

Original

# Análisis de recurrencias axilares tras biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama inicial

C. Sampol<sup>a,\*</sup>, M. Giménez<sup>a</sup>, J. Torrecabota<sup>b</sup>, C. Serra<sup>b</sup>, R. Canet<sup>c</sup>, J. Daumal<sup>a</sup>, C. Peña<sup>a</sup>, L. Gonzalez<sup>b</sup>, E. Hernandez<sup>a</sup>, A. Graner<sup>d</sup>, A. Pozo<sup>d</sup> y F. Vega<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

<sup>d</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 8 de enero de 2010

Aceptado el 20 de febrero de 2010

On-line el 13 de mayo de 2010

### Palabras clave:

Cáncer de mama

Biopsia selectiva del ganglio centinela

Falso negativo

Recurrencia axilar

Seguimiento clínico

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los resultados de la aplicación de la biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama en nuestro medio, mediante el análisis de recurrencias axilares en pacientes con Ganglio Centinela (GC) negativo sin vaciamiento axilar convencional, tras seguimiento clínico posterior.

**Material y métodos:** Se han incluido un total de 218 pacientes a quienes se aplicó la BSGC tras diagnóstico de cáncer de mama en estadio inicial (T1-2N0) con vaciamiento axilar convencional únicamente si GC positivo. Se aplicó en todos los casos protocolo de 2 días para detección del GC tras inyección de <sup>99m</sup>Tc- Nanocoloide.

**Resultados:** La media de seguimiento clínico posterior fue de 27 meses. Se extirparon un total de 413 GC con una media de 1,89/paciente (1–5). En un 33,9% se detectó infiltración [59,45% macrometástasis, 22,97% micrometástasis y 17,5% células tumorales aisladas (CTA)], siendo negativo el resto de ganglios extirpados en el vaciamiento axilar convencional en el 60% de los casos. En nuestra serie de pacientes se detectó un único caso de falso negativo de GC por bloqueo linfático masivo, identificándose intraoperatoriamente una adenopatía no captante adyacente al GC, sin detectarse ningún caso de recidiva axilar durante un seguimiento clínico medio de 27 meses.

**Conclusión:** La ausencia de recidivas axilares en nuestra serie de pacientes con GC negativo sin vaciamiento axilar convencional indica el adecuado control local que la biopsia selectiva del ganglio centinela ofrece en el cáncer de mama en estadios iniciales.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMNIM. Todos los derechos reservados.

## Axillary recurrences after sentinel lymph node biopsy in initial breast cancer

### ABSTRACT

### Keywords:

Breast cancer

Sentinel lymph node biopsy

False negative

Axillary recurrence

Follow-up

**Objective:** The aim of our study was to analyze the application of the Selective Sentinel Lymph Node Biopsy (SLNB) in early Breast Cancer of our population, through the analysis of axillary recurrences in patients with false negative sentinel node procedures without complete axillary lymphadenectomy, after a subsequent clinical follow-up.

**Material and methods:** A total of 218 early Breast Cancer patients who underwent SLNB after being diagnosed of early breast cancer (T1-2N0) with complete axillary dissection only when the SLNB was positive in the histopathological analysis. In every case, a 2-day protocol was used to localize the sentinel node after injection of <sup>99m</sup>Tc-Nanocolloid.

**Results:** The mean subsequent clinical follow-up was 27 months. A total of 413 sentinel nodes were removed with a median of 1.89/p (range 1–5). Infiltration was detected in 33.9% of patients (59.45% macrometastasis, 22.97% micrometastasis and 17.5% Isolated Tumor Cells (ITC)) and negative for the other nodes excised after conventional lymphadenectomy in 60% of cases. In our population, there was only one case of false negative (FN) SLN due to massive lymphatic blockage, and an abnormal lymph node without uptake adjacent to the SLN was identified intraoperatively. No case of axillary recurrence was detected during an average follow-up of 27 months.

**Conclusion:** The absence of axillary recurrences in our population with negative SLNB without complete axillary dissection demonstrates the appropriate local control offered by this procedure in early Breast Cancer.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMNIM. All rights reserved.

