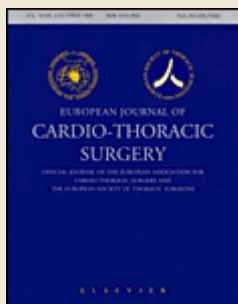


Remediastinoscopia postneoadyuvancia en NSCLC ¿Es un método efectivo y seguro?



Artículo original

Accuracy and survival of repeat mediastinoscopy after induction therapy for non-small cell lung cancer in a combined series of 104 patients. Michèle De Waele, Mireia Serra-Mitjans, Jeroen Hendriks, Patrick Lauwers, José Belda-Sanchis, Paul Van Schil and Ramon Rami-Porta. Eur J Cardiothorac Surg 2008;33:824-828 DOI: 10.1016/j.ejcts.2008.02.007

Introducción

Los procedimientos habituales de reestadificación para NSCLC luego de la neoadyuvancia son controvertidos debido al progreso de otros menos invasivos. A pesar de la fibrosis que se genera luego de la primera mediastinoscopia, ésta es posible.

Material y Métodos

Entre 11/1994 y 8/2005 se realizaron 104 mediastinoscopias (98H y 6M) post neoadyuvancia (38 adenocarcinomas, 40 escamosos, 26 células grandes) en NSCLC. 79 casos recibieron quimioterapia con platino y quimioradio el rest (n=25). Realizado en el Hospital Mutua Terrassa (n=58) y en el Hospital Universitario de Antwerp (n=46). La edad media del grupo fue de 64,3 años (r = 38-85). Todos eran N2 y/o N3 (clasificación de Naruke) en la primera mediastinoscopia. Seguimiento mínimo 18 meses. El promedio de estaciones ganglionares evaluadas fue de 5 (N2 RL, N4 RL, N7) y el de ganglios biopsiados por estación fue 2.

Resultados

La mediastinoscopia fue posible en todos los pacientes; uno murió durante la cirugía por una hemorragia del tronco braquiocéfálico (mortalidad 1%).

Morbilidad: hemorragia arteria bronquial (1), infección herida (1), biopsia pulmonar no deseada (1), lesión puntiforme de la vena cava superior que requirió toracotomía (1).

Fue positiva en 40 casos. Los 64 restantes (negativas) fueron sometidos a cirugía resectiva con disección ganglionar mediastinal. De aquí 47 eran verdaderos negativos y 17 fueron falsos negativos que recibieron radioterapia postquirúrgica (sensibilidad 71%, especificidad 100%. Sesenta y nueve murieron durante el seguimiento, cinco por recurrencia local, 21 por metástasis, 11 por recurrencia local

y a distancia, 19 por causas no relacionadas y 13 por causas desconocidas.

La supervivencia global media fue de 18 meses. En las remediastinoscopias positivas fue de 14 meses (95% CI 8-20) en las falsas negativas 24 (95% CI 3-45) y en las verdaderas negativas 28 meses (95% CI 15-41).

Reagrupando los positivos y falsos negativos por un lado y a los verdaderos negativos por el otro, la diferencia de supervivencia es significativa $p=0,007$.

Al reagruparlos entre positivos y negativos la diferencia es aún más significativa $p=0,001$.

