



O-320 - BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA CON AFECTACIÓN AXILAR

Ortega Martínez, Almudena; Fernández García, Francisco Javier; Gómez Pérez, Rocío; Corrales Valero, Elena; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante es fundamental en el tratamiento del cáncer de mama en especial tumores T2 Her2 positivo, triple negativo o con axila positiva. Además de obtener respuestas tumorales en el tumor primario, logra una disminución del estadio axilar, negativizando ganglios previamente afectos. Hasta hace poco, a todas las pacientes que recibían neoadyuvancia por presentar axila positiva se les realizaba la linfadenectomía posterior, a pesar de haber tenido una respuesta clínica axilar completa y los ganglios se hubieran negativizado histológicamente tras la quimioterapia.

Objetivos: Comprobar si la realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela para reestadificar la axila tras la quimioterapia neoadyuvante consigue evitar el vaciamiento axilar ganglionar sistemático en pacientes cuya axila sea clínicamente negativa tras el tratamiento sistémico inicial.

Métodos: Criterios de inclusión: cáncer de mama T1-T3/N1 con ganglio axilar positivo técnicamente posible de marcar, quimioterapia neoadyuvante, remisión axilar ecográfica tras quimioterapia. Al diagnóstico, se realiza el marcaje de las adenopatías afectas y del tumor primario con un clip metálico. Tras el tratamiento neoadyuvante, se reevalúa de nuevo a las pacientes clínica y ecográficamente para valorar la respuesta axilar y localizar el marcador correctamente. Previo a la intervención, se coloca un arpón ecoguiado en el ganglio marcado y se localiza el centinela por medicina nuclear (disección axilar dirigida (DAD)). Durante la cirugía se recupera el ganglio marcado y el ganglio centinela (pueden coincidir o no). Como protocolo se extraen al menos 3 ganglios. Se comprueba radiológicamente que uno de los ganglios extraídos es el marcado previamente y se realiza el estudio histológico intraoperatorio del mismo. En caso de no localizar el ganglio marcado o si la biopsia intraoperatoria continua siendo positiva se realiza la linfadenectomía axilar.

Resultados: Se analizan las primeras 30 pacientes, con edad media de 51 años (rango: 34-75 años); el tipo histológico de la neoplasia fue CDI en el 90% de los casos; 56,6% con receptores hormonales positivos, 30% Her 2+ y 13,4% triple negativo. Se detectó el GC en 26 pacientes, realizándose biopsia intraoperatoria (BIO) en 23 de ellas. En 2 pacientes la BIO fue no concluyente, mientras que en 10 fue positiva para metástasis axilares por lo que se realizó vaciamiento axilar durante la misma

cirugía. También se realizó la linfadenectomía a aquellas pacientes en las que no se localizó el ganglio centinela o no se realizó BIO. En 11 pacientes la biopsia intraoperatoria fue negativa para células malignas, sin embargo, en la biopsia definitiva de 5 de ellas se detectaron metástasis ganglionares. Se le realizó linfadenectomía a 24 pacientes (80%), mientras que se esta se pudo evitar en 6 pacientes (20%).

Conclusiones: La BSGC permite evitar el vaciamiento axilar en un 20% de los casos de nuestra serie, en pacientes con axila positiva sometidos a QT neoadyuvante. A pesar de ser un número bajo pensamos que con los avances en Qt neoadyuvante esta tasa irá en aumento y esperamos que estudios con una N mayor puedan prever qué perfiles tendrán una mejor respuesta axilar.