



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama con drenaje axilar bilateral



María Carmen Garrido Sánchez* y Mariela Navarro Molina

FEA Obstetricia y Ginecología, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 8 de agosto de 2014; aceptado el 18 de noviembre de 2014
Disponible en Internet el 3 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Biopsia selectiva de
ganglio centinela;
Drenaje axilar bilateral;
Linfadenectomía axilar

KEYWORDS

Sentinel lymph node
biopsy;
Bilateral axillary
drainage;
Axillary lymph node
dissection;
Breast cancer

Resumen La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es el método estándar para la estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama con axila clínicamente negativa. Actualmente se acepta que algunas pacientes con ganglio centinela positivo se traten sin linfadenectomía axilar y el estudio intraoperatorio deja de ser imprescindible. La radioterapia axilar será la alternativa en estos casos.

La localización del tumor primario tenía un factor pronóstico en el cáncer de mama operable, gracias a la BSGC se ha abandonado esta idea. El drenaje linfático axilar bilateral es raro en tumores de corta evolución.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sentinel node biopsy in breast cancer with bilateral axillary drainage

Abstract Sentinel lymph node (SLN) biopsy is the standard of practice for assessing axillary spread in clinically node-negative breast cancer patients. Currently, some patients with positive SLN can be treated without axillary lymph node dissection (ALND) or intraoperative biopsy. Axillary radiation therapy is an alternative to ALND in these patients.

Due to SLN biopsy, the location of the primary tumor is no longer a prognostic factor in operable breast cancer. Bilateral axillary drainage is rare in tumors that are detected early.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según las últimas recomendaciones de diversas sociedades^{1,2,3-6}, se acepta el no realizar linfadenectomía axilar (LA) en pacientes con 2 GC positivo, siempre que cumplan con una serie de criterios y sean sometidas a cirugía mamaria

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mgarridosanchez@yahoo.es
(M.C. Garrido Sánchez).

conservadora, en virtud de que recibirán una radioterapia (RT) posterior que ha demostrado su eficacia en el control local de la enfermedad.

Esto a su vez nos lleva a un nuevo escenario; plantearnos la utilidad de la biopsia intraoperatoria del GC, ya que en la mayoría de los casos la decisión de realizar o no una LA se tomaría en diferido en el comité de mama.

En este trabajo presentamos un caso de una paciente con un tumor pequeño, presumiblemente de corta evolución en el tiempo, con drenaje linfático axilar bilateral en cuadrante inferointerno (CII) de mama derecha.

Caso clínico

Paciente mujer de 69 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, polipectomía colónica, cardiópata, intervenida de insuficiencia venosa en miembros inferiores y cataratas en ojo derecho.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia 18 años, menopausia 45 años. Seis embarazos y 6 partos eutócicos, lactancia materna (+/- 18 meses a cada hijo).

Anticoncepción hormonal oral 3 años. No tratamiento hormonal sustitutivo.

Nodullectomía de nódulo benigno en mama izquierda hace 30 años (no aporta informe).

Control mamográfico normal en Campaña de diagnóstico precoz del Cáncer de mama entre los 50 y los 65 años.

Polipectomía endometrial por resectoscopia en 2004 (anatomía patológica [AP]: pólipo endometrial).

Histerectomía vaginal y plastia anterior en 2006 por cistocèle de III grado e histerocèle III grado.

Acude por nódulo de reciente aparición en mama derecha. En la exploración se aprecia mama derecha con nódulo sólido bien delimitado en CII de 1,5 cm de diámetro, próximo a la región esternal, muy superficial, adherido a piel y a planos profundos. No telorrea. En la mama izquierda la exploración es negativa, así como en ambas axilas.

Mamografía: mama izquierda sin hallazgos, salvo reacción cicatricial asociada a cirugía antigua. Mama derecha sin hallazgos significativos.

Ecografía de mama: mama izquierda sin hallazgos. Mama derecha con nódulo sólido de bordes mal definidos de 14 x 10 mm de diámetro en CII, sospechoso de malignidad, recomendando biopsia.

