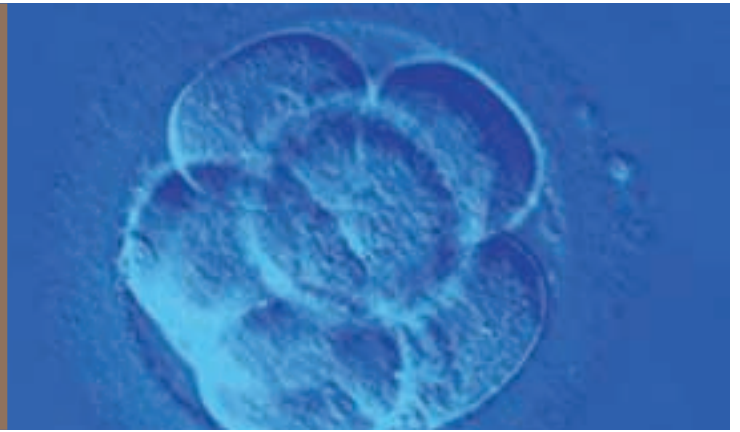


Artículo Destacado



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Neoadjuvant Chemotherapy or Primary Surgery in Stage IIIc or IV Ovarian Cancer

Ignace Vergote, M.D., Ph.D., Claes G. Tropé, M.D., Ph.D., Frédéric Amant, M.D., Ph.D., Gunnar B. Kristensen, M.D., Ph.D., Tom Ehlen, M.D., Ph.D., Nick Johnson, M.D., René H.M. Verheijen, M.D., Ph.D., Maria E.L. van der Burg, M.D., Ph.D., Angel J. Lacave, M.D., Pierluigi Benedetti Panici, M.D., Ph.D., Gemma G. Kenter, M.D., Ph.D., Antonio Casado, M.D., Cesar Mendiola, M.D., Ph.D., Corneel Coens, M.Sc., Leen Verleye, M.D., Gavin C.E. Stuart, M.D., Sergio Pecorelli, M.D., Ph.D., and Nick S. Reed, M.D., for the European Organization for Research and Treatment of Cancer-Gynaecological Cancer Group and the NCIC Clinical Trials Group*- a Gynecologic Cancer Intergroup Collaboration.

N Engl J Med 2010;363:943-53

El cáncer epitelial de ovario suele diagnosticarse en estadios avanzados y en esta situación el tratamiento considerado estándar hasta ahora ha sido la cirugía citorreductora primaria¹ aunque no existen ensayos clínicos prospectivos y randomizados que hayan analizado su papel. Algunos autores investigaron la eficacia de administrar la quimioterapia previa a la cirugía

■ **Algunos autores investigaron la eficacia de administrar la quimioterapia previa a la cirugía citorreductora como una alternativa a la estrategia de cirugía citorreductora seguida de quimioterapia posterior**

citorreductora como una alternativa a la estrategia de cirugía citorreductora seguida de quimioterapia posterior, pero los resultados de un meta-análisis con 835 pacientes sugerían una peor evolución².

En este artículo del New England Journal of Medicine, se publican los resultados del estudio randomizado realizado por European Organi- ►►►

ization for Research and Treatment of Cancer–Gynaecological Cancer Group and the NCIC Clinical Trials Group — a Gynecologic Cancer Intergroup Collaboration, en el que han participado varios investigadores españoles.

■ **En este artículo del New England Journal of Medicine, han participado varios investigadores españoles**

Según el diseño del estudio, las pacientes con cáncer epitelial de ovario, carcinoma peritoneal primario o cáncer de trompa de Falopio avanzado fueron randomizadas a cirugía citorreductora primaria seguida de al menos 6 ciclos de quimioterapia basada en platino o a 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante basada en platino seguida de cirugía citorreductora posterior (cirugía citorreductora de intervalo) en todas las pacientes con respuesta o estabilización de la enfermedad, y posteriormente al menos 3 ciclos de quimioterapia basada en platino. En caso de respuesta o estabilización, se permitía una segunda cirugía citorreductora a las pacientes asignadas a cirugía citorreductora primaria a las que no les pudo realizar una citorreducción óptima de entrada.

■ **Las pacientes con cáncer epitelial de ovario, carcinoma peritoneal primario o cáncer de trompa de Falopio avanzado fueron randomizadas a cirugía citorreductora primaria**

De las 670 pacientes randomizadas, 632 fueron elegibles. La mayoría tenían un estadio IIIC o un esta-

dio IV en la cirugía citorreductora primaria con metástasis que eran > 5 cm de diámetro en el 74.5% de las mujeres y > 10 cm en el 616%.

La mediana de supervivencia global (SG) fue 29 meses en las pacientes asignadas a cirugía de entrada y 30 meses en las asignadas a quimioterapia neoadyuvante. En el análisis por intención de tratar, el Hazard ratio (HR) de muerte en el grupo de quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía en comparación con el grupo de cirugía de entrada fue 0.98 [intervalo de confianza (IC) 90%, 0.84-1.13; $p=0.01$ para no inferioridad] y el HR para progresión fue de 1.01 (IC 90%, 0.89 a 1.15). El análisis por protocolo mostró resultados similares de supervivencia global (HR de 1.0, IC 90%, 0.85-1.16; $p=0.01$ para no inferioridad). En ninguno de los subgrupos analizados se observó superioridad aparente de una de las estrategias aunque las tasas postoperatorias de efectos adversos y mortalidad tendían a ser más altos tras la cirugía citorreductora primaria que tras la de intervalo.

La resección completa de toda la enfermedad macroscópica, en la cirugía primaria o secundaria, fue la variable independiente más importante para predecir la supervivencia global ($p<0.001$), seguida del estadio IIIC, el tamaño tumoral pequeño antes de la randomización, el tipo histológico endometriode, y la edad joven. Otras variables no tuvieron influencia estadísticamente significativa en la SG.

En conclusión, la supervivencia de las pacientes con cáncer de ovario, carcinoma peritoneal o carcinoma de trompa de Falopio avanzados (estadios IIIC y IV) tratadas con quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía citorreductora es similar a la supervivencia de las pacientes tratadas con cirugía citorreductora seguida de quimioterapia. Sin embargo, el tratamiento es-

■ **La mediana de supervivencia global (SG) fue 29 meses en las pacientes asignadas a cirugía de entrada y 30 meses en las asignadas a quimioterapia neoadyuvante**

tándar de las mujeres con estadios IIIB o con un estadio más precoz, que constituyen un grupo de mejor pronóstico que el de este estudio, continua siendo la cirugía citorreductora primaria y únicamente las mujeres con estadios IIIC o IV deben ser valoradas para quimioterapia neoadyuvante.

Referencias:

¹ Du Bois A, Quinn M, Thigpen T, et al. 2004 Consensus statements on the management of ovarian cancer: final document of the 3rd International Gynecologic Cancer Intergroup Ovarian Cancer Consensus Conference (GCIIG OCCC 2004). *Ann Oncol* 2005;16:Suppl 8:viii7-viii12.

² Bristow RE, Chi DS. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy and interval surgical cytoreduction for advanced ovarian cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2006;103:1070-6.