

Cartas al director



Técnica del ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama en un hospital sin servicio de medicina nuclear

Sr. Director:

La técnica del ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama viene implantándose en todos aquellos servicios donde se interviene por esta afección. Su valor y las indicaciones para la realización de la técnica vienen recogidas en todas las guías clínicas de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas^{1,2}. No se pone en duda la importancia que tiene poder ofrecer a las pacientes la posibilidad de su aplicación, y las ventajas que posee, fundamentalmente, evitar la linfadenectomía axilar en aquellas pacientes donde la biopsia del ganglio indique que no existe afectación tumoral de éste. Todo ello asumiendo un cierto riesgo que viene marcado por los falsos negativos de la técnica³.

Sin embargo, para la realización de la técnica necesitamos un servicio de medicina nuclear, que no existe en todos los hospitales. Es por ello que quienes trabajamos en hospitales comarcales debemos contar con la colaboración de hospitales terciarios en donde existan estos servicios médicos.

En el artículo de Culell et al⁴, publicado en CIRUGÍA ESPAÑOLA en marzo de 2007, la inyección del trazador y la linfogammagrafía para la marcación cutánea se realizan el día anterior, con una dosis total de 4 mCi, y la paciente es intervenida al día siguiente. Después de hablar con distintos servicios que esto en la misma situación que nosotros, decidimos en la comisión hospitalaria para el cáncer de mama, y tras reunirnos con el servicio de medicina nuclear donde se lleva a cabo el marcaje del ganglio, que esto lo haríamos el mismo día de la intervención. Para ello se lleva a la paciente en ambulancia a primera hora de la mañana al servicio de medicina nuclear y, tras inyectarle el trazador y realizar la linfogammagrafía pertinente 2 h después, se la trae de nuevo al hospital para intervenirla. La intervención, generalmente, se realiza en programa quirúrgico de tardes, los jueves, según se acordó entre los 3 servicios implicados: radiología, anatomía patológica y cirugía. Ello permite que la cantidad del trazador inyectado sea menor (1-1,5 mCi), con unos resultados preliminares, detección del ganglio, falsos negativos, etc., equiparables a otros centros. Otra de las ventajas es ahorrar la estancia de una noche, y que las pacientes no tengan que estar en ayunas para hacerse la prueba porque serán intervenidas por la tarde (quedan en ayunas a partir de las

10 de la mañana). Por otro lado, el inconveniente es que condiciona un quirófano por las tardes, lo cual no siempre es posible en todos los centros.

Con esta carta queremos señalar el problema que existe en aquellos centros donde no hay servicios de medicina nuclear, y comentar diversas soluciones que han surgido a fin de poder ofrecer una cirugía óptima a las pacientes con cáncer de mama, sin que sea un impedimento no poseer un servicio de medicina nuclear.

Francisco Ripoll Orts^a, Francisco Morera Ocon^a, Ramón Olagüe de Ros^b y Juan Carlos Bernal Sprekelsen^c

^aServicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital de Requena. Valencia. España.

^bServicio de Radiología. Hospital General de Requena. Valencia. España.

^cServicio de Cirugía. Hospital General de Requena. Valencia. España.

Bibliografía

1. Oncoguía de Cáncer de Mama. Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2005.
2. Guies de Pràctica Clínica en Càncer a Catalunya. Oncoguia de mama. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre; 2003.
3. Keshtgar MR, Eil PL. Clinical role of sentinel-lymph-node biopsy in breast cancer. *Lancet Oncol.* 2002;3:105-10.
4. Culell P, Solernou LI, Fraile M, Tarazona J, Miguel A, Villa A. Técnica del ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama en un hospital sin servicio de medicina nuclear. *Cir Esp.* 2007;81:126-9.