

ORIGINAL

Biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama y biopsia escisional previa: ¿cambia la fiabilidad de la técnica según el tiempo transcurrido desde la cirugía?



A. Sabaté-Llobera^{a,*}, P.C. Notta^a, A. Benítez-Segura^{a,d}, A. López-Ojeda^{b,d}, S. Pernas-Simon^{c,d}, M.P. Boya-Román^a y M.T. Bajén^{a,d}

^a Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL, Barcelona, España

^b Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL, Barcelona, España

^c Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia - Hospital Duran i Reynals, Barcelona, España

^d Unidad Funcional de Mama, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de agosto de 2014

Aceptado el 30 de septiembre de 2014

On-line el 11 de noviembre de 2014

Palabras clave:

Cáncer de mama

Biopsia escisional

Biopsia selectiva del ganglio centinela

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la influencia del tiempo sobre la fiabilidad de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama y biopsia escisional (BE) previa, estudiando la tasa de detección del ganglio centinela y de recidivas ganglionares.

Material y métodos: Se incluyeron 36 pacientes con cáncer de mama cT1/T2 N0 y BE de la lesión, a los que se realizó la linfogammagrafía tras la administración periareolar subdérmica de radiocoloide, el día previo a la cirugía para BSGC. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: uno incluyó 12 pacientes en los que la BSGC tuvo lugar durante los 29 días posteriores a la BE (grupo A) y otro 24 en que el tiempo transcurrido entre ambas cirugías fue igual o superior a 30 días (grupo B). Se analizaron la detección gammagráfica y quirúrgica del ganglio centinela, la histología del ganglio centinela y de la linfadenectomía axilar realizada, y las recidivas ganglionares durante el seguimiento.

Resultados: La detección gammagráfica y quirúrgica del ganglio centinela fue del 100% en ambos grupos. Histológicamente, tres pacientes presentaron macrometástasis en el ganglio centinela, una del grupo A y dos del B. Ningún paciente, ni siquiera aquellos con afectación metastásica del ganglio centinela, recidivó después de un seguimiento medio de 49,5 meses (24 - 75).

Conclusión: En la serie estudiada, el tiempo transcurrido entre la BE y la BSGC no ha influenciado la fiabilidad de esta última después de una inyección superficial del radiofármaco, demostrando una alta tasa de detección del ganglio centinela, sin evidencia de recidivas ganglionares durante el seguimiento.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y SEMNIM. Todos los derechos reservados.

Selective biopsy of the sentinel lymph node in patients with breast cancer and previous excisional biopsy: is there a change in the reliability of the technique according to time from surgery?

A B S T R A C T

Keywords:

Breast cancer

Excisional biopsy

Sentinel lymph node biopsy

Aim: To assess the influence of time on the reliability of sentinel lymph node biopsy (SLNB) in breast cancer patients with previous excisional biopsy (EB), analyzing both the sentinel lymph node detection and the lymph node recurrence rate.

Material and methods: Thirty-six patients with cT1/T2 N0 breast cancer and previous EB of the lesion underwent a lymphoscintigraphy after subdermal periareolar administration of radiocolloid, the day before SLNB. Patients were classified into two groups, one including 12 patients with up to 29 days elapsed between EB and SLNB (group A), and another with the remaining 24 in which time between both procedures was of 30 days or more (group B). Scintigraphic and surgical detection of the sentinel lymph node, histological status of the sentinel lymph node and of the axillary lymph node dissection, if performed, and lymphatic recurrences during follow-up, were analyzed.

Results: Sentinel lymph node visualization at the lymphoscintigraphy and surgical detection were 100% in both groups. Histologically, three patients showed macrometastasis in the sentinel lymph node, one from group A and two from group B. None of the patients, not even those with malignancy of the sentinel lymph node, relapsed after a medium follow-up of 49.5 months (24 - 75).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asabatell@bellvitgehospital.cat (A. Sabaté-Llobera).

Conclusion: Time elapsed between EB and SLNB does not influence the reliability of this latter technique as long as a superficial injection of the radiopharmaceutical is performed, proving a very high detection rate of the sentinel lymph node without evidence of lymphatic relapse during follow-up.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and SEMNIM. All rights reserved.

Introducción

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el cáncer de mama es una técnica ampliamente aceptada para predecir el estado de los ganglios linfáticos axilares. Por la menor morbilidad que representa con respecto a la linfadenectomía axilar (LDNA), en los últimos años se ha utilizado como herramienta para la estadificación de los pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales, reduciendo así el número de LDNA innecesarias. Distintos factores se han relacionado con una disminución de la sensibilidad en la identificación del ganglio centinela (GC) y un incremento de la tasa de falsos negativos (FN), entre los cuales se halla el antecedente de biopsia escisional (BE) de la lesión mamaria, la cual se cree que puede alterar las vías de drenaje linfático¹. Sin embargo, distintos estudios²⁻⁴ han demostrado que ambos parámetros después de la BE no son significativamente diferentes a los de aquellos pacientes con biopsia con aguja gruesa o mediante punción-aspiración con aguja fina, por lo que una BE previa no es actualmente una contraindicación a la BSGC en el cáncer de mama^{5,6}. Algunos grupos han analizado el efecto del tiempo transcurrido entre ambos procedimientos en relación a la detección del GC^{7,8}; lo que queda aún por establecer es cuál es el intervalo de tiempo ideal y cómo este puede influir en la tasa de recidivas ganglionares.

