

ENTREVISTA

“La técnica del ganglio centinela ha supuesto un cambio radical en el tratamiento del cáncer de mama”

Dr. Gabriel Zanón Senólogo

El cáncer de mama es hoy la neoplasia más frecuente en la mujer, con gran impacto social y emocional por el significado del seno en la sexualidad femenina. Nos lo confirma el Dr. Gabriel Zanón Navarro, profesional médico de referencia en el campo de la senología. De su mano conocemos los avances que se han producido en el tratamiento de este tipo de cáncer en los últimos años.

Hablemos de progresos ¿Cuáles han sido los más significativos de los últimos años en el campo de la Senología?

La Senología pretende el estudio de la mama global, abarcando todos sus aspectos, no solo el cáncer sino toda la patología benigna que es extraordinariamente frecuente. El cambio ha sido radical. La Senología ha evolucionado para hacerse más compleja y difícil, dada la gran cantidad de posibilidades existentes y la variedad de tratamientos en función de cada caso. Un avance importante es el del diagnóstico. La moderna tecnología y la especialización de algunos radiólogos, que tienen dedicación exclusiva a la patología mamaria, nos permite hoy diagnosticar lesiones muy pequeñas y con muy buen pronóstico. Esto hace que podamos operar lesiones que ni se tocan con la mano ni se ven con el ojo, lo que aumenta las dificultades de la técnica.

¿Cuál ha sido el hecho más destacado de la última década en el tratamiento del cáncer de mama?

Sin duda la implementación de la técnica del ganglio centinela, que en su conjunto ha supuesto un cambio radical en la forma de tratar la enfermedad mamaria cancerosa. Nuestro grupo, en el Hospital Clínic de Barcelona, fue de los

primeros en validarla (fase de validación desde junio 1998 a Diciembre 2000). El trabajo se publicó en el 2002.

“*Nuestro grupo, en el Hospital Clínic de Barcelona, fue de los primeros en validar la técnica del ganglio centinela*”

¿En qué consiste y por qué ha sido tan importante esta técnica?

El centinela es el ganglio que recibe el flujo linfático que procede del tumor y está situado normalmente en la axila o en la cadena linfática de la mamaria interna. Si una vez estudiado este ganglio vemos que está ausente de células malignas, podemos prescindir de la exéresis o extirpación de los ganglios de la axila (infadenectomía), un proceso que no está exento de efectos secundarios para la paciente. De este modo, realizaríamos una cirugía igual de compleja pero menos agresiva para la paciente y con los mismos resultados. Mantenemos la seguridad pero con menos molestias para la paciente. No obstante, la técnica del ganglio centinela solo debe aplicarse en los casos indicados de cáncer de mama. Por este motivo, existen guías, tanto nacionales como internacionales, que indican los casos idóneos para realizar esta técnica con la mayor fiabilidad posible.

¿Qué protocolo sigue la técnica del ganglio centinela?

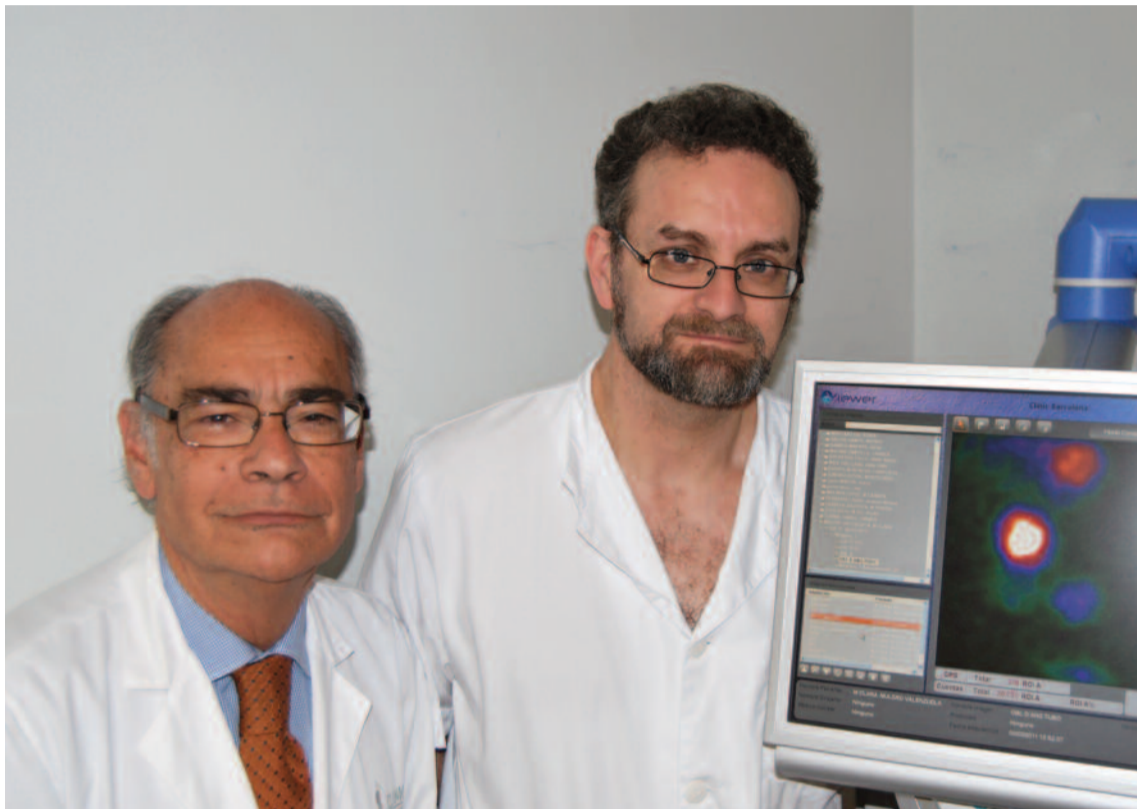
La técnica estándar descansa, básicamente, en 3 pilares. El primero es el estudio pre-quirúrgico, mediante una