## Introducción

El concepto de ganglio centinela (GC) apareció en el año 1977 por primera vez en cáncer de pene, siendo años más tarde ampliamente desarrollado por Morton en el melanoma<sup>1,2</sup>. Desde

la introducción de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el cáncer de mama en la década de los 90<sup>3,4</sup>, numerosos estudios han demostrado su precisión y fiabilidad en la estadificación axilar<sup>5–7</sup>, cobrando mayor relevancia en los últimos años gracias al diagnóstico cada vez más precoz de este tipo de tumores con baja tasa de afectación axilar<sup>8</sup>. La BSGC se ha convertido en un estándar para el manejo del N0 clínico<sup>9</sup>, habiendo sido incorporada en el sistema TNM de estadificación en la neoplasia mamaria<sup>10</sup> y es actualmente aceptada como técnica de

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: catalinam.sampol@ssib.es (C. Sampol).

estadificación quirúrgica para determinar el estado tumoral de los ganglios linfáticos locorreccionales<sup>11</sup> seleccionando por tanto las pacientes candidatas a vaciamiento. En los casos en que el GC no se encuentra infiltrado se evita la linfadenectomía axilar convencional con la consecuente reducción de la morbilidad<sup>5–7</sup>.

Existen numerosos artículos en la literatura científica que apoyan los buenos resultados de la BSGC evidenciándose una tasa de recidiva axilar media del 7%<sup>9</sup>, siendo el objetivo de nuestro estudio aportar nuestra experiencia en un grupo de 218 pacientes.

## Material y métodos

### Grupo de estudio

Se han incluido a 218 pacientes (p) consecutivas diagnosticadas de cáncer de mama (T1–T2N0 clínico) y tratadas entre los años 2005–junio de 2008 por el servicio de ginecología y obstetricia. El diagnóstico de malignidad se obtuvo mediante biopsia con aguja fina o gruesa por ecografía o bien por estereotaxia. La técnica del ganglio centinela se introdujo en nuestro centro en el año 2000 finalizando su validación en el año 2004. En enero de 2005 se inició la fase de aplicación incluyendo un total de 218 pacientes hasta junio de 2008, procediendo exclusivamente a vaciamiento axilar convencional (VAX) cuando el GC era positivo (intraoperatorio o diferido).

### Linfogammagrafía

Se realizó en todos los casos el protocolo de 2 días. El día previo a la intervención quirúrgica se procedía a la inyección peritumoral en los 4 puntos cardinales de la tumoración palpable o bien en cuadrante afecto en las lesiones no palpables. La dosis inyectada oscilaba entre 111–148 MBq dividida en 4 jeringas de 0,2–0,25 ml cada una de volumen de <sup>99m</sup>Tc-Nanocoloide de albúmina (Nanocoll<sup>®</sup>). En todos los casos se realizó linfogammagrafía a las 2 h tras la inyección o más tardías en los casos de no visualización, mediante gammacámara (Apex SP-6HR, Elscint), obteniendo imágenes en proyección anterior, lateral y oblicua anterior de la zona de interés. En los casos de no migración se realizó maniobra de masaje y/o reinyección superficial subareolar si a las 4 h no se visualizaba ganglio centinela. Una vez visualizado el GC se procedía al marcaje cutáneo con lápiz de cobalto (<sup>57</sup>Co) y tinta indeleble.

El día de la intervención quirúrgica (realizada entre 20–26 h tras la inyección), se procedía a la detección intraoperatoria del GC mediante sonda gammadectora (Europrobe<sup>®</sup>), extirpándose el GC de mayor actividad e identificado en la linfogammagrafía, así como todos los ganglios cuyo contaje fuera superior al 10% de la actividad del primero. En los casos de ausencia de migración o no detección intraoperatoria del GC en axila se procedía al vaciamiento axilar convencional.

