¿Es la linfogammagrafía preoperatoria necesaria en la detección del ganglio centinela en el cáncer de mama?

Autores;
Miguel A Lorenzo Liñán, María del Mar Rico Morales, Ángel Pareja López, Sara López Saro (MIR) y Miguel A. Lorenzo Campos.
Servicio de Cirugía General, Digestiva y Mastología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción

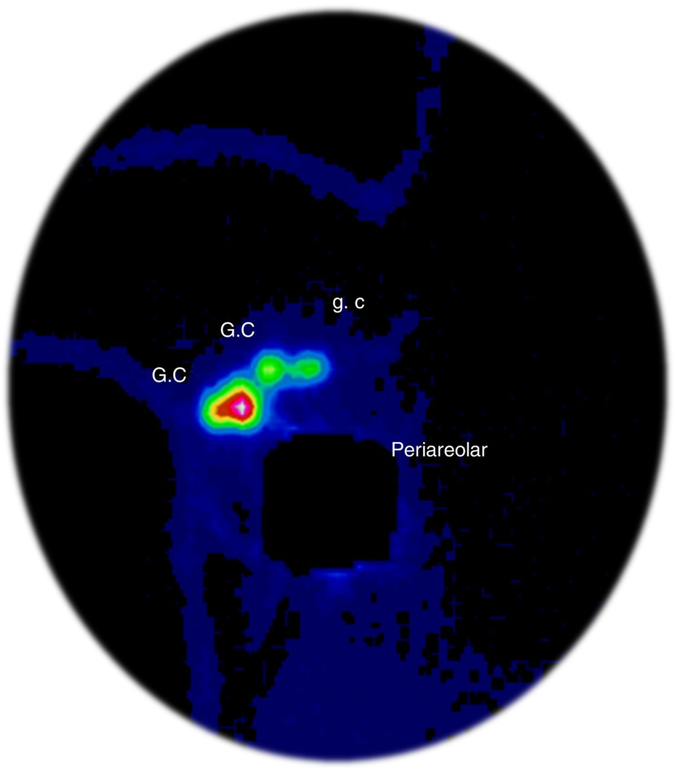
El ganglio centinela (GC) es aquel o aquellos ganglios regionales que reciben el drenaje linfático directamente desde el tumor primario y son detectables en la linfogammagrafía, especialmente si están conectados a un canal linfático. Desde el punto de vista quirúrgico, se consideran GC aquellos que presentan una actividad representativa y que están ubicados en el área preseleccionada gammagráficamente.

La linfogammagrafía es una técnica de medicina nuclear indicada en el estudio de la patología linfática. Su aplicación en el cáncer de mama, anteriormente a la introducción de la Biopsia del Ganglio Centinela, tenía unos objetivos muy concretos, tales como identificar metástasis ganglionares o la localización de los ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna, para planificar el tratamiento con radioterapia.
Actualmente, los radiocoloides utilizados en linfogammagrafía son adecuados para la localización y biopsia del Ganglio Centinela, con ayuda o no de la imagen gammagráfica, mediante una sonda portátil detectora de radiación gamma de forma intraoperatoria.

Objetivo

Valorar la necesidad de realizar linfogammagrafía para la detección de ganglio centinela.





Material y Método

Estudio comparativo retrospectivo entre dos técnicas diferentes en la de detección de GC. El periodo de estudio se extiende desde marzo de 2010 hasta octubre 2015.

Grupo A. La técnica comienza con la inyección del nanocoloide la tarde anterior a la intervención, inyectando el compuesto peritumoral (si el tumor es palpable), o subareolar en casos de lesiones no palpables. La linfogammagrafía preoperatoria se realiza la mañana de la intervención, a las 12 ó 15 horas de la inyección del coloide radioactivo (nanocoll-Tc^{99}). Este grupo lo forman 192 pacientes, intervenidas de forma consecutiva en un Servicio de Cirugía General acreditado para la detección de GC, perteneciente a la red hospitalaria del Sistema Público de Salud de Andalucía.

Grupo B. Formado por 144 casos intervenidos por el mismo equipo quirúrgico que el grupo anterior, en un hospital sin servicio de Medicina Nuclear. En este caso la inyección del radiofármaco es siempre subareolar administrándose entre dos y tres horas antes de la cirugía. En ambos grupos interviene un médico nuclear en la localización intraoperatoria del GC utilizando para la detección una sonda detectora de radiación gamma de similares características.

Resultados

Se ha realizado la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) a 336 pacientes, 192 en el grupo A (3 de ellos bilaterales) y 144 en el grupo B (2 bilaterales). Ambos grupos resultan homogéneos en lo referente a edad, tamaño del tumor, localización por cuadrantes y técnica quirúrgica realizada.

El porcentaje de identificación fue del 98,96% en el grupo A y 98,62% en el grupo B. El número de ganglios aislado en cada grupo es similar, siendo la media de ganglios disecados de 3,1 (rango 1-5) en el grupo A y de 2,7 (rango 1-8) en el B.

En el grupo A, el 53% (102 casos) resultaron negativos y el 47% (90 casos) fue valorado como positivo o con micrometástasis. En el grupo B, fueron negativos el 58% (83 casos) y positivos el 42% (61 casos).
Cuando el GC fue positivo y se practicó una linfadenectomía axilar, fue negativa en el 75% de los caso del grupo A y el 57% de los casos del grupo B.

En cuanto a la influencia de la neoadyuvancia en el porcentaje de detección de GC, no se observaron diferencias entre ambos grupos. En el grupo A se indicó a 48 pacientes, realizandose la identificación del GC pre-neoadyuvancia en 29 de las pacientes. En el grupo B, fueron 22 las pacientes candidatas a quimioterapia previa, 13 de ellas con GC pre-neoadyuvancia. El porcentaje de detección con ambas técnicas fue similar, idependientemente de que el GC se realizara antes o después de la neoadyuvancia.

	Identificación del GC	GC negativos	GC Positivos
Grupo A	98,96%	53%	47%
Grupo B	98,62%	58%	42%

Conclusiones

Según los resultados preliminares de nuestro estudio, la linfogammagrafía preoperatoria no mejora el porcentaje de identificación del GC durante la cirugía. Consideramos por tanto que el uso de la misma no debe ser rutinario.

En aquellos hospitales que no dispongan de Servicio Medicina Nuclear y cuenten con un número suficiente de casos y cirujanos con experiencia, pueden prescindir de ella.