linfogammagrafía. Esta prueba se realiza mediante la inyección de un radiotrazador en el tumor o área tumoral y la posterior visualización de su distribución en imágenes gammagráficas. El segundo pilar es el acto quirúrgico. En él se puede utilizar también un colorante vital (azul de metileno o de isosulfan), inyectándolo de forma similar al radiotrazador unos minutos antes de la incisión quirúrgica. Ello nos permite, en un número elevado de casos, visualizar los canales linfáticos y ganglios centinela de color azul. No obstante, la técnica más fiable se obtiene mediante la utilización de una sonda detectora de radiación, que permite obtener una señal auditiva (según la cantidad de radiación en los ganglios) y precisar el camino que debe seguir el cirujano para localizar y extirpar el ganglio centinela. Finalmente, el tercer pilar es el estudio anatomopatológico del ganglio o ganglios extirpados, que determinará si existen o no metástasis en los mismos.

¿Ha surgido alguna novedad técnica para la correcta localización del ganglio centinela en el quirófano?

Los ganglios se localizan con los transductores o sondas detectoras, que captan la señal radioactiva que emite un trazador marcado con Tecnecio 99. Hay mejoras, como han sido la utilización de gammacámaras portátiles en quirófano, de la que nuestro grupo fue pionero en el año 2007 y con las que venimos trabajando desde entonces en colaboración con el Dr. Sergi Vidal Sicart, un médico nuclear de gran experiencia y reconocido prestigio. Nosotros utilizamos la gammacámara Sentinella, que nos permite ver en tiempo real el ganglio y el tumor en la pantalla del sistema y localizarlo con exactitud. En nuestra experiencia, es muy útil en la exéresis de los ganglios extraxilares, como los intramamarios y los de la cadena mamaria





Dr. Gabriel Zanón Navarro

Con dedicación exclusiva a la patología de la mama, el Dr. Gabriel Zanón ha desarrollado toda su carrera profesional en el Hospital Clínic de Barcelona, "al que me siento muy vinculado -asegura- y del que fui el primer Coordinador de la Unidad de Patología Mamaria, desde el año 2000 al 2008".

Profesor de la Facultad de Medicina de la UB desde 1976 a 2008, el Dr. Zanón es Co-Director del Máster Universitario en Patología Mamaria y Senología de dicha Facultad.

Es Miembro Numerario de la

Asociación Española de Senología y Patología Mamaria y de la Senologic International Society (S.I.S).

Con Diploma Acreditativo de Capacitación en Senología y Patología Mamaria, concedido por el Col.legi de Metges de Barcelona, el Dr. Zanón suma 220 ponencias y comunicaciones, 90 trabajos publicados sobre su campo de trabajo y es director de 6 cursos sobre senología. "Me hubiera gustado que la Senología fuera una especialidad en Medicina, pero este deseo está hoy por hoy lejos de realizarse", confiesa.

interna, que presentan problemas en su ubicación y también en que permite confirmar después de la cirugía cómo el ganglio ha sido completamente extirpado. En el Curso de Radiocirugía, que dirigimos el pasado mes de febrero, se presentó el nuevo modelo (Sentinella 2) que tiene mejoras de indudable ventaja para el cirujano. La experiencia obtenida con la Sentinella desde el año 2007 nos ha permitido evaluar e introducir nuevas sugerencias en el nuevo modelo, en aras de una mayor facilidad de uso, nuevas prestaciones y mejor control de las exploraciones.