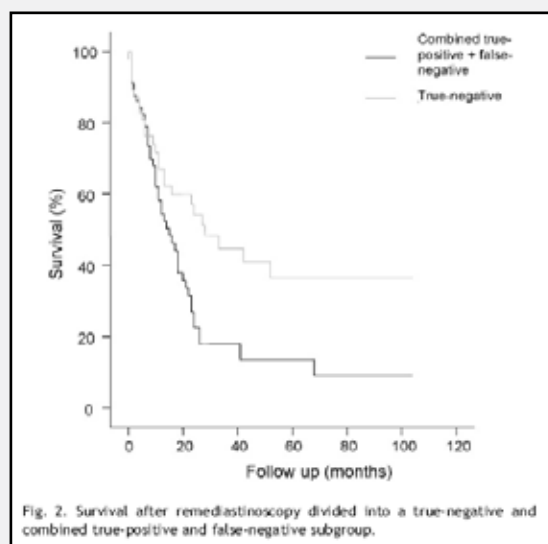
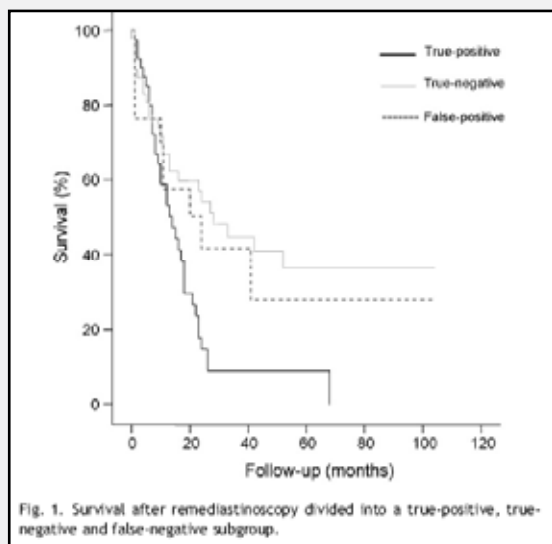
El análisis multivariado (género, edad, histología, centro, N) muestra al estado ganglionar (N) como variable pronóstica independiente $p=0,008$. RR de muerte remediastinoscopia + 1,99 (CI 95% 1,2-3,3).

Discusión

El valor predictivo positivo del PET para detectar la enfermedad nodal es de 73% pretratamiento y 20% para N2 residual (menor que la remediastinoscopia). Las técnicas mínimamente invasivas podrían utilizarse para diagnóstico citológico inicial del compromiso mediastinal y luego de la inducción reestadificar con mediastinoscopia.

La remediastinoscopia determinaría el pronóstico y seleccionaría los resecables.

El pronóstico empeora si hay compromiso ganglionar mediastinal postneoadyuvancia.



Comentarios

De esta publicación se desprenden los siguientes conceptos: la mediastinoscopia es posible; los pacientes con mediastinoscopia positiva tienen peor pronóstico que el resto y se debería considerar el uso de otras técnicas mínimamente invasivas como el EBUS para la primera estadificación reservando la mediastinoscopia para reestadificar postneoadyuvancia.

Independientemente de los datos que surgen de los resultados y la discusión, es interesante constatar con esta serie de casos que la diferencia de supervivencia global comparada entre mediastinoscopias positivas y negativas se correlaciona con la reevaluación de la validez pronóstica de la invasión micrometastásica de los ganglios que algunos autores analizan actualmente.

Bibliografía

1. De Waele M, Hendriks J, Lauwers P, Ortmanns P, Vanroelen W, Morel A, Geronpre P, Van Schil P. Nodal status at repeat mediastinoscopy determines survival in non-small cell lung cancer with mediastinal nodal involvement, treated by induction therapy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006;29:240—3.
2. Krasnik M, Ernst A, Eberhardt R, Yasufuku K, Herth F. EBUS-TNA for mediastinal restaging. *Eur Resp J* 2006;28(Suppl. 50):601s—2s [abstract 3541].
3. Stamatis G, Fechner S, Hillejan L, Hinterthaler M, Krbeek T. Repeat mediastinoscopy as a restaging procedure. *Pneumologie* 2005;59:862—6.
4. D' Cunha, Jonathan; Wang, Xiaofei; Groth, Shawn S et al., The impact of occult micrometastases on survival following resection of stage I non-small cell lung cancer: final analysis of CALGB 9761. PD12.1.3 13th World Conference on Lung Cancer

VII CONGRESO ALAT

XXVIII Congreso Peruano de Neumología: Bodas de Diamante
XVI Encuentro de Integración Ibero-latinoamericano de
Neumología y Cirugía de Tórax

4 al 7 de octubre de 2010. Lima, Perú

INSCRIPCIONES ABIERTAS

<http://www.spneumologia.org.pe/index.html>

Programa preliminar en la web ALAT

Descárgalo en

<http://www.alatorax.org>

