DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA

EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "LUIS RAZETTI"

EMILIO MATIRENÉ RODINO

SERVICIO DE VÍAS DIGESTIVAS, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "LUIS RAZETTI", CALLE REAL DE COTIZA, SAN JOSÉ, CARACAS, VENEZUELA

Sobre los comentarios realizados sobre el trabajo publicado en la Revista Venezolana de Oncología (Rev Venez Oncol 2002;14(1):2-15), en primer lugar, la muestra estudiada corresponde a nuestra experiencia con los primeros 31 pacientes con cáncer de mama, y en quienes se realizó la identificación del ganglio centinela en el Instituto de Oncología "Luis Razetti", esto indiscutiblemente debe ser tomado como parte de la curva de aprendizaje en nuestra institución, como hace referencia el Dr. Leopoldo Moreno Brandt.

Si bien la mayor parte de la literatura sugiere que el método combinado aumenta el porcentaje de detección del ganglio centinela⁽¹⁻⁶⁾, la utilización del agente, bien sea colorante o radioisótopos depende de la preferencia del autor, vemos así que en los trabajos de Krag, Veronesi y Zurrída⁽⁷⁻⁹⁾, se utilizan solo agentes radioactivos y, Giuliano⁽¹⁰⁻¹²⁾, solo colorantes; incluso hay autores que no han encontrado diferencias en la identificación del ganglio centinela al utilizar tinciones vitales solas, o cuando éstas se combinan con radiofármacos⁽¹³⁾. Sin embargo, basados en nuestros resultados: 80 % de detección del ganglio centinela con

azul patente únicamente, no nos queda si no estar de acuerdo con el comentario del Dr. Leopoldo Moreno, cuando sugiere que la combinación de agentes es mejor que su uso por separado.

Es pertinente el señalar, por parte del Dr. Leopoldo Moreno, la secuencia del procedimiento, es decir, iniciar con la identificación del ganglio centinela para luego realizar la mastectomía, puesto que la mayoría de los autores así lo sugieren, sin embargo, pensamos que esto es sólo un detalle técnico y, no debería influenciar significativamente en los resultados, ya que se necesitan alrededor de 20 min para la migración del medio de contraste a la axila, tiempo que se utilizó en realizar la mastectomía parcial o el colgajo superior de la mastectomía radical, según fuera el caso.

Estamos seguros que la baja tasa de identificación del ganglio centinela así como del alto porcentaje de falsos negativos, son debidos a la curva de aprendizaje, como menciona el Dr. Iván González, a tal fin debemos recordar el primer trabajo de Giuliano⁽¹⁰⁾, en el cual, obtuvo un porcentaje de identificación de solo el 65,5 % en 174 pacientes, siendo éste apenas del 78 % en los últimos 50, con una tasa de 8 % de falsos negativos (5 de las 62 axilas positivas de la serie), igualmente un estudio que incluyó a 535 procedimientos de ganglio

Correspondencia: MAIL: martirene@cantv.net

centinela utilizando colorantes más radiofármacos obtuvo una identificación global del 87 % con una tasa del 13 % de falsos negativos, disminuyendo a 90 % y 4,3 % respectivamente, luego que los cirujanos habían realizado más de 30 procedimientos⁽¹⁴⁾. Con la experiencia presentada esperamos haber superado la curva de aprendizaje y, de esa manera, mejoren nuestros resultados en futuras publicaciones.

No coincidimos con el Dr. Iván González, cuando menciona que los datos obtenidos en este trabajo, no permiten sacar conclusiones en cuanto a la eficacia de la biopsia del ganglio centinela para predecir la existencia o no de metástasis en pacientes con axilas clínicamente

negativas y, que el mismo, tampoco está diseñado para determinar la eficiencia del azul patente en la tinción del ganglio centinela, ya que el método demostró ser capaz de predecir acertadamente el estado axilar en 24 de 25 pacientes (96 %) y de identificar el ganglio centinela en 25 de 31 (80,6 %), aunque esto último debe sólo ser considerado como medianamente efectivo. Estamos conscientes de la poca fuerza estadística de la serie por el bajo número de pacientes, sin embargo, nuestros resultados aun cuando pudiesen ser especulativos señalan una tendencia que respaldan nuestras conclusiones.

REFERENCIAS

1. Canavese G, Gipponi M, Catturich A. Sentinel lymph node mapping in early-stage breast cancer: Technical issues and results with vital blue dye mapping and radioguided surgery. *J Surg Oncol* 2000;74(1):61-68.
2. Albertini JJ, Lyman GH, Cox C, Yeatman T, Balducci L, Ku N, et al. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in the patient with breast cancer. *JAMA* 1996;276(22):1818-1822.
3. Imoto S, Fukukita H, Murakami K. Pilot study on sentinel node biopsy in breast cancer. *J Surg Oncol* 2000;73(3):130-133.
4. Motomura K, Inaji H, Komoike Y. Combination technique is superior to dye alone in identification of the sentinel node in breast cancer patients. *J Surg Oncol* 2001;76(2):95-99.
5. Cody HS, Borgen PI. State-of-the-art approaches to sentinel node biopsy for breast cancer: Study design, patient selection, technique, and quality control at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Surg Oncol* 1999;8(2):85-91.
6. Hill AD, Tran KN, Akhurst T. Lessons learned from 500 cases of lymphatic mapping for breast cancer. *Ann Surg* 1999;229(4):528-535.
7. Krag DN, Weaver DL, Alex JC. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol* 1993;2(6):335-339.
8. Veronesi U, Paganelli G, Galimberti V. Sentinel-node biopsy to avoid axillary dissection in breast cancer with clinically negative lymph-nodes. *Lancet* 1997;349(9069):1864-1867.
9. Zurrada S, Galimberti V, Orvieto E. Radioguided sentinel node biopsy to avoid axillary dissection in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2000;7(1):28-31.
10. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg* 1994;220(3):391-398.
11. Giuliano AE, Haigh PI, Brennan MB. Prospective observational study of sentinel lymphadenectomy without further axillary dissection in patients with sentinel node-negative breast cancer. *J Clin Oncol* 2000;18(13):2553-2559.
12. Chung MH, Wei Ye, Giuliano AE. Role for sentinel lymph node dissection in the management of large (≥ 5 cm) invasive breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2001;8(9):688-692.
13. Morrow M, Rademaker AW, Bethke KP. Learning sentinel node biopsy: Results of a prospective randomized trial of two techniques. *Surgery* 1999;126(4):714-20.
14. Tafra L, Lannin DR, Swanson MS. Multicenter trial of sentinel node biopsy for breast cancer using both technetium sulfur colloid and isosulfan blue dye. *Ann Surg* 2001;233(1):51-59.