



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de endometrio (Revisión)

Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J

Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J.  
Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer  
(Linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de endometrio).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD007585.  
DOI: [10.1002/14651858.CD007585.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007585.pub4).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de endometrio

Jonathan A Frost<sup>1</sup>, Katie E Webster<sup>2</sup>, Andrew Bryant<sup>3</sup>, Jo Morrison<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Obstetrics and Gynaecology, Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust, Gloucester, UK. <sup>2</sup>Oxford, UK. <sup>3</sup>Institute of Health & Society, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK. <sup>4</sup>Department of Gynaecological Oncology, Musgrove Park Hospital, Taunton, UK

**Contacto:** Jo Morrison, Department of Gynaecological Oncology, Musgrove Park Hospital, Taunton and Somerset NHS Foundation Trust, Taunton, Somerset, TA1 5DA, UK. [jo\\_morrison@doctors.org.uk](mailto:jo_morrison@doctors.org.uk), [jo.morrison@tst.nhs.uk](mailto:jo.morrison@tst.nhs.uk).

**Grupo Editorial:** Grupo de Ginecología, Neurooncología y Otros Cánceres.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 10, 2017.

**Referencia:** Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer (Linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de endometrio). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD007585. DOI: [10.1002/14651858.CD007585.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007585.pub4).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

Esta es una actualización de una revisión Cochrane anterior publicada en el Número 1, 2010 y actualizada en el Número 9, 2015. La función de la linfadenectomía en el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio aún es controvertida. Las metástasis en los ganglios linfáticos se pueden encontrar en aproximadamente el 10% de las mujeres que, antes de la cirugía, se cree que tienen cáncer confinado al útero. La extirpación de todos los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos (linfadenectomía) durante la cirugía inicial se ha defendido ampliamente, y la linfadenectomía pélvica y paraaórtica aún es parte del sistema de clasificación del cáncer de endometrio de la FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics). Esta recomendación se basa en los datos de estudios que indican una mejora en la supervivencia después de una linfadenectomía pélvica y paraaórtica. Sin embargo, estos estudios no fueron ensayos controlados aleatorizados (ECA), y el tratamiento de los ganglios linfáticos pélvicos puede no brindar un efecto beneficioso terapéutico directo, aparte de asignar a las mujeres a grupos de peor pronóstico. Además, una revisión sistemática y un metanálisis de ECA sobre la radioterapia coadyuvante sistemática para tratar las posibles metástasis de los ganglios linfáticos en mujeres con cáncer de endometrio en estadio temprano no encontraron ventajas en la supervivencia. La extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos tiene grandes posibilidades de tener secuelas a corto y largo plazo. Por lo tanto, es importante investigar el valor clínico de este tratamiento.

### Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de la linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de endometrio.

### Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE y Embase hasta junio 2009 para la revisión original, la búsqueda se actualizó hasta junio 2015 para la última versión actualizada y se amplió aún más hasta marzo 2017 para esta versión de la revisión. También se buscó en los registros de ensayos clínicos, los resúmenes de reuniones científicas y las listas de referencias de los estudios incluidos, y se estableció contacto con expertos en el campo.

### Criterios de selección

ECA o cuasi ECA que compararon la linfadenectomía con ninguna linfadenectomía en mujeres adultas con diagnóstico de cáncer de endometrio.

### Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Los cocientes de riesgos instantáneos (CRI) para la supervivencia general y libre de progresión y los riesgos relativos (RR) que compararon los eventos adversos

en las mujeres a las que se les realizó linfadenectomía y en las que no se les realizó, se agruparon en metanálisis de efectos aleatorios. La calidad general de la evidencia se evaluó mediante los criterios GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation).

### Resultados principales

Mediante la estrategia de búsqueda se identificaron 978 referencias únicas. Todos los estudios excepto 50 se excluyeron a partir del examen del título y los resúmenes. Tres ECA cumplieron los criterios de inclusión; para un ECA pequeño, los datos fueron insuficientes para su inclusión en el metanálisis. Los dos ECA incluidos en el análisis asignaron aleatoriamente a 1945 mujeres, informaron sobre los CRI para la supervivencia ajustados para los factores de pronóstico y basados en 1851 mujeres, y tuvieron un riesgo general de sesgo bajo, ya que cumplieron cuatro de los criterios de evaluación. El tercer estudio tuvo riesgo general de sesgo incierto, ya que la información proporcionada no fue adecuada en cuanto a la generación de la secuencia aleatoria, la ocultación de la asignación, el enmascaramiento o la completitud de la información sobre los resultados.

