

Biópsia de linfonodo sentinela em pacientes com câncer ginecológico - Recomendações do Encontro da Sociedade Internacional de Linfonodo Sentinela*

Agnaldo L. Silva Filho

Diretor científico da SOGIMIG

Professor adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG

Tradicionalmente, os oncologistas focam o tratamento em busca de aumentar a sobrevida do paciente. A qualidade de vida nas mulheres sobreviventes tem se tornado uma grande preocupação na abordagem do câncer ginecológico, implicando no uso racional da tecnologia, cirurgias menos radicais, tratamento combinado (QT/ RT/cirurgia) e preservação da autoestima da paciente.

A biópsia do linfonodo sentinela (BLNS) pode ser considerada um dos maiores avanços na Oncologia Ginecológica nos últimos 20 anos. Possibilita a detecção de micrometástases, um estadiamento mais preciso e uma menor morbidade às pacientes. Essa técnica já tem sido utilizada na prática clínica na abordagem do câncer de mama e melanoma.

O presente estudo apresenta a opinião de especialistas em relação às indicações, técnica e perspectivas do uso da BLNS no câncer ginecológico.

I. Câncer de vulva

A BLNS deve ser oferecida a pacientes com câncer de vulva estádios I-II como alternativa à linfadenectomia ínguido-femoral, desde que seja realizada por uma equipe multidisciplinar experiente e em casos selecionados. A equipe deve ser composta por um Oncologista Ginecológico, um especialista em Medicina Nuclear e um Patologista com experiência em neoplasias ginecológicas. Está indicada em mulheres com câncer de vulva com mais de 1mm de invasão, sem doença metastática ao exame clínico e/ou imagem e em tumores com menos de 4 cm de diâmetro. Já existem publicações da BLNS isolada em mulheres com câncer de vulva (uso clínico).

A curva de aprendizado para a BLNS no câncer de vulva, dispensando a linfadenectomia ínguido-femoral associada, é de pelo menos dez casos consecutivos com sucesso e sem falsos-negativos.

A linfocintilografia pré-operatória define a localização e lateralidade dos LNS. No entanto, a indicação da incisão da inguinitomia deve ser baseada na localização do tumor.

A biópsia de congelação deve ser realizada apenas nos casos de LNS macroscopicamente acometido. No caso de não identificação do LNS deve ser realizada linfadenectomia ínguino-femoral. Não houve consenso em relação à conduta nas mulheres com LNS positivo: complementação com linfadenectomia ou RT adjuvante. O seguimento pós-operatório da BLNS deve ser feito por exame clínico e/ou imagem de dois a três meses por dois anos.

2. Câncer de colo uterino

As melhores candidatas seriam mulheres com tumores no estágio IB1 e nas cirurgias com preservação do futuro reprodutivo. Não existem publicações da BLNS isolada (ainda experimental).

O câncer de colo uterino representa um bom alvo para a BLNS. Trata-se de uma doença de alta prevalência, com facilidade técnica para as injeções submucosas no colo do corante ou radiocolóide, LNS com grande variedade de localizações e linfadenectomia pélvica padrão associada a complicações.

No entanto, a BLNS no câncer de colo uterino apresenta limitações. Os benefícios não são tão aparentes como no câncer de vulva. As perspectivas no tratamento dessa neoplasia tem sido mais no sentido de desenvolver e aprimorar outras técnicas minimamente invasivas, como a histerectomia radical por via vaginal e/ou videolaparoscópica.

3. Câncer de endométrio

Existem várias técnicas para a BLNS no câncer de endométrio: injeção fúndica, cervical, via histeroscópica ou guiada por ultrassonografia. Não há consenso em relação à melhor técnica. Não existem evidências suficientes para avaliar a aplicabilidade da BLNS no câncer de endométrio (uso experimental).

Os resultados da BLNS no câncer ginecológico são promissores, especialmente na neoplasia de vulva. No entanto, a utilização clínica da BLNS deve ser precedida por estudos multicêntricos com maior número de pacientes, mais tempo de seguimento e em centros de referência.

** Levenback CF, van der Zee AG, Rob L, Plante M, Covens A, Schneider A, Coleman R, Solima E, Hertel H, Barranger E, Obermair A, Roy M*

Gynecol Oncol. 2009 Aug;114(2):151-6.