



CADI 2022

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

22 AL 24 DE SEPTIEMBRE

CEC:

Centro de Convenciones
Buenos Aires



ROLL / SNOLL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA OCULTOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Riba Paula, Ballarino Lucrecia, Guadalupe Flores Turk, Canals Norma, Acosta José.
Córdoba, Argentina

paulariba19@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

PRIMARIO

Analizar la fiabilidad de la exéresis de las lesiones no palpables de mama mediante la técnica ROLL.

SECUNDARIOS:

Comparar los resultados obtenidos en el grupo de pacientes ROLL con los observados en tumorectomías guiadas con arpón, evaluando:

Tasa de afectación de márgenes quirúrgicos de tumores.

Tasa de ampliaciones.

Tasa de segundas intervenciones.

Tasa y tipo de complicaciones o Influencia de la guía de inyección del radiofármaco (ECO/ETX).

REVISIÓN- TECNICA

Las lesiones nodulares se marcan mediante ecografía y las microcalcificaciones por estereotaxia.

ROLL

ROLL consiste en la inoculación intra o perilesional de macroagregados de albúmina marcados Tc99m guiada con ecografía o mamografía permitiendo la realización de una cirugía radioguiada

Su principal indicación es la localización preoperatoria de lesiones no palpables menores de 2 cm.

Proporciona el radioisótopo que se traslada en una jeringa de 1cc, conteniendo macroagregados de albúmina marcados con Tecnecio 99 metaestable (Tc 99m), el volumen es de 0,1 - 0,2 ml con una actividad de 1.5 mCi (milicurios) cargada con un pequeño volumen de aire, suficiente para empujar toda la dosis.

REVISIÓN- TECNICA

Las lesiones nodulares se marcan mediante ecografía y las microcalcificaciones por estereotaxia.

SNOLL

En el caso del SNOLL se inyectan nanocoloides de albúmina (también con Tc 99m) en un volumen de 0,1 ml con una actividad de 2 mCi.

Mediante ecografía se intenta inyectar en el centro de la lesión. Se utilizan agujas intramusculares y no se usa anestesia local. Es importante reseñar que la ecogenicidad de los nódulos aumenta tras la inyección, suponiendo ésto un signo de inyección exitosa.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

CÁMARA GAMMA QUIRÓFANO

Después de la inyección se comprueba mediante cámara gamma que el trazador se sitúa en la lesión con ausencia de fuga.

En quirófano, se identifica el punto de máxima captación mediante una sonda gammadetectora y se planifica la cirugía buscando el resultado más estético.

Posteriormente se realiza control de pieza quirúrgica para comprobar por ecografía/mamografía, que la misma contiene las imágenes sospechosas

Antes de cerrar el campo quirúrgico se comprueba que ya no existe radioactividad en el interior de la mama.

