



# Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



## O-317. - DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON EQUIPO FREEHAND-SPECT COMPARANDO CON GAMMACÁMARA PORTÁTIL

H. Bowles Antelo<sup>1</sup>, R. Díaz Expósito<sup>1</sup>, I. Casáns Tormo<sup>1</sup>, S. Prado Wohlwend<sup>1</sup>, J. Calvete Chornet<sup>2</sup>, C. de la Fuente Alemany<sup>3</sup>, J. Orozco Cortés<sup>1</sup> y C. Rocafuerte Ávila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear; <sup>2</sup>Servicio de Cirugía; <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Clínico Universitario, Valencia.

### Resumen

**Objetivo:** Recientemente se ha desarrollado el equipo freehand SPECT (FS) (declipse SPECT<sup>®</sup>) para cirugía radioguiada. Combina sonda gamma, detector infrarrojos, marcadores (paciente-sonda) registro en vídeo y procesador, realiza rastreo y reconstrucción 3D de la radiactividad detectada en el campo operatorio, con información de profundidad. Aportamos nuestra experiencia en la detección intraoperatoria del ganglio centinela (GC) mediante FS, comparando con gammacámara portátil (GCP, Sentinella<sup>®</sup>).

**Material y método:** Realizamos linfogammagrafía prequirúrgica para detectar GC en 18 pacientes, edades 23-73 (51) años, 5 melanoma maligno (MM)-13 cáncer de mama (CM). Administramos el mismo día cirugía 2 mCi 99mTc-nanocoloides albúmina (MM: subdérmica alrededor cicatriz, CM: intratumoral, guiada por ecografía/estereotaxia en no palpables, con reinyección periareolar si fue preciso). Obtuvimos linfogammagrafía (LG) planar-imágenes dinámicas-estáticas con gammacámara convencional. En quirófano realizamos detección previa a extirpación, comprobación del GC y lecho quirúrgico, con FS, GCP y sonda gamma. Análisis anatomopatológico y linfadenectomía si GC afecto.

**Resultado:** En todos los pacientes detectamos algún GC con LG (100% detección). En quirófano FS identificó GC en 11/18 (61,1%) y GCP en 15/18 (83,3%), 16/18 (88,8%) con cualquiera de los dos, con dificultad con ambos equipos en CM por cercanía GC-punto inyección, mayor con FS. Coincidieron FS-GCP en 12/18 (67%): localización GC-10/no localización-2. No coincidencia 6/18 (33% (GCP-sí/FS-no (5) y GCP-no/FS-sí (1). FS aportó importante información sobre profundidad (distancia mm GC-piel). Extirpado el GC, coincidieron FS-GCP en comprobación actividad GC-lecho. Se extirpó GC en 16/18 (88,8%) y no en 2 con CM, no detectados con FS ni GCP, uno estaba afecto y otro, próximo al punto inyección, se extirpó junto a tumor. Presentaron afectación GC 4/16 (25%) 1-MM/3-CM, con más ganglios afectados en 2/4 tras linfadenectomía.

**Conclusiones:** Se obtuvo coincidencia resultados localización GC con ambos equipos en 67% pacientes, localizando con los dos 88,8%, coincidiendo con LG 83%(GCP)-61% (FS). En CM la proximidad GC-punto de inyección dificultó la detección, más evidente con FS en nuestra experiencia. Se obtuvo útil información de profundidad del GC con FS para facilitar acceso quirúrgico. Sería necesario estudiar mayor número de pacientes.