



O-213 - APLICACIÓN Y RENTABILIDAD DEL NOMOGRAMA SLMKCC PARA PREDECIR EL RIESGO DE AFECTACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA

E. Martínez López, R. Martínez García, J.Á. Díez Ares, N. Estellés Vidagany, A. Martínez Pérez, C. Payá Llorente, R. Sospedra Ferrer y E. Armañanzas Villena

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Objetivos: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es una técnica mínimamente invasiva para el estadiaje axilar no exenta de morbilidad. Se han desarrollado diversos métodos que permiten predecir la probabilidad de afectación ganglionar previa realización de la BSGC (nomogramas), siendo uno de los más utilizados el del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC).

El objetivo de este trabajo es evaluar la aplicación del nomograma en nuestra serie.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo sobre una muestra de 364 pacientes diagnosticadas y tratadas de neoplasia de mama en el Servicio de Cirugía del Hospital Doctor Peset entre enero 2011 y diciembre 2012, media de edad de 61,04 (31-91) años. Se excluyen las pacientes que no cumplen criterios para aplicar el nomograma (cáncer infiltrante, axila negativa, ausencia de cirugía axilar y/o quimioterapia) y a las que no se les realiza BSGC. Tras aplicar el nomograma MSKCC se clasifica a las pacientes en 3 grupos: Baja probabilidad de afectación del ganglio centinela ($\leq 18\%$); probabilidad intermedia (19-69%) y alta probabilidad ($\geq 70\%$). La BSGC está indicada en los de probabilidad intermedia, siendo el grupo de alta probabilidad subsidiario de linfadenectomía axilar, y no realizando ganglio centinela en el de baja probabilidad. Hemos comparado, el resultado del nomograma con el del ganglio centinela, para observar, en cuantas pacientes realmente se podría haber evitado la BSGC.

Resultados: Se analizan 171 pacientes. En 12 pacientes (7%) se realiza mastectomía radical modificada (M.R.M); en 40 (23,4%) mastectomía con BSGC; en 97 (56,7%) cirugía conservadora + BSGC; en 7 (4,1%) cirugía conservadora con linfadenectomía axilar; en 4 (2,3%) BSGC; en 4 (2,3%) mastectomía ahorradora de piel y en 7 pacientes (4,1%) otros procedimientos. Tras aplicar el nomograma, 37 (21,6%) pacientes pertenecen al grupo de baja probabilidad (Grupo A), 121 (70,8%) al de intermedia (Grupo B), y 13 (7,6%) al de alta probabilidad (Grupo C). Grupo A: entre las pacientes de este grupo, la BSGC fue negativa en 30 pacientes (81,1%) y positiva en 7 (18,9%), todos con el resultado de micrometástasis. Se realizan 6 (16,2%) linfadenectomías axilares. En todas, el centinela es el único ganglio afecto. El VPP es de 21,6% y el VPN 76,8%. Grupo B: en 3 (23,1%) la BSGC es positiva, no encontrando en la linfadenectomía otros ganglios afectados. El VPP es de 23,3% y el VPN de 78,4%. Grupo C: en 17 (14,1%) de los casos el GC es positivo, realizando en todos linfadenectomía axilar, de las cuales, sólo 4 presentan afectación ganglionar, todas ellas, con menos

de 3 ganglios afectados. VPP de 21,42% y VPN 77,07%. Se calcula la curva COR y el área bajo la curva que es de 0,53.

Conclusiones: El uso del nomograma habría resultado útil en el grupo de pacientes de bajo riesgo, pero no en los de alto riesgo. Con estos resultados parece que no es aplicable en nuestra población, aunque pensamos que su validación en cada grupo de trabajo podría convertirlo en un instrumento más de decisión para evitar la BSGC en subgrupos de pacientes, sin sustituirla.