

Impronta Intraoperatoria del Ganglio Centinela. Ventajas e Inconvenientes

Isabel Guerra Merino

Hospital Txagorritxu. Vitoria

La impronta intraoperatoria del ganglio centinela, es un procedimiento simple y rápido de detección de metástasis en pacientes con carcinoma de mama (1). Proporciona material celular para el diagnóstico, sin pérdida o daño del tejido ganglionar sobre el que se realice posteriormente el estudio en parafina, por lo que es una alternativa viable al corte por congelación

Método

El ganglio centinela axilar recibido en fresco, se secciona por su eje mayor cada 2-4 mm, tantas veces como sea posible. Posteriormente se realizan improntas (o rascado con un portaobjetos), de todas las superficies de corte y se fijan en alcohol o al aire. Se tiñen con las técnicas convencionales. Las extensiones pueden ser vistas por citotécnicos entrenados y supervisados por el patólogo. El diagnóstico de metástasis ganglionar implica linfadenectomía inmediata, en el mismo acto quirúrgico. La técnica de tinción de elección (Giemsa, H&E o PAP) depende de la experiencia del patólogo, sin embargo con el Giemsa existen menor número de artefactos de desecación y de pérdida de celularidad. (2)

Sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica

Comparando el resultado de la impronta con el resultado de los cortes seriados definitivos y tras la aplicación de Inmunohistoquímica para citoqueratina, la sensibilidad de la técnica varía, según las series, entre el 53 % y el 84%, la

especificidad entre el 90-100%, y la precisión diagnóstica está en torno al 86%(3). La técnica es práctica eficiente y reduce la morbilidad de forma significativa, limitando la linfadenectomía en un segundo tiempo (reintervención) a sólo el 14% de los casos aproximadamente, de los cuales, la mitad son debidos a micrometástasis (3)

Ventajas e Inconvenientes

En la intervención quirúrgica se adelanta el diagnóstico de los casos con metástasis ganglionar y se puede realizar la linfadenectomía en el mismo acto quirúrgico, sin perder tejido para su estudio posterior mediante cortes seriados e inmunohistoquímica.

No es habitual que haya falsos positivos Los falsos negativos se producen por:

- a) Deficiencias en el muestreo: se han tomado pocas muestras o no representativas. Aumentando el número de secciones del ganglio y de la superficie a estudiar citológicamente disminuye el número de falsos negativos, aumenta la proporción de metástasis encontradas y la sensibilidad de la técnica.
- b) Las Micrometástasis y las células tumorales aisladas (CTA). La sensibilidad para las micrometástasis es muy baja (21%) (4).La técnica no es útil para CTA.
- c) Las metástasis por Carcinoma Lobulillar Infiltrante son de mayor dificultad diagnóstica. La sensibilidad es menor (38%), (3)

Inmunohistoquímica sobre la Impronta:

La IHQ aumenta la sensibilidad respecto de las técnicas de tinción convencionales. Es de especial utilidad en el Carcinoma Lobulillar Infiltrante. La combinación de ambas técnicas (convencionales e inmunohistoquímica) aumenta más aún la sensibilidad, alcanzando un 88% (5). Como inconveniente se apunta que la técnica retrasa el diagnóstico

intraoperatorio, lo cual podría ser subsanado con procedimientos ultrarrápidos (10-20').

Comparación con el corte por congelación:

Para unos el corte por congelación es similar en rentabilidad diagnóstica a la impronta. Para otros (6) la sensibilidad diagnóstica, es mucho mayor cuando se combinan las dos técnicas (89%)

Recomendaciones

Es preciso consensuar con los cirujanos el número de ganglios centinela y no exceder de tres axilares, pues no aumenta la precisión de la técnica. No debe hacerse impronta de los ganglios centinela de la mamaria interna, ya que su positividad no conlleva cambio en la actuación terapéutica inmediata.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio IT, Korourian S, Colvert M, Westbrook KC, Klimberg VS: Sentinel lymph node biopsy for the staging of breast cancer. *Am J Surg* 1998;176:532-7
2. Anand M, Kumar R, Jain P, et al. Comparison of the Three Different Staining Techniques for Intraoperative Assessment of Nodal Metastasis in Breast Cancer. *Diagn Cytopathol* 2004;31:423-6
3. Cox C, Centeno B, Dickson D, et al. Accuracy of Intraoperative Imprint Cytology for Sentinel Lymph Node Evaluation in the Treatment of Breast Carcinoma. A 6-year study. *Cancer (Cancer Cytopathol)* 2005;105:13-20
4. Creager AJ, Geisinger KR, Shiver SA, Perrier ND, Shen P, Ann Shaw J, Young PR, Levine EA. Intraoperative evaluation of sentinel lymph nodes for metastatic breast carcinoma by imprint cytology. *Mod Pathol* 2002; 15: 1140-7
5. Aihara T, Munakata H, Takatsuka Y. Touch imprint cytology and immunohistochemistry for the assessment of sentinel lymph nodes in patients with breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2003;29:845-8
6. Nagashima T, Suzuki M, Yagata H, Nikaido T, Horiuchi F, Koda K, Miyazaki M. Intraoperative cytologic diagnosis of sentinel node metastases in breast cancer. *Acta Cytologica* 2003; 47: 1028-32.