Los resultados del metanálisis permanecieron sin cambios con respecto a las versiones anteriores de esta revisión e indicaron que no hubo diferencias en cuanto a la supervivencia general y libre de recidiva entre las mujeres que se sometieron a una linfadenectomía y las que no se sometieron a ella (cociente de riesgos instantáneos [CRI] agrupado 1,07; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,81 a 1,43; CRI 1,23; IC del 95%: 0,96 a 1,58 para la supervivencia general y libre de recidiva, respectivamente) (1851 participantes, dos estudios; evidencia de calidad moderada).

No se encontraron diferencias en cuanto al riesgo de morbilidad quirúrgica directa entre las mujeres que se sometieron a linfadenectomía y las que no. Sin embargo, las mujeres que se sometieron a linfadenectomía tuvieron un riesgo significativamente mayor de morbilidad sistémica relacionada con la cirugía y de formación de linfedemas o linfoquistes que las que no se sometieron a linfadenectomía (RR 3,72; IC del 95%: 1,04 a 13,27; RR 8,39; IC del 95%: 4,06 a 17,33 para el riesgo de morbilidad sistémica relacionada con la cirugía y la formación de linfedemas o linfoquistes, respectivamente) (1922 participantes, dos estudios; evidencia de calidad alta).

### Conclusiones de los autores

No se encontró evidencia de que la linfadenectomía disminuya el riesgo de muerte o de recidiva de la enfermedad, en comparación con ninguna linfadenectomía, en mujeres con enfermedad en presunto estadio I. La evidencia sobre los eventos adversos graves indica que las mujeres a las que se les realiza linfadenectomía tienen mayores probabilidades de presentar morbilidad sistémica relacionada con la cirugía o formación de linfedema o linfoquistes. Actualmente no hay evidencia de ECA que muestre la repercusión de la linfadenectomía en las mujeres con enfermedad en un estadio superior y en las que tienen un alto riesgo de recidiva de la enfermedad.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Función de la extracción de los ganglios linfáticos como parte de la cirugía estándar para el cáncer de endometrio

#### El problema

El cáncer que se origina en el revestimiento del útero, conocido como carcinoma de endometrio, es actualmente el cáncer ginecológico más frecuente en Europa occidental y Norteamérica. En la mayoría de estas mujeres (75%) los tumores están confinados al cuerpo del útero en el momento del diagnóstico, y tres cuartas partes de las mujeres sobrevivirán durante diez años después del diagnóstico. Las metástasis en los ganglios linfáticos se pueden encontrar en una de cada diez mujeres que parecen tener el cáncer confinado al útero en el momento del diagnóstico, y se ha recomendado la extirpación de todos los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos, incluso en el caso de las mujeres con un presunto cáncer en fase temprana. Esta recomendación se basa en estudios no aleatorizados que han indicado una mejora en la supervivencia posterior a la extracción de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos. Sin embargo, el tratamiento de los ganglios linfáticos pélvicos puede no ser beneficioso, y el tratamiento adicional de los ganglios linfáticos puede no ser necesariamente un mejor tratamiento, especialmente porque la extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos tiene graves efectos perjudiciales potenciales a corto y largo plazo.

#### Objetivo de la revisión

Evaluar la seguridad y eficacia de la linfadenectomía en el tratamiento del cáncer de endometrio.

#### ¿Cuáles son los principales hallazgos?

Solo se encontraron dos ensayos que compararon la linfadenectomía con ninguna linfadenectomía en mujeres con cáncer de endometrio. No fue posible incluir uno de estos ensayos en el metanálisis de la revisión, ya que no proporcionó información suficiente sobre los resultados para las mujeres. Cuando se combinaron los hallazgos de los dos ensayos restantes, que incluyeron 1945 mujeres, no se encontró evidencia de que las mujeres que se sometieron a linfadenectomía tuvieran menos probabilidades de morir o de sufrir una recidiva del cáncer. Además, los eventos adversos graves experimentados como consecuencia de la linfadenectomía superaron a los informados cuando no se realizó linfadenectomía.

#### Calidad de la evidencia

La calidad general de la evidencia de linfadenectomía versus cirugía estándar fue moderada en cuanto a los resultados de supervivencia y los eventos adversos (aparte de la evidencia de presencia o ausencia de linfedema o linfoquistes, que fue de calidad alta). La calidad de la evidencia para la calidad de vida fue muy baja, ya que no se informó este resultado.

#### Linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de endometrio (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

**¿Cuáles son las conclusiones?**

La incertidumbre sobre si la linfadenectomía o ninguna linfadenectomía es mejor en el tratamiento del cáncer de endometrio en estadios tempranos probablemente refleja el hecho de que la evidencia no muestra una reducción de la muerte o de la recidiva de la enfermedad cuando se realiza la linfadenectomía, en lugar de la falta de evidencia. Además, las mujeres que se sometieron a linfadenectomía experimentaron eventos adversos más graves que las que no se sometieron a esta intervención.