

Original

Influencia de la cirugía mamaria previa en la biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama



V. López-Prior*, R. Díaz-Expósito e I. Casáns Tormo

Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de septiembre de 2016

Aceptado el 28 de noviembre de 2016

On-line el 27 de marzo de 2017

Palabras clave:

Linfogammagrafía

Ganglio centinela

Cáncer de mama

Cirugía previa

R E S U M E N

Objetivo: Revisar la aplicabilidad de la biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama y antecedente de cirugía mamaria previa, y examinar los factores que podrían influir en la detección del ganglio centinela.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente la biopsia selectiva del ganglio centinela en 91 pacientes con cáncer de mama dividiéndolas en 2 grupos según el antecedente quirúrgico de la mama: cirugía estética en 30 (grupo I) y conservadora en 61 (grupo II). Se realizó linfogammagrafía prequirúrgica tras inyección intratumoral en 21 casos y periareolar en 70. Se analizaron los patrones de drenaje linfático y la detección global del ganglio centinela según características clínicas, patológicas y quirúrgicas.

Resultados: La detección global del ganglio centinela en la linfogammagrafía fue del 92,3%, con un 7,7% de drenajes extraaxilares. La detección fue similar en el grupo I (93,3%) y grupo II (91,8%). En 2 pacientes (2,2%) detectamos ganglios centinelas en la axila contralateral, estando afectados en el estudio anatómo-patológico. El porcentaje de no detección del ganglio centinela en la gammagrafía fue del 7,7%. Se encontró una proporción de no detección significativamente mayor en tumores con mayor grado histológico (28,6% grado III, 4,5% grado I y 3,6% grado II).

Conclusión: Se puede realizar la biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con antecedente de cirugía mamaria previa, pero serían necesarios más estudios para valorar la influencia en la detección del ganglio centinela de diferentes aspectos en este escenario clínico. Un elevado grado histológico se relaciona significativamente con una menor detección.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SEMNIM. Todos los derechos reservados.

Influence of previous breast surgery in sentinel lymph node biopsy in patients with breast cancer

A B S T R A C T

Aim: The aim of this study was to review the feasibility of selective sentinel lymph node biopsy in patients with previous surgery for breast cancer, as well as to examine the factors that may interfere with sentinel node detection.

Material and methods: A retrospective review was performed on 91 patients with breast cancer and previous breast surgery, and who underwent sentinel lymph node biopsy. Patients were divided into two groups according to their previous treatment: aesthetic breast surgery in 30 patients (group I) and breast-conserving surgery in 61 (group II). Lymphoscintigraphy was performed after an intra-tumour injection in 21 cases and a peri-areolar injection in 70 cases. An analysis was made of lymphatic drainage patterns and overall sentinel node detection according to clinical, pathological and surgical variables.

Results: The overall detection of the sentinel lymph node in the lymphoscintigraphy was 92.3%, with 7.7% of extra-axillary drainages. The identification rate was similar after aesthetic breast surgery (93.3%) and breast-conserving surgery (91.8%). Sentinel lymph nodes were found in the contralateral axilla in two patients (2.2%), and they were included in the histopathology study. The non-identification rate in the lymphoscintigraphy was 7.7%. There was a significantly higher non-detection rate in the highest histological grade tumours (28.6% grade III, 4.5% grade I and 3.6% grade II).

Conclusion: Sentinel lymph node biopsy in patients with previous breast surgery is feasible and deserves further studies to assess the influence of different aspects in sentinel node detection in this clinical scenario. A high histological grade was significantly associated with a lower detection.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SEMNIM. All rights reserved.

Keywords:

Lymphoscintigraphy

Sentinel lymph node

Breast cancer

Previous surgery

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loprive@hotmail.com (V. López-Prior).

Introducción

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es el procedimiento estándar para la estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama primario operable y sin afectación clínica axilar¹. Cada vez es mayor la proporción de pacientes con cáncer de mama en estadios I y II candidatas a cirugía conservadora de la mama (tumorectomía, cuadrantectomía). A ello ha contribuido la utilización, cada vez con más frecuencia, del tratamiento quimioterápico neoadyuvante que está permitiendo realizar cirugías conservadoras de la mama en lugar de mastectomías, o bien reducir los volúmenes de resección para mejorar los resultados estéticos. Todo esto hace que, por un lado, el número realizado de cirugías conservadoras de la mama sea mayor y que, por otro, el tejido mamario preservado sea una fuente probable de segundos tumores primarios de mama o de recurrencias locales².

Independientemente del tratamiento quirúrgico de la mama que se realice, aproximadamente el 10-15% de las pacientes con cirugía conservadora de la mama desarrollarán una recurrencia local dentro de los 10 años siguientes de su evolución. Del mismo modo, también las pacientes sometidas a mastectomía tienen riesgo de recurrencia, con unas tasas de entre el 5-10%³⁻⁵.

La mejoría y avance de las técnicas de tratamiento conservador de la mama ha llevado implícito que la mamoplastia de aumento se haya convertido en uno de los procedimientos estéticos más frecuentemente realizados en los últimos años⁶. En general, el número de cirugías estéticas ha aumentado en la última década, siendo la mamoplastia de aumento y la reducción mamaria 2 de las cirugías con mayor prevalencia, fundamentalmente por motivos estéticos. En nuestro país la mamoplastia de aumento supone el 25% del total de cirugías estéticas.

