



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



0 - USO COMBINADO DE LA GAMMACÁMARA PORTÁTIL Y MAMOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE MÁRGENES LIBRES EN ROLL DE MAMA. CAUSAS DE ERROR

H. Rodríguez Parra, L. Marbello García, D. Balaguer Muñoz, P. Abreu Sánchez, M.D. Reyes Ojeda, T. Mut Dólera, E. Caballero Calabuig y C. Plancha Mansanet

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Resumen

Objetivo: El margen quirúrgico insuficiente en la neoplasia de mama obliga a una reintervención. Nuestro objetivo es valorar las causas de error en la delimitación de bordes mediante gammacámara portátil (GCP) y mamografía.

Material y métodos: Estudio ambiespectivo de 70 pacientes consecutivos con ROLL (Radioguided Occult Lesion Localization) en lesiones no palpables de mama. El ROLL se inyectó intratumoral y ecoguiado con 1-4 mCi de ^{99m}Tc -nanocoloides de albúmina en 0,3 ml. Tras la extirpación tumoral, los márgenes de seguridad (MS) de la pieza quirúrgica se determinaron con GCP y mamografía, considerando: morfología, localización, tamaño de la lesión, localización intratumoral del radiotrazador, espacio libre entre ROLL y borde de la pieza resecada delimitado mediante fuente puntual externa. Distancia detector-especimen: 10 cm. Se ampliaron bordes en la misma cirugía ante sospecha de MS insuficientes con cualquiera de las dos técnicas. La histología definitiva obligó a reintervención diferida si margen libre ≤ 1 mm. Se calculó la capacidad de predecir bordes afectos mediante las dos técnicas vs histología. Consideramos relevante la tasa de falsos negativos (TFN), las discordancias GCP/mamografía y las causas de error.

Resultado: La GCP recomendó ampliación durante la misma cirugía 37/70 y la mamografía en 33/70, con resultados discordantes GCP/mamografía en 14 casos. Comparando con histología la GCP muestra S: 75% E: 54%, VPP: 32%, VPN: 88% y la mamografía S: 56%, E: 55%, VPP: 27%, VPN: 81%. TFN (mamografía/GCP) = $7/4 = 1,75$. Se aplica estadístico Z de McNemar para datos apareados mostrando ausencia de diferencias significativas entre las dos técnicas ($p > 0,05$), pero la GCP evitó 3/70 reintervenciones, correspondientes a 3 FN de la mamografía. Ambas técnicas coincidieron en otros 3 FN: 1 microcalcificaciones, 1 Ca in situ en borde quirúrgico y 1 tras neoadyuvancia; 1 FN sólo de la GCP fue tumor bilobulado.

Conclusiones: La GCP combinada con la mamografía disminuye las reintervenciones por márgenes afectos. Los tumores de contornos irregulares tienen más riesgo de resección insuficiente.