

VIII JORNADA GROWING UP: CANCER DE OVARIO



**ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.
CONCEPTO DE RESECCIÓN R₀/R₁:
VOLUMEN DE LA ENFERMEDAD RESIDUAL.**

ROSARIO CARRILLO DE ALBORNOZ SOTO
MIR 5º AÑO ONCOLOGÍA MÉDICA
H.U.V. MACARENA (SEVILLA)



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA



- H^a CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO
- PRUEBAS DE IMAGEN: TAC/RNM, RX TÓRAX...
- MARCADORES TUMORALES: CA 125, CEA, CA 19.9...
- DETECTAR POSIBLES SD. HEREDITARIOS: BRCA, LYNCH...

ESTADIFICACIÓN EN CÁNCER DE OVARIO



QUIRÚRGICA



ESTADIFICACIÓN ANTIGUA



Clinical Staging of Ovarian Cancer (FIGO 1988)

I Limited to ovaries

- Ia One ovary; capsule intact; no tumor on surface; washings and ascites free of malignant cells
- Ib Both ovaries; capsule intact; no tumor on surface; washings and ascites free of malignant cells
- Ic Any of above, but with tumor on surface, or capsule ruptured (spontaneous or iatrogenic), or positive ascites or positive peritoneal washings

II One or both ovaries with pelvic extension

- IIa Extension and/or metastases to uterus and/or tubes
- IIb Extension to other pelvic tissues
- IIc Any of above, but with tumor on surface, or capsule ruptured, or ascites or positive peritoneal washings

III One or both ovaries with microscopically confirmed peritoneal metastases outside the pelvis and/or positive regional lymph nodes.

- IIIa Microscopic peritoneal metastases beyond pelvis
- IIIb Macroscopic peritoneal metastases beyond pelvis ≤ 2 cm
- IIIc Peritoneal metastases beyond pelvis >2 cm or positive regional lymph nodes

IV Distant metastases beyond peritoneal cavity. Liver metastases must be parenchymal (liver capsule metastases is stage III). If pleural effusion present, positive cytology required.

NUEVA ESTADIFICACIÓN EN CANCER DE OVARIO (2014)



International Journal of Gynecology and Obstetrics 124 (2014) 1–5



www.igo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



FIGO GUIDELINES

Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum[☆]

Jaime Prat^{*}; for the FIGO Committee on Gynecologic Oncology¹

FIGO Committee for Gynaecologic Oncology
Rome, October 7th, 2012

Clinical Staging of Cancer of the Ovary Fallopian Tube and Peritoneum (FIGO 2012)

- OV Primary tumor, ovary
- FT Primary tumor, fallopian tube
- P Primary tumor, peritoneum
- X Primary tumor cannot be assessed

Estadio I: Tumor confinado a ovario/trompas de falopio



- IA: Tumor limitado a 1 óvulo/trompa con cápsula intacta, no tumor en la superficie ni células malignas en LA ó LP

T1aNoMo

- IB: Igual a IA pero limitado a los dos ovarios/trompa

T1bNoMo

- IC: Tumor limitado a 1 o los 2 ovarios/trompas de falopio :

- IC1: rotura de la capsula durante la cirugía
- IC2: rotura de la capsula antes de la Cía ó tumor en la superficie del ovario/trompa
- IC3: céls tumorales en el LA o lavado peritoneal

