



O-217 - ANÁLISIS retrospectivo de la carga tumoral de las macrometástasis detectadas en la biopsia selectiva del ganglio centinela de la mama

R.M. Saborit Montalt, A. Roig Bataller, R. Penalba Palmi, T. Pérez Pérez, B. Tormos Tronqual, V. Roselló Bono, J.A. Torró Richart y J. Aguiló Lucia

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: La técnica molecular para el estudio del Ganglio Centinela (GC) en el cáncer de mama se basa en el análisis por amplificación del ARNm de la citoqueratina 19, con puntos de corte del número de copias bien definidos para compararlos con el método histológico. Se ha considerado micrometástasis a menos de 5000 copias y macrometástasis por encima de esta cifra, indicándose en este supuesto una linfadenectomía axilar. Recientemente se ha aconsejado sustituir el concepto de macro y micrometástasis por el de carga tumoral. Ésta se define como el sumatorio del número de copias de cada uno de los GC, de forma que con cifras inferiores a 15.000 copias mediante el método OSNA el riesgo de enfermedad residual en axila es del 14.7%, no indicándose linfadenectomía (Consenso de la SESPM `13).

Objetivos: Valorar las linfadenectomías realizadas con cifras entre 5000 y 15000 copias que, siguiendo el criterio de carga tumoral, podrían haberse evitado. Los objetivos secundarios fueron la relación con la edad, biología tumoral, tamaño, invasión vascular, supervivencia libre de enfermedad y la calidad de vida.

Métodos: Estudio retrospectivo de los GC analizados mediante el método OSNA desde 2008 hasta marzo de 2014. Se incluyeron los de carga tumoral superior a 5000 y aquellas pacientes cuyo sumatorio de varios ganglios tumorales era superior a esta cifra. Se excluyeron las de carga tumoral superior a 15.000.

Resultados: Se analizaron 32 pacientes con una carga superior a 5.000 y se añadieron 2 pacientes cuyo sumatorio de varios GC fue superior a esta cifra. Se incluyeron 9 pacientes (8 mujeres y 1 hombre), de edad media 56,4 años, cuya carga tumoral fue de 5.000-1.5000 copias. Ninguno recibió neoadyuvancia. La media de GC extraídos fue 1,7 y la de ganglios estudiados en la linfadenectomía 17 (5-27). Todas las linfadenectomías resultaron negativas. Clasificación molecular: 5 luminal A, 3 luminal B y un triple negativo. Diferenciación histológica: Grado I 1 paciente. Grado II 4 Grado III 3. Lobulillar: 1. Invasión perineural y linfática: 2 pacientes. Tamaño medio del tumor: 2.65 cm. Al ser muy pequeña la muestra ninguna asociación fue significativa. Se habrían evitado un 26.5% de las linfadenectomías realizadas con diagnóstico de macrometástasis. Falleció una paciente que había presentado 5 GC, 2 de ellos con micrometástasis y 1 ganglio accesorio también con micrometástasis. Como secuelas de la linfadenectomía se habría evitado: linfedema 25%, alteración de la movilidad

62%, parestesias 75% y pérdida de fuerza 37%.

Conclusiones: Con el nuevo concepto de carga tumoral y el criterio de realizar linfadenectomía solo en el caso de una cifra superior a 15.000 copias, pueden evitarse un número nada despreciable de linfadenectomías y de sus efectos adversos. En el comité interdisciplinario de nuestro hospital se ha modificado la indicación de la realización de linfadenectomía en base a la carga tumoral.