Biopsia con aguja gruesa (BAG): escaso tejido sin lesiones relevantes.

Se indica nodullectomía. Informe AP: carcinoma ductal infiltrante grado I, no es posible valorar los márgenes en la pieza. Inmunohistoquímica: receptores estrógenos +++, receptores de progesterona +++, Her 2 negativo, p53 < 1% y Ki67 10%.

Con este nuevo diagnóstico, se completa el estudio de cáncer de mama con ecografía axilar: en la axila derecha se detecta una adenopatía de 21 mm sospechosa de malignidad, a la que se le realiza una BAG; informe de AP: histiocitosis sinusal.

En Comité de Mama de nuestro centro se decide ampliación de márgenes y biopsia selectiva de GC (BSGC).

Linfogammagrafía para detección de GC peroperatorio: inyección pericatricial de 0,2 ml/0,9 mCi 4 NANOCOL — nanocoloide de albúmina (80-100 nms) unas 18 h antes de la

intervención. En fase dinámica, se observa trayecto linfático bilateral y en la imagen secuencial 2 ganglios captantes en la axila izquierda y otros 2 en la axila derecha.

El mismo día de la intervención, se modifica la indicación quirúrgica: BSGC bilateral y ampliación de márgenes.

En un primer tiempo se realiza BSGC en la axila izquierda (contralateral a la lesión) hallando 2 GC de 128 cuentas cada uno, que en la biopsia intraoperatoria son informados como negativos para metástasis.

Segundo tiempo BSGC en la axila derecha (homolateral), hallando 2 GC (327 cuentas el primario y 80 cuentas el secundario) que se envían a AP en diferido (el resultado no modifica el manejo quirúrgico)

Tercer tiempo: ampliación de márgenes.

Informe AP definitivo: ampliación de márgenes con inflamación aguda y crónica, necrosis grasa, reacción a cuerpo extraño, no tumor residual. Ganglios linfáticos (homo y contralaterales) negativos para metástasis.

El postoperatorio cursa con normalidad, salvo hematoma moderado en la axila derecha, que no precisa drenaje quirúrgico. Se remite a los servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterapéutica para tratamiento oportuno. Actualmente, la paciente está en tratamiento con hormonoterapia y RT.

Discusión

El estado de los ganglios axilares es uno de los factores pronóstico más importantes en los estadios precoces del cáncer de mama. La LA ha sido la técnica de manejo clásica, aunque sus efectos secundarios son habituales y comprometen la calidad de vida de la paciente.

La BSGC es el procedimiento de elección para la estadificación axilar del cáncer de mama; identifica a las pacientes a las que la LA no aporta ningún beneficio adicional, evitando los efectos secundarios de una cirugía más extensa², aunque puede tener falsos negativos, pero está demostrado que el muestreo axilar aleatorio da lugar a estadificaciones erróneas⁶.

Los potenciales beneficios de la LA en pacientes con axila clínicamente positiva es el control de la enfermedad local, no está claro su impacto en la supervivencia y sí condicionará el tratamiento posterior su valor pronóstico. Desde la publicación del ensayo Z0011, se asume que la LA no supone un beneficio a las pacientes con RE + T1 o T2, axila clínicamente negativa con menos de 3 GC + que posteriormente van a recibir RT⁴.

Las indicaciones y contraindicaciones de BSGC con claramente conocidas^{3,4}.

No es contraindicación la cirugía mamaria previa (tanto la cirugía conservadora con BSGC —dependiendo de las dosis de RT recibidas—, como la biopsia escisional previa), aunque se sabe que puede alterar el drenaje linfático normal de la mama. Se han descrito casos de drenaje linfático bilateral en pacientes sometidas a cirugía plástica mamaria 35 años antes del proceso oncológico⁷.

Se acepta que el tiempo trascurrido entre una biopsia escisional de mama y la realización de BSGC sea menor a un mes, precisamente para evitar estos problemas. Y ese es actualmente el mayor conflicto al que nos enfrentamos en nuestro centro, sobre todo en pacientes programadas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968475>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968475>

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