T1cNoMo

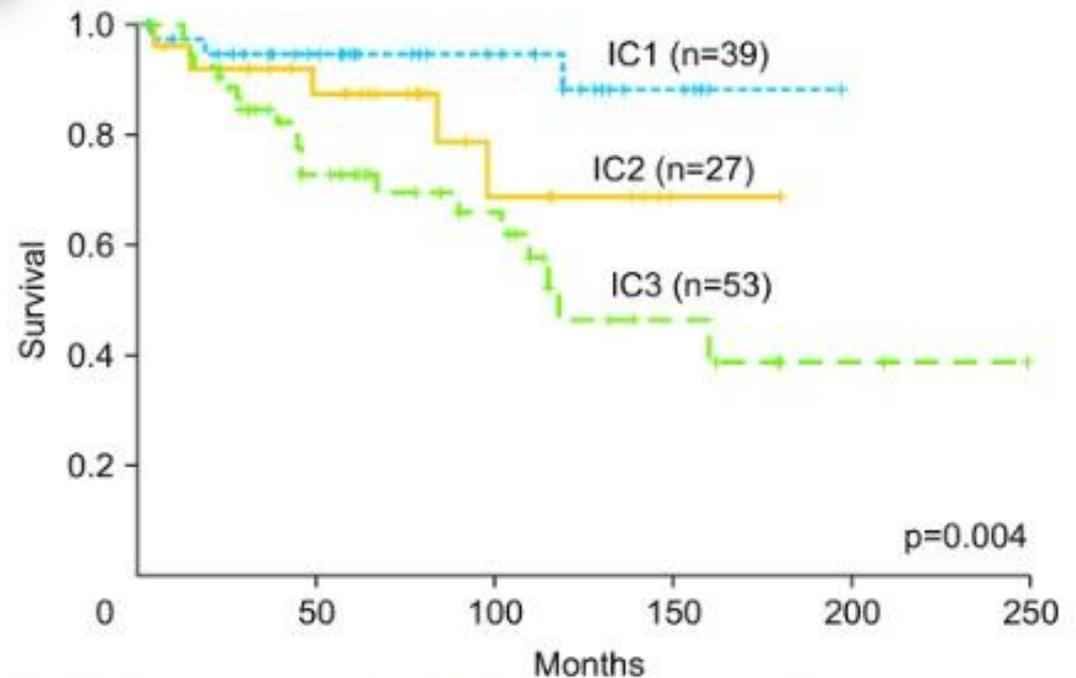


Fig. 2. Overall survival of patients with stage IC ovarian cancer according to reassigned stages. IC1, intraoperative tumor rupture; IC2, capsule ruptured before surgery or tumor on surface; IC3, malignant cells in the ascites or peritoneal washings.

Estadio II: Tumor afecta a ovario(s)/trompa(s) con extensión pélvica ó Tumor peritoneal primario



- IIA: Extensión y/o implantes en útero y/o trompas de falopio y/o ovarios

T2a-No-Mo

- IIB: Extensión a otros tejidos pélvicos intraperitoneales

T2b-No-Mo

- ~~IC: Cualquiera de los anteriores + ascitis ó lavado peritoneal positivo~~

Estadio III: diseminación peritoneal fuera de la pelvis y/ó M1 en los gls. retroperitoneales



- **IIIA1: Sólo ganglios retroperitoneales positivos (citológica or histológicamente confirmado):**

- IIIA1(i) Metástasis hasta 10mm
- IIIA1(ii) Metástasis > 10mm

≤ T3a- N1-Mo

- **IIIA2: Afectación peritoneal microscópica extrapélvica +/- ganglios retroperitoneales positivos**

T3a -No/N1-Mo

Estadio III: diseminación peritoneal fuera de la pelvis y/o M1 en los gls. retroperitoneales



- IIIB: Afectación peritoneal macroscópica extrapélvica $\leq 2\text{cm}$, +/- ganglios retroperitoneales positivos

T3b-No/N1-M0

- IIIC: Afectación peritoneal macroscópica extrapélvica $> 2\text{cm}$, +/- ganglios retroperitoneales positivos (cápsula hepática y esplénica)

T3c-No/N1-M0

Estadio IV: Metástasis a distancia excluyendo las peritoneales



- IVA: Derrame pleural con citología +
- IVB:
 - M1 hepáticas/esplénicas Parenquimatosas
 - M1 en órganos extra-abdominales (**incluidos ganglios inguinales** y gls fuera de la cavidad abdominal)

Recomendaciones



- Designar el origen primario (ovario, trompas de falopio o peritoneo) . Si se desconoce: “ No designado”.
- Determinar tipo histológico y grado del tumor.
- Confirmación histológica/citológica de la afectación de los ganglios retroperitoneales.
- La afectación del omento hepático y esplénico (IIIC) debe ser diferenciada de las M1 parenquimatosas (IV).
- Tumores estadio I con adherencias densas que presenten células malignas pasarían a ser estadio II.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