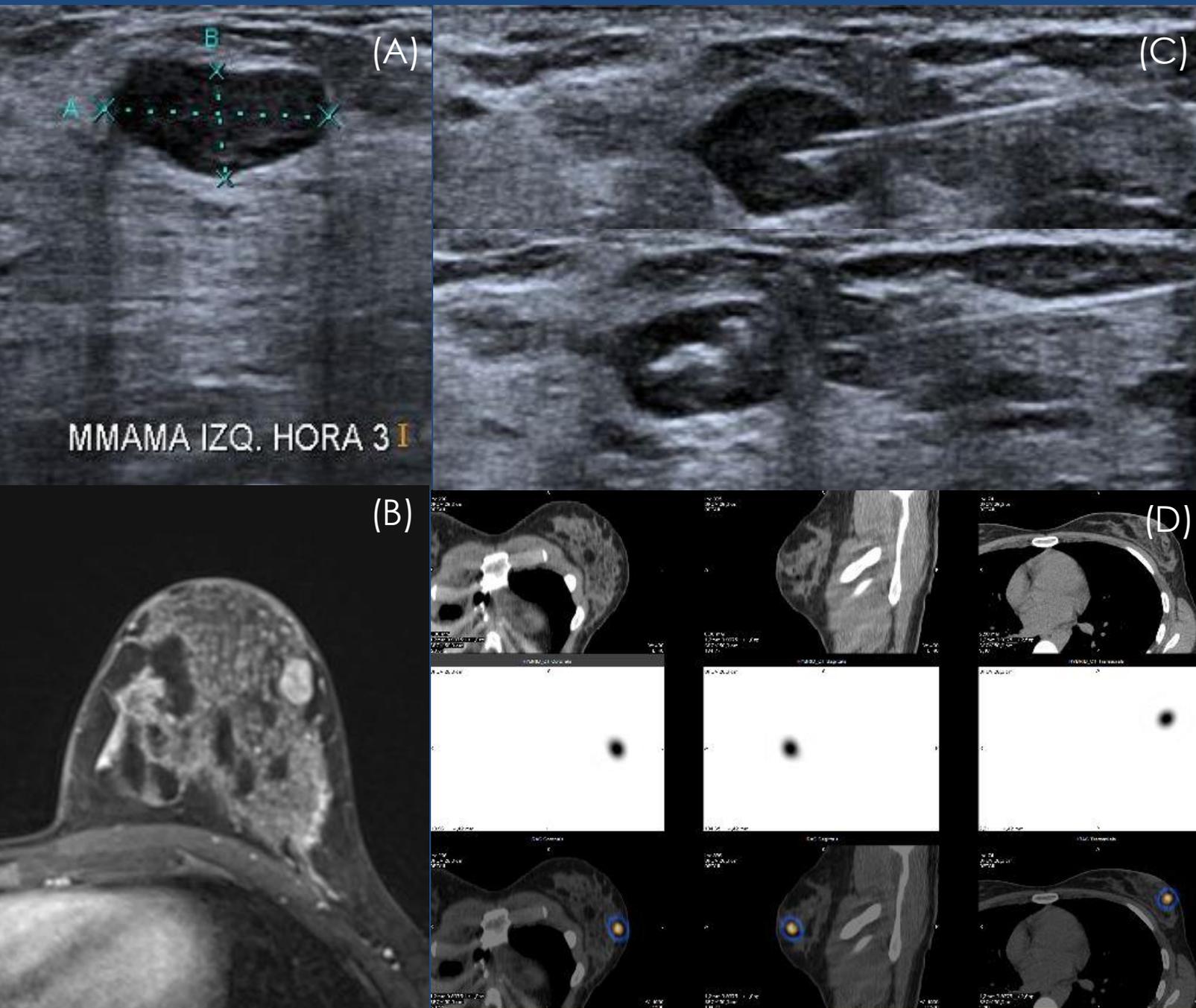
El margen de seguridad que se deja es de 2mm.

RESULTADOS

En nuestra experiencia, las técnicas han demostrado ser simples, mejorando la comodidad del paciente y nuestros resultados en comparación con otros métodos de identificación imagenológico tradicionales.

Aunque estos son nuestros resultados iniciales, creemos que son prometedores . Los diagnósticos anatomopatológicos evidenciaron la extracción de las lesiones sospechosas. La tasa y la gravedad de las complicaciones posoperatorias no fueron significativas.

CASOS DE INTERÉS.

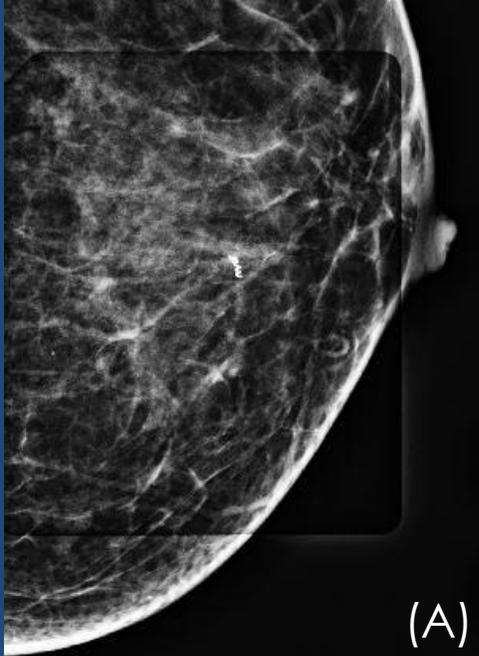


Nódulo en Hora 3 de mama izquierda hipoeecogénico de márgenes circunscriptos. (A), en secuencias con contraste en IRM mamaria realza de manera homogénea (B).

