



O-220 - DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE. ¿INYECCIÓN DEL RADIOTRAZADOR INTRATUMORAL O PERIAREOLAR?

M.E. Barrios, A. Caballero, J. Calvete, R. Jover Bagues, R. Díaz, A. Millet, A. Mayol y Á. Martínez Agullo

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: En la actualidad se admite realizar biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante (QNA). Sin embargo persiste controversia acerca de la vía de administración del radio trazador, bien intra-peritumoral o periareolar. Los objetivos del estudio son 1. Determinar la tasa de detección de GC en cáncer de mama tras QNA y 2. Valorar si existen diferencias tras administración intra-peritumoral (IT) o periareolar (PA) del radiofármaco.

Métodos: Ente junio 2012 y enero 2013 fueron operadas 44 mujeres, edad media 53 años (r = 28-83) por carcinoma infiltrante T1-T3 tras QNA. Se indicó el estudio de GC en ausencia de afectación axilar clínica/ecográfica previa a QNA. El tamaño medio tumoral ecográfico preQNA (TPRE) fue de 32,3 mm y postQNA (TPOST) 8,3 mm. En 13 pacientes se obtuvo una respuesta clínica completa (RCC), en 29 parcial (RP) y 2 casos sin respuesta (NR). Para el estudio de GC se administraron 2 mCi de 99mTc-nanocoloides de albúmina el día de la cirugía, realizando a los 90 min linfogammagrafía planar (LP). En 25 pacientes se administró el radiotrazador por vía IT guiado por ecografía-estereotaxia (11 tumores palpable y 13 no palpables) y PA en 19 (18 lesiones no palpables y 1 tumor palpable). En ausencia de migración axilar se reinyectó 1 mCi de 99mTc vía PA repitiendo la LP a los 30 min. Para la detección quirúrgica del GC se empleó gammasonda Navigator 2000 y el estudio patológico intraoperatorio se realizó por método OSNA. Se realizaron 15 mastectomías y 29 tumorectomías oncológicas y se completó linfadenectomía axilar en caso de macrometástasis en GC.

Resultados: La tasa global de identificación intraoperatoria de GC fue del 86% (38/44). Tras inyección PA se identificó GC en 18/19 (94%), frente a 15/25 (60%) grupo IT (p = 0,01). En este grupo, tras reinyección PA, se detectó GC en 5 pacientes más, siendo la detección del 80% (20/25). En conjunto se detectaron metástasis axilares en 12/44 casos de BSGC (27%); 2/13 (15%) con RCC y 10/29, (34,5%) en RP a la QNA. Existieron metástasis axilares adicionales al GC en 6 pacientes (55%), todos con RP. En los 11 casos sin migración inicial del 99mTc-nanocoloide, los TPRE y TPOST fueron 38,1 mm y 10,6 mm y se evidenció afectación anatomopatológica axilar en 4/11 (36,3%) pacientes. De las 6 pacientes sin migración definitiva tras IT o PA, tres (50%) tenían afectación metastásica ganglionar y en 5 casos se había indicado la mastectomía.

Conclusiones: 1. La detección del GC por cáncer de mama tras QNA es del 86% con mayor

porcentaje de identificación de GC axilar con inyección del radiotrazador por vía PA (94%) que IT (60%) 2. Tras IT, la reinyección periareolar incrementa la identificación de CG al 80%. 3. El tamaño tumoral pre QNA no influyó en la tasa de migración del radiofármaco. 4. La afectación tumoral ganglionar predominó en las pacientes con RP tras QNA y en las que se indicó una mastectomía.