



O-135 - DISECCIÓN AXILAR DIRIGIDA COMO TÉCNICA DE ESTADIAJE AXILAR EN CÁNCER DE MAMA CON AFECTACIÓN AXILAR AL DIAGNÓSTICO. RESULTADOS PRELIMINARES

Pellicer Sánchez, Virginia; Cabrera Vilanova, Arantxa; Cases Baldó, M.ª José; Soliveres Soliveres, Edelmira; Rodríguez Cazalla, Lorena; Kosny, Piotr; Davó Pérez, Cristina Isabel; Morcillo Ródenas, Miguel Ángel

Hospital Vega Baja, San Bartolomé.

Resumen

Introducción: la disección axilar dirigida (DAD) es una técnica que permite la reestadificación de pacientes con carcinoma de mama tras tratamiento neoadyuvante. En nuestro centro desde 2018 se realiza un marcaje del ganglio patológico al diagnóstico de afectación axilar. Tras la neoadyuvancia, en la cirugía, se localiza dicho ganglio y el ganglio centinela empleando doble trazador. Se analizan mediante OSNA y se decide la realización de linfadenectomía según el resultado durante la cirugía.

Objetivos: El objetivo principal es conocer la tasa de detección intraoperatoria del ganglio patológico marcado y su respuesta al tratamiento neoadyuvante. Como objetivos secundarios, conocer la tasa de detección y el número de ganglios centinelas resecaados, la realización o no de linfadenectomía y el análisis histológico en estos casos.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes diagnosticadas de carcinoma de mama desde enero 2018 hasta marzo 2024 con afectación de un ganglio axilar (N1) confirmado mediante PAAF o BAG. Previo a neoadyuvancia se realiza marcaje ganglionar con clip. En la cirugía se localiza el ganglio marcado con arpón o semilla magnética y se realiza la exéresis del ganglio centinela mediante doble trazador (Magtrace y tecnecio99).

Resultados: Se incluyeron un total de 22 pacientes, de las cuales se pudo realizar DAD en 20, ya que 2 se excluyeron por dificultades técnicas de localización del ganglio marcado. La edad media fue de 52 años. El tamaño medio del tumor, medido por RM, fue de 25,6 mm. En 2 pacientes el tumor fue bilateral con afectación axilar unilateral. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante (90%). El perfil inmunohistoquímico más frecuente fue luminal B Her2- (55%). La mayoría de los tumores fueron unifocales (70%). La tasa de detección del ganglio marcado fue de 95%. El ganglio centinela marcado con tecnecio y Magtrace se detectó en el 100% de los casos. La tasa de coincidencia entre el ganglio marcado y el ganglio centinela fue de 90%. La media de ganglios centinelas biopsiados fue de 2 por paciente. En cuanto al resultado anatomopatológico del ganglio centinela (OSNA), se informó de resultado negativo en un 42% (8 casos) del total, obteniendo una respuesta completa axilar. En 9 pacientes se informó de macrometástasis y en 3 de micrometástasis, por lo que se realizó linfadenectomía axilar. La media de ganglios obtenidos en las linfadenectomías fue de 13,6 ganglios. En la mitad de estas pacientes no se obtuvieron más ganglios afectados. La

mediana de ganglios positivos en la pieza de linfadenectomía fue de 2 (rango de 1 a 9).

Conclusiones: La disección axilar dirigida permite una mejor reestadificación de las pacientes sometidas a tratamiento neoadyuvante y con ello la realización de cirugías menos agresivas. La localización de los ganglios marcados y centinelas de manera intraoperatoria es una técnica sencilla y reproducible. Si bien nuestra serie de casos es limitada, nuestros resultados son comparables a los descritos en estudios publicados en la bibliografía.