### Análisis anatomopatológico

El análisis anatomopatológico ganglionar convencional consistía en la inclusión total de cada ganglio con sección para Hematoxilina-Eosina (H&E). Se procedió al análisis intraoperatorio en fresco del GC tras impronta histológica. Si el anatomopatólogo detectaba una metástasis ganglionar se procedía al VAX. Únicamente se procedía al análisis definitivo si el GC intraoperatorio era negativo, con fijación en bloque de parafina y procesado rutinario mediante tinción de H&E. Si no se detectaban células tumorales se procedía al análisis inmunohistoquímico (IH) (3 hematoxilinas y 3 citoqueratinas de bajo peso molecular) para

incrementar la sensibilidad en la detección de micrometástasis y células tumorales aisladas (CTA).

### Seguimiento clínico

Tras completar el tratamiento quirúrgico correspondiente y terapia adyuvante según protocolo de nuestro hospital, las pacientes realizaron seguimiento clínico en el servicio de ginecología, mediante examen clínico (con exploración mamaria y axilar), analítico (marcadores tumorales) y mamográfico en intervalos de 6–12 meses. La media de seguimiento en nuestra muestra de pacientes fue de 27 meses (3–53 m). Ante la sospecha clínica de recurrencia o alteraciones mamográficas durante el seguimiento se procedía a su estudio dirigido. Se realizaba exclusivamente ecografía axilar en los casos de palpación sospechosa, considerándose como recurrencia axilar si se confirmaba mediante estudio de imagen dirigido y/o análisis histopatológico.

## Resultados

En la *tabla 1* se describen las características tumorales de nuestra muestra de pacientes y tipo de cirugía practicada. Se incluyeron consecutivamente a 218 pacientes hasta junio de 2008. En 2 pacientes no se obtuvo migración en la linfogammagrafía. Una de ellas (T2) presentaba 12 de 20 ganglios masivamente infiltrados en el vaciamiento axilar por lo que un bloqueo al flujo linfático ganglionar sería la causa de la no migración en este caso. La otra paciente era un carcinoma ductal in situ (CDIS) por lo que se decidió esperar al análisis diferido, que no detectó ningún foco de invasión en la pieza quirúrgica. La tasa de detección global del GC es del 99%. En 4 pacientes no se localizó el GC durante el acto quirúrgico: una de ellas era un CDIS que tampoco evidenció focos de invasión en el estudio definitivo de la pieza quirúrgica y en otras 2 pacientes la linfadenectomía fue negativa. El último caso era una paciente que fue éxitus posquirúrgico (tromboembolismo pulmonar masivo).

Se extirparon un total de 413 GC (axilares+extraxilares) con un promedio de 1,89 GC/p (rango 1–5), siendo en 134 p el GC axilar negativo (61%) y en 74 p positivo (33,9%). En 13 pacientes la IH detectó en el estudio diferido la presencia de CTA (17,5%), en 17 pacientes se detectaron micrometástasis (22,97%) y en 44 la afectación fue macrometastásica (59,45%). Se procedió a la linfadenectomía convencional en los casos de afectación micro o macrometastásica con vaciamiento de los niveles I y II.

En nuestra serie de pacientes 1 único caso se consideró como falso negativo (FN): tras extirpación de 5 GC muy captantes en axila se detectó, adyacente a ellos, una adenopatía sospechosa por significativo aumento de tamaño, con mínima captación del trazador, que se extirpó para su análisis siendo los GC negativos y dicha adenopatía positiva para infiltración. Por tanto, el porcentaje de FN en nuestra serie de pacientes es de 1,3% (1/75 GC+). En una única paciente el GC no pudo ser analizado intraoperatoriamente (ganglio de muy pequeño tamaño) por lo que se procedió al VAX (análisis anatomopatológico [AP] negativo).

La tasa de migración extraaxilar fue del 8,25%. En 16 pacientes se obtuvo migración combinada axilar y en cadena mamaria interna (CMI) (4/16 abordadas con éxito con 1p GC+por CTA) y en 2 pacientes se obtuvo migración exclusiva a CMI sin abordaje quirúrgico. Se realizó VAX en ambos casos siendo positivo por micrometástasis y macrometástasis respectivamente, con afectación de 8/11 ganglios en este último caso, que podría explicar la ausencia de drenaje axilar. De todas estas pacientes con migración extraaxilar, ninguna ha presentado en el seguimiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4248943>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4248943>

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