

Resultados comparativos de la disección ganglionar en cáncer de recto con y sin tratamiento previo del tejido adiposo

Comparative results of ganglion dissection in cancer of the rectum with and without prior treatment with adipose tissue

I. Amat¹, R. Beloqui¹, P. de Llano¹, M. Gómez-Dorronsoro¹, B. Larrínaga¹, A. Córdoba¹, F. Pérez²

RESUMEN

Fundamento. El propósito de este estudio es describir los resultados obtenidos mediante dos técnicas de aislamiento de ganglios linfáticos en piezas quirúrgicas de resección anterior por adenocarcinoma de recto.

Material y métodos. En una serie de 30 casos consecutivos de pacientes intervenidos por adenocarcinoma de recto hemos realizado una búsqueda de ganglios de forma manual convencional y una segunda tras 24 horas en una solución desengrasante a temperatura ambiente.

Resultados. En la primera búsqueda se han aislado 335 ganglios linfáticos con una media que oscila entre 6,46 y 17,58, correspondiendo los valores más bajos a los grupos que habían recibido tratamiento adyuvante previo. En la segunda inclusión, tras la acción de la solución de aclaramiento hemos encontrado nuevos ganglios (85) en un 70% de los casos, en número y tamaño sensiblemente inferior al inicial.

Conclusiones. La disección ganglionar manual del tejido adiposo es un método fiable para el aislamiento de ganglios linfáticos en las piezas de resección por adenocarcinoma de recto. La búsqueda de ganglios linfáticos tras la acción de una solución de aclaramiento debe reservarse para los casos en los que no se alcanza el mínimo aconsejado en el estadiaje TNM.

Palabras clave. Adenocarcinoma de recto. Solución de aclaramiento. Ganglio linfático.

ABSTRACT

Background. The aim of this study is to describe the result obtained through two techniques of isolation of lymphatic lymph nodes in surgical pieces of anterior resection due to adenocarcinoma of the rectum.

Material and methods. We carried out a search in a series of 30 consecutive cases of patients operated on for adenocarcinoma of the rectum for lymph nodes first in a manual conventional way and second after 24 hours in a degreasing solution at room temperature.

Results. In the first search 335 lymph nodes were lymph nodes isolated, with an average that oscillated between 6.46 and 17.58, with the lower values corresponding to the groups that had received prior adjuvant treatment. In the second inclusion, following the action of the clearing solution, we found new lymph nodes (85) in some 75% of the cases, appreciably lower in number and smaller in size than the initial search.

Conclusions. Manual lymph nodes dissection of the adipose tissue is a reliable method for the isolation of lymphatic lymph nodes in pieces of resection due to adenocarcinoma of the rectum. The search for lymphatic ganglions following the action of a clearing solution should be reserved for cases in which the minimum recommended in the TNM staging is not reached.

Key words. Adenocarcinoma of the rectum. Clearing solution. Lymphatic lymph nodes.

An. Sist. Sanit. Navar. 2003; 26 (3): 433-435.

1. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona.
2. Servicio de Cirugía General. Hospital de Navarra. Pamplona.

Aceptado para su publicación el 9 de mayo de 2003.

Correspondencia

Dra. I. Amat Villegas
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital de Navarra
C/ Irunlarrea, 3
31008, Pamplona
Tlfn. 948422451
e-mail: anatpato@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

El estadiaje y el pronóstico de los pacientes con cáncer de recto están directamente relacionados con el aislamiento y estudio de los ganglios linfáticos de mesocolon y mesorrecto.

El número mínimo de ganglios necesario para establecer el estadio oscila entre 10 y 15, pero cuantos más ganglios loco-regionales se estudien, menor será la posibilidad de infraestadiar al paciente^{1,2}.

