



“ACUERDO ENTRE LOS RESULTADOS CITOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE GANGLIOS METASTÁSICOS ESCINDIDOS POSTERIOR AL MARCAJE CON CLIP EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE RECIBIERON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE”



Autor: Dr. Carlos Alberto García Olvera. Médico Residente Imagen e Intervención en Mama, INCAN.

Asesores: Dra. Yolanda Villaseñor Navarro, Subdirectora de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Dra. Lesvia Olivia Aguilar Cortázar. Médico Adscrito Servicio de Mama Departamento de Radiología e Imagen, INCAN.

Asesor Metodológico: Isabel Sollozo Dupont.

INTRODUCCIÓN

Esta ampliamente documentado que en el cáncer de mama el número de ganglios afectados es el factor pronóstico más importante de forma que cuanto mayor es el número de ganglios afectos, mayor es el riesgo de recaída. El ultrasonido es una herramienta esencial para la valoración de los ganglios axilares en mujeres con cáncer de mama.

Por otro lado, cuando el diagnóstico de la BAAF es positivo, se corrobora la presencia cáncer de mama localmente avanzado. La terapia sistémica primaria o quimioterapia neoadyuvante (QTN) es el tratamiento estándar en mujeres con este tipo de cáncer, posterior a la cual serán sometidas a cirugía. Está establecido que la QTN puede conseguir una respuesta patológica completa axilar hasta en el 40% de los casos con afectación locorregional, y que este porcentaje puede ser significativamente mayor en las pacientes que solo presentan cancer de mama local.

Entonces, cuando se realiza el análisis histopatológico de los ganglios escindidos durante la cirugía, existe una probabilidad muy alta de que se pierda la concordancia entre los resultados citológicos e histopatológicos. Así, en el presente trabajo se propone que la colocación de un clip metálico antes de la QTN en enfermas con cáncer de mama y axila positiva al diagnóstico podría identificar el ganglio sospechoso que fue analizado por citología, evitando discordancias entre los resultados patológicos, o bien reflejando la eficacia de la QTN.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el acuerdo entre los resultados citológicos e histopatológicos de ganglios metastásicos escindidos con previo marcaje (Clip), en mujeres con cáncer de mama que recibieron quimioterapia neoadyuvante en el Instituto Nacional de Cancerología, en el periodo comprendido entre enero-noviembre del 2016.

Valorar la utilidad del marcaje de los ganglios afectados antes de la QTN en pacientes con cáncer de mama operable y axila positiva al diagnóstico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

o Agrupar los casos de mujeres con afectación axilar en uno a tres ganglios, y que dicha afectación fue corroborada por biopsia aspiración con aguja fina (estudio citológico).

o De todos los casos colectados, conocer los resultados patológicos definitivos en el manejo quirúrgico de la axila cuando las pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante.

o Determinar la concordancia diagnóstica entre la citología del ganglio marcado y la histopatología del ganglio escindido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. En el cual se incluyeron pacientes de sexo femenino que acudieron al departamento de Radiología e Imagen del Instituto Nacional de cancerología, para el diagnóstico o confirmación de cancer de mama, con afectación de uno o hasta tres ganglios axilares, realizado mediante BAAF, sin tratamiento previo, y que posteriormente accedieron a la colocación del clip metálico.

RESULTADOS

Nuestra población estuvo compuesta por 11 pacientes con afectación loco regional, las cuales cumplieron con los criterios de selección previamente descritos en la sección de materiales y métodos. De las 12 pacientes, el 45% (5 de 11 pacientes) tuvo sólo un ganglio afectado, mientras que el 55% restante tuvieron entre 2 y 3 ganglios afectados (3 pacientes con 2, y 3 pacientes con 3 ganglios afectados). El porcentaje de ganglios positivos a malignidad fue de 81% (9 de 11 casos), en tanto que se presentaron dos casos falsos positivos (2 de 11 casos, 9%) cuyo diagnóstico fue hiperplasia linfoide. Según el grado de sospecha, todos los ganglios fueron clasificados según la escala de Bedi con calificaciones 5 (2 de 11 casos, 9%) y 6 (9 de 11 casos, 81%). Los ganglios reportados como hiperplasia linfoide tuvieron una calificación de Bedi de 5 y 6, respectivamente.

CONCLUSIÓN

Podemos ver que en los resultados de análisis de patología no se encontró el clip del ganglio marcado, tal vez debido a la falta de conocimiento del mismo y a la búsqueda intencionada.

Por otro lado pudimos constatar la ausencia del clip en los controles mastograficos y rastreos ultrasonograficos intencionados en el 75% de los casos, ya que el 25% de los casos no se logro realizar control por imagen por no acudir acudir la paciente.

Es un procedimiento multidisciplinario, en donde participan varios servicios, de radiodiagnóstico, pasando por el departamento de cirugía y patología ya que la correcta interacción y comunicación entre los mismos, fortalece la adecuada logística para la correcta marcación del ganglio así como la escisión del mismo y la corroboración final por patología, para tener la certeza de que el ganglio marcado ha sido escindido.

El tamaño de nuestra muestra es pequeño debido a que la mayoría de las pacientes llegan con mas ganglios afectados, probablemente secundario al retraso en el diagnostico.

En conclusión, en nuestra institución es un procedimiento que se comienza a implementar porque nos encontramos con unos resultados muy por debajo de los esperados, en los años venideros como se mejore la comunicación y la implementación de este método consideramos que nuestros resultados mejorarán.

REFERENCIAS

1. Hiroyuki Abe, David Schacht, Chelene A. Sennett, Gillian M. Newstead y Robert A. Schmidt. Utility of Preoperative Ultrasound for Predicting pN2 or Higher Stage Axillary Lymph Node Involvement in Patients With Newly Diagnosed Breast Cancer. *AJR*, Marzo de 2013, Volumen 200, numero 3.
2. Fisher B, Bauer M, Wickerham D, et al. Relation of number of positive axillary nodes to the prognosis of patients with primary breast cancer: an NSABP update. *Cancer* 1983; 52:1551-1557.
3. Banerjee M, George J, Song EY, Roy A, Hryniuk W. Tree-based model for breast cancer prognostication. *J Clin Oncol* 2004; 22:2567-2575
4. Cianfrocca M, Goldstein LJ. Prognostic and predictive factors on early-stage breast cancer. *Oncologist* 2004; 9:606-616
5. Neal CH, Daly CP, Nees AV, et al. Can preoperative axillary US help exclude N2 and N3 metastatic breast cancer? *Radiology* 2010; 257:335-341

