

Original

Biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama: sin recurrencias axilares tras un seguimiento medio de 4,5 años



Luis Bañuelos Andrió^{a,*}, Gil Rodríguez Caravaca^b, Miguel Argüelles Pintos^c
y Mercedes Mitjavilla Casanova^d

^a Unidad de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^d Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de septiembre de 2013

Aceptado el 9 de noviembre de 2013

On-line el 21 de febrero de 2014

Palabras clave:

Cáncer de mama

Ganglio centinela

Linfadenectomía axilar

Recurrencias axilares

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la tasa de recurrencias axilares (RA) en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales y biopsia selectiva del ganglio centinela negativa (BSGC) sin linfadenectomía (LDN) posterior.

Material y métodos: Se han incluido un total de 173 pacientes a quienes se aplicó la BSGC tras diagnóstico de cáncer de mama en estadios iniciales. En 32 pacientes la BSGC fue positiva y estas pacientes fueron sometidas a LDN. Se han seguido 141 pacientes con BSGC negativa sin LDN, por un periodo medio de 55 meses (rango 74-36).

Resultados: La tasa de detección del GC fue del 99,42%. Después de un periodo de seguimiento medio de 4,5 años no se han detectado RA. Dos pacientes desarrollaron recidiva local, otras 2 desarrollaron metástasis a distancia y 4 desarrollaron un cáncer intercurrente. Se produjeron 4 muertes, ninguna de ellas asociadas al cáncer de mama.

Conclusiones: Los resultados obtenidos apoyan la BSGC como una técnica exacta en la estadificación axilar de los pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales, ofreciendo en los casos de BSGC negativa un control axilar seguro después de 4,5 años de seguimiento medio.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. y SEMNIM. Todos los derechos reservados.

Selective biopsy of the sentinel lymph node in breast cancer: Without axillary recurrences after a mean follow-up of 4.5 years

A B S T R A C T

Objective: To analyze the rate of axillary recurrences (AR) in patients with early breast cancer who had not undergone an axillary node dissection (ALND) because of a negative sentinel lymph node biopsy (SLNB).

Material and methods: The study includes 173 patients operated on for breast cancer and selective node biopsy. In 32 patients the SLNB was positive and undergone subsequent ALND. We followed up 141 patients with negative SLNB without LDN, with a median follow up of 55 months (range 74-36).

Results: The detection rate of SLN was of 99.42%. After a median follow-up of 4.5 years, there were no axillary recurrences. Two patients developed local recurrence, other two patients developed distant metastases and four patients developed a metachronous tumor. Four patients died, none of them because of breast cancer.

Conclusions: The results obtained support the SLNB as an accurate technique in the axillary stratification of patients with breast cancer, offering in the cases of negative SLNB a safe axillary control after 4.5 year follow-up.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. and SEMNIM. All rights reserved.

Introducción

El estado ganglionar axilar continúa siendo un importante factor pronóstico en las pacientes con cáncer de mama. En los últimos años se han producido notables cambios en el tratamiento de la axila en pacientes con cáncer de mama sin evidencia clínica de afectación ganglionar. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha sustituido a la linfadenectomía axilar (LDN) en la estadificación de los

ganglios axilares de las pacientes con cáncer de mama, ya que ha demostrado ser tan precisa como la LDN¹.

Estudios recientes han demostrado tasas equivalentes de supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y control regional entre los pacientes que han sido sometidos a LDN y aquellos en los que solo se ha practicado la BSGC en los casos de resultado negativo del ganglio centinela (GC)^{2,3}. Algunos estudios recientes concluyen que la LDN no siempre es necesaria cuando la BSGC ofrece un resultado positivo, en base a la efectividad de los nuevos tratamiento sistémicos y al mayor conocimiento del comportamiento del tumor y las metástasis^{4,5}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lbanuelos@fhacorcon.es (L. Bañuelos Andrió).

Respecto a este tema, las pacientes que desarrollan recurrencias axilares (RA) después de una BSGC negativa son de interés especial, pues son un grupo de pacientes que no han recibido un tratamiento adicional de la axila y reflejan, en definitiva, la validez de la técnica. El objetivo de este estudio ha sido analizar la tasa de RA en 173 pacientes consecutivas con cáncer de mama en estadios iniciales sometidas a BSGC como método de estadificación, realizando un seguimiento medio de 55 meses.

Material y método

Se han incluido 173 pacientes consecutivas que se sometieron a tratamiento quirúrgico utilizando la BSGC como procedimiento de estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama T1-T2 y axila clínicamente negativa por examen clínico y ecográfico, pertenecientes al Hospital Universitario Fundación Alcorcón. En todas las pacientes el diagnóstico de carcinoma de mama fue realizado mediante mamografía, ecografía, RMN y estudio histológico. En la mayoría de los casos (96,8%) el diagnóstico se realizó por biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía. El examen ecográfico incluyó también la exploración axilar, realizando punción-aspiración o biopsia con aguja gruesa a las adenopatías sospechosas de infiltración. Las pacientes corresponden al periodo desde octubre de 2006 a diciembre de 2009, en las que se procedió a realizar la LDN en caso de GC positivo.

Linfogammagrafía y técnica quirúrgica del ganglio centinela

La mañana de la cirugía se realizó, en las pacientes que presentaban tumor palpable, una linfogammagrafía a través de una inyección subdérmica en la región mamaria en la que se localizó el tumor de 37 MBq ^{99m}Tc nanocoloide de albumina sérica humana (Nanocoll®) en 0,1 ml de suero salino. En caso de tumor no palpable se realizó la inyección subdérmica en el cuadrante de la lesión descrito en los estudios de imagen. Tras la inyección subdérmica se aplicó masaje en la región para favorecer la migración del radiotrazador por la vía linfática.

