

# BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr Jorge Jiménez Barahona <sup>1</sup>, Dr. Pablo Jiménez Benavides <sup>2</sup>.

*Cirujano Oncólogo Hospital Alcívar 1.  
Médico General 2.*

## RESUMEN

La biopsia del ganglio centinela se define como el primer ganglio que recibe el drenaje directamente desde el tumor primario de la glándula mamaria. Si el ganglio centinela es negativo en el estudio anatomopatológico transoperatorio, puede evitarse una linfadenectomía innecesaria. La biopsia de ganglio linfático centinela puede ayudar a algunos pacientes a evitar cirugías más extensas de los ganglios linfáticos y así minimizamos los efectos indeseables resultantes de la linfadenectomía axilar de los dos niveles. La biopsia selectiva del ganglio centinela es la técnica más adecuada en la estadificación del cáncer de mama. En el presente artículo presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma Ductal Infiltrante sometida a cirugía conservadora más biopsia selectiva del ganglio centinela.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de mama, Biopsia de Ganglio Centinela.

## ABSTRAC

The biopsy of a sentinel ganglion is defined as the first ganglion to receive drainage directly from the primary tumor of the mammary gland. If the sentinel ganglion is negative on the transoperative anatomopathological study, unnecessary lymphadenectomy can be avoided. Sentinel lymph node biopsy may help some patients to avoid more extensive lymph node surgeries and thus minimize the undesirable effects resulting from axillary two-level lymphadenectomy. Selective sentinel node biopsy is the most appropriate technique for staging breast cancer. In this article we present the case of a patient with a diagnosis of infiltrating ductal carcinoma who underwent conservative surgery plus selective sentinel node biopsy.

**KEY WORDS:** Breast cancer, sentinel node biopsy

## INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años, el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha variado desde la mastectomía radical hasta la cirugía conservadora con la biopsia del Ganglio Centinela. La biopsia selectiva del ganglio centinela es el procedimiento de elección para la estadificación axilar del cáncer de mama. (1) Este procedimiento ha reemplazado a la linfadenectomía axilar, como procedimiento de elección, en el estadije del cáncer de mama en estadios iniciales y axila clínicamente negativa (2).

El ganglio centinela se define como el primer ganglio que recibe el drenaje directamente desde el tumor primario. Si este es negativo en el estudio anatomopatológico, puede evitarse una linfadenectomía innecesaria.

La estadificación axilar continúa siendo el factor clave para la indicación de una linfadenectomía axilar o una radioterapia axilar. En los últimos años, los cambios conceptuales introducidos por ensayos clínicos y estudios observacionales han producido una gran disparidad de criterios respecto a la actitud terapéutica frente al diagnóstico de ganglio centinela metastásico o frente a la presencia de células tumorales aisladas o micrometástasis. (3)

La disección axilar como parte del tratamiento del carcinoma de mama comparte un doble papel, uno es el control locorregional de la enfermedad y al mismo tiempo provee una información pronóstica invaluable al decidir el tratamiento adyuvante a seguir. La introducción de la biopsia del ganglio centinela como alternativa a la disección axilar provee un método menos invasivo y con probable e igual precisión.

### Caso Clínico.

Paciente femenina, 48 años de edad. Multipara multigesta, sin antecedentes patológicos personales de importancia. No antecedentes familiares de cáncer. Consulta por nódulo palpable en mama derecha, no hay dolor, no telorrea, es importante mencionar que la paciente en control preventivo del 2019 los estudios de eco y mamografía de screening no reportó patología. Al examen físico: IMC 29. Examen de mamas: MD: en unión de cuadrantes externos hora 9A nódulo impreciso, consistencia dura de aproximadamente 1.5 cm. axila negativa. MI negativo. Se solicitan estudios pertinentes al caso; Ecografía de mamas: MD hora 9 - 10 A nódulo hipogénico, bordes no definidos, avascular, sin calcificaciones, mide 13 mm. Axila negativa. Fig.1



Fig.1 Ultrasonido de mama

Mamografía: Patrón denso glandular tendiendo a mixto. MD pequeña zona de distorsión de la arquitectura mamaria en unión de cuadrantes externos de aproximadamente 15 mm. Axila, ganglios de tamaño y morfología normal. Fig. 2

