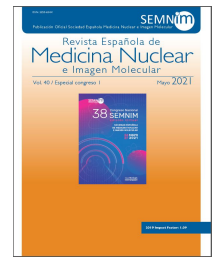




Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON TRAZADOR HÍBRIDO EN CÁNCER DE ENDOMETRIO

N. Sánchez Izquierdo¹, S. Vidal Sicart^{2,3}, A. Torné Bladé^{3,4,5}, A. Glickman⁴, A. Perissinotti¹, M.A. Angeles Fité⁶, A. Fritsch⁷, A. Saco⁷ y **P. Paredes Barranco**^{1,3,5}

¹Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España. ⁴Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ⁵Universitat de Barcelona, Barcelona, España. ⁶Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège, st Jean de Verges, Francia. ⁷Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

Objetivo: El uso de verde de indocianina (ICG) para la detección del ganglio centinela (GC) en ginecología es frecuente, pero conlleva la pérdida del mapa linfático prequirúrgico que proporcionan los radiotrazadores. Los trazadores híbridos, ^{99m}Tc-nanocoloide de albúmina-ICG (RT-ICG), son una alternativa para beneficiarse de ambos compuestos. El objetivo del estudio fue valorar el papel del trazador híbrido en la detección del GC en cáncer de endometrio (CE).

Material y métodos: Se realizó detección de GC y linfadenectomía pelviana y paraórtica en 53 pacientes con CE. Se realizó inyección miometrial ecoguiada de RT-ICG. Se adquirió linfogramografía planar y tomográfica el día previo a la cirugía laparoscópica.

Resultados: La linfogramografía planar mostró drenaje en 25/53 (47%) pacientes. La SPECT/TC mostró 36 casos con drenaje (68%) y 17 sin drenaje (3 difusión peritoneal (6%), 3 difusión a médula ósea (6%) y 11 ausencia de drenaje (21%). El drenaje fue bilateral en 20/36 (56%) y paraórtico en 13/36 (36%). Durante la cirugía, se desestimó la detección del GC en 3 casos (por carcinomatosis o fallo de la gammasonda). De los 50 restantes, se biopsió al menos 1 GC en 35 (35/50:70%) con un total de 146 GCs (4,2 GC/pac); con el 56% de detección bilateral y un 34% de detección pelviana y paraórtica (12/35). No se observaron diferencias entre la detección con SPECT/TC y la detección quirúrgica pero sí entre la detección planar y la cirugía y entre la detección planar y la tomográfica (p 0,049). De los 146 GCs, el 99,3% se localizaron con radiotrazador y/o ICG; en 41 GCs (28%) se detectó solo RT y en 5 GCs (3%) se detectó solo ICG (p < 0,001).

Conclusiones: La detección híbrida (RT-ICG) es superior a la de los dos componentes por separado, por lo que se recomienda no prescindir del RT en la detección del GC del CE.