En la adquisición de las imágenes se utilizó una gammacámara convencional de 2 cabezas modelo Philips Skylight con colimadores de baja energía y alta resolución. Se obtuvieron imágenes en proyección anterior, lateral y, si fue necesario, oblicua anterior con la paciente en posición decúbito y los brazos flexionados por detrás de la cabeza en un ángulo de 90°. Se utilizó una fuente plana de metacrilato rellena con ⁹⁹Tc para dibujar el contorno del cuerpo y obtener de ese modo referencias anatómicas en las imágenes obtenidas. Durante la adquisición, el pico de energía se situó en 140 KeV (10%) y se utilizó una matriz de 256 × 256 sin aplicar zoom. Cuando fue necesario se apartó el pecho de la axila utilizando cinta adhesiva para evitar la contaminación de la imagen por los puntos de inyección.

El GC fue identificado obteniendo en la gammacámara las imágenes gammagráficas a los 30 minutos de la inyección del radiotrazador. En caso de no observar migración del radiotrazador en estos primeros 30 minutos, se aplicó un nuevo masaje en la zona de la inyección y se obtuvieron imágenes a los 60-90 minutos. Si transcurrido ese tiempo no se observó migración del radiotrazador se procedió a la reinyección de la paciente con la misma técnica descrita. Las áreas de actividad correspondientes al GC fueron localizadas sobre la piel del paciente con una punta radiactiva y marcadas con una cruz con rotulador indeleble.

En caso de tumor no palpable, tras la identificación y marcaje en piel del GC, la paciente fue enviada al servicio de radiología para la colocación del arpón.

Para la localización intraoperatoria del GC se utilizó una sonda gammadetectora (Europrobe®, Eurorad, Estrasburgo, Francia),

manejada por un médico nuclear experimentado. Antes de iniciar el procedimiento quirúrgico en la axila se cubrió la sonda gammadetectora con una funda estéril y se realizó una medición de la actividad radiactiva en los puntos de inyección. Tras esta medición se realizó una medición en piel a nivel axilar para localizar el punto de mayor actividad radiactiva, a fin de orientar la incisión. Tras realizar la incisión se procedió a la búsqueda del GC. Se extirparon todos los ganglios que presentasen actividad radiactiva medida con la sonda gammadetectora mayor del 10% del ganglio que presentase mayor actividad; todo ello medido en cuentas por segundo (cps). Todos los ganglios fueron medidos con la sonda gammadetectora tras ser extirpados para comprobar que eran los responsables de la actividad detectada *in vivo* y para evitar que otros tejidos con actividad radiactiva (puntos de inyección, otros GC, etc.) alterasen a medida. En los casos en los que se extirpasen juntos más de un GC, estos fueron separados antes de ser enviados al servicio de anatomía patológica para su estudio. Todos los ganglios extirpados fueron recogidos en recipientes separados para su estudio individualizado. Para finalizar la búsqueda de GC se realizó una búsqueda minuciosa de cualquier actividad radiactiva presente en el lecho quirúrgico, y una vez se hubo comprobado que ningún depósito superaba el 10% del GC de mayor actividad, se procedió al envío de los tejidos al servicio de anatomía patológica. Se realizó también una exploración digital rigurosa de la axila tras la BSGC a fin de detectar ganglios macroscópicamente sospechosos de infiltración metastásica susceptibles de ser biopsiados.

Análisis anatomopatológico del ganglio centinela

Para el examen intraoperatorio se remitió el/los GC en fresco al servicio de anatomía patológica. Se realizó un estudio macroscópico del ganglio por parte del patólogo, que procedió a la sección del ganglio siguiendo el eje longitudinal/vertical del mismo en función de su morfología, en secciones de 2 mm aproximadamente. La sección más sospechosa desde el punto de vista macroscópico fue congelada a una temperatura de -20°C y posteriormente se practicó una sección de 5-10 micras, que se tiñó con hematoxilina-eosina (H&E), valorándose la presencia de malignidad. Este procedimiento se llevó a cabo en un tiempo medio aproximado de 20-30 minutos.

Posteriormente se realizó el estudio histopatológico definitivo de el/los GC. Para ello, estos fueron fijados en formol y posteriormente en bloques de parafina. Cada ganglio se fijó en un bloque de parafina independiente. Se obtuvieron 2 secciones de 3 micras de cada bloque, con un intervalo entre ellos de 3-5 micras, que fueron teñidos con H&E. En caso de no encontrar hallazgos patológicos en el estudio con H&E se procedió al estudio inmunohistoquímico, utilizando citoqueratina AE1-AE3.

Procedimiento quirúrgico

A todas las pacientes se les extirpó el cáncer de mama, bien de forma conservadora (tumorectomía) o mastectomía total, sincrónicamente a la realización de la BSGC. En caso de lesiones mamarias no palpables, una guía metálica fue colocada en la localización del tumor bajo guía esterotáxica o ecográfica. Todas las pacientes en las que se detectó metástasis en la sección en congelación (SC) fueron sometidas a LDN en el mismo acto quirúrgico. Si el GC fue negativo en la SC pero fue positivo para metástasis en el análisis definitivo, las pacientes tratadas mediante LDN en un segundo acto quirúrgico. Las pacientes con GC negativo no fueron sometidas a LDN.

Seguimiento clínico

Tras completar el tratamiento quirúrgico correspondiente y terapia adyuvante según el protocolo de nuestro hospital, se realizó el seguimiento clínico de las pacientes en el servicio de ginecología,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4249915>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4249915>

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