

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA EN EL HOSPITAL “CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”

Por:

Dra. Ileana Gómez Delgado¹, Dr. Luis A. Estévez Cobo² y Dr. Sergio Santana Rodríguez³.

1. Especialista de I Grado en Oncología. Dpto. de Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC e-mail: ileanagomez@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Oncología. Dpto. de Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Oncología. Dpto. de Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptorios DeCS:

BIOPSIA DEL NODULO LINFATICO
CENTINELA

Subject headings:

SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY

El cáncer de mama constituye la tercera causa de muerte por tumores malignos a nivel mundial, y es la de más alta incidencia en el sexo femenino, con una tasa de crecimiento anual del 0,5 %. Se espera que para el año 2010 aumente a 1,35 millones la cifra de nuevos casos. En el mundo mueren anualmente alrededor de 314 000 mujeres por esta enfermedad, lo que representa el 14 % de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino. Las tasas de incidencia son más altas en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos muestra la más elevada.

En Cuba, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer; se ha observado un aumento considerable de la incidencia, así como un comportamiento lineal de la mortalidad por dicha enfermedad en el año 2003 (20,8 %). Por esta razón, se ha convertido en un serio problema de salud. A finales de la década del 80, se creó en nuestro país el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, por lo que el panorama sombrío de esta enfermedad ha variado, ya que existen novedosos cambios en sus formas de tratamientos: radiantes, quimioterápicos, así como técnicas quirúrgicas más conservadoras del órgano y menos mutilantes (técnica del ganglio centinela), además de numerosos ensayos clínicos donde pueden incluirse los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad, lo que ha proporcionado una mejor calidad de vida.

La técnica del ganglio centinela fue descrita en 1992 en pacientes con melanoma, y desde entonces se utiliza como método para el estadiaje de estos enfermos¹; esta se basa en la detección, mediante contraste, del primer ganglio de drenaje de una neoplasia. Krag comenzó a aplicar el tecnecio en 1993 para detectar el ganglio centinela en las pacientes con carcinoma de mama². En la actualidad, este estudio está siendo evaluado en pacientes con axila clínicamente negativa, para determinar el grado de afectación de los ganglios axilares, es decir, la presencia o ausencia de metástasis en esta localización. Con ello, se intenta reemplazar la disección axilar y reducir así la alta morbilidad.

El grado de afectación de los ganglios linfáticos axilares y el tamaño tumoral son los principales factores pronósticos del cáncer de mama. Resulta necesario que el ganglio centinela sea un reflejo fidedigno del grado de afectación ganglionar^{3,4}.

Para que el estudio del ganglio centinela sea fiable y refleje el estadio de la enfermedad, debe realizarse más de un corte de más de 5 micras de tejido que represente más del 1 % de diámetro⁵.

En la actualidad, existen diversas técnicas que permiten la realización de la biopsia de ganglio centinela en el cáncer de mama, así como la tendencia a preconizar el empleo conjunto de los colorantes, como el azul patente, con las técnicas de medicina nuclear con tecnecio radiactivo, las cuales producen una tasa de detección por encima de 90 % y tasa de falsos negativos de menos de un 5 %. Estos datos diana son los que permiten validar la biopsia de ganglio centinela en un centro hospitalario⁶. El proceso de validación es sumamente importante y obligatorio; debe incluir a todo el equipo de medicina nuclear, cirugía, anatomía patológica y radiología. Solo si se supera este proceso de acuerdo con los objetivos fijados, se podrá proseguir a la fase siguiente de aplicación clínica⁷.

En octubre de 2004, se comenzó a realizar en nuestro centro la técnica de la biopsia del ganglio centinela con la aplicación del azul de metileno, que se presenta en ampulas de 5 ml, el cual se introduce en una jeringuilla de 5 ó 10 ml. Posteriormente a las técnicas de asepsia y antisepsia, se procede a la punción e introducción del colorante por vía periareolar, que abarca toda la areola, y se aplica masaje con toda la palma de la mano en dicha zona durante 15 minutos; después se procede a la disección de la axila y exéresis del ganglio centinela, que es el primer ganglio teñido. A continuación se realiza exéresis del nódulo, y ambos especímenes son enviados a anatomía patológica, donde se hacen varios cortes al ganglio cada 3 mm. Por tratarse del período de aprendizaje de la técnica, se realiza la tumorectomía con disección del ganglio centinela y linfadenectomía axilar a todas las pacientes con criterios de inclusión^{8,9}.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes sin límites de edad.
2. Diagnóstico establecido de carcinoma mamario mediante biopsia con aguja.
3. Tamaño del tumor igual o inferior a 2 cm (T1)
4. Pacientes con axila clínicamente negativa
5. Obtención del consentimiento firmado de la paciente

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes con lesiones mamarias multicéntricas
2. Ganglios axilares o supraclaviculares palpables
3. Pacientes con intervenciones previas sobre la mama
4. Pacientes embarazadas
5. Negación de la paciente a recibir el procedimiento

En esta primera fase de aprendizaje y validación de la técnica, a todas las pacientes sometidas a identificación del ganglio centinela se les practica a continuación una linfadenectomía axilar de los tres niveles, hasta validar el procedimiento¹⁰.

El análisis estadístico de los datos permitirá, si los resultados son los esperados, instaurar la aplicación de la técnica del ganglio centinela como procedimiento estándar en nuestro centro en los años venideros, para los pacientes que reúnan las características de selección determinadas; con ello, se logrará disminuir la morbilidad ocasionada por la disección radical de la axila y, por tanto, aumentará la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama.

Referencias bibliográficas

1. Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg.* 1992;127:392-9.
2. Krag DN, Weaver DL, Alex JC, Fairbanks JT. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol.* 1993;2:335-9.
3. Martin C, Cutuli B, Velten M. Predictive model of axillary lymph node involvement in women with small invasive breast carcinoma. *Axillary metastases in breast carcinoma. Cancer.* 2002;94:314-22.
4. Chua B, Ung O, Taylor R, Bilous M, Salisbry E, Boyages J. Treatment implications of a positive sentinel lymph node biopsy for patient with early-stage breast carcinoma. *Cancer.* 2001;92:1769-74.
5. Dowlatshahi K, Fan M, Anderson JM, Bloom KJ. Occult metastases in sentinel nodes of 200 patients with operable breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2001;8:675-82.
6. Yared MA, Middleton LP, Smth TL. Recommendations for the sentinel lymph node processing in breast cancer. *Am J Surg Pathol.* 2002;26:377-82.
7. Frenaux P, Nos C, Vincent-Salomon A. Histological detection of minimal metastatic involvement in axillary nodes: a rational basis for a sensitive methodology usable in daily practice. *Mod Pathol.* 2002;15:641-6.
8. Weaver DL. Sentinel lymph nodes and breast carcinoma. Which micrometastases is clinically significant. *Am J Surg Pathol.* 2003;27:842-5.
9. Greene FL, Page DL, Fleming ID. *AJCC cancer staging manual.* 6th ed. New York: Springer; 2002.
10. Weaver DL. Micrometastasis in sentinel lymph node. *Pathologic aspects. Pathol Case Rev.* 2003;8:220-6.