

Implementación de medidas para reducir la tasa de falsos negativos en el ganglio centinela posneoadyuvancia

Patricia Cobos¹, Tamara Santiago¹, Gaizka Mallabiabarrena¹, Izaskun Artola¹, Javier Diez¹, Salvador Luján¹, Aitor Fernandez de Larrinoa², Johanna Marcela Espejo³

(1) Servicio de Obstetricia y Ginecología, (2) Anatomía Patológica y (3) Medicina nuclear.

Hospital Universitario Cruces

Objetivos

Determinar la tasa de falsos negativos (TFN) de la Biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en mujeres que han recibido quimioterapia neoadyuvante (QTN). Ver si la implementación de medidas recomendadas para disminuir la TFN es eficaz en nuestra cohorte.

Material y métodos

Estudio de diseño prospectivo cuasi-experimental realizado en el Hospital Universitario Cruces, entre Julio 2013 y Septiembre 2017.

La población a estudio fueron aquellas pacientes diagnosticadas de cáncer de mama invasivo con afectación ganglionar al diagnóstico q presentan respuesta ganglionar a la QTN, pasando de cN1 a cN0 tras el tratamiento.

Como criterios de exclusión se establecieron: pacientes con diagnóstico de carcinoma inflamatorio de mama, estadio IV, axila N0 al diagnóstico, y pacientes alérgicas al colorante o radiocoloide.

Para la realización del GC se uso doble trazador (isotopo+colorante) en todas las pacientes y se extrajeron los ganglios calientes, teñidos y sospechosos a la palpación. Independiente del resultado del GC se realizó vaciado axilar a todas las pacientes. El estudio AP del GC se realizó por IHQ/OSNA.

El análisis estadístico fue realizado mediante el programa estadístico SPSSv23. La TFN se define como el número de pacientes con GC informado negativo y que en el vaciado axilar presentan al menos un ganglio positivo

Resultados

El GC posQMT fue realizado en 22 casos. La edad media de las pacientes fue de 43,6 años (31-60), siendo el 86,4% premenopausicas al diagnóstico. En un 86,4% de los casos la detección fue clínica, con nódulo palpable en el 95,5%. Los esquemas QTN recibidos fueron: AC-TAX 59,1%, TAC 31,8% y AC 9,1%

Los subtipos biológicos se distribuyeron tal y como se muestra en la gráfica 1. En el 100% de los casos el ki67 >14%.

En cuanto al tipo de cirugía mamaria: la distribución fue homogénea, realizándose en el 50% cirugía conservadora y en el otro 50% mastectomía. de estas últimas, todas ellas fueron seguidas de reconstrucción: inmediata en 9 casos (81,8%) y diferida en 2 (18,2%).

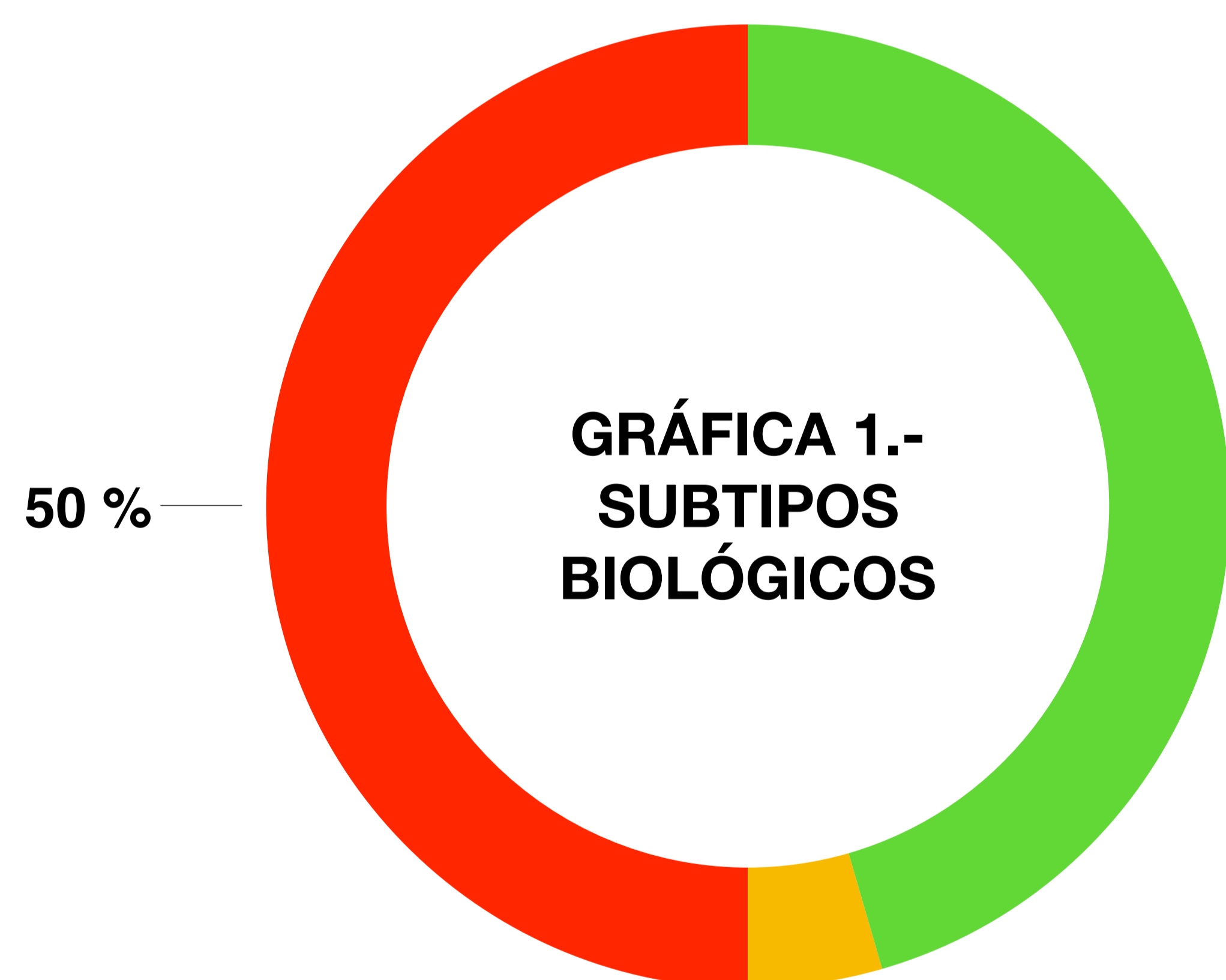
En 2 pacientes no se pudo identificar el GC por no migración del tecnecio (9,1%).

