

GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA MAMARIO

FERRI, NINO*
 TRUJILLO, JOSÉ ANTONIO**
 FERRI, FELICE***
 FERRI, FRANCISCO****

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad del ganglio centinela en predecir el estado ganglionar de la axila en pacientes con cáncer de mama.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 50 pacientes consecutivas de la Unidad de Mastología del Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez" de la Ciudad de Valencia entre mayo 2001 y noviembre 2007, con diagnóstico histopatológico previo, con tumores menores de 2 cm y axila clínicamente negativa. Se inyectaron 1-1,5 milicurie de tecnecio 99 usando como vehículo el sulfuro coloidal entre 4 y 12 horas antes del acto quirúrgico, y 2 ml de azul patente, en forma subareolar, veinte minutos antes de la exploración axilar, posterior a la intubación anestésica, procediendo luego a resear el ganglio centinela axilar y a efectuarle una biopsia intraoperatoria.

Resultados: 49/50 pacientes (98%) de las pacientes fueron sometidas a cirugía preservadora, con un franco predominio del uso de dos incisiones (88%). El ganglio centinela fue identificado en 92% de los casos, el 24% de la muestra tuvo axila positiva. En 42% se encontró un solo ganglio centinela, en otro 42% dos ganglios centinelas, en 8% se encontraron 3 ganglios centinelas, y en 4 casos (8%) el ganglio centinela no fue identificado por ninguna de las dos técnicas. El centinela fue el único ganglio positivo en 72.7% de las pacientes sometidas a vaciamiento axilar. En un período de seguimiento promedio de 39,02 meses (DS +/- 25,59) con un rango de 3 a 79 meses. No hemos tenido ningún falso negativo.

Conclusiones: La determinación del ganglio centinela es adecuada para predecir el estado axilar, siendo ideal el empleo de la doble técnica, es decir tecnecio 99 y azul patente, de esta forma podemos evitar en las pacientes estadio I, IIa hasta un 76% de vaciamientos axilares, una vez cumplida la curva de aprendizaje.

Palabras clave: Ganglio centinela, cáncer de mama, azul patente, tecnecio 99.

ABSTRACT SENTINEL LYMPH NODE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Objective: To evaluate the effectiveness of the sentinel lymph node in predicting the ganglionic state of the armpit in patients with breast cancer.

Patients and methods: Fifty consecutive patients from the department of Breast Pathology in Centro Médico Dr. "Rafael Guerra Méndez" were included between May 2001 and November 2007. All had histopathological confirmed tumors that were smaller than 2 cm and had clinically negative axillary nodes. 1-1.5 mc of technetium 99 was administered between 4 and 12 hours before the procedure using colloid sulphide, and 20 minutes before the surgery 2ml of patent blue was injected under the areola, proceeding then to identify and remove the sentinel(s) lymph(s) node(s) to have it analyzed by intraoperative biopsy.

Results: 98% (49) of the patients had breast conservative surgery using two incisions in 88% (44) of the procedures, the sentinel lymph node was identified in 92% of the patients, 24% had positive axillary nodes, and there wasn't any false negative. The sentinel(s) was the only positive node(s) in 72.7% of the patients. The frozen section was performed in all cases. Major complications were not observed.

Conclusions: The sentinel node biopsy is an accurate method to predict the axillary's status, the patent blue V when used alone had a moderate success rate staining the sentinel lymph node and used in conjunction with technetium 99, 76% of the axillary lymphadenectomy could be avoided.

Key words: Sentinel lymph node, breast cancer, blue patent-V, technetium 99

* *Profesor Asociado. Jefe de la Cátedra de Cirugía. Dpto. Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo.*
 ** *Médico Nuclear. Jefe del Servicio de Medicina Nuclear del Centro Policlínico Valencia.*
 *** *Residente Postgrado de Cirugía. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Universidad de Carabobo.*
 **** *Estudiante de Medicina. Universidad de Carabobo.*

La linfadenectomía axilar forma parte del tratamiento estándar del cáncer de mama, debido a la excelente información que se obtiene al conocer el estado ganglionar, que permite la estadiación del paciente para tratar de predecir el comportamiento de la enfermedad y decidir el tratamiento adyuvante. Sin embargo, el procedimiento ocasiona cierta morbilidad que no estaría justificada en aquellos pacientes cuyos ganglios axilares van a resultar negativos.

