



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



EVALUACIÓN DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (DOBLE TRAZADOR Y DOBLE PUNCIÓN) EN EL ESTADIAJE DEL ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

C. Sampol Bas^{1,2}, A. Torrent Colomer³, J. Amengual Vila³, A. Repetto Repetto¹, N. Orta Tomàs^{1,2}, B. Luna Molero¹, M. Valiente Alarcón⁴, C. Medina Soldado¹ y C. Peña Viloria^{1,2}

¹Medicina Nuclear. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ²IdISBa, Palma de Mallorca, España. ³Sección Gine-Oncología. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ⁴Radiofarmacia. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Resumen

Objetivo: Estudiar la tasa de detección pélvica y para-aórtica del ganglio centinela mediante doble marcaje (tecnecio-ICG) y doble punción (cervical y miometrio fúndico) así como la factibilidad de la técnica. Análisis de los resultados del GC vs linfadenectomía pélvica y paraaórtica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 47p tras inyección cervical (4 mCi-2 ml)99mTc-Nanocoloide de albúmina a las 3 y 9h-0,5 y 1 cm y punción ecoguiada transvaginal en miometrio fúndico de 6mCi-8 ml (bajo sedación superficial) a 27p. A las 2h se obtienen imágenes planares y SPECT/TC. En 20p se realiza mismo procedimiento intraoperatoriamente usando cirugía robótica DaVinci. En todas ellas se inyecta verde de indiocianina (ICG) bajo visión laparoscópica en mismas localizaciones. Se rastrean cadenas pélvicas y paraaórticas con sonda gammadetectora y mediante luz infrarroja laparoscópicas. Se extraen los GC captantes y/o fluorescentes. Finalmente se procede a las linfadenectomías pélvicas y paraaórticas según indicación.

Resultados: Media edad 64,5a; media IMC 33,71; histología: 17 carcinomas endometrioides G1, 8G2 y 12G3, 8 serosopapilar, 1 células claras y 1 carcinosarcoma. Tasa de migración pélvica con Tc del 93,6% (44/47) [91,3% bilateral-10,8% unilateral] frente al 100% con ICG (43/43) [91,3% bilateral-17,3% unilateral]. De 3p que no migraron, 1 extravasación peritoneal y 1 migró a paraaórtico directamente. Hubo 6 GC pélvicos+ y 35 linfadenectomías APA- (incluyen linfadenectomías contralaterales cuando no GC), siendo la tasa de infiltración ganglionar del 12,7%. La tasa de detección paraaórtica con Tc fue 46,8%(15/32) frente al 57,1% con ICG (16/28). Se procede a cadena paraaórtica en 28p, encontrando GC en 18p (APA-). De los 10p restantes donde el Tc y el ICG no encuentran GC, en 4p la linfadenectomía fue positiva. Se obtuvieron 3 drenajes aberrantes fuera del territorio de la linfadenectomía: 2 GC presacros y 1 drenaje directo a iliaca común derecha.

Conclusiones: La BSGC es factible y predice el estado ganglionar en el carcinoma de endometrio. La inyección doble cervical-miometrial permite aumentar la detección del GC a nivel paraaórtico. El doble marcaje (Tc-ICG) en tiempos distintos mejora el éxito quirúrgico en la localización de los GCs, siendo ambas técnicas complementarias.