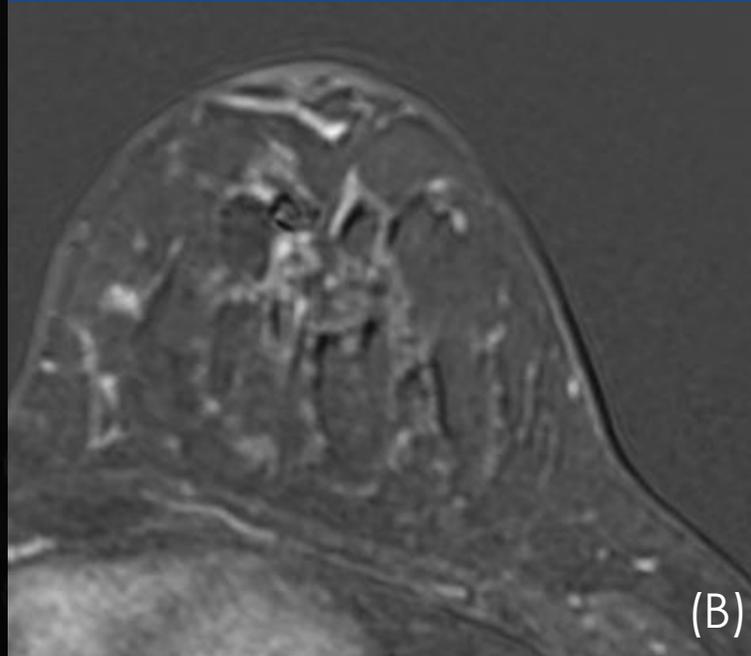
Anatomía patológica pre- quirúrgica: fibroadenoma intracanalicular vs. tumor filodes juvenil.

Marcación con ROLL: inyección intralesional de 55 MBq de macroagregados de albúmina en lesión mamaria guiada por ecografía (C).

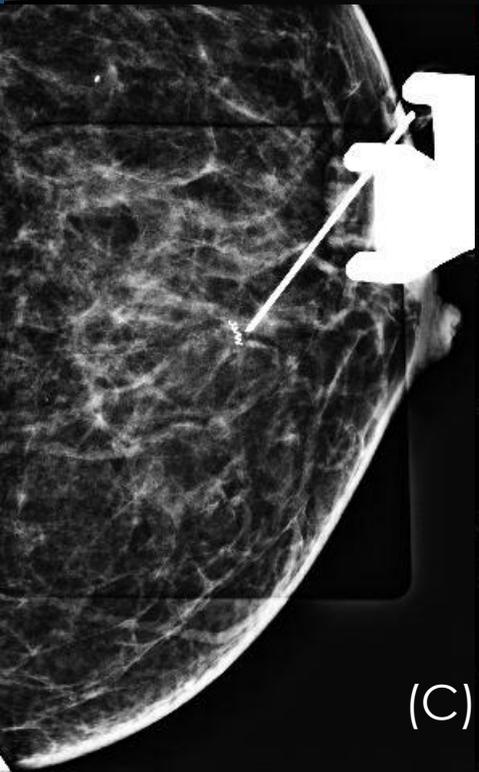
Se observa marcación del radiotrazador en la unión de los cuadrantes externos de la mama izquierda. (D)



