BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA
REVISIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE LOCALIZACIÓN

E Goñi Gironés, C Artieda Soto, MJ Ribelles Segura, MA Sanz de Pablo, ME Martínez Lozano, F Vicente García, A Camarero Salazar, P Armendariz Rubio.
Servicios de Medicina Nuclear y Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Objetivo

Objetivo general: analizar los resultados obtenidos en la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en los cuatro últimos años
Objetivos específicos:

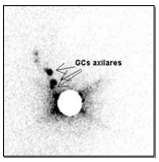
- **conocer la eficacia de la técnica de detección del GC**
- **valorar la adecuación del protocolo de localización utilizado**

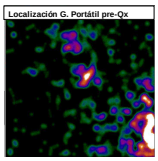
Material y Métodos

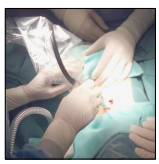
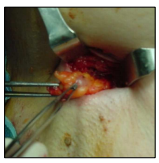
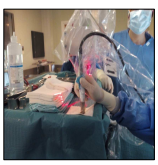
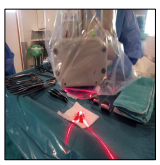
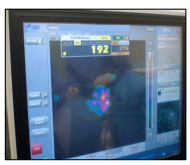
1283 pacientes consecutivas a las que se realizó BSGC desde 2012 hasta Mayo de 2016
BSGC únicamente radiocoloide 111 MBq (3mCi) administrando en una inyección intra-peritumoral
Se realizó linfogammagrafía prequirúrgica y en todos los casos obtuvimos sistemáticamente imágenes intraoperatorias con gammacámara portátil (Sentinella S102) según el protocolo siguiente:

1. **Localización previa a la incisión quirúrgica del GC con ayuda del puntero láser adquiriendo imágenes de 30-60"**
2. **Una vez practicada la incisión quirúrgica rastreo con sonda hasta localizar el GC**
3. **Adquisición imágenes intraoperatorias si con la sonda existe dificultad de localización. Durante el procedimiento identificación de ganglios sospechosos por parte del equipo quirúrgico**
4. **Tras resección comprobación actividad y obtención de imagen gammagráfica identificando número de cps máximo y territorio ganglionar de procedencia**
5. **Una vez extirpados los GCs documentamos la inexistencia de actividad residual significativa mediante imagen**

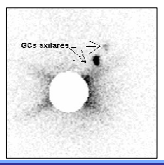
LOCALIZACION GC AXILAR :

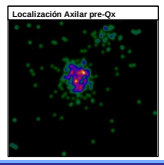



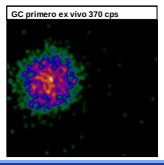


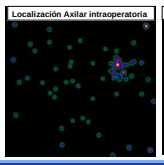






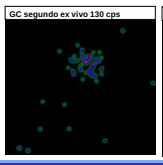
EJEMPLO DE PACIENTE:

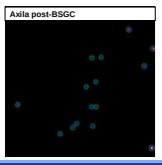






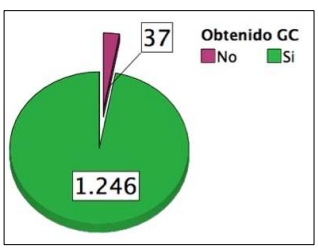






Resultados

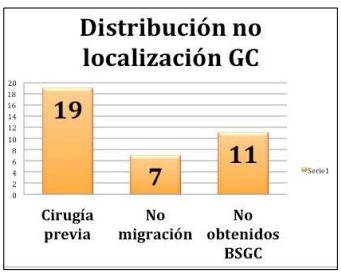
Localización GC en 1246 pacientes (97,1%) obteniéndose 1,7 ganglios de media



◆Aproximadamente en la mitad de las pacientes (48%) se realizó exéresis de 1 GC, en 36% fueron 2, en 13% fueron 3 y en 3,1% fueron 4 o más

◆Tras implementación del consenso para no realizar linfadenectomía en cirugia conservadora con menos de tres ganglios metastásicos la media de GC extraídos fue superior a la previa 1,79 (IC95%:1,70-1,89) vs 1,69 (IC95%:1,64-1,74), diferencia no estadísticamente significativa

No se obtuvo en 37 (2,9%) pacientes



◆De las que 19 (1,5%) se trataron de recidivas en mama ipsilateral, 15 contaban con antecedente de LDNA, 3 con BSGC y una cicatriz de RS localizada en CSE

◆En otras 7 (0,54%) no hubo migración del radiocoloide a pesar de reinyectarse en 5, en 1 se volvió a intentar en la ampliación de márgenes y en otra la reinyección se desestimó por causas clínicas

◆En las restantes 11 pacientes no se localizó en quirófano (0,85%), de las cuales en 5 migró a mamaria interna, 3 infraclavicular, 1 interpectoral (en este último, informe patológico de mínimo acúmulo linfoide que no constituye ganglio). *Unicamente en 2 pacientes ocurrió que habiendo migrado a axila no se obtuvieron, una de las cuales se trató de BSGC post-neoadyuvancia*

Conclusiones

✓**El porcentaje de localización alcanzado fue alto (97.1%) y por tanto consideramos el protocolo de realización de la BSGC adecuado**

✓**La causa más frecuente de no localización del GC fue la existencia de recidiva con antecedente de linfadenectomía o BSGC**