Dos son los factores que determinan la dificultad de la disección manual de las piezas quirúrgicas de una resección anterior de recto. Por un lado, el pequeño tamaño de estos ganglios hace que en ocasiones este trabajo sea tedioso. El segundo factor a tener en cuenta es que en nuestro medio, con el fin de realizar una cirugía más conservadora, los estadios clínicos I-III de la clasificación UICC (T2-T4; N0-2; M0) reciben tratamiento radioterápico y/o quimioterápico pre-operatorio, que produce importantes modificaciones en las piezas de resección como disminución del volumen tumoral, rectitis actínica o esclerosis de los ganglios. Como consecuencia, la disección manual es más complicada, y el número de ganglios aislados resulta más bajo, en ocasiones no alcanzando los límites mínimos aconsejados.

El interés de este estudio radica en valorar la utilidad del aclaramiento del tejido adiposo en cáncer de recto tras la disección manual, como algunos autores han descrito³. Constatar si permite aislar un número significativamente mayor de ganglios y si ello ha afectado al estadiaje pre-aclaramiento.

CASOS ANALIZADOS

Se ha realizado el estudio sobre 30 piezas quirúrgicas consecutivas de resección anterior de recto por adenocarcinoma: 3 tratadas previamente con radioterapia, 15 con radio y quimioterapia y 12 sin tratamiento prequirúrgico.

Comparamos el número y tamaño de los ganglios obtenidos con una disección ganglionar convencional y una segunda búsqueda ganglionar tras tratamiento del tejido adiposo con una solución de aclaramiento de la grasa (alcohol absoluto 50% y éter 50%) durante 24 horas a temperatura ambiente.

RESULTADOS

Utilizando la técnica de disección habitual, el número de ganglios aislados en pacientes sin tratamiento prequirúrgico fue de 211 con una media de 17,58 ganglios por caso. El diámetro medio fue de 7,4 mm. Tras la segunda búsqueda se aislaron 46 nuevos ganglios, una media de 3,86 ganglios por caso (Tabla 1).

En los pacientes tratados con radioterapia y quimioterapia se aislaron una media de 6,46 ganglios por caso, un total de 97 adenopatías fueron disecadas, con 4,76 mm de tamaño medio. En la segunda inclusión se encontraron 33 nuevos ganglios linfáticos, 2,2 ganglios más por caso (Tabla 1).

En los pacientes tratados sólo con radioterapia se aislaron 27 ganglios en la primera búsqueda y 6 en la segunda, con una media inicial de 9 ganglios/caso y 2 después. El diámetro medio inicial fue de 5,3 mm (Tabla 1).

En 21 de las 30 piezas estudiadas, tras la acción de la solución de aclaramiento, hemos aislado nuevos ganglios linfáticos, con valores que oscilan entre 1 y 8, siendo dos el valor más repetido.

Ninguno de los casos estudiados ha sufrido modificaciones del estadiaje inicial tras el aislamiento de nuevos ganglios linfáticos por la acción de la solución de aclaramiento.

Tabla 1. Resumen de los resultados obtenidos con las diferentes técnicas (búsqueda manual y tras 24 horas en una solución de aclaramiento del tejido adiposo).

	Nº casos	Nº ganglios (manual)	Media	Nº ganglios (aclaram.)	Media	Diámetro ganglios pre-aclaramiento (Media)	Diámetro ganglios post-aclaramiento
Sin tto.	12	211	17,58	46	3,86	0,4-11,5 mm (7,4mm)	2,1-5,2 mm
Radiot.	3	27	9	6	2	0,6-7 mm (5,3mm)	0,4-3,5 mm
Rt+Qt	15	97	6,46	33	2,2	0,8-9,6 mm (4,76mm)	0,6-7,4 mm
Total	30	335	11,1	85	2,8		

DISCUSIÓN

Mediante el aclaramiento del tejido adiposo hemos conseguido mejorar el cómputo total de ganglios linfáticos aislados en las piezas de resección por adenocarcinoma de recto. En ocasiones con ello hemos conseguido alcanzar el mínimo aconsejado en el estadiaje TNM.

