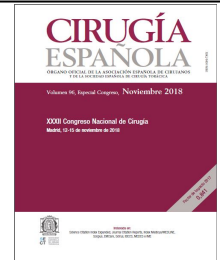




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-135 - PRIMER AÑO DE APLICACIÓN DEL NUEVO PROTOCOLO DE BAJO RIESGO: ESTUDIO DIFERIDO DEL GANGLIO CENTINELA SIN LINFADENECTOMÍA TRAS GANGLIO CENTINELA CON MACROMETÁSTASIS EN PACIENTE SELECCIONADAS

Blay Aulina, Lidia; Arnau Vidal, Marta; Solà Suárez, Montserrat; Pacual Miguel, Iciar; Margelí Vila, Mireia; Ballester Alabau, Rosa; Castellà Fernández, Eva; Julián Ibáñez, Joan Francesc

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

### Resumen

**Objetivos:** La biopsia de ganglio centinela (GC) es en la actualidad el mejor método para estadiar la axila. Sin embargo, persiste la cuestión de si la linfadenectomía es necesaria en todas las pacientes con diagnóstico positivo, pues se conoce que hasta un 70% de los vaciamentos axilares (VAX) serán negativos. Las conclusiones de ACOSOG Z-11 están aceptadas por la comunidad oncológica internacional y apoyada por nuestros especialistas. Las dudas metodológicas que existen y se aceptan, quedan aclaradas por el estudio de seguimiento a 10 años de las pacientes en el que no se observa diferencias en las tasas de SLE. La información adicional que aporte el VAX no va a cambiar el tratamiento Oncológico médico, que se basa en la 'positividad'. Objetivo principal: observar los resultados retrospectivos desde el 2013-2015 y los prospectivos desde abril 2017-abril 2018 del nuevo protocolo de manejo axilar en pacientes con tumorectomía por cáncer de mama y biopsia del GC para macrometástasis en la Unidad de Patología Mamaria del HUGTP.

**Métodos:** Estudio transversal de los resultados obtenidos en las pacientes tratadas en el HUGTP durante los años 2013-2015 y análisis prospectivo desde abril 2017-abril 2018. Se ha aplicado el siguiente protocolo de bajo riesgo para linfadenectomía (es decir considerado candidatas a no VAX) las pacientes que cumplieron el siguiente protocolo de 'bajo riesgo': pacientes propuestas para tratamiento quirúrgico primario conservador de la mama; cN0 (axila clínica y radiológicamente negativa); 1 o 2 GC positivos para macrometástasis; sin afectación de grasa periganglionar; edad > 50; CDI o tumores de bajo grado; tamaño ≤ 3 cm (valorado por pruebas de imagen); grado histológico I-II; RRHH positivos y HER-2 negativo (valoración del índice de proliferación en relación al resultado cuantitativo de RRHH); propuestas para posterior Irradiación total de la mama (asegurando que el tratamiento alcanza en todas las pacientes el nivel I axilar) y Tratamiento sistémico adyuvante.

**Resultados:** Del total de 244 pacientes estudiadas en el estudio retrospectivo cumplieron los criterios de inclusión 49, con resultado de GC: 31 negativo, 3 células tumorales aisladas, 7 micrometástasis, 6 macrometástasis. De éstas últimas, en 4 VAX el resultado fue negativo; en un VAX se encontraron 4 ganglios positivos adicionales. Del total de 260 pacientes intervenidas en la Unidad de Patología mamaria cumplieron los criterios de inclusión 38, con resultado de GC: 35 negativo, 1 células tumorales aisladas, 1 micrometástasis i 1 macrometástasis. No se ha realizado VAX, si se ha realizado radioterapia axilar del nivel I y están en seguimiento por Oncología.

**Conclusiones:** La aplicación del nuevo protocolo concuerda con los datos retrospectivos analizados en nuestro centro y con los datos bibliográficos. De este modo se evita el sobretratamiento con linfadenectomías innecesarias a pacientes seleccionadas.