



www.elsevier.es/cirugia

O-003 - GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER COLORRECTAL. SIGNIFICADO CLÍNICO DE UNA ESTADIFICACIÓN MÁS PRECISA CON ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO

L. Pulido, O. Estrada, P. Clos, M. del Bas, Ll. Hidalgo, A. Heredia, E. García Torralba, M.J. Fantova, C. Admella y X. Suñol

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Resumen

Introducción: Uno de los factores pronósticos más importantes del cáncer colon es la afectación ganglionar (AG). Hasta un 30% de recurrencias en pacientes No sugiere una inadecuada estadificación mediante técnicas convencionales (TC). La identificación del ganglio centinela (GC) y su estudio inmunohistoquímico (IHQ) detecta AG que hubiera pasado inadvertida, permitiendo una estadificación más precisa.

Objetivos: Evaluar el significado clínico en un seguimiento a 5 años de una supraestadificación mediante IHQ en pacientes que se estadificaron como N0 mediante TC.

Métodos: Procedimiento: inyección de azul de metileno en la submucosa del tumor ex-vivo; obtención de 1 trayecto linfático + 1-3 ganglios teñidos; estos se estudian mediante microsecciones (2 mm) + IHQ (queratina Cam 5.2); el resto se estudian mediante bidisección + hematoxilina-eosina. Pacientes: intervenidos por neoplasia de colon T1-T3N0M0. Se dividen en 2 grupos: Grupo A (up-stage), aquellos con AG detectada sólo en el GC mediante IHQ; Grupo B (concordancia negativa): en ninguna de las dos técnicas (IHQ ni TC) se detecta AG en el GC.

Resultados: Validez: Sensibilidad (S) = 59,6%; Tasa falsos negativos (TFN) = 40,4%; Valor predictivo negativo (VPN) = 67,8%; Up-stage (US) = 34,4%. Se estudian 87 enfermos, con un seguimiento máximo de 60 meses. De estos, 54 fueron catalogados como N0 mediante TC, obteniendo así los siguientes grupos: GRUPO A = 20, de los cuales 16 siguen libres de enfermedad (80,0%), y 4 han presentado progresión de la enfermedad (20,0%); GRUPO B = 34, de los cuales 31 siguen libres de enfermedad (91,2%) y 3 han presentado progresión (8,8%).

Conclusiones: A pesar de que el estudio IHQ del GC tiene baja S y alta TFN, es una técnica que permite supraestadiar al 34,4% de los enfermos, lo que significa que es capaz de detectar AG que con TC hubieran pasado inadvertidas. En estos pacientes además se observa que, en el seguimiento a largo plazo, su pronóstico es peor, detectándose un mayor porcentaje de progresión de la enfermedad respecto de los pacientes a los que no se les ha detectado AG por ninguna de las dos técnicas.