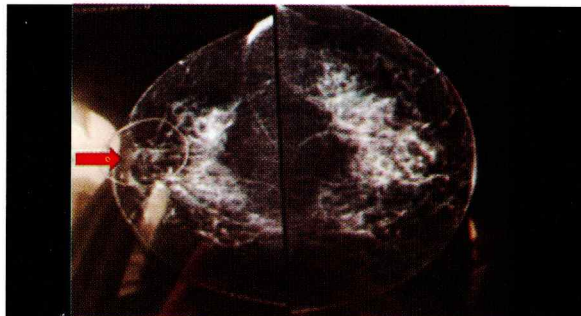


Fig.2 Mamografía Digital Bilateral (Cráneo Caudal).

Se solicita biopsia con aguja trucut ecodirigido cuyo informe anatomopatológico fue: Carcinoma Ductal Infiltrante Grado 1. Pruebas de Inmunohistoquímica: Receptor Estrógeno Positivo - Receptor Progesterona Positivo - Her2Neu Negativo Ki67 10%. Luminal A. Con este resultado se programa para cirugía previa valoración prequirúrgico, consentimiento informado y coordinación con Medicina Nuclear para administración de radio trazador Tc99 para Biopsia de Ganglio Centinela. Se realizó cuadrantectomía más estudio por congelación más Biopsia de Ganglio Centinela, aislándose 3 ganglios para estudio transoperatorio. Fig.3



Fig.3 Cuadrantectomía más Biopsia Ganglio Centinela más estudio transoperatorio.

El estudio transoperatorio de congelación por médico patólogo reporto márgenes de resección libres en producto de cuadrantectomía y Biopsia de Ganglio Centinela en 3 ganglios aislados negativo para metástasis. Paciente evoluciona su postoperatorio en forma favorable. A los 12 días de su postoperatorio, médico patólogo emite informe de patología definitivo: Cuadrantectomía de mama derecha: Carcinoma Ductal Infiltrante Grado I (Tamaño: 1.6 cm) márgenes de resección libres de tumor. Ganglio Centinela 1 de 3 con presencia de Micrometástasis tamaño de 1 mm más foco de células tumorales aisladas (30 células). No evidencia de invasión extracapsular. Estadio postoperatorio pT1c-N1mi(sn). Con el diagnóstico definitivo se solicitan estudios de extensión sin evidenciar metástasis a distancia, determinándose un Estadio IIA. Se solicita interconsulta a oncología clínica para tratamiento adyuvante.

### DISCUSIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial. Se calcula que 1 de cada 8 mujeres tendrá un cáncer de mama en algún momento de su vida. Aunque la mortalidad por cáncer de mama ha descendido en los últimos años gracias a los

programas de cribado y a la mejora de los tratamientos, el cáncer de mama sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en países desarrollados. En nuestro país es la primera causa de cáncer en el sexo femenino, seguido del cáncer cervicouterino.

El tratamiento del cáncer de mama debe individualizarse y se basa en múltiples factores. El tratamiento óptimo requiere de la colaboración de un equipo multidisciplinario. (4) Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de la enfermedad y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase se encuentra la misma, se debe determinar cuál es el tratamiento para el cáncer de mama más adecuado para la paciente.

El tratamiento del cáncer de mama operable ha cambiado en las últimas décadas hacia procedimientos quirúrgicos menos agresivos, a través de la cirugía conservadora de mama; la cual se define como la resección completa de tumor con un margen concéntrico de tejido sano, realizado de una manera cosméticamente aceptable y en pacientes adecuadamente seleccionadas. Asimismo no se debe olvidar que la evaluación quirúrgica de los ganglios axilares forma parte rutinaria de este tipo de cirugía y esto puede llevarse a cabo a través de una disección radical de axila o mediante la técnica de la Biopsia del Ganglio Centinela. (5)

La disección de los ganglios linfáticos axilares, utilizada durante mucho tiempo para identificar a las mujeres con metástasis ganglionares axilares, fue reemplazada como un procedimiento de estadificación por la disección de los ganglios linfáticos centinelas menos mórbidos para las pacientes intervenidas con esta patología, ya que el realizar disecciones axilares se asocia con un riesgo significativo de complicaciones, como linfedema, entumecimiento, síndrome de la red axilar y disminución del rango de movimiento de las extremidades superiores. (6)

En el presente caso, en su valoración preoperatorio se trataba de cáncer en estadio inicial con un tumor menor a 2 cm y clínicamente e imagenológicamente sin compromiso axilar, por lo que se planteó cirugía conservadora más biopsia de ganglio centinela, cuyo estudio transoperatorio fue negativo para metástasis en los 3 ganglios aislados, razón por la cual no se opta por realizar linfadenectomía axilar. Posteriormente y en los estudios de parafina por parte del médico patólogo se evidenció en uno de los tres ganglios presencia micrometástasis más células tumorales aisladas, cambiando de estadio IB a un estadio IIA con el informe de patología definitivo.

