

SISTEMÁTICA (COMPLETA) PARA-AÓRTICA LINFADENECTOMÍA: DESCRIPCIÓN DE UNA CLASIFICACIÓN QUIRÚRGICA NOVEDOSA CON LOS ASPECTOS TÉCNICOS Y ANATÓMICOS

SYSTEMATIC (COMPLETE) PARA-AORTIC LYMPHADENECTOMY: DESCRIPTION OF A NOVEL SURGICAL CLASSIFICATION WITH TECHNICAL AND ANATOMICAL CONSIDERATIONS

International Journal of Obstetrics and Gynaecology.

BJOG: 2012; 119:249-253.

Gemma Escribano Montesdeoca

Introducción

Las indicaciones para realizar una linfadenectomía paraaórtica sistemática son muy discutibles, ya que no hay suficiente evidencia sobre el beneficio terapéutico. Es necesario establecer unos criterios y una sistemática para realizar una completa linfadenectomía paraaórtica.

Se han publicado resultados sobre la linfadenectomía paraaórtica en el manejo de cáncer de ovario precoz, sin mostrar beneficio para la supervivencia, pero útil para valorar la necesidad de tratamiento adyuvante. En estudios realizados en el manejo de cáncer de ovario avanzado, se muestra una mínima, pero significativa mejoría en la supervivencia libre de progresión, sin mostrar mejoría en la supervivencia global. En relación al cáncer de endometrio y de cérvix, no se ha realizado ningún estudio relacionado con la linfadenectomía paraaórtica, aunque puede orientar el tratamiento adyuvante.

Material y métodos

Se define como disección ganglionar paraaórtica sistemática: la disección completa de todo el tejido graso y ganglionar que rodea la aorta, la vena cava inferior y los vasos renales, (des de la vena renal izquierda como punto craneal, hasta los vasos iliacos comunes como punto caudal).

Debe realizarse la identificación de uréteres derecho e izquierdo y de la vena renal izquierda. Se realiza separación anterior y lateral a nivel de la aorta, del tejido graso, y se disecciona en sentido caudal sin realizar demasiada tracción para no lesionar vasos lumbares posteriores. La disección se continúa hasta el nivel de la iliaca común derecha, para asegurar la disección de la zona anterior y lateral izquierda de la vena cava inferior. Deberá concluir con la disección de la zona derecha de la vena cava inferior. Los vasos ováricos pueden ser disecados o ligados.

Se asocian rangos de morbilidad de 2-13% la mayoría considerados menores, (quistes linfáticos y linfedemas). El riesgo de hemorragia masiva intraoperatoria es un riesgo mayor y de gran morbi-mortalidad, es significativamente evitable con un buen aislamiento y disección completa de los vasos, para obtener un mejor control del campo.

Existen anomalías anatómicas y variaciones vasculares que son importantes conocer previa a la intervención, para evitar posibles complicaciones. La cara anterior de la aorta es la única área que no se ve afectada por anomalías, ni variaciones; por lo que es la zona recomendada para iniciar la disección ganglionar.