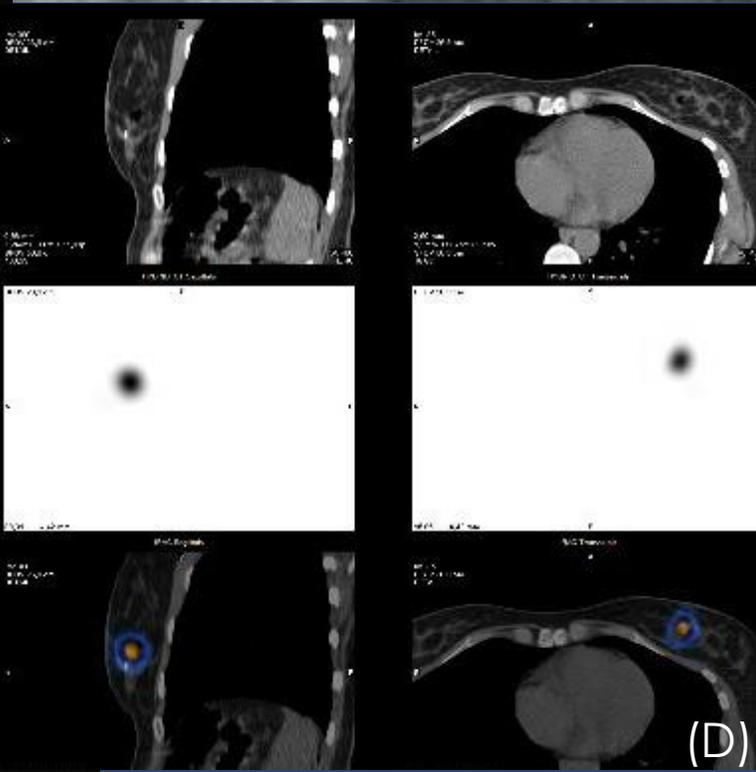
(A)



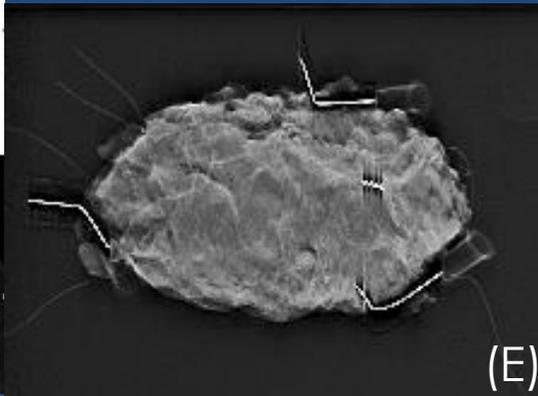
(B)



(C)



(D)



(E)

Mamografía: microcalcificaciones en cuadrante inferior interno de la mama izquierda(A).

SUROS POR ESTEREOTAXIA: anatomía patológica pre-quirúrgica evidencio carcinoma lobulillar in situ.

IRM mamaria: realce heterogéneo en topografía de clip metálico coincidente con la distribución de las microcalcificaciones biopsiadas.(B)

ROLL SNOLL por estereotaxia (C – D)

Pieza quirúrgica: Remanente de Carcinoma lobulillar in situ con extensión ductal (extensión del foco mayor de 5 mm) en sitio de punción (E)

CONCLUSIONES

Desde su introducción en la práctica clínica, varios ensayos clínicos aleatorizados y meta análisis mostraron la precisión y confiabilidad de los procedimientos radio guiados realizados bajo guía imagenológica con técnicas ROLL y/o SNOLL ofreciendo un enfoque práctico para el manejo de lesiones mamarias clínicamente ocultas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dodd GD, Fry K, Delany W (1965) Pre-operative localization of occult carcinoma of the breast. In: Nealon TF (ed) Management of the Patient with Breast Cancer. WB Saunders, Philadelphia, p 88–113
2. Verkooijen HM, Peeters PH, Buskens E et al (2000) Diagnostic accuracy of large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: a meta-analysis. Br J Cancer 82:1017–1021. doi:10.1054/bjoc.1999.1036
3. Fleming FJ, Hill AD, Mc Dermott EW et al (2004) Intraoperative margin assessment and re-excision rate in breast conserving surgery. Eur J Surg Oncol 30:233–237. doi:10.1016/j.ejso.2003.11.008
4. Burkholder HC, Witherspoon LE, Burns RP et al (2007) Breast surgery techniques: preoperative bracketing wire localization by surgeons. Am Surg 73:574–578 discussion 578–9
5. Lovrics PJ, Cornacchi SD, Farrokhyar F et al (2009) The relationship between surgical factors and margin status after breast-conservation surgery for early stage breast cancer. Am J Surg 97:740–746. doi:10.1016/j.amjsurg.2008.03.007
6. Postma EL, Witkamp AJ, van den Bosch MA et al (2011) Localization of nonpalpable breast lesions. Expert Rev Anticancer Ther 11:1295–1302. doi:10.1586/era.11.116