- TIPOS DE CIRUGÍA:

1. Cirugía 1^a de estadiaje y citorreducción

1. Cirugía de intervalo: Interval debulking surgery (IDS)

CIRUGÍA DE ESTADIAJE



- LAPAROTOMÍA (de elección)

En pacientes seleccionadas: laparoscopia y cirugía robótica

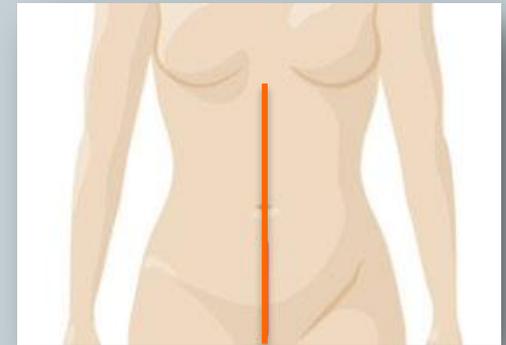
- Citología del liquido ascítico
- Omentectomía
- Histerectomía total extrafascial + salpingooferectomía bilateral
- Linfadenectomía pélvica y paraaórtica
- Citología diafragmática + Biopsia de zonas sospechosas de metástasis
- Citorreducción si M1 evidentes

CIRUGÍA DE ESTADIAJE



1. INCISIÓN:

Línea media vertical (exposición adecuada)



1. CITOLOGÍA PERITONEAL:

- ✦ Muestras de liquido ascítico
- ✦ Lavado peritoneal : pelvis, gotieras paracólicas y ambas cúpulas diafragmáticas

CIRUGÍA DE ESTADIAJE



3. EXPLORACIÓN :

- ✦ Exploración y palpación sistemática de la cavidad pélvica y abdominal
- ✦ Palpación a través del peritoneo y el tejido adiposo de estructuras retroperitoneales : riñones, páncreas y ganglios linfáticos
- ✦ Palpación cuidadosa del ombligo.

CIRUGÍA DE ESTADIAJE



4. TOMA DE BIOPSIAS:

- ✦ Áreas sospechosas ó biopsias múltiples aleatorias :
superficies peritoneales, fondo de saco de Douglas, peritoneo vesical, gotieras paracólicas, y mesenterio
- ✦ Biopsia o raspado del diafragma para citología
- ✦ Biopsia adherencias o irregularidades de la superficie peritoneal.

5. BIOPSIA INTRAOPERATORIA:

Extirpar el ovario intacto y realizar biopsia intraoperatoria

Si implantes en el omento realizar omentectomía + Bx intraoperatoria

CIRUGÍA DE ESTADIAJE



6. OMENECTOMÍA:
 - ✦ Mejor resección completa que biopsia
 - ✦ En Cía no óptima: disminuye el volumen tumoral y la producción de ascitis post-qx

7. APENDICECTOMÍA: sistemática, mucinosos o anormalidad

8. HISTERECTOMÍA + SALPINGO- OOFERECTOMÍA BILATERAL: unilateral en estadios IA con deseos genésicos

9. LINFADENECTOMÍA Ó MUESTREO GANGLIOS PÉLVICOS Y PARAAÓRTICOS

CITORREDUCCIÓN



- Está relacionada con la supervivencia :
el volumen de enfermedad residual tras la citorreducción esta relacionada de forma inversa con la supervivencia:
 - ✦ Citorreducción completa (R0): no enfermedad macroscópica residual
 - ✦ Citorreducción óptima : $\text{vól. residual} \leq 1 \text{ cm}$ (R1)
 - ✦ Citorreducción sub-óptima: $\text{vól. residual} > 1 \text{ cm}$ (R2)

