

Original

Biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama del varón

J.J. Martín-Marcuatu^{a,*}, R.M. Álvarez-Pérez^a, J.M. Sousa Vaquero^b y J.M. Jiménez-Hoyuela García^a

^a Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de junio de 2017

Aceptado el 26 de septiembre de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Cáncer de mama

Varón

Biopsia del ganglio centinela

Linfadenectomía axilar

Linfedema

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la reproducibilidad de la técnica del ganglio centinela (GC) en el cáncer de mama en el varón.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente a 21 pacientes varones diagnosticados de cáncer de mama en nuestro hospital desde 2008 hasta 2016, con un seguimiento de al menos 18 meses. A 15 pacientes se les realizó la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) siguiendo los protocolos habituales con inyección de 74-111 MBq de ^{99m}Tc-nanocoloides peritumoral y adquisición de imágenes planares a las 2 h. En 2 casos fue necesaria la realización de SPECT/TC para la localización del GC. Para su análisis se usaron técnicas anatomopatológicas de inmunohistoquímica o técnicas moleculares (OSNA). Seis pacientes no se sometieron a la BSGC por presentar ganglios patológicos o enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico.

Resultados: La BSGC se practicó en 15 pacientes. El GC fue negativo en 6 de estos, siendo positivo en los 9 restantes. Hubo 3 pacientes con BSGC positiva, pero dado el bajo número de copias de ADN (OSNA) no se realizó linfadenectomía axilar. Sí se llevó a cabo vaciamiento axilar en los 6 pacientes restantes, con resultado de 4 vaciamentos positivos y 2 que no mostraban extensión de la enfermedad.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la BSGC en los varones es una técnica reproducible, útil, segura y fiable, que evita la realización de linfadenectomías axilares innecesarias y previene la aparición de efectos no deseados.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Selective sentinel lymph node biopsy in male breast cancer

A B S T R A C T

Keywords:

Breast cancer

Male

Sentinel lymph node biopsy

Axillary lymphadenectomy

Lymphedema

Objective: To evaluate the reproducibility of the sentinel lymph node (SLN) technique in male breast cancer.

Material and methods: We retrospectively analysed 21 male patients diagnosed with breast cancer in our hospital from 2008 to 2016 with, at least, 18 months follow-up. Fifteen patients underwent selective sentinel lymph node biopsy (SLNB) following the usual protocols with peritumoral injection of 18.5-111 MBq of ^{99m}Tc-nanocoloides and acquisition of planar images 2 hours after the injection. In 2 cases it was necessary to perform a SPECT/CT to locate the SLN. Immunohistochemistry and molecular techniques (OSNA) were used for their analysis. Six patients did not undergo SLNB because they had pathological nodes or distant disease at the time of diagnosis.

Results: SLNB was performed in 15 patients. The SLN was negative in 6 patients and positive in the remaining 9. Three patients with positive SLNB did not need axillary lymphadenectomy because of the low number of copies by molecular analysis OSNA. Axillary lymphadenectomy was performed in the remaining 6 patients with the result of 4 positive axillary lymphadenectomies and 2 that did not show further extension of the disease.

Conclusions: According to our experience, SLNB in males is a reproducible, useful, safe and reliable technique which avoids unnecessary axillary lymphadenectomy and prevents the appearance of undesirable effects.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

El cáncer de mama en el varón es una enfermedad infrecuente, representando el 1% de los cánceres en el varón. Sin embargo, de acuerdo con los datos de la Surveillance, Epidemiology and End Result (SEER)¹ su incidencia se ha incrementado en las últimas décadas aunque supone menos del 1% de todos los cánceres de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjmarcuatu@gmail.com (J.J. Martín-Marcuatu).

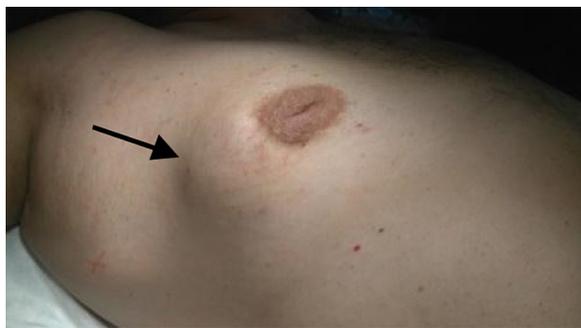


Fig. 1. Tumoración mamaria derecha. Forma de presentación más frecuente del cáncer de mama en el varón.

mama diagnosticados y en Estados Unidos, se estima que en 2017 habrá 2.470 nuevos casos y 460 varones fallecerán como consecuencia del cáncer de mama.

Al no existir una conciencia social como ocurre en el cáncer de mama en la mujer, este tipo de neoplasia parece de una técnica de *screening* adecuada para el diagnóstico precoz, por lo que la enfermedad es detectada en estadios más avanzados y la probabilidad de que exista extensión tumoral hacia los ganglios, y por tanto, enfermedad a distancia también es mayor.

En la mujer, el estado de los ganglios linfáticos axilares es una de las variables pronósticas más importantes en el cáncer de mama. La linfadenectomía axilar (LA) ha sido hasta hace poco el *gold standard* en la estadificación inicial. Sin embargo, la LA no está exenta de complicaciones entre las que se encuentran: la aparición de linfedema, lesiones vasculonerviosas, problemas locales de la herida o la reducción de la movilidad del miembro intervenido. Por otro lado, la realización de una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha demostrado reducir las morbilidades asociadas a la LA y se ha incorporado al algoritmo diagnóstico-terapéutico en el cáncer de mama de la mujer en los estadios más iniciales^{2,3}. Una correcta estadificación ganglionar es esencial a la hora de minimizar las comorbilidades asociadas al tratamiento⁴.