La revisión de los resultados obtenidos nos permite destacar que en nuestro trabajo, éstos tienen una estrecha relación con la presencia/ausencia de tratamiento neoadyuvante. Éste produce, entre otros cambios, una disminución tanto del número de ganglios como del tamaño de los mismos. Sin embargo, una cuidadosa revisión de la literatura^{1-3,5} no nos ha permitido comparar nuestros datos con una otras series más extensas (no podemos olvidar que hemos estudiado sólo 30 piezas quirúrgicas) ya que ninguno de los trabajos mencionados tiene en cuenta el tratamiento neoadyuvante desde nuestro punto de vista tan importante.

Los ganglios aislados en la segunda búsqueda han sido de tamaño sensiblemente inferior a los aislados inicialmente (Tabla 1), además en ninguno de ellos hemos encontrado infiltración tumoral, tras un minucioso estudio microscópico, ni tampoco han supuesto modificaciones del estadio asignado inicialmente. Todo ello apoya nuestra hipótesis de que una cuidadosa disección ganglionar del tejido adiposo es un método fiable para el aislamiento de ganglios linfáticos en las piezas de resección por adenocarcinoma de recto.

No podemos olvidar los casos en los que la segunda inclusión ha aumentado en más de cinco ganglios el cómputo total de la pieza quirúrgica. En esta serie ha ocurrido en dos ocasiones, y ambas coinciden con la incorporación del nuevo residente a este puesto de trabajo. Ello implica el inicio de una curva de aprendizaje, que precisaría control posterior por un facultativo especializado.

Según la bibliografía consultada¹⁻³ existe unanimidad acerca de la importancia de un correcto estadiaje ganglionar para el pronóstico del paciente, pero no acerca del tamaño de los ganglios más frecuentemente metastásicos. Autores como Herrera y col⁵, Sánchez-Maldonado y col⁶, y

Rodríguez-Vigas y col⁷, destacan en sus trabajos la alta incidencia de metástasis en ganglios menores de 5 mm, y otros como Sánchez y col⁴ en su serie encuentran que todos los ganglios metastásicos eran mayores de 5 mm. Nuestra experiencia apoya esta segunda opción, basándonos en los resultados presentados.

De los resultados del presente trabajo se puede concluir que:

la disección ganglionar manual del tejido adiposo es un método fiable para el aislamiento de ganglios linfáticos en las piezas de resección por adenocarcinoma de recto; y que la búsqueda de ganglios linfáticos tras la acción de una solución de aclaramiento debe reservarse para los casos en los que no se alcanza el mínimo aconsejado en el estadiaje TNM.

BIBLIOGRAFÍA

1. RATTO C, SOFO L, IPPOLITI M, MERICO M, BOSSOLA M, VECHIO FM et al. Accurate lymph-node detection in colorectal specimens for cancer is of prognosis significance. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 143-154.
2. TEPPER JE, O'CONNELL MJ, NIEDZWECKI D, HOLLIS D, COMPTON C, BENSON AB III et al. Impact of number of nodes retrieved on outcome in patients with rectal cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 157-163.
3. WONG JH, SEVERINO R, HONNEBIER MB, TOM P, NAMIKI TS. Number of nodes examined and staging accuracy in colorectal carcinoma. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2896-2900.
4. SÁNCHEZ W, LUNA-PÉREZ P, ALVARADO I, LABASTIDA S, HERRERA L. Modified clearing technique to identify lymph node metastases in post-irradiated surgical specimens from rectal adenocarcinoma. *Arch Med Res* 1996; 27: 31-36.
5. HERRERA L, VILLARREAL JR. Incidence of metastases from rectal adenocarcinoma in small lymph nodes detected by a clearing technique. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 783-788.
6. SÁNCHEZ-MALDONADO W, RODRÍGUEZ-BIGAS MA, WEBER TK, PENETRANTE RB, PETRELLI NJ. Utility of mapping lymph nodes cleared from rectal adenocarcinoma specimens. *Surg Oncol* 1996; 5: 123-126.
7. RODRÍGUEZ-BIGAS MA, MAAMOUN S, WEBER TK, PENETRANTE RB, BLUMENSON LE, PETRELLI NJ. Clinical significance of colorectal cancer: metastases in lymph nodes <5mm in size. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 124-130.

