



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



P-188. - RESULTADOS DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC) EN MAMAS INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE CON ANTERIORIDAD

J. Suils Ramón, M.I. Almoguera Arias, F. Jiménez Requena y J.C. Alonso Farto

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivo: La técnica de localización y BSGC ha demostrado ampliamente su capacidad para predecir el estado ganglionar en Ca Infiltrante de mama. Su indicación en mamas intervenidas quirúrgicamente y con Ca “in situ” ha sido cuestionada hasta el último consenso. No es infrecuente que diagnóstico por BAG de Ca intraductal se convierta en Ca infiltrante tras análisis AP de la pieza, pasando a una indicación estándar de localización y BSGC. Presentamos nuestra experiencia.

Material y método: Desde enero/2010 a diciembre/2013 realizamos linfofotografía (LGG) y BSGC a 66 pacientes con intervención quirúrgica mamaria previa por lesión benigna (BAG) y resultado definitivo AP de carcinoma infiltrante o intraductal. Realizamos administración de nanocoloide-^{99m}Tc fraccionado en 3/4 inyecciones (0,75-1 mCi/0,3 ml) pericicatricial o periareolar con adquisición de imágenes anterior y lateral y marcaje cutáneo a partir de 1,30 horas.

Resultado: LGG exitosa en 58 casos, visualizando GC. En 8 (12%) no se consiguió localizar GC, de éstos, el resultado de la linfadenectomía fue positiva en 2 casos: 7+/7 y 1+/13. El diagnóstico AP en 44/66 casos (77%) fue Ca Infiltrante con programación posterior para ampliación de bordes. En estas pacientes la realización de BSGC sería indicación habitual. En 22/66 casos (33%) fue Ca intraductal G3. El resultado AP de BSGC en estos casos fue negativa en 19, y positiva en 3: 1 micrometástasis/1 0/10; 1 micrometástasis/3 0/7 y 1 macrometástasis y 1 micrometástasis/4 0/10. 7/22 pacientes con Ca intraductal tuvieron diagnóstico definitivo tras cirugía de Ca infiltrante (32%): 1 Ca papilar, 2 Ca lobulillar y 4 Ca ductal.

Conclusiones: La localización de GC en mamas con cirugía previa fue del 88%, considerándola apta para su realización rutinaria. Realizar en el mismo acto quirúrgico cirugía mamaria y BSGC evita una tercera intervención exclusiva para estadiaje ganglionar. Dada nuestra experiencia, 32% de tumores intraductales se convierten en Ca infiltrantes tras la AP de la pieza.