconocida y estandarizada actualmente.

Tiene una alta sensibilidad, permite identificar pacientes con GC (-) que no se beneficiarían de una linfadenectomía inguinal completa.

Tiene una morbilidad inferior que la linfadenectomía clásica