



O-218 - PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SOBRE LA AXILA EN EL CÁNCER DE MAMA SEGÚN EL RESULTADO DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES

Y.A. Martínez Mateo, J.P. Suárez Fernández, M.I. Manzano Martín, R. Robles Fraguas, L. Rodrigo Hernanz, B. Durán Meléndez y F.J. Cardenal Murillo

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Resumen

Objetivos: Principal: establecer protocolo de actuación en nuestra Unidad de Mama para tratamiento quirúrgico de la axila en función del resultado de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). Secundarios: determinar la relación de BSGC positiva/linfadenectomía axilar (LA) afecta por tumor y las características de los pacientes en las que el único ganglio de la axila afecto sea el centinela.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes sometidos a BSGC de 2007-2012 en nuestro hospital. Se recogen datos socio-demográficos y datos del tumor (tamaño, tipo de tumor, grado histológico, localización) Comparación entre datos de pacientes con LA afecta y no afectas buscando datos de bajo riesgo para la primera e identificar qué pacientes podrían evitar realizar LA. Posteriormente se compararan nuestros datos con los de las publicaciones actuales y principales guías clínicas para elaborar unas indicaciones de LA para nuestras pacientes. Recogida de datos y estudios estadísticos: sistema SPSS 15.0.

Resultados: Se analizan un total de 400 pacientes sometidas a BSGC, todas ellas mujeres con edades entre los 28-88 años (media: $58,69 \pm 12,80$) De las 400 mujeres sometidas a BSGC, en 113 el resultado es positivo y todas fueron sometidas a LA, resultando en 64 de ellas el ganglio centinela como el único afecto, esto es el 56,63% de las pacientes de nuestro hospital con resultado positivo de BSGC fueron sometidas a una (LA) innecesaria. Características tumorales cuando el centinela fue el único ganglio metastásico (64): 55 carcinoma ductal infiltrante (CDI) de los que 5 tenían componente intraductal asociado; 5 carcinomas lobulillares infiltrantes (CLI), 3 carcinomas ductales in situ (CDIS) y 1 mucinoso. 35 medían 1 cm de diámetro; 23, entre 1 y 2 cm; 5, entre 2 y 3 cm; y, sólo 1 > 3 cm. El tamaño medio es de $1,34 \text{ cm} \pm 0,42 \text{ cm}$. 58 presentaban receptores hormonales (RH) positivos. Características tumorales con más ganglios afectos en la LA (49): 39 CDI de los que 3 tenían componente intraductal y 1 multicéntrico; 10 CLI de los que 5 eran multifocales. 3 medían 1 cm; 24, entre 1 y 2 cm; 10, entre 2 y 3 cm y 2, > 3 cm. El tamaño medio es de $1,67 \pm 0,51 \text{ cm}$. Características de las BSGC positivas: 13 “células tumorales aisladas”, en 1 hubo afectación axilar. 15 “micrometástasis”, en 4 hubo afectación axilar. 85 “macrometástasis”, en 44 hubo afectación axilar.

Conclusiones: Partiendo de los resultados y de las publicaciones y guías clínicas actuales se elabora el siguiente protocolo de actuación tras la BSGC: 1. No realizar LA: BSGC “negativo” o “células tumorales aisladas”. BSGC “micrometástasis” si: tumor 3 cm, CDI no multifocal ni multicéntrico y RH positivos. BSGC “macrometástasis” si: tumores 1 cm, CDI no multifocal ni multicéntrico y RH positivos. 2. Se añade a

los anterior basándose en publicaciones y guías clínicas, “siempre y cuando: no > 2 ganglios centinelas afectos, se realice cirugía conservadora de la mama, se realice radioterapia de mama con campos tangenciales optimizados a axila. La LA se realizará en todos los demás casos.