Por tanto, nos encontramos ante un escenario en el que el número de pacientes con cáncer de mama con antecedente de cirugía mamaria previa, ya sea cirugía conservadora de la mama o cirugía estética, se ha incrementado.

La aplicabilidad de la técnica de la BSGC en las pacientes con antecedente de cirugía mamaria previa ha sido cuestionada según diversos autores⁷, sin embargo, su realización está aceptada según los últimos consensos, tanto de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria como de la guía conjunta de la Sociedad Europea y Americana de Medicina Nuclear^{1,8}. No obstante, se ha sugerido que el tratamiento quirúrgico previo puede alterar el drenaje linfático y dar falsos negativos en el procedimiento^{9,10}. Así mismo, se ha descrito que en una mama previamente intervenida pueden ser más probables patrones de drenaje linfático hacia regiones no axilares o axila contralateral¹¹.

En este estudio revisamos la aplicabilidad de la técnica de BSGC en las pacientes con cirugía mamaria previa y se examinan los factores que podrían influir en la detección del ganglio centinela (GC).

Material y métodos

Se realizaron 91 BSGC en 90 mujeres y un varón con edades comprendidas entre 29 y 86 años (media: 55 ± 11 años), con cáncer de mama y antecedente de cirugía mamaria previa en el periodo comprendido entre junio de 2008 y mayo de 2016. A todas las pacientes se les realizó un estudio diagnóstico basado en la exploración física, mamografía, ecografía y RM mamaria, esta última cuando se consideró necesaria. El diagnóstico anatomopatológico inicial del tumor se realizó en muestras obtenidas mediante biopsia por aguja gruesa (BAG) y se colocó un marcador radiológico en la lesión.

Las pacientes tenían diagnóstico de carcinoma infiltrante sin tipo especial (clásicamente conocido como carcinoma ductal infiltrante) en 66 casos, carcinoma ductal *in situ* (CDIS) en 17 y otros

Tabla 1
Características de las pacientes

Características	n=91	%
Edad (media ± DE) (Rango)	55 ± 11 años (29-86)	
IMC	26,2 ± 8,2	
Tamaño tumoral (media ± DE)	13,3 ± 7,7 mm	
Tratamiento quimioterápico neoadyuvante	14	15,4
Lateralidad		
Mama derecha	39	42,9
Mama izquierda	52	57,1
Cuadrante mamario		
Retroareolar	12	13,2
Externos	58	63,7
Internos	21	23,1
Tipo histológico		
Infiltrante	66	72,5
CDIS	17	18,7
Otros	8	8,8
Grado histológico		
Grado I	22	24,2
Grado II	55	60,4
Grado III	14	15,4
Perfil inmunohistoquímico	(n = 72)	
Luminal (A y B)	56	77,8
HER 2 (luminal B-HER2+ y HER2+)	14	19,4
Triple negativo	2	2,8
Expresión de Ki67 (%)	(n = 61)	
Ki67 > 14	35	57,4
Ki67 ≤ 14	26	42,6
Tipo de intervención previa		
I. Cirugía estética	30	33
Mamoplastia de aumento	22	73,3
Reducción mamaria	6	20
Cirugía oncológica	1	3,3
Pexia mamaria	1	3,3
II. Cirugía conservadora mama	61	67
Localización de la prótesis	(n = 22)	
Retropectoral	19	86,4
Prepectoral	3	13,6
Vía de acceso quirúrgico	(n = 20)	
Axilar	4	20
Submamario	5	25
Subareolar	11	55

tipos histológicos en 8. Los estadios fueron T1, T2 y T3, y en todos los casos la axila fue clínica, ecográfica y/o patológicamente (si procedía, ya sea citológica o histológicamente) negativa. El tamaño tumoral medio fue de 13,3 ± 7,7 mm (13,3 ± 7,8 en pacientes con cirugía estética previa y 13,3 ± 6,3 en el grupo de cirugía conservadora). Catorce de las pacientes habían recibido tratamiento quimioterápico neoadyuvante (6 con antecedente de cirugía conservadora y 8 de cirugía estética). El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 26,2 ± 8,2. Las pacientes fueron agrupadas en perfiles inmunohistoquímicos (IHQ) expresados por el tumor según comportamientos biológicos similares en luminal (luminal A+B), HER2 (luminal B-HER2 y tumores HER2 puros) y triple negativos. La lateralidad del tumor, distribución por cuadrantes, tipo y grado histológicos, perfil IHQ, y expresión de Ki67 se muestran en la [tabla 1](#).

Las pacientes se dividieron en 2 grupos de acuerdo con el antecedente quirúrgico de la mama. El primer grupo consistió en 30 pacientes (33%) con antecedente de cirugía estética (mamoplastia de aumento en 22 [73,3%], cirugía de reducción mamaria en 6 [20%], cirugía oncológica en 1 [3,3%], y pexia mamaria en 1 [3,3%]). A las 61 pacientes (67%) del segundo grupo se les había realizado tratamiento quirúrgico conservador de la mama (tumorectomía

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8825826>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8825826>

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