



www.elsevier.es/cirugia

O-124 - PAPEL DEL TAC Y DEL PET-TAC EN LA ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS Y PULMONARES DE CÁNCER COLORRECTAL

V. López López, R. Robles Campos, A. López Conesa, R. Brusadin, M. Paredes Quilmes, C. García Zamora, P. Jimeno, V. Soriano y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: En los pacientes con cáncer colorrectal, el pulmón es el segundo órgano más frecuente de metástasis, después del hígado. La detección precoz de las metástasis pulmonares (MP) en pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) puede cambiar el pronóstico en pacientes seleccionados, ya que podrían ser sometidos a una resección pulmonar. La literatura muestra resultados contradictorios respecto a cuál es la exploración más sensible para detectar estas lesiones pulmonares (Rx tórax, TAC, PET- TAC).

Objetivos: Valorar los resultados obtenidos en la estadificación preoperatoria de las MP con el TAC torácico y con el PET-TAC, comparándolos con los resultados del estudio anatomo-patológico de la pieza quirúrgica.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo entre enero del 2000 y abril de 2013 en nuestra unidad donde se han intervenido 490 pacientes con MHCCR. De estos, 57 pacientes desarrollaron MP, realizándose 66 resecciones pulmonares, resecándose 98 nódulos. En los pacientes en los que el TAC localizó algún nódulo se solicitó un PET-TAC para completar la estadificación y comparar los resultados con el TAC.

Resultados: Se resecaron 98 nódulos, de los cuales 2 fueron nódulos fibróticos. En la estadificación pulmonar el TAC detectó 86 nódulos (87,75%) y no fue capaz de detectar 12 nódulos (12,25%). En estos falsos negativos el tamaño mediano de los nódulos fue de 6 mm (rango: 3-15 mm). De los 12 nódulos que no detectó el TAC, 5 (41,66%) los detectó el PET-TAC. Por otro lado el PET-TAC detectó 76 nódulos (77,55%) y no fue capaz de detectar 22 nódulos (22,45%). De los falsos negativos el tamaño mediano de los nódulos fue de 6,5 mm (rango: 2-20 mm). De los 22 nódulos que no detectó el PET-TAC, 14 (63,63%) los detectó el TAC. En los 76 nódulos detectados por el PET-TAC, 20 presentaron un SUV max. menor de 2,5, con un tamaño mediano de los nódulos de 8 mm (rango: 5-12 mm). En 70 nódulos los hallazgos del PET-TAC y del TAC coincidieron mientras que 13 nódulos no fueron detectados por ninguna de las dos pruebas. En la estadificación hepática se identificaron 5 casos de recidiva hepática. El TAC detectó 2/5 (40%) casos. En los 3 casos que el TAC no informó de enfermedad la detectó el PET-TAC. El PET-TAC detectó 4/5 (80%) casos. En el caso en el que el PET-TAC no informó de enfermedad la detectó el TAC. En la estadificación extrapulmonar y extrahepática se identificaron 9 adenopatías. El TAC detectó 7/9 (77,7%) casos. En los dos casos en el que el TAC no informó de enfermedad el PET-TAC si la detectó. El PET-TAC detectó 6/9 (66,6%) casos. En los 3 casos en el que el PET-TAC no informó de enfermedad el TAC si la detectó.

Conclusiones: De nuestros resultados podemos concluir que el TAC se presenta como una técnica con mayor capacidad para detectar enfermedad metastásica pulmonar, mientras que el PET-TAC nos permite una mejor estadificación hepática. No hallamos diferencias significativas entre ambas exploraciones en la estadificación extrapulmonar y extrahepática.