La introducción de la metodología *one-step nucleic acid amplification* (OSNA), un procedimiento cualitativo y cuantitativo altamente específico, permite un análisis intraoperatorio del ganglio centinela (GC) de forma precisa, evitando así reintervenciones posteriores. Esta técnica determina con mayor precisión y exactitud los ganglios que pueden estar afectados además de poseer un elevado valor predictivo negativo⁵⁻⁷.

En el varón, la LA ha sido la técnica de elección hasta 1999, cuando la BSGC se utiliza por primera vez en estos pacientes⁸. Existe poca experiencia en la técnica y las series publicadas no son muy numerosas. Con este artículo queremos aportar nuestra experiencia ya que actualmente es el procedimiento de elección para la estadificación nodal del cáncer de mama y permite seleccionar a aquellos pacientes en los que la LA aportaría algún beneficio adicional.

Material y método

Se han revisado retrospectivamente 21 varones que presentaban una edad media de 76,3 años en el momento del diagnóstico del cáncer de mama entre los años 2008 y febrero de 2016. Dieciocho pacientes acudieron a consulta al presentar un nódulo mamario (fig. 1), 12 de ellos retroareolar. El resto de los pacientes acudieron a consulta ante la presencia de telorrea y/o retracción del pezón. Todos los pacientes se sometieron a diferentes técnicas de imagen morfológicas (mamografía, ecografía y/o RMN) y anatomía patológica (punción-aspiración con aguja fina o mediante una biopsia con aguja gruesa) para establecer el diagnóstico. A todos los pacientes se les realizó una ecografía axilar para descartar afectación de los ganglios linfáticos axilares. De este modo se detectaron 4 pacientes (19%) con extensión de la enfermedad a ganglios linfáticos axilares a los que se les practicó LA directamente y 2 (9,5%) presentaban metástasis a distancia por lo que recibieron quimioterapia de inicio (tablas 1-3).

Para la detección del GC se inyectaron entre 37-111 MBq de ^{99m}Tc-nanocoloides peritumoral, distribuidas en 4 jeringas en las posiciones 0, 90, 100 y 270 respecto al centro del tumor⁹. Pasadas 2 h de la administración del radiotrazador se realizaron imágenes planares (180 segundos/imagen) en las proyecciones anterior, oblicua-anterior y lateral (fig. 2). En 2 casos, al no visualizarse el GC en las imágenes planares, se realizó un SPECT/TC de tórax en una gammacámara Symbia-T6 con los brazos hacia arriba utilizando TC de baja dosis de 50 mA, 110 Kv con un tamaño de corte de 5 mm (figs. 3 y 4). Se utilizó una matriz 128 × 128, con zoom 1, un número total de 32 imágenes con un tiempo de adquisición de 20 segundo/imagen. El procesado se realizó con reconstrucción iterativa flash 3D, 8 iteraciones/4 subconjuntos, filtro Gaussiano 8,4 con un tamaño de pixel de 4,8 × 4,8 mm.

Tras la localización del GC o los GC en las imágenes, se señalaron sobre la piel con tinta indeleble para su posterior localización en quirófano.

Tras la inducción de la anestesia general, 10-15 min antes de comenzar la cirugía, se realizó una inyección intradérmica periareolar de 2 ml de azul de metileno y posterior masaje para facilitar el drenaje del colorante. Al no existir contraindicaciones, en todos los pacientes se empleó la técnica mixta ya que la combinación de ambas mejora la tasa de identificación intraoperatoria (96,6-100%) según se describe en los artículos publicados^{10,11}.

Durante la intervención se extrajeron el GC o los GC que más actividad tenían, dejando siempre un fondo inferior al 10% que el mayor pico de actividad. Todos los ganglios linfáticos fueron enviados al departamento de Anatomía Patológica para su análisis molecular mediante OSNA.

Resultados

Un total de 15 pacientes se sometieron a BSGC con una tasa de detección del 100%, resultando negativo en 6 de estos casos. Los

Tabla 1
Características de los pacientes con BSGC-

Edad	Tipo	Localización	Tamaño (mm)	Estadio	Ganglios		Intervención	RE (%)	RP (%)	Ki67(%)	Her2	GRADO
					Positivos	Totales						
84	CDI	UCE	20	IA	0	2	MS	90-100	90-100	10	N	2 (3+2+2)
58	CDI	RA	22	IIA	0	2	MS	80-90	80-90	10-20	2	2 (3+2+2)
65	Micropapilar	RA	9	IB	0	3	MS	60-70	40-50	< 15	1	2 (3+3+1)
69	CINE	UCI	4	IA	0	4	T	90-100	80-90	10-15	N	2 (2+2+3)
57	Papilar	CSE	17	IA	0	1	MR	90-100	90-100	10-15	N	2 (2+2+2)
74	CINE	RA	12	IA	0	1	MS	70-80	90-100	20-30	N	2 (2+2+2)

BSGC: biopsia selectiva del ganglio centinela; CDI: ca ductal infiltrante; CINE: ca infiltrante no especial; CSE: cuadrante superoexterno; MR: mastectomía radical; MS: mastectomía simple; RA: retroareolar; T: tumorectomía; UCE: unión de cuadrantes externos; UCI: unión de cuadrantes inferiores.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8825735>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8825735>

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