La evidencia actual indica que la linfadenectomía axilar puede ser omitida en forma segura en las pacientes con Células Tumorales Aisladas o micrometástasis en el Ganglio Centinela. Esta evidencia se basa principalmente en los resultados de 3 estudios randomizados y prospectivos: NSABP B 32, ACOSOG Z0010 y el IBCSG 23-01.

El protocolo IBCSG 23-01 fue diseñado para determinar si la linfadenectomía axilar es un sobretratamiento en las pacientes con micrometástasis en la biopsia del ganglio centinela. Es un estudio multicéntrico, randomizado fase 3 en pacientes con T1-T2, es decir menor a 2 cm con micrometástasis en el ganglio centinela a las cuales se les realizó tratamiento conservador. Las pacientes fueron randomizadas a linfadenectomía axilar o a biopsia de Ganglio centinela solo. Con un seguimiento a 5 años, la sobrevida libre de enfermedad fue igual para las dos ramas. La conclusión de este protocolo fue que para pacientes con micrometástasis en el Ganglio Centinela a las cuales se les realizó cirugía conservadora más radioterapia en el volumen mamario (en el 97% de los casos)

y tratamiento adyuvante sistémico (96%) la linfadenectomía axilar no es necesaria. (7)

En el presente caso con la presencia de micrometástasis y células tumorales aisladas en uno de los 3 ganglios centinelas resecados fue omitida la linfadenectomía axilar, recomendándose tratamiento adyuvante de quimioterapia más radioterapia y hormonoterapia.

En base a la evidencia científica actual se considera que la linfadenectomía axilar puede ser omitida en las pacientes con células tumorales aisladas y micrometástasis en el Ganglio Centinela a las cuales se les realiza tratamiento conservador, como es el caso que hoy tenemos la oportunidad de publicar.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Laia Bernet, Antonio Pinero. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revista Española de Patología. 2014.
2. E. Goñi, M.E. Martínez. Ganglio centinela en cáncer de mama: biopsia selectiva comparada con linfadenectomía axilar. Seguimiento a largo plazo. Anales Sistema San Navarra vol. 32 no. 3 Pamplona. 2009.
3. A. García Novoa, B. Acea Nebril. Estado actual del tratamiento de la axila en la cirugía primaria del cáncer de mama: Revisión sistemática de su impacto en la supervivencia. Cirugía Española Nov. 2017.
4. Ana Santaballa Bertrán. Cáncer de mama. Sociedad Española de Oncología. Febrero 2020.
5. L. Cruz-Benítez, E. Morales. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014.
6. Armando E. Giuliano, Karla V. Ballman. Efecto de la disección axilar frente a la no disección axilar en la supervivencia global a 10 años entre mujeres con cáncer de mama invasivo y metástasis de ganglio centinela. El ensayo clínico aleatorizado ACOSOG Z0011 (Alliance) Rev. JAMA.
7. Galimberti V, Cole BF, Zurrada S, et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2013.
8. Cote. A, Giuliano A, Hawes. K et al. ACOSOG Z0010: A multicenter prognostic study of sentinel node and bone marrow micrometastasis in women with clinical T1T2 N0 M0 breast cancer. Journal of clinical Oncol.
9. Manejo de la axila en el cáncer de mama: menos es más, más es menos o todo lo contrario. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2015.
10. G. Hernández, R. Paredes. El ganglio centinela en el cáncer de mama precoz. Rev. Venez. Oncol 2012.
11. Nadia Jesús López. Biopsia ganglio centinela en cáncer de mama. Revista científica de investigación. 2019.

#### Correspondencia:

Dr. Jorge Jiménez Barahona

Email: [jmjimenezbarahona@yahoo.es](mailto:jmjimenezbarahona@yahoo.es)