



# Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



## CO043 - ¿ES NECESARIA SIEMPRE LA LINFADENECTOMÍA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL Y GANGLIO CENTINELA METASTÁSICO?

*Marta Zamorano Rivas<sup>1</sup>, Gabriel Reyes Junca<sup>1</sup>, Belén Hervás Sanz<sup>1</sup>, Ana María Benítez Segura<sup>1</sup>, Jorge Luis Díaz Moreno<sup>1</sup>, Andrea Bagán Trejo<sup>1</sup>, Miguel Ángel Crespí Busquets<sup>2</sup>, Clara García Alcober<sup>2</sup> y Montserrat Cortés Romera<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear-Unitat PET (IDI), Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, España.<sup>2</sup>Unidad de Radiofarmacia, Servicio de Medicina Nuclear-Unitat PET (IDI), Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, España.

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma de células de Merkel (CCM) es poco frecuente. Si está localizado y sin adenopatías sospechosas se realiza biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). Si este presenta metástasis, se realiza linfadenectomía.

**Objetivo:** determinar posibilidad de evitar la linfadenectomía según resultado de BSGC.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 41 p con CCM y BSGC (abril/2007-diciembre/2024). Localización del carcinoma: 18 p en cabeza y cuello (7 p/18 p en calota), 10 p en extremidades superiores, 11 p en extremidades inferiores y 2 p en glúteo. Linfogammagrafía: 1-5mCi 99mTc-nanocoloide, 4-24 h antes de cirugía. Si ganglio centinela (GC) metastásico: linfadenectomía de estación ganglionar (EG) correspondiente. Parámetros analizados: detección gammagráfica (DG) y número de EG detectadas, detección quirúrgica (DQ), anatomía patológica del GC (negativa, micrometástasis, macrometástasis), linfadenectomías realizadas, metástasis en la linfadenectomía y recidivas ganglionares tras seguimiento de 2 meses a 15 años (media: 3,9 años).

**Resultados:** DG: 2 p no DG. 39 p con DG en 53 EG DQ: 49EG. 4EG no DQ: 2EG no se localiza actividad durante la cirugía (1 p con primario en calota y 1 p con primario preauricular), 1 EG no se aborda porque se aborda EG más proximal a la lesión (primario en glúteo, EG supraclavicular no abordada) y 1 EG por dificultad quirúrgica (primario en calota, no se aborda la EG cervical). Anatomía patológica del GC: 29 EG negativa, 5 EG micrometástasis y 15 EG macrometástasis. Linfadenectomías realizadas: 19 EG y 1 EG con linfadenectomía pendiente de realizar próximamente. Metástasis en linfadenectomía: 0/4 EG con micrometástasis en GC. 1 linfadenectomía pendiente de realizar. 8/15 EG con macrometástasis en GC. Recidivas ganglionares: 0 p con recidiva ganglionar. 4 p con recidiva local y ganglionar: 3 p con macrometástasis en GC (2 EG con linfadenectomía negativa) y 1 p con GC negativo y sin linfadenectomía.

**Conclusiones:** A pesar de la pequeña muestra estudiada por la baja prevalencia del CCM, se podría considerar evitar la linfadenectomía en casos de GC con micrometástasis.