



P-563 - DRENAJE DE GANGLIO CENTINELA A AXILA CONTRALATERAL EN RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA IPSILATERAL

Cano Pina, María Belén; Gallart Aragón, Tania; Ramos Sanfiel, Jorge; Alcaide Lucena, Miriam; de Reyes Lartategui, Saturnino; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica estándar de estadificación ganglionar en el cáncer de mama. El 75% de la linfa procedente de la mama drena vía axilar, siendo habitualmente ipsilateral (70-80%). El drenaje axilar contralateral es poco frecuente (0-2% de los casos), su incidencia aumenta en pacientes con cirugía mamaria previa (20-40%). Presentamos el caso de migración de radioisótopo a nivel axilar contralateral en una paciente con recidiva ipsilateral de cáncer de mama.

Caso clínico: Mujer de 61 años con antecedente en 2011 de carcinoma ductal infiltrante (CDI) pT1b (9 mm) pN0M0 de mama derecha, se realizó tumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Posteriormente recibió radioterapia y hormonoterapia (anastrozol) adyuvante (fin en 2016). Durante el seguimiento, en 2019 es diagnosticada de CDI grado 2 de 15 mm en mama derecha con axila clínica negativa que podría tratarse de recaída local. Tras ser presentado el caso en Comité Multidisciplinar, inicia tratamiento quimioterápico neoadyuvante (4 ciclos de antraciclinas y 12 de taxol) que termina en julio 2019, siendo propuesta posteriormente para mastectomía con BSGC. Se realiza mastectomía radical modificada tipo Madden en mama derecha. Para la detección del ganglio centinela se utiliza marcaje con nanocoloide Tc99m. Se inyecta el radioisótopo a nivel peri-areolar intradérmico, obteniendo imágenes estáticas a los 20 minutos en proyección AP y LD evidenciando migración linfática a nivel de ganglio centinela axilar izquierdo (contralateral a mama afecta) (fig. 1). A los 60 minutos sigue sin evidenciarse captación a nivel axilar derecho. Se realiza SPECT-TAC para optimizar la localización y se confirma la captación contralateral (figs. 2 y 3). Al explorar a la paciente con sonda gamma se detecta baja intensidad de señal en ambas axilas. Dados los hallazgos, se realiza BSGC bilateral, siendo negativa en axila derecha pero positiva en izquierda. Por ello, se completa la cirugía con linfadenectomía axilar izquierda de niveles 1 y 2 de Berg. El informe anatomopatológico definitivo informa de CDI grado 3 de 49 × 26 mm con márgenes libres (luminal A), con metástasis en 7 de 21 adenopatías en la axila izquierda así como metástasis en 1 de 2 ganglios aislados en la axila derecha (informados intraoperatoriamente como negativos) tras estudio HE/IHQ. Finalmente, se realiza RM bilateral que no evidencia signos de bilateralidad en mama izquierda. La paciente se encuentra en seguimiento por oncología con tratamiento radioterápico adyuvante. Tras la lesión iatrogénica de la vía de drenaje habitual en el cáncer de mama (como pudo ocurrir en este caso al realizarse BSGC en 2011), se establecen trayectos alternativos, en este caso fue el drenaje linfático a la axila contralateral. Es por ello, que debemos tener presente la existencia

de drenajes aberrantes y realizar la búsqueda específica del ganglio centinela mediante gammagrafía y SPECT-TC.

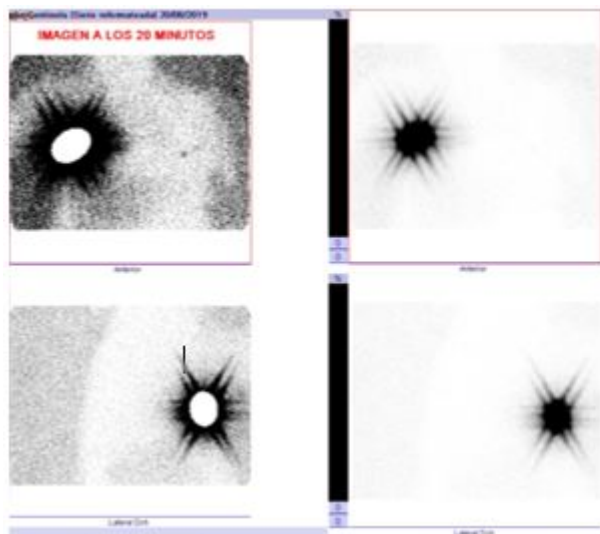


Figura 1: gammagrafía a los 20min (captación axila contralateral)

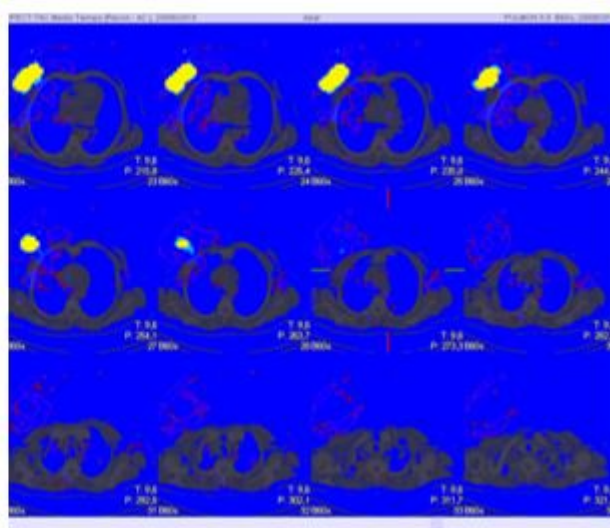


Figura 2: SPECT-TC (ausencia de captación axilar)

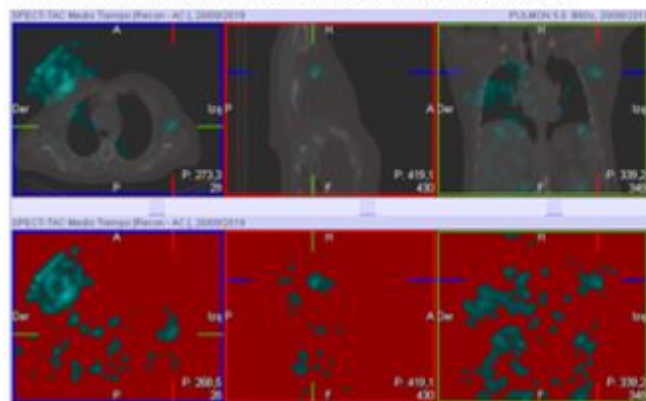


Figura 3: SPECT-TC (captación axilar contralateral)

Discusión: Pese a las creencias previas sobre la falta de sensibilidad en la repetición de BSGC en pacientes con cirugía axilar previa, se ha visto que esta técnica es segura y permite una mejor reestadificación, siendo clave en el plan de tratamiento y el pronóstico de la paciente.