

# Linfonodo sentinela

*Lea Mirian B. da Fonseca\**

Atualmente, quando abrimos o “Pub Med”, página de pesquisa na Internet sobre publicações em revistas indexadas e buscamos “sentinel node”, observamos que há mais de 900 trabalhos sobre o assunto nos últimos cinco anos, sendo que 605 deles foram publicados a partir do ano 2000. Por que isto está ocorrendo? O que há de tão importante por trás dessa técnica?

O linfonodo sentinela é aquele que primeiro recebe a drenagem linfática de um tumor. Imaginem um método capaz de localizar esse linfonodo para que o cirurgião possa extraí-lo com segurança, de forma menos invasiva, e o patologista possa verificar se há ou não comprometimento metastático. No câncer de mama, por exemplo, este dado pode predizer o *status* axilar, pois se o linfonodo sentinela for negativo evitar-se-á o esvaziamento axilar. O linfedema de membro superior é uma consequência freqüente de todas as cirurgias de mama acrescidas de esvaziamento axilar. Um braço inchado provoca constrangimento na paciente em suas atividades diárias, reduz a auto-estima pela distorção da imagem corporal, inferindo no relacionamento pessoal, conduz a um desconforto no convívio social, pois a sua aparência torna evidente e pública a doença.

Outra importante indicação para a pesquisa do linfonodo sentinela é no melanoma. O método é capaz de mostrar a drenagem linfática preferencial do tumor, indicando ao cirurgião qual o verdadeiro sítio de esvaziamento.

Trabalhos recentes, principalmente meta-análises de vários centros institucionais europeus e americanos, mostram que nas indicações sobreditas a decisão de esvaziar o sítio de drenagem em função da positividade do linfonodo sentinela já está bem definida. Na pesquisa de linfonodos comprometidos nos cânceres de tireóide,

reto, vulva e outros locais, há necessidade de investigações mais aprofundadas.

O uso do “Gama Probe” (aparelho portátil composto de sonda de detecção e sistema de registro digital da radiação gama) é um procedimento inovador na pesquisa do linfonodo sentinela. É multidisciplinar, na medida em que envolve mastologistas, ginecologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, além de radiologistas, patologistas e médicos nucleares familiarizados com o método.

Como toda inovação na fase de implantação, questões controversas estão sendo discutidas. Uma delas é a necessidade de se realizar linfocintilografia previamente à cirurgia. Na literatura esse tópico é controverso, havendo tendência maior para que se utilize o método cintilográfico. Os cirurgiões afirmam que a linfocintilografia é uma boa aliada, diminuindo o tempo de cirurgia e sendo muito útil, principalmente, na presença de mais de um linfonodo, freqüente no caso, por exemplo, do melanoma. Outro ponto gerador de controvérsias é a participação do médico nuclear no ato cirúrgico. Pudemos observar que o centro cirúrgico não é o *habitat* natural do médico nuclear, e que o cirurgião pode ser orientado quanto ao manejo do “Gama Probe” antes da entrada no centro cirúrgico, de maneira simulada, logo em seguida à obtenção das imagens linfocintilográficas no serviço de medicina nuclear, permitindo uma melhor interação entre os especialistas. Por outro lado, o médico nuclear não pode e não deve abdicar do preparo e da administração do radiofármaco ao paciente, prerrogativa única dele, respaldada nas normas em vigor da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Finalizando, resta uma última e crucial questão. Como e quando o SUS e os planos de saúde incluirão em suas tabelas a pesquisa do linfonodo sentinela?

\* Professora Titular de Medicina Nuclear da UFRJ, Chefe do Serviço de Medicina Nuclear da PRO-EChO/Hospital Samaritano. E-mail: lmirian@hucff.ufrj.br