En el 70% de las pacientes (n=14) se extrajeron 2 o más ganglios. Solo se obtuvo 1 GC en 30% de los casos (N=6).

El estudio del GC fue diferido en todos ellos (40% por OSNA y 60% por técnica H&E).

El resultado anatomopatológico del GC se describe en el algoritmo 1.

● LUMINAL A ● LUMINAL B ● TN ● HER2



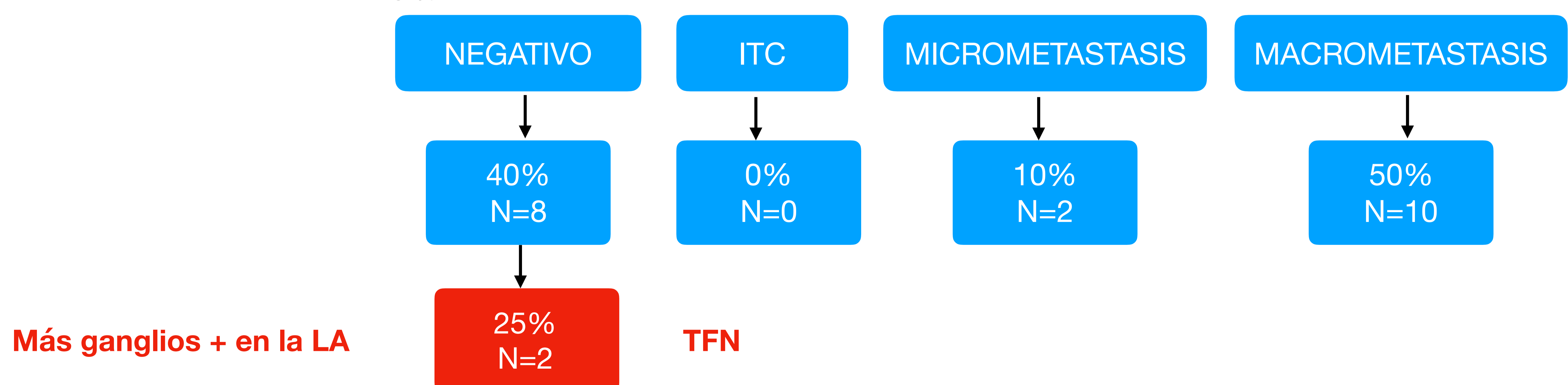
GRÁFICA 1.-
SUBTIPOS
BIOLÓGICOS

50 %

46 %

5 %

Algoritmo 1.- ANATOMIA PATOLOGICA



Si seleccionamos los 8 casos en los que el GC fue negativo, en 2 de ellos encontramos más ganglios positivos en la linfadenectomía. Esto supone una TFN del 25%. En estos dos casos el número de GC extraídos fue solamente uno, de tal forma q si se siguen las recomendaciones actuales deberíamos realizar un vaciado ganglionar completo, disminuyendo nuestra TFN a cero

Conclusiones

La BSGC como procedimiento diagnóstico es una herramienta factible en pacientes q presentan respuesta ganglionar a la QTN (cN1 a cN0) bajo determinadas circunstancias que mejoran las tasa de detección y disminuyan la tasa de FN