

## UTILIDAD DE LA PET/TAC EN LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS EN ESTADIO III (N2)

**RESUMEN:** Evaluar la validez diagnóstica de la tomografía por emisión de positrones con 18 F-fluoro-2-deoxi-D-glucosa y la tomografía computerizada (PET/TAC), así como de las maniobras quirúrgicas en la estadificación ganglionar mediastínica de la (N2) en pacientes con carcinoma broncogénico no microcítico y analizar el papel de la estadificación mediante pruebas invasivas para la verificación de los hallazgos de la tomografía por emisión de positrones (PET)/ tomografía (TAC).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo incluyendo pacientes con diagnóstico o alta sospecha diagnóstica de carcinoma broncogénico, y posible afectación N2 mediante TAC+C y estudiados con PET/TAC. Se analizaron tanto por pacientes como por grupos ganglionares y se confirmaron mediante análisis histopatológico de la biopsia o extirpación completa de la estación ganglionar. Se han calculado la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del estudio PET/TAC así como de las maniobras quirúrgicas de estadificación mediastínica, en la correcta clasificación de los pacientes N2.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 67 pacientes clasificados como N2 mediante TAC+C. El PET/TAC clasificó a 63 pacientes como N2. Se encontraron discrepancias en 7 pacientes, 6 como falsos positivos y 1 como falso negativo. Las maniobras invasivas de estadificación (fibrobroncoscopia, mediastinoscopia y mediastinotomía) analizaron 123 estaciones ganglionares, obteniendo resultado histopatológico en 98. El PET/TAC clasificó como positivas 78, 10 falsos positivos y 10 falsos negativos. Para las manibras invasivas se obtuvieron un total de 97 estaciones ganglionares, 75 positivas, 2 falsos positivos y 5 falsos negativos.

**CONCLUSIONES:** El estudio PET/TAC presenta una correcta sensibilidad, no así, una especificidad discreta. En la correcta clasificación de pacientes N2. Las maniobras invasivas del mediastino presentan una alta validez diagnóstica. Nuestros resultados muestran tres subgrupos clínicos, en los que si se cumplen unos requisitos radiológicos y clínicos, la cirugía de estadificación puede reservarse para la re-estadificación tras neoadyuvancia.

**PALABRAS CLAVE:** tomografía por emisión de positrones, tomografía computerizada, carcinoma broncogénico, mediastinoscopia, ganglios linfáticos mediastínicos.