CITORREDUCCIÓN



- Está relacionada con la supervivencia :
el volumen de enfermedad residual tras la citorreducción
esta relacionada de forma inversa con la supervivencia:
 - ✦ Citorreducción completa (R0) = enfermedad macroscópica residual
 - ✦ Citorreducción óptima: volumen residual ≤ 1 cm (R1)
 - ✦ Citorreducción subóptima: volumen residual > 1 cm (R2)

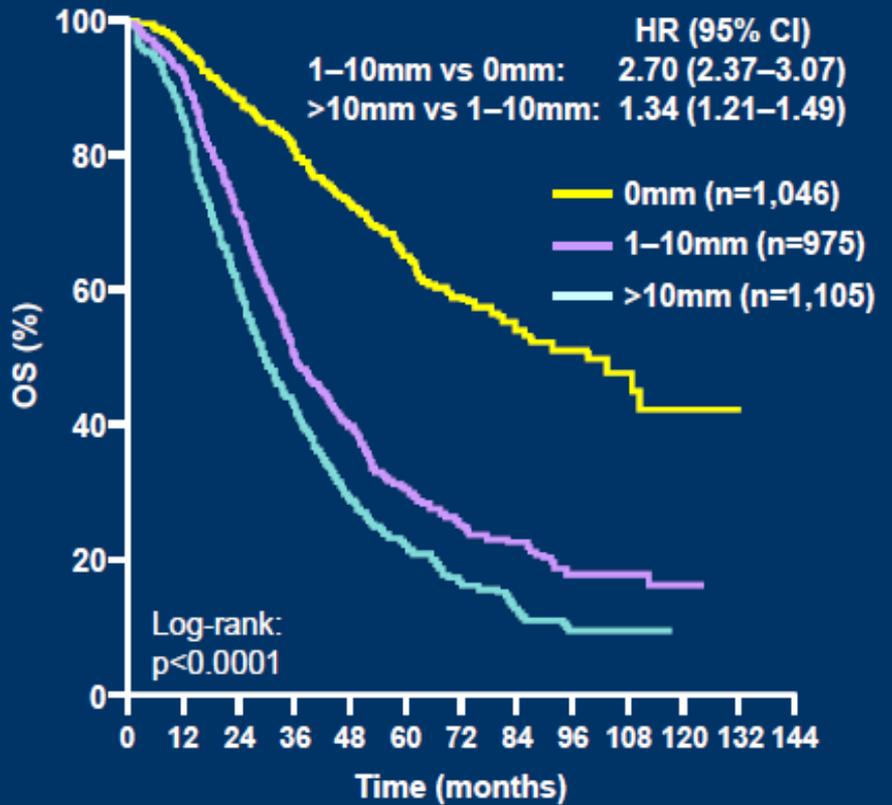
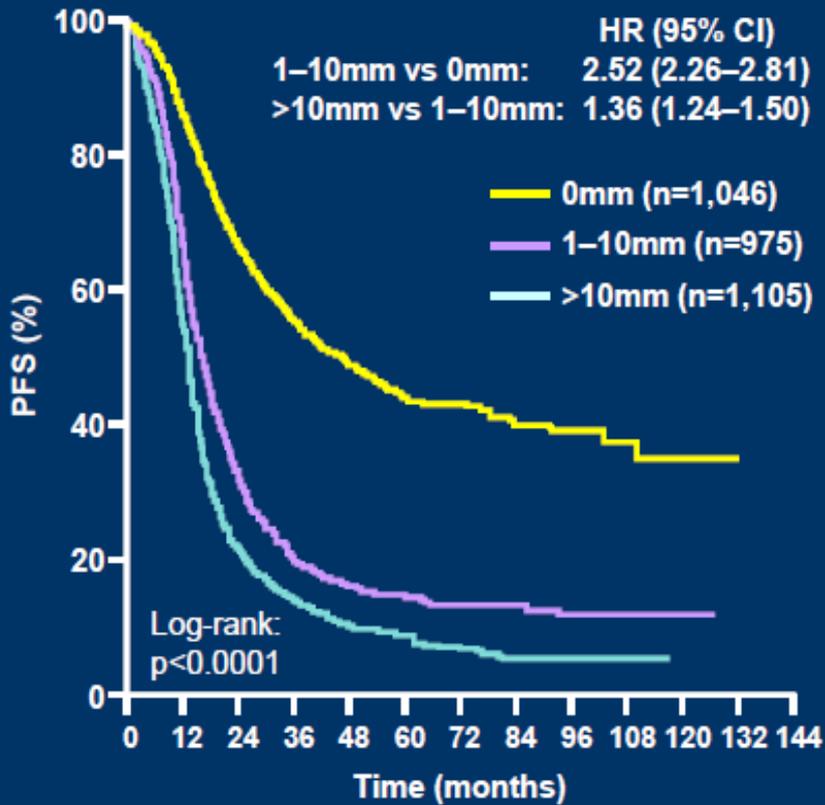
Cancer



