



Original

El papel del ganglio centinela en la evolución del cáncer de colon



José Luis Pallarés-Segura^{a,*}, Carmen Balague-Pons^a, Nuria Dominguez-Agustin^b, Carmen Martínez^a, Pilar Hernández^a, Jesús Bollo^a, Eduardo M. Targarona-Soler^a y Manuel Trias-Folch^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^bServicio Anatomía Patológica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2013

Aceptado el 22 de enero de 2014

On-line el 22 de mayo de 2014

Palabras clave:

Ganglio centinela

Cáncer colorrectal

Micrometástasis

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este estudio es llevar a cabo la evaluación de la técnica de detección del ganglio centinela (GC) con tinción de azul de metileno «ex vivo» en el cáncer de colon, así como calcular la supraestadificación y su correlación con la evolución de la enfermedad.

Métodos: Entre 2008 y 2011, 101 pacientes fueron operados de cáncer de colon con la detección del GC, estudiándose las micrometástasis. El seguimiento de los pacientes NO fue mayor a un año en búsqueda de recidivas y si tenían relación con la aparición de dichas micrometástasis.

Resultados: El índice de detección del GC fue de 92 casos (91%). Fue positivo para micrometástasis en 9 casos, con una supraestadificación del 14%. La incidencia de falsos negativos fue de 9 pacientes (10%). El seguimiento medio de los 74 pacientes NO fue de 38 meses. Se observó recurrencia en 4 pacientes (7%) del grupo de pacientes con GC- (65 pacientes) y en 2 pacientes (22%) en el grupo con GC+ (9 pacientes, sin diferencias estadísticas significativas. Tampoco se observaron diferencias en términos de supervivencia entre los 2 grupos.

Conclusiones: El estudio del GC es una práctica reproducible sin aumento significativo del tiempo y de costes. Puede llegar a supraestadificar el 14% de pacientes que habían sido clasificados como NO con técnica convencional. En el seguimiento de los pacientes NO con GC+ parece haber una tendencia a un porcentaje mayor de recidivas, lo que podría llevar a cambios en las pautas de tratamiento adyuvante, aunque debemos tomarlo con cautela ya que la muestra es escasa.

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpallaress@santpau.cat (J.L. Pallarés-Segura).

0009-739X/\$ - see front matter © 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.01.010>

The role of sentinel lymph node in colon cancer evolution

ABSTRACT

Keywords:

Sentinel lymph node mapping
Colon carcinoma
Micrometastases

Introduction: The aim of this study is to evaluate the sentinel lymph node mapping (SLNM) with methylene blue staining "ex vivo" in colon cancer, as well as calculate the upstaging obtained by the determination of micrometastases and its correlation with the evolution of the disease.

Methods: Between 2008 and 2011, 101 patients with colon cancer undergoing resection were studied prospectively with SLNM and detection of micrometastases. The correlation of SLN micrometastases with the disease evolution was evaluated in patients with a follow-up of more than one year.

Results: The SLNM rate was 92 cases (91%). Only SLN was positive for micrometastases in 9 cases, with a 14% upstaging. The incidence of false negatives was 9 patients (10%). Mean follow of N0 patients (n = 74) was 38 months. The SLN- (negative) group (65 patients) had a recurrence rate of 4 patients (7%), whereas this rate was 2 patients (22%) in the group of SLN+ (positive) (9 patients), but without significant differences. No differences in survival were observed.

Conclusions: SLNM is a reproducible technique without significant increase in time and costs. Upstaging was obtained in 14% of patients staged as N0 by conventional technique. At follow-up of N0 patients with SLN+ there seems to be a higher rate of recurrence, which could change the guidelines of adjuvant treatment, but we must interpret the results with caution because the sample is small.

© 2013 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer colorrectal es la segunda neoplasia maligna más frecuente en los países desarrollados y la segunda causa de muerte secundaria a proceso neoplásico. El tratamiento con intención curativa se basa en la resección quirúrgica, combinada o no con tratamiento adyuvante y, como en la mayoría de los tumores malignos, la estadificación tumoral en el momento del diagnóstico es el factor pronóstico más importante para predecir la supervivencia. Aunque la cirugía sola se considera curativa en pacientes con enfermedad localizada, la supervivencia decrece dramáticamente a aproximadamente el 25-35% en caso de existir afección ganglionar. La existencia de ganglios linfáticos afectados determina la administración de quimioterapia adyuvante a la cirugía, ya que ha demostrado mejorar la supervivencia en más de la tercera parte de esos pacientes^{1,2}, alcanzando un 84% de supervivencia. Este beneficio no se ha observado en pacientes sin afección ganglionar por lo que no se indica el tratamiento adyuvante, siempre que no se asocie a características desfavorables del tumor primario (invasión perineural y vascular, muestreo inadecuado de ganglios linfáticos, obstrucción del tumor primario). Sin embargo, el 10-25%³ de los pacientes sin afectación ganglionar en el momento del diagnóstico desarrollarán progresión de su enfermedad y metástasis a distancia en los 5 años siguientes tras la realización de una cirugía con intención curativa. Estos resultados obligan a plantearse la posible inexactitud de los actuales métodos de estadificación, que pueden llevar a una infraestadificación. Considerando que en la estadificación de los pacientes analizamos preferentemente estos 3 aspectos tamaño del tumor (T), ganglios afectos (N), presencia de metástasis a distancia (M), es razonable asumir que la mayor

probabilidad de error recae sobre el estudio ganglionar y que muchos de estos pacientes pudieran presentar micrometástasis ganglionares no detectadas con el examen histológico convencional. Este grupo de pacientes es la base para que algunos autores estimen que hay un porcentaje de infraestadificación del 10-20% en pacientes con cáncer colorrectal cuando se realiza un estudio histológico convencional del territorio ganglionar⁴. Ello lleva a buscar métodos que ayuden a obtener una correcta estadificación ganglionar⁵, mediante la realización de secciones seriadas de los ganglios⁶, así como técnicas de inmunohistoquímica con citoqueratina⁷ y, más recientemente, mediante técnicas de RT-PCR (técnica de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa), que permiten una mayor detección de micrometástasis (inferiores a 2 mm). Sin embargo, su realización en todos los ganglios resecados puede ser impracticable en la clínica diaria, desde un punto de vista de coste tanto económico como de tiempo, y sería factible en un reducido grupo de ganglios. Estos linfonodos, representativos de todo el territorio ganglionar, serían los denominados ganglios centinelas⁸ (GC) y permitirían una estadificación más exacta de la lesión, con posible trascendencia en el tratamiento adyuvante requerido⁹.

El objetivo del presente estudio es llevar a cabo la evaluación de la técnica de tinción con azul de metileno «ex vivo» para la determinación del GC, así como calcular la supraestadificación obtenida con el estudio del GC y la correlación de dicha supraestadificación con la evolución de la enfermedad.

Métodos

Se trata de un estudio clínico prospectivo que incluye a pacientes diagnosticados de neoplasia de colon (por encima de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252447>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252447>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)