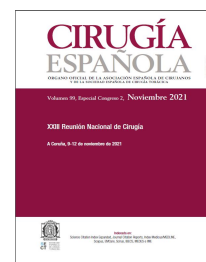




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-361 - EVITAR LINFADENECTOMÍA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA: USO DEL DOBLE TRAZADOR Y MARCAJE DE GANGLIO AXILAR Y BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA

López, Ruth¹; Sanz, Andrea¹; Buqueras, Carmen¹; Vasco, Ángeles¹; Valls, Eulàlia²; Ruiz, Sonia¹; Centeno, Ana¹; Castellví, Jordi¹

¹Consorti Sanitari Integral, Sant Joan Despí; ²Centro CETIR, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en la realización del doble trazador con marcaje previo del ganglio axilar positivo o altamente sospechoso y realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama tras respuesta al tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico, observacional y descriptivo de una muestra total de 12 pacientes reclutados de enero 2020 a abril 2021. Se incluyen pacientes diagnosticados de neoplasia mamaria que se intervienen quirúrgicamente tras la finalización de quimioterapia neoadyuvante (QTNA) con respuesta a nivel axilar completa clínica y radiológicamente (RMN). En todos ellos se confirma la afectación axilar ganglionar con una PAAF ecoguiada o bien una imagen ecográfica y RMN mamaria altamente sospechosa, realizándose el marcaje del ganglio afectado previamente al inicio de la QTNA. Previa a la intervención se realiza SPECT/TC para comprobar coincidencia entre ganglio centinela (GC) y adenopatía marcada, así como, su discrepancia-concordancia en el estudio anatomopatológico de los mismos, decidiéndose la realización de linfadenectomía axilar en los casos necesarios.

Resultados: El 91,67% de nuestra muestra fueron mujeres y la edad media es de $54,8 \pm 9,5$ años. Si revisamos la inmunohistoquímica de los tumores, el 41,67% eran luminal B, el 50% triple negativo y un 8,33% Her-2 (+). En el 50% de los pacientes, se marcó el ganglio metastásico confirmado previamente por PAAF mientras que en el otro 50% se marcó el ganglio sospechoso por imagen. Se marcaron una media de $1,05 \pm 0,67$ ganglios mientras que durante la intervención, se extrajeron una media de $2,17 \pm 1,03$ ganglios. En el 25% de los pacientes, no se pudo realizar BSGC por no drenaje del trazador. El 44,44% de los ganglios metastásicos/sospechosos marcados coinciden con el GC. Finalmente solamente se requirió linfadenectomía axilar en 2 casos.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la realización de la técnica del doble trazador-marcaje adenopatía patológica sería factible en la neoplasia de mama con afectación ganglionar y con respuesta completa a nivel axilar tras QT neoadyuvante sustituyendo así a la clásica linfadenectomía (en nuestra muestra solamente 2 pacientes la requirieron), disminuyendo la morbilidad que esta técnica conlleva y disminuyéndose tiempos de ingreso, pudiendo realizarse en régimen de cirugía

ambulatoria. El uso del doble trazador-ganglio marcado es una técnica adecuada que permite extraer la mínima cantidad de ganglios posibles, con buena fiabilidad de coincidencia entre GC y adenopatía marcada radiológicamente, si bien es posible que la fibrosis post-QTNA e IMC de las pacientes haya podido influir en la falta de drenaje del trazador BGSC. Aún así, se debe realizar un seguimiento exhaustivo axilar (clínico y ecográfico) de estos pacientes que permita detectar posibles recidivas ganglionares a largo plazo.