Por otra parte, durante el estudio prequirúrgico, se utiliza en numerosos casos (especialmente drenajes dudosos, ausencia de visualización del ganglio centinela o ganglios en regiones potencialmente complicadas), la SPECT/TC (tomogammagrafía

“La utilización de gammacámaras portátiles en quirófano ha supuesto un gran avance para la localización precisa del ganglio centinela y su extirpación”

“La cirugía oncoplástica debe formar parte de la rutina de cualquier equipo que se dedique a la senología”

por emisión de fotón único fusionada con tomografía computadorizada). Este novedoso aspecto, que empezamos a utilizar en el Hospital Clínic en Junio del 2007 y que también está disponible en la sanidad privada, añade una mayor precisión a las imágenes habituales. La posibilidad de obtener imágenes de los ganglios centinela superpuestas a un estudio anatómico implica una información más exacta sobre dónde se encuentra el ganglio y su relación con las estructuras anatómicas circundantes. Todo ello revierte en una mejor información para el cirujano antes de la operación y le permite incluso plantear cuál es el abordaje más conveniente para localizar con éxito los ganglios.

¿Cómo se estudia el ganglio centinela?

El estudio de los ganglios centinela se hace en los laboratorios de anatomía patológica de forma exhaustiva y es gracias a la biología molecular que hemos conocido otros conceptos, como el de micro-metástasis o el de células tumorales aisladas. Los estudios del ganglio centinela se hacen por los procedimientos convencionales de la anatomía patológica, por hematoxilina-eosina y con inmunohistoquímica. Con ellos hay un 8% de pacientes que deben operarse una segunda vez, si la IHQ diferida del ganglio es positiva. Ahora han surgido procedimientos nuevos, basados en el estudio peroperatorio de la cantidad de ARN que contiene la citoqueratina 19, que permiten de una forma rápida, precisa y estandarizada estudiar 4 ganglios centinela al mismo tiempo y obtener resultados en unos 30-40 minutos. Es el método OSNA (One Step Nuclear Acid Amplification) En

el mercado disponemos hoy de la tecnología necesaria para la realización de estos procedimientos con precisión. Su gran ventaja con respecto a los procedimientos de los que se disponía hasta ahora es que, al estudiar en el acto quirúrgico la totalidad del ganglio y poder asegurar el diagnóstico sin la necesidad de estudios diferidos, evita ese 8% de reintervenciones. El procedimiento ha sido ya aceptado en los protocolos que sobre ganglio centinela tiene la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria y recientemente publicado.

¿La reparación de la mama en el mismo acto quirúrgico es un proceso habitual hoy en día?

Siempre que es posible, proponemos a la paciente que va a sufrir una mastectomía la reparación de la mama en el mismo acto quirúrgico. Creemos que es psicológicamente reconfortante para no salir mutilada del quirófano, poder utilizar la ropa interior igual que antes y vestir de la misma manera. Estas intervenciones no alargan significativamente la cirugía y permiten realizar las mismas terapias en el postoperatorio, quimioterapia o radioterapia si son necesarias, sin mayores problemas. Es la cirugía oncoplástica, que debe formar parte de la rutina de cualquier equipo que se dedique a la senología.

¿Hay avances importantes en Radioterapia?

Sí. Una novedad importante que se pondrá en marcha en breve tiempo en la Clínica del Pilar Sant Jordi, en estrecha colaboración con la Fundación Imor, y de la que seremos pioneros en Barcelona. Se trata de la irradiación de las pacientes de forma intraoperatoria, es decir, en el mismo quirófano cuando las operamos. Es una técnica que permite la administración de una elevada dosis de radiación ionizante sobre el lecho quirúrgico durante la intervención, con el objetivo de mejorar el control local de la

“Vamos a comenzar a irradiar a las pacientes de forma intraoperatoria”

enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Las indicaciones actuales son la irradiación del lecho quirúrgico en el tratamiento conservador del cáncer de mama, como sobreimpresión antes de la radioterapia externa o quimioterapia. También se aplica en la irradiación parcial de la mama, solo con radioterapia intraoperatoria en el caso de tumores pequeños de buen pronóstico y en los casos de tener que practicar una mastectomía, conservar el complejo areola-pezones, para facilitar la reconstrucción posterior.

La actual crisis ha introducido ciertos recortes presupuestarios en la Sanidad Pública ¿Cree que los sistemas privados pueden garantizar una buena atención oncológica?

Sin duda. Nosotros hemos realizado un trabajo, pendiente de publicación, en el que recogemos los resultados del tratamiento del cáncer de mama en la sanidad privada. Nuestros datos son novedosos porque, por primera vez, se aportan resultados sobre tasa de curación del cáncer de mama utilizando recursos sanitarios privados, en pacientes que también podrían usar los servicios de un sistema público. Pone de manifiesto que, en la práctica cotidiana, la utilización de la información sobre diagnóstico precoz y tratamiento multidisciplinario que se ha obtenido de ensayos clínicos ofrece altas tasas de curación en cáncer de mama operable. Para ello, es necesario disponer de un equipo motivado por la patología mamaria y con dedicación exclusiva hacia este tema. ■

