

Ganglio Centinela y Cáncer de Mama. Reunión Nacional Consenso de Salamanca.

En Salamanca a 5 de Octubre de 2001 y en el seno de la Reunión Nacional Consenso sobre Ganglio Centinela y Cáncer de Mama organizada por la Sección de Patología Mamaria de la Asociación Española de Cirujanos , y en la que participan la ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA NUCLEAR y la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA , los médicos expertos representantes de los hospitales que a continuación se citan, votan y consensuan los siguientes aspectos básicos relativos a la técnica de la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela en el Cáncer de Mama. Actúan como Presidente de la Reunión el Dr. Manuel Ramos Boyero y Secretario de Consenso el Dr. Francisco Martínez García.

Hospitales Participantes:

1. HOSPITAL DE BELLVITGE.- BARCELONA

Dr. Alejandro Fernández León

2. HOSPITAL GERMANS TRIAS Y PUJOL.- BADALONA

Dr. Manuel Fraile Lopez-Amor, Dr. Miguel Rull Lluch

3. FUNDACION INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGIA.- VALENCIA

Dr. Carlos Vázquez Albadalejo, Dra. Julia Giménez

4. HOSPITAL CLINICO DE BARCELONA.- BARCELONA

Dr. Sergio Vidal Sicard

5. INSTITUTO ONCOLOGICO DE GUIPUZCOA.- SAN SEBASTIAN

Dr. José Antonio Alberro Aduriz, Dr. Eduardo Ayestaran Eguiguren

6. HOSPITAL UNIVERSITARIO SALAMANCA.- SALAMANCA

Dr. Manuel Ramos Boyero, Dr. José Ramón García Talavera

7. FUNDACION JIMENEZ DIAZ.- MADRID

Dr. Juan Manuel San Roman Teran

8. HOSPITAL JUAN CANALEJO.- LA CORUÑA

Dr. Benigno Acea Nebril

9. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.- MURCIA

Dr. Julián Illana Moreno

10. HOSPITAL CLINICO DE SAN CECILIO.- GRANADA

Dr. Pablo Torne Poyatos

11. HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA.- ZARAGOZA

Dr. Antonio Güemes Sánchez

12. COMPLEJO HOSPITALARIO DE CIUDAD REAL

Dr. Ricardo Pardo

13. HOSPITAL DE NAVARRA.- PAMPLONA

Dr. Francisco Vicente García

14. HOSPITAL SON DURETA DE PALMA DE MALLORCA

Dr. Luis Montsech

15. HOSPITAL RAMON Y CAJAL.- MADRID

Dr. Roberto Rojo. Luis Cabañas

16. HOSPITAL DR. PESET DE VALENCIA

Dr. Vicente García Fons

17. HOSPITAL DE LA RIBERA DE ALZIRA .VALENCIA

Dr. Juan Blas Ballester

18. HOSPITAL PROVINCIAL .CASTELLON

Dr. Andrés Armelles Flors

19. HOSPITAL CABUEÑES. GIJON. ASTURIAS.

Dr. C. Moriyon

20. HOSPITAL VALLE DEL NALON. LANGREO. ASTURIAS.

Dr. Fernandez Muñiz

21. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALME. SEVILLA

Dr. J. Diez Roldan.

Cuestiones Consensuadas

- 1.- La utilización única de radiotrazador es suficiente para la localización del Ganglio Centinela Axilar
- 2.- La técnica combinada de radiotrazador más colorante pueden mejorar la detección del Ganglio Centinela y el aprendizaje de la técnica.
- 3.- La gammagrafía preoperatoria mejora los resultados de la detección del Ganglio Centinela.
- 4.- La gammagrafía preoperatoria negativa no supone la imposibilidad de localización intraoperatoria, pero se aconseja utilización de colorante para la localización.
- 5.- Los radiotrazadores recomendados son: albúmina nanocoloide, sulfuro de renio y albúmina microcoloide.
- 6.- La actividad total administrada variará entre 1 a 3 mCi.
- 7.- Tras la dilación en suero fisiológico el volumen total variara entre 1 y 4 ml para inyección peritumoral y menor de 0.5 ml en la intratumoral.
- 8.- La inyección del radiotrazador será: Peritumoral o intratumoral
- 9.- El tiempo transcurrido desde la inyección del radiotrador hasta la localización intraoperatoria estará comprendido entre 2 y 24 horas.
- 10.- Aunque se pueden utilizar otros colorantes linfáticos el más utilizado es el azul patente tipo linfazurin (isosulfan).
- 11.- La inyección del colorante se aconseja peritumoral.
- 12.- El colorante se inyectará entre 10 y 20 minutos antes de la intervención quirúrgica.
- 13.- La biopsia del ganglio centinela cuando ha existido cirugía previa en la mama se debe contemplar dentro de grupos de estudios prospectivos.
- 14.- Se considera ganglio(s) centinela(s) a todo ganglio donde la gammasonda detecte mas radioactividad y/o apareciera teñido de azul, o a el fluya un conducto linfático azulado.
- 15.- La gammagrafía positiva en mamaria interna sugiere la realización de biopsia de los ganglios de la mamaria interna..
- 16.- La biopsia positiva del ganglio de mamaria interna aconseja radioterapia en la cadena de la mamaria interna.
- 17.- La biopsia del ganglio centinela se puede realizar:
 - a) Con anestesia local cuando se realice en dos tiempos
 - b) Con anestesia general cuando se realice en un tiempo.
 - c) Cualquiera de las dos

- 18.- Es obligatorio un consentimiento informado específico y detallado para realizar biopsia de ganglio centinela en el cáncer de mama.
- 19.- Las micrometástasis en ganglio centinela obligan a quimioterapia adyuvante.
- 20.- Ante micrometástasis en el ganglio centinela se debe practicar linfadenectomía axilar salvo que se participe en un estudio prospectivo.
- 21.- La acreditación para realizar biopsia de ganglio centinela debe ser personal. y de grupo.
- 22.- La acreditación para la practica de esta técnica afectará a cirujanos, médicos nucleares y patólogos.
- 23.- Cada grupo de trabajo antes de abandonar la linfadenectomía axilar sistemática debe validar la técnica mediante unos resultados mayores de un 90 % de localización y falsos negativos menores o iguales al 5 % de axilas positivas, en un numero de 50 casos. En caso de tutoría este numero se puede rebajar a 30 casos.
- 24.- Las indicaciones de la biopsia del ganglio centinela son:
a) T1-2 (< 3cm) N0.
b) Tis extenso o de alto grado y N0
- 25.- El estudio patológico intraoperatorio, cuando se haga tratamiento quirúrgico en un tiempo, se puede realizar con:
a) Improntas múltiples para H&E (cada 2mm en GC > de 5 mm o con bisección si es menor.
b) Estudio inmunohistoquímico con técnica rápida.
c) Cortes por congelación.
Pero se recomienda las técnicas de improntas y el estudio inmunohistoquímico.
- 27.- Estudio patológico diferido :
Cortes seriados de las secciones del ganglio, o de todo el ganglio si es de pequeño tamaño, para tinciones con H&E y reservar cortes para estudios IHQ con citoqueratinas si los previos con H-E son negativos.
- 28.- Cuando el diagnostico es de micrometástasis ocultas (colonias de 10-20 células tumorales en región subcapsular, o de 1-10 células aisladas) se debería de clasificar: pNO i+ cuando se utiliza IHQ y
pNO mol+ cuando se utiliza PCR o Citrometría de flujo

Consenso que es acordado mediante la firma de los expertos participantes en los debates.