

## Cirugía y Cirujanos

Volumen 72  
Volume

Número 5  
Number

Septiembre-Octubre 2004  
September-October

*Artículo:*




Comentario al trabajo titulado: “Manejo linfático y biopsia del ganglio centinela en pacientes con cáncer mamario”

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

# **Comentario al trabajo titulado “Mapeo linfático y biopsia del ganglio centinela en pacientes con cáncer mamario. Resultados de la primera fase del estudio”**

Acad. Dr. Carlos Sánchez-Basurto\*

Los más recientes avances de la tecnología en todos los campos de las ciencias han sido verdaderamente maravillosos, y en ocasiones espectaculares. En medicina y cirugía, importantes cambios han obligado a modificar la orientación de los procedimientos, siempre con vistas a la mejoría conceptual, la simplificación, la mejor atención a los pacientes y la finalidad de sus propósitos: el bienestar y la salud.

En cuanto al cáncer de la glándula mamaria, el tratamiento tradicional ha sido la extirpación del tumor primario y de los ganglios linfáticos axilares ipsolaterales, procedimiento diseñado desde varios lustros, rediseñado y popularizado por el doctor William Halsted a fines del siglo XIX, quien a su vez formuló la hipótesis de la conducción de las células tumorales a través de las vías linfáticas intramamarias hasta sus relevos, los ganglios linfáticos axilares, para de ahí finalmente terminar en el torrente sanguíneo, paradigma controvertido que aún prevalece. El procedimiento actual, la cirugía conservadora, cumple con los requisitos de resección del tumor mamario y la disección axilar.

Se conoce que en el cáncer mamario temprano (etapas I y II) la exploración clínica de la axila conlleva error en más de 50% de los casos, tanto porque a la palpación no se perciban ganglios pero en el examen del espécimen quirúrgico los resultados sean positivos, como porque la presencia clínica corresponda a procesos inflamatorios no tumorales. En uno y otro caso falla la estadificación preoperatoria y, por consiguiente, la determinación del procedimiento.

La extirpación total de los ganglios axilares, además de su inutilidad en 50% de las ocasiones, conlleva morbilidad básica: dolor, parestias, edema y limitación en la movilidad del miembro torácico.

Estos problemas han sido solucionados en gran parte por la identificación del ganglio centinela; su localización y extirpación a través de los métodos correctamente **descritos**, han resuelto la decisión de extirpar los ganglios axilares ulteriores sólo en el caso de comprobar su malignidad histopatológica transoperatoria, evitando con ello disecciones estériles.

Aun cuando Virchow desde 1750 describió el concepto de drenaje linfático a ganglios específicos, fue Braithwait, en Inglaterra, quien en 1923 precisó su ubicación con el empleo de azul patente. En 1977, Ramón Cabañas, en Paraguay, fue el primero en buscarlo con fines diagnósticos en cáncer del pene, y Donal Norton, en el *John Wayne Cancer Center*, en 1980, el primero en emplearlo para fines diagnósticos en melanomas. Krag, en 1993, y posteriormente Guilliano, en 1994, iniciaron el mapeo linfático, tanto con colorante solo como con material radiactivo, para tratar el cáncer mamario. Actualmente decenas de autores se han abocado a su estudio, búsqueda, localización y métodos para su correcta valoración en este terreno; entre ellos sobresalen las investigaciones de los doctores Dabbs, en Pittsburgh, y de Estourgie y Nieweg, en Noruega.

Las razones específicas para continuar con su estudio, del que todavía estamos lejos de concluir, son el ser un indicador en cuanto al drenaje linfático intramamario, determinar el número de ganglios linfáticos existentes, diferenciar el primario de los subsecuentes, localizar otros ganglios centinelas fuera del camino usual, así como marcar el sitio de los mismos en la piel.

Como resultado, se han encontrado grandes diferencias de opinión entre cirujanos oncólogos e investigadores en cuanto a la curva de aprendizaje, los métodos de localización, la punción del radiotrazador, el diagnóstico después de la neoadyuvancia, la biopsia en la mastectomía profiláctica, la localización de un ganglio centinela en la cadena de los vasos mamarios internos y la búsqueda de micrometástasis.

No obstante lo anterior, la utilidad de la identificación del ganglio centinela ha sido por demás categórica, y el trabajo del doctor Gallegos, además de encomiable, es con seguridad uno de los más importantes en nuestro medio. La linfografía y la biopsia del ganglio centinela en pacientes con cáncer mamario temprano (etapas I y IIA) cumplen el objetivo de la correcta estadificación del paciente. Las dos

\* Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía.

#### *Solicitud de sobretiros:*

Acad. Dr. Carlos Sánchez-Basurto  
Paseo de la Reforma 155, primer piso  
Lomas de Chapultepec  
México, D.F.  
Tel.: 5516 7880  
E-mail: sanchezbasurto@aol.com

Recibido para publicación: 24-02-2004.

Aceptado para publicación: 03-08-2004.

técnicas, la de colorante solo y la mixta con radiocoloide, aunadas a la localización y estudio transoperatorio del ganglio centinela, revelan las ventajas del procedimiento; mediante el mapeo del ganglio centinela se evitan disecciones axilares innecesarias, pues predice el estado de los demás ganglios de la zona linfoportadora. Los resultados en los 87 casos inicialmente estudiados son muy significativos, comparables con los de autores internacionales. Es obvio que los casos reseñados sobrepasaron la curva de aprendizaje; de las dos técnicas, sobresalen los mejores resultados de la combinación de azul patente con radiocoloide, similar a lo reportado en otras investigaciones.

Se puede concluir que la estadificación axilar por medio de este procedimiento con la ayuda de un radiotrazador y el colorante vital, ha demostrado tener un valor agregado en comparación con la disección axilar completa. Se logra la identificación en 97%.

Los ganglios residuales considerados clínicamente negativos sin la linfadenectomía nos dejan un aprendizaje, ya que su seguimiento a largo plazo será la mejor información a futuro. Hay que profundizar el estudio de los ganglios de la cadena de vasos mamarios internos, ya que está plenamente comprobada su presencia aun en los tumores de los cuadrantes

externos. Para Omgo Nieweg<sup>(1)</sup> es de 10 a 30%, que comparativamente con los tumores internos da una  $p = 0.001$ , además de encontrar positividad de 7% con axila negativa.

Se concluye que el procedimiento tiene una especificidad de 99%, con un valor predictivo positivo de 0.99 y un valor predictivo negativo de 80%.

Indudablemente su presencia nos da una correcta orientación para la valoración terapéutica postoperatoria, tanto a radio como quimioterapia, quedando por analizar su relación con la sobrevida de los pacientes.

Felicito al doctor Gallegos, así como a su dirección en el trabajo y a sus colaboradores. Su labor de investigación dentro del campo de la oncología está trascendiendo, por lo que le invito a continuar sus estudios y proyección en bien de nuestra medicina. Sea bienvenido a la Academia Mexicana de Cirugía, desde hoy su hogar; esperamos que continúe colaborando con sus estudios y nos informe sus resultados.

### Referencia

1. Estourgie SH, Nieweg OE. The sentinel lymph node in surgical oncology. Breast cancer in clinical relevance and refinement of the sentinel node procedure in breast cancer and melanoma. Amsterdam Refinement Health, The Netherland Cander Institute; 2004.

