

CONSENSO SOBRE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

RADIOLOGÍA. Dr López Ruiz y Dr Jaume Feu

El papel del Radiólogo en la biopsia selectiva del ganglio centinela es doble. Por un lado, y en aquéllos Centros en los que así se haya consensuado, es la persona que, por entrenamiento y experiencia, acostumbra a inyectar intra/peritumoralmente, el isótopo mediante guía radiológica, en las lesiones no palpables.

Tal tarea, obviamente, no se contempla en los Centros en los que se haya determinado la inyección periareolar en cualquier caso.

Por otro lado, y más importante, el Radiólogo debe realizar una selección de pacientes candidatas a la técnica del ganglio centinela (T.G.C.), durante la fase de estadificación regional del cáncer mamario.

En efecto, ya sea mediante Mamografía, Ecografía Mamaria o Resonancia Magnética Mamaria, el Radiólogo puede detectar adenopatías sospechosas, que muchas veces no resultan palpables.

Estudio ecográfico axilar: – Se recomienda la valoración ecográfica axilar en todas aquellas pacientes con imagen mamográfica y/o ecográfica sospechosa. En estos casos la ecografía es de gran utilidad, no solo en la identificación de las adenopatías, sino en la caracterización de las mismas.

Si bien el estudio ecográfico valora correctamente los ganglios del primer nivel, con una buena técnica y un utillaje apropiado se pueden detectar en ocasiones ganglios metastáticos en el segundo y tercer nivel de Berg. Es recomendable la inclusión del estudio de la fosa supraclavicular, por el cambio de estadio que supone su afectación en la última clasificación TNM del AJCC. El estudio de la cadena mamaria interna presenta limitaciones técnicas. La afectación de la misma suele ser por metástasis pequeñas o micrometástasis que pasan desapercibidas al estudio ecográfico.

El ganglio normal lo visualizamos como un nódulo de morfología oval, con una banda hipoecógena externa que corresponde a la cortical y un área central hiperecogena que corresponde al mediastino (el mismo puede presentar una ecoestructura isoecógena, similar a la grasa en aquellos ganglios involucionados). El ganglio con criterios de sospecha pierde la correcta relación córtico/mediastino (hiliar),

presentando una morfología más esférica, en algunos casos un engrosamiento cortical focal, excéntrico, engrosamiento cortical difuso, y en la mayoría una marcada hipoeogenicidad del complejo cortical/mediastino (sustitución del tejido ganglionar normal por metastático), con sustitución o pérdida del hilio.

Estos criterios o signos de sospecha nos permiten seleccionar el ganglio que debemos puncionar, así como la zona del mismo con criterios más sospechosos. Es obligada la confirmación anatomopatológica por punción biopsia o citológica con guía ecográfica, de los ganglios con criterios ecográficos de sospecha.

Esto nos permite seleccionar las pacientes para realizar la técnica del ganglio centinela (la confirmación de metástasis ganglionares es indicación de vaciamiento axilar directo).

Si bien existen diversos trabajos en los que se cita tanto a la Biopsia con Aguja Gruesa (B.A.G.) como a la Punción Aspirativa con Aguja Fina (P.A.A.F.), para obtener la muestra, el último método suele bastar para confirmar la sospecha de afectación metastásica.

La P.A.A.F. ecoguiada ha de dirigirse hacia los hallazgos sospechosos, en aquéllos casos de afectación ganglionar focal.

Obviamente, un análisis citológico positivo permitirá prescindir de la T.G.C., y pasar directamente a la linfadenectomía.

El número de ganglios extraídos durante la linfadenectomía resulta muy variable, a pesar de los requisitos que aparecen en los diversos Protocolos. Por otro lado, el análisis detallado y exhaustivo del "paquete axilar" extraído, puede resultar difícil y laborioso para el anatomopatólogo, especialmente en casos de afectación metastásica focal, sobre ganglios de aspecto macroscópico cuasinormal. Bajo estas condiciones, ocasionalmente ocurren situaciones de no localización del ganglio metastatizado (a veces único), con el consiguiente error de estadificación.

Para evitar tan confusa situación, puede plantearse la pertinencia de "marcar" prequirúrgicamente el ganglio puncionado, en situaciones de afectación metastásica aparentemente focal y mínima, con objeto de garantizar su correcta extirpación. Para ello existen algunas alternativas, entre las que cabe citar el tatuaje con Suspensión Acuosa de Carbón (S.A.C.) al 4 %, producto ya utilizado en otras situaciones en Patología Mamaria en algunos Centros.

La S.A.C. es un producto inocuo, barato y perdurable, que no interfiere con ninguno de los análisis de laboratorio, y que puede ser identificado en el campo quirúrgico, así como en el Laboratorio de Anatomía Patológica.

Además de ayudar a localizar el ganglio metastásico, la S.A.C. pudiera servir en el período de aprendizaje de la T.G.C., para verificar correlación entre el marcaje isotópico y el efectuado con la S.A.C.