

Caso Clínico 6

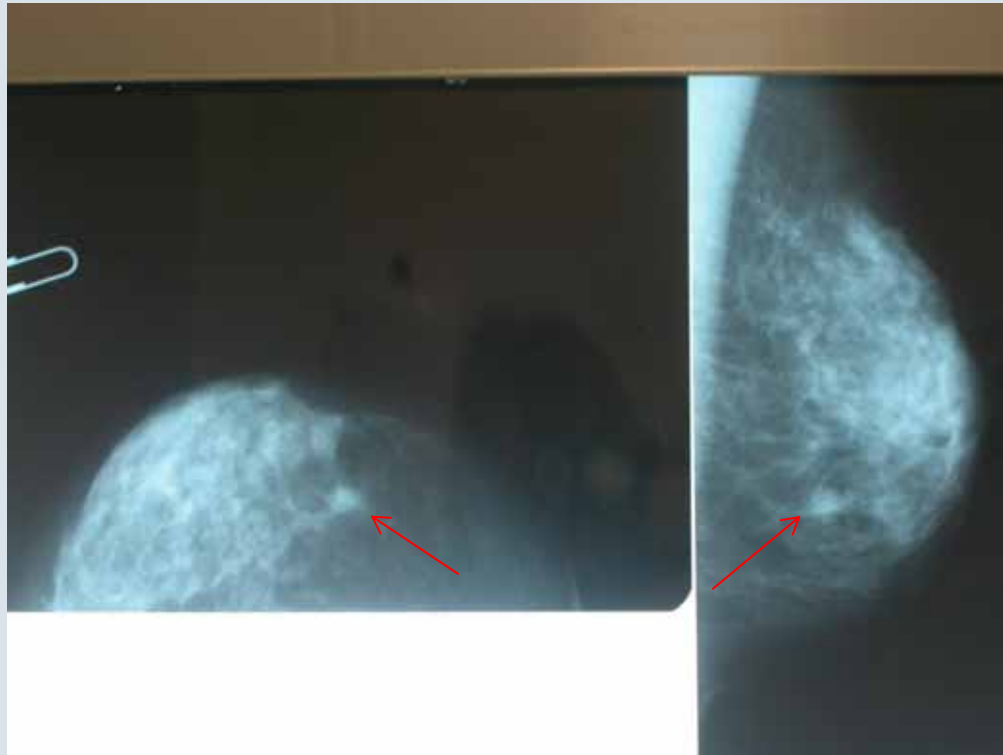
Micrometástasis centinela

Ponente: Dra. Julia Giménez Climent

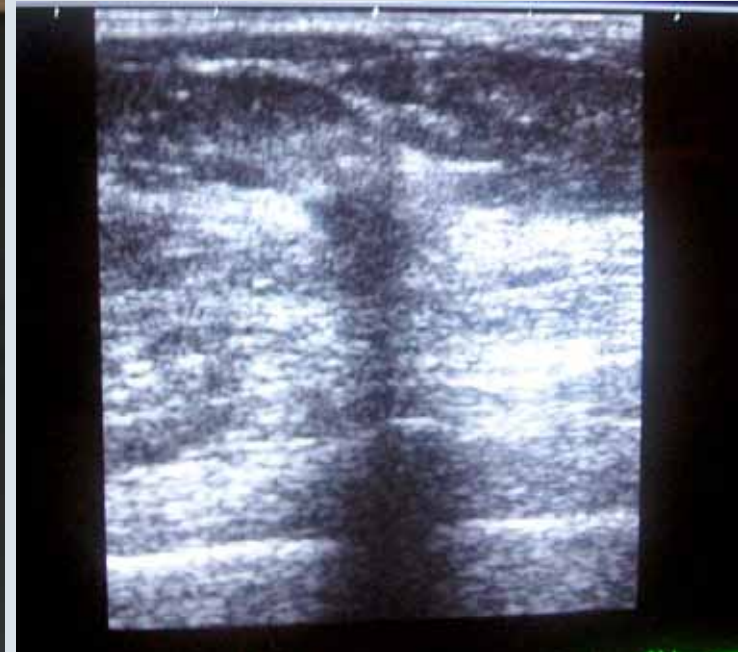
CASO CLÍNICO

- **Mujer de 49 años de edad postmenopáusica.**
- **Antecedente de cirugía cardiaca en la infancia por CIA.**
- **Lesión no palpable LICE MI.**
- **Mamografía sugestiva de malignidad.**
- **Ecográficamente sólida.**
- **Exploración clínica y ecográfica de axila negativas**

MAMOGRAFIA



ECOGRAFIA



DIAGNÓSTICO

- **BAG dirigida por estereotaxia:**
- **AP: Ca. Tubular. Grado I, RE y RP Positivos, Cerb-B2 negativo.**

INDICACIÓN QUIRÚRGICA LOCAL (MAMA)

- 1-Mastectomía radical modificada con reconstrucción inmediata.
- 2-Cirugía conservadora de la mama con marcado mediante arpón eco-dirigido o por estereotaxia.
- 3-Mastectomía simple y reconstrucción diferida.
- 4-Cirugía conservadora de la mama sin marcado.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA REGIONAL (CADENAS GANGLIONARES)

- 1-Linfadenectomía axilar.
- 2-Técnica del ganglio centinela (GC) y biopsia del mismo si es axilar.
- 3-Biopsia del GC de la axila y de la cadena mamaria interna (CMI) si la linfogammagrafia es positiva en ambas regiones ganglionares.
- 4- Dado que se trata de un tumor de pequeño tamaño y de muy bajo grado, no es necesario acceder a las cadenas ganglionares.

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO

- **Ca. Tubular de 7 mm, Grado I.**
- **RE y RP Positivos y Cerb-B2 negativo.**
- **1GC y 1GNC axilares negativos.**
- **GC MI Micrometástasis.**

ACTITUD ANTE RESULTADO AP DE LOS GC

- 1-Linfadenectomia axilar y de la CMI, Rt mama y PQT.**
- 2-Linfadenectomía axilar, Rt de la mama y CMI y HT.**
- 3-Rt. de la mama y Rt selectiva de la CMI, no
linfadenectomia axilar Ht.**
- 4-Hormonoterapia y seguimiento.**



DISCUSIÓN

- La biopsia del GC de la CMI es ignorada por la mayoría de los cirujanos.
- La técnica quirúrgica es sencilla y proporciona una estadificación más precisa.
- Permite seleccionar a las pacientes que se pueden beneficiar de un tratamiento selectivo con Rt.
- La afectación de los ganglios de la CMI es más frecuente en tumores grandes con gran afectación axilar pero, en algunos casos, las M+ ganglionares no siguen este patrón.
- Ignorar esta posibilidad no aporta el grado de excelencia al tratamiento del CM.

BIBLIOGRAFIA

1 Noguchi M, Ohta N, Thomas M, Kitagawa H, Miyazaki I. Risk of internal mammary lymph node metastases and its prognostic value in breast cancer patients. *J Surg Oncol* 1993; 52 (1): 26-30.

2 Madsen E, Gobardhan PD, Bongers V, Albregts M, Burgmans JPJ, De Hooge P et al. The Impact on Post-surgical Treatment of Sentinel Lymph Node Biopsy of Internal Mammary Lymph Nodes in Patients with Breast Cancer

3 Veronesi U, Arnone P, Veronesi P, Galimberti V, Luini A, Rotmensz N. The value of radiotherapy on metastatic internal mammary nodes in breast cancer. Results on a large series. *Annals of Oncology* 2008; 19: 1553–1560.