



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



O-19 - BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER COLORRECTAL: RESULTADOS PRELIMINARES

M.P. Fierro Alanis¹, R. Delgado-Bolton¹, R. Anula Fernández², J. Mayol Martínez², J.R. Chicharro de Freitas¹, C. Riola Parada¹, A. González Maté¹ y J.L. Carreras Delgado¹

¹Servicio de Medicina Nuclear; ²Cirugía. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: El objetivo es evaluar el porcentaje de detección y de falsos negativos de la biopsia selectiva del ganglio centinela (GC) en el cáncer colorrectal (CCR) y determinar si mejora la estadificación.

Material y métodos: Desde marzo-2007 hasta junio-2012 se incluyeron 46 pacientes con CCR con estadio preoperatorio 0 a II (sin adenopatías ni metástasis) y cirugía programada con intención curativa. Para la detección in-vivo del GC, durante la laparotomía se procedió a la exploración para excluir metástasis, localizar el tumor e inyectar vía subserosa peritumoral 4 dosis de ⁹⁹Tc-nanocoloide (0,5 mCi). Con la gammacámara portátil (Sentinella102) se monitorizó la migración linfática del radiocoloide. Cuando se detectaba un depósito in-vivo, se marcaba con puntos, se resecaba la pieza en bloque y se aislaba el ganglio ex-vivo para estudio anatomopatológico (AP). En caso de no visualizarse migración tras 10-15 minutos, se procedía a la resección de la pieza en bloque y posterior localización ex-vivo del GC.

Resultados: La identificación del GC se logró en 36 (78,3%) de los 46 pacientes. De éstos, en 8 pacientes el GC resultó positivo para metástasis y en 23 resultó negativo. En el resto de los pacientes (n = 5) no se estudió como GC. De los 23 pacientes con GC negativo, en 4 de ellos la AP fue positiva en los ganglios no centinela (17,4% de falsos negativos del GC). De los 8 pacientes con GC positivo, en uno de ellos el resto de los ganglios fue negativo (12,5% de supraestadificación).

Conclusiones: Existe un aceptable porcentaje de detección del ganglio centinela en CCR en nuestro centro. El elevado porcentaje de falsos negativos puede atribuirse a factores como el tamaño del tumor, la técnica anatomopatológica y la curva de aprendizaje. La supraestadificación, aunque en bajo porcentaje, tiene un elevado valor pronóstico y consideramos necesarios nuevos estudios.