Role of Surgical Outcome as Prognostic Factor in Advanced Epithelial Ovarian Cancer: A Combined Exploratory Analysis of 3 Prospectively Randomized Phase 3 Multicenter Trials

By the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO)

Andreas du Bois, MD¹, Alexander Reuss, MD², Eric Pujade-Lauraine, MD³, Philipp Harter, MD¹, Isabelle Ray-Coquard, MD⁴, and Jacobus Pfisterer, MD⁵



2010 Gynecologic Cancer InterGroup (GCIg) Consensus Statement on Clinical Trials in Ovarian Cancer *Report From the Fourth Ovarian Cancer Consensus Conference*

Gavin C.E. Stuart, MD, FRCSC, Henry Kitchener, MD,† Monica Bacon, RN,‡
Andreas duBois, MD, PhD,§ Michael Friedlander, MD, PhD,|| Jonathan Ledermann, MD, FRCP,†
Christian Marth, MD, PhD,¶ Tate Thigpen, MD, PhD,# Edward Trimble, MD,***

A5: What Role Does Surgery Play Today?

- Surgical staging should be mandatory and should be performed by a gynecologic oncologist.
- The ultimate goal is cytoreduction to microscopic disease. There is evidence that reduction of macroscopic disease to ≤ 1 cm or less is associated with some benefit. The term “optimal” cytoreduction should be reserved for those with no macroscopic residual disease.
- Documentation must be provided as to the level of cytoreduction (at least microscopic vs macroscopic).
- Delayed primary surgery after neoadjuvant chemotherapy

**CITORREDUCCIÓN ÓPTIMA (Vancouver 2010):
NO ENFERMEDAD MACROSCÓPICA RESIDUAL (Ro**

CITORREDUCCIÓN



- **Importancia de un cirujano experimentado**
 - *Máximo esfuerzo quirúrgico*: resección intestinal, diafragmática, esplenectomía, hepatectomía parcial, gastrectomía parcial, cistectomía, pancreatectomía...
 - *Técnica*: abordaje de áreas más difíciles en 1^{er} lugar.
 - *CI**: Karnofsky < 40, afectación de la raíz del mesenterio, enfermedad visceral extra-abdominal, múltiples metástasis hepáticas intraparenquimatosas o carcinomatosis masiva.

* Son Factores que limitan la citorreducción óptima

CIRUGÍA DE INTERVALO



- **Objetivo:**

- Disminuir la morbi-mortalidad perioperatoria
- Incrementar la posibilidad de citorreducción completa

- **Indicaciones:**

- Pobre PS o comorbilidades importantes
- Estadio IIIC/IV, potencialmente irresecables ó con poca probabilidad de conseguir citorreducción completa/óptima
- No cirujano experimentado ???

CONCLUSIONES



- La estadificación en Ca de ovario es quirúrgica
- Nueva estadificación (FIGO):
 - Subestadificación IC en rótura pre o intraoperatoria
 - Estadio IIIA1 para diseminación ganglios retroperitoneales sin afectación intraperitoneal
 - IVa: derrame pleural positivo
- Cirugía de estadiaje y citorreducción de inicio : importancia de un cirujano experimentado
- Citorreducción óptima: resección completa sin enfermedad residual macroscópica (Ro)

Muchas gracias

