
Identificação de linfonodo-sentinela: uso de novos marcadores

Identification of the sentinel lymph nodes: use of new markers

Acompanhando a evolução do conhecimento oncológico, a necessidade da radicalização cirúrgica está progressivamente diminuindo, tanto pelo controle sistêmico da doença quanto pela identificação dos fatores para efetivo controle local.

Considerando que as células responsáveis pelo estabelecimento das metástases migram do tumor primário e colonizam o(os) primeiro(os) linfonodo antes de invadir os demais e, subsequentemente, outros órgãos, se torna óbvia a importância da identificação do “linfonodo-sentinela”, o primeiro a ser atingido.

Neste número, o artigo do Prof. Rogério Rocha aborda uma avaliação entre um radiofármaco “clássico” (Tecnésio 99) e o carvão ativado no linfonodo-sentinela do coelho, mostrando a confiabilidade do método para ambos os marcadores. O fato mais importante do trabalho foi a comprovação de que a marcação pelo carvão-ativado foi tão confiável quanto a do radiofármaco classicamente usado nestas situações. Confirma mais um método de identificação do linfonodo-sentinela, inclusive facilitando a detecção de micrometástases pelo patologista.

A aplicabilidade prática da identificação do linfonodo-sentinela está comprovada e seu uso já é rotina em melanoma e câncer de mama. Em vários outros tumores, este recurso está sendo avaliado, mas ainda não pode ser considerado padrão, tais como: próstata, vulva, cérvix uterina e endométrio (previamente a laparoscopia), a maioria baseada nos trabalhos pioneiros de Dargent, na França.

Na região cervical, temos cerca de 150 linfonodos de cada lado. Com exceção dos tumores de assoalho da boca de difícil marcação, as demais localizações podem ser avaliadas. O objetivo é, através de sua identificação e exame histológico (com imuno-histoquímica), decidir pela necessidade do esvaziamento linfonodal total ou não, caso inexista comprometimento metastático. Além de diminuir o tempo cirúrgico, evita-se a elevada morbidade (inútil, quando negativo) que pode acarretar a extensão cirúrgica. No caso dos melanomas, em especial, pode ter finalidade curativa uma vez que a retirada dos linfonodos, ainda que com metástases inferiores a 0,2 mm (submicrometástases) pode fazer a diferença entre curabilidade e a recidiva. A indicação do procedimento é peculiar a cada órgão em avaliação. Basicamente, usamos os dois métodos, sempre que possível: injeção peritumoral do chamado azul-patente, corante que seguindo a via linfática vai marcar o(s) primeiro(s) linfonodo(s) que drena(m) a região atingida pelas células metastáticas e a injeção do colóide tecnésio-99m que, no transoperatório, permite, através de um *probe*, a identificação precisa da localização linfonodal. A eficácia do método na identificação do linfonodo-sentinela como identificador de metástases loco-regionais varia de 95% a 100%.

Conforme anteriormente citado, este trabalho abre a possibilidade de uso de um novo marcador tão confiável quanto os existentes. Vamos aguardar a aplicabilidade do método em humanos.

Boa leitura!

SÉRGIO LAGO

Professor Assistente da Disciplina de
Oncologia Clínica – FAMED/PUCRS