La finalidad de este estudio fue analizar cómo influye el tiempo transcurrido sobre la fiabilidad de la BSGC en pacientes con cáncer de mama y BE previa, teniendo en cuenta no solo la detección del GC sino también las recidivas ganglionares durante el seguimiento.

Material y métodos

Se analizaron retrospectivamente 36 pacientes con cáncer de mama remitidos para la realización de una BSGC entre julio de 2007 y octubre de 2011. Todos eran estadios clínicos T1 o T2 N0 y tenían una BE previa del tumor primario (la tabla 1 muestra las características de los pacientes). Aquellos con antecedentes de radioterapia y/o quimioterapia fueron previamente excluidos del estudio.

Los pacientes se clasificaron en dos grupos, en función del tiempo transcurrido entre la BE y la cirugía radioguiada para la BSGC (que se realizó a la vez que la compleción de la escisión del tumor primario). En el grupo A se incluyeron 12 pacientes (edad media 51 años) en los que la BSGC tuvo lugar durante los primeros 29 días posteriores a la BE, mientras que aquellos en los que la BSGC se realizó 30 o más días después de la BE (24 pacientes, edad media 55 años) se clasificaron en el grupo B. En la mayoría de los pacientes del grupo B (20/24, 83%), el rango de tiempo entre la BE y la cirugía radioguiada fue entre 30 y 60 días (media 52 días); solo en 4 casos (17%), el tiempo transcurrido entre ambas técnicas fue superior a 60 días, con un máximo de 105 días en uno de ellos.

El día previo a la cirugía radioguiada se realizó una linfogammagrafía (LG) a todos los pacientes dos horas después de la inyección de ^{99m}Tc-coloide de albúmina (Nanocoll®), el cual se administró de forma periareolar subdérmica con dosis de 111 MBq (3 mCi) en un volumen de 0,4 ml, mediante 4 inyecciones alrededor de la areola. Se obtuvieron imágenes estáticas de tórax en proyecciones anterior y oblicua anterior o lateral del lado afecto, con la ayuda de una fuente plana ⁵⁷Co para delimitar el contorno anatómico. Se utilizó una gammacámara equipada con un colimador de alta resolución y baja energía con doble ventana de adquisición centrada en los

Tabla 1

Características de los pacientes

Número de pacientes	36
Sexo (mujer/hombre)	35/1
Edad media (años ± DE)	55 ± 10,8
Mama afecta - n (%)	
Derecha	23 (64)
Izquierda	13 (36)
Localización - n (%)	
CSE	12 (33,4)
CIE	5 (13,9)
CSI	1 (2,8)
CII	2 (5,5)
UCS	5 (13,9)
UCI	1 (2,8)
UCE	5 (13,9)
UCIF	2 (5,5)
Retroareolar	3 (8,3)
Tipo de cirugía - n (%)	
Mastectomía	11 (30,6)
Tumorectomía	25 (69,4)
pT - n (%)	
pT1	33 (91,7)
pT2	3 (8,3)
Histología del tumor - n (%)	
CDI	25 (69,4)
CDI + CDIS	7 (19,5)
Otras*	4 (11,1)

CDI: carcinoma ductal infiltrante; CDIS: carcinoma ductal in situ; CIE: cuadrante infero-externo; CII: cuadrante infero-interno; CSE: cuadrante supero-externo; CSI: cuadrante supero-interno; DE: desviación estándar; UCE: unión de cuadrantes externos; UCI: unión de cuadrantes inferiores; UCIF: unión de cuadrantes inferiores; UCS: unión de cuadrantes superiores.

* Otras: incluye carcinoma lobar infiltrante, carcinoma papilar e histologías mixtas de las previamente citadas.

fotopicos de 140 keV del ^{99m}Tc (10%) y de 122 keV del ⁵⁷Co (5%), con un tiempo de adquisición de 300 segundos/imagen. Los puntos hipercaptantes se localizaron en piel con la ayuda de un lápiz de ⁵⁷Co y se marcaron con un rotulador de tinta indeleble. Dos pacientes no mostraron inicialmente drenaje linfático, por lo que se les realizó una reinyección subdérmica con 18,5 MBq (0,5 mCi) en un volumen de 0,2 ml en una sola inyección en el cuadrante en el que se encontraba la BE, y se obtuvieron nuevas imágenes pasada una hora.

La localización quirúrgica del GC tuvo lugar entre 18-24 horas después de la inyección de radiocoloide y con la ayuda de una sonda gammadectora (Europrobe; BriTec, Sheffield, UK). Se consideraron como GC aquel con mayor recuento radiactivo y aquellos con actividad superior al 10% de la del ganglio más activo. Durante el acto quirúrgico, los ganglios extraídos fueron examinados de manera peroperatoria (impronta citológica y tinción con Diff Quick (QCA, Amposta, España) hasta diciembre de 2010, y método OSNA posteriormente), llevando a la LDNA en la misma intervención si se demostraban macrometástasis, o en un segundo tiempo (durante las siguientes 4 semanas) si estas se observaban en el análisis posterior.

Los parámetros estudiados fueron la detección gammagráfica y quirúrgica del GC, el estado histológico del GC y de la LDNA en una

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4249697>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4249697>

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