



# Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



## CO005 - BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA CON TRAZADOR HIBRIDO EN CARCINOMA DE OVARIO. EXPERIENCIA INICIAL

*Catalina Sampol Bas*<sup>1,3</sup>, *Anna Torrent*<sup>2,3</sup>, *Joana Amengual*<sup>2</sup>, *Manuel Valiente*<sup>4</sup>, *Nuria Orta Tomas*<sup>1,3</sup>, *Alessandra Repetto*<sup>1</sup>, *Laura Nieto Morcillo*<sup>1</sup> y *Cristina Peña Vilorio*<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>2</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Sección Gine-oncología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>3</sup>IdISBa- Institut d'investigació de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España. <sup>4</sup>Departamento Radiofarmacia, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

### Resumen

**Objetivo:** Valorar la tasa de drenaje, localización y afectación del ganglio centinela (GC) en pacientes con masa ovárica sospechosa de malignidad, en estadio inicial por radiología.

**Material y métodos:** Incluidas 13 pacientes (Ene/21-Dic/22) con masa ovárica sospechosa de malignidad. Tras inducción anestésica se procede a inyección de 37 MBq de trazador híbrido (ICG-99mTc-nanocoloide) en ligamento útero-ovárico y en infundíbulo pélvico, vía laparoscópica o cirugía abierta. Tras esta se extirpa la masa ovárica y se remite a APA intraoperatoria. Si se confirma malignidad se procede a la extirpación del GC y se completa la linfadenectomía pélvica y preaórtica y resto de la cirugía reglada. Si es benigna se realizan imágenes con gammacámara portátil para ver drenaje/localización.

**Resultados:** 13p incluídas (media edad 54a), 5 laparotomías, 7 laparoscopias robóticas y 1 laparoscopia convencional. Media T10 cm, 5 bilaterales y 8 unilaterales (5 derecho-3 izquierdo). 9 presentaban elevación del marcador tumoral (media Ca125: 131,47). Tasa drenaje: 91% (1p se extravasó y otra desconocemos drenaje). De las 11p con drenaje, 7 pélvico + retroperitoneal, 3 solo retroperitoneal (25%), siendo el territorio inframesentérico el más frecuente y 1 solo pélvico (8,3%), siendo el territorio iliaco externo el predominante (tasa de detección pélvica + preaórtica simultánea: 75%). Se extirparon GCs en 8p, con un total de 35 GCs (media 2,5/p), 7 con aumento MT y solo 3 de ellas APA GC positivo: 1 macrometástasis preaórtica, 1 ITCxIHQ en 1 GC pélvico en la APA definitiva y 1 con afectación pélvica bilateral por coexistencia de tumor sincrónico de cérvix. De las 8p con masa ovárica maligna todas las linfadenectomías pélvicas fueron negativas. De las linfadenectomías preaórticas, en una paciente donde solo migró en campo pélvico (1GC pélvico ITC+), en la linfadenectomía preaórtica completa presentó 1 ganglio positivo (1ITC+/7). Este caso no se consideraría un FN de la técnica sino una ausencia de migración. La otra paciente positiva tuvo 2 macrometástasis más en el resto de la cadena ganglionar.

**Conclusiones:** La BSGC con trazador híbrido podría ser de utilidad en el contexto de sospecha de carcinoma ovárico en estadio inicial, con una tasa de detección superior al 90%, siendo necesario incrementar la serie de pacientes para un mayor entrenamiento del equipo.