En la búsqueda de un método tan efectivo como la disección axilar, en la ayuda de predecir el estado ganglionar y a la vez que este método sea preciso y confiable, es decir, que permita reseca sólo el tejido enfermo, surge el concepto del ganglio centinela, introducido por primera vez por Cabanas en 1969⁽¹⁾ y aplicado al cáncer de mama en la década de los 90 por Krag⁽²⁾ y Giuliano⁽³⁾.

El ganglio centinela es, en teoría, el primero en recibir el drenaje linfático del área del tumor, por tanto si éste no es portador de la enfermedad metastásica, el resto de la cuenca ganglionar debe ser igualmente negativo; si esto fuese cierto, entonces se podría omitir la disección axilar, evitando así la morbilidad que ésta acarrea.

En la última década, la detección del ganglio centinela ha demostrado ser tan precisa como la linfadenectomía, en determinar el estado ganglionar axilar en los pacientes con cáncer de mama temprano. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad del ganglio centinela en predecir el estado ganglionar de la axila, en pacientes con cáncer de mama en la Unidad de Mastología del Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez" de la Ciudad de Valencia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron todas las pacientes que acudieron a la Unidad de Mastología del Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez" entre mayo de 2001 y diciembre de 2007, con diagnóstico de cáncer mamario estadio I según la AJCC⁽⁴⁾.

A todas las pacientes se les efectuó examen físico exhaustivo, mamografía, eco mamario, eco abdomino-pélvico, Rx de tórax y gammagrama óseo para una adecuada estadificación, además del respectivo diagnóstico histopatológico.

Fueron excluidas las pacientes jóvenes menores de 40 años, con tumores mayores de 2 cms, con cirugía previa de otra índole sobre la mama, nódulos axilares clínicamente palpables, y aquellas pacientes sometidas previamente a quimioterapia.

Todas las pacientes recibieron como tratamiento quirúrgico una cirugía preservadora con dos incisiones o bien con una sola incisión en los casos de tumores periféricos del cuadrante súpe-

ro externo muy cercanos a la axila.

En los primeros diez pacientes se usó sulfuro de renio marcado con tecnecio 99 como radio fármaco y azul de isosulfan o linfazuirín como colorante a razón de 5 cm³ (1 ampolla) inyectadas en forma peritumoral, estas primeras determinaciones fueron acompañadas por vaciamiento axilar bajo de la axila, posteriormente a partir del caso 11, el tecnecio 99 fue asociado al sulfuro coloidal como vehículo y azul patente como colorante en una dosis de 2 cc. Ambos fármacos inyectados en forma subareolar. El radio fármaco fue colocado en una dosis de 1-1,5 milicurie, iniciando la cirugía entre 4 y 12 horas después de inyectado este. El colorante fue colocado posterior a la intubación anestésica aproximadamente 20 minutos antes del abordaje quirúrgico de la axila y la glándula mamaria fue masajeadada por varios minutos.

Para la ubicación del radio fármaco se empleo un equipo detector de radiaciones externas analógico marca Navigator®, el cual también a través de su sonda permite medir la intensidad del sonido generado por el radioisótopo.

Se efectuó biopsia intraoperatoria para la reconfirmación de la neoplasia, la evaluación de los márgenes quirúrgicos y el estudio del ó de los ganglios centinelas.

Se analizaron las variables, edad, tamaño y ubicación tumoral, diagnóstico histopatológico, número de centinelas detectados, resultado histopatológico de los mismos, número de vaciamiento axilares evitados, fecha de realización del procedimiento y seguimiento de los mismos para evaluación de los falsos negativos.

RESULTADOS

Entre mayo de 2001 y noviembre de 2007 se realizó el procedimiento de detección del ganglio centinela en 52 pacientes pertenecientes a la Unidad de Mastología del Hospital Privado Dr. "Rafael Guerra Méndez" de la Ciudad de Valencia, correspondiendo a 50, el diagnóstico de cáncer mamario. Se excluyeron 2 casos por tratarse, uno de melanoma de la piel de la mama, y el otro de una neoplasia benigna mamaria a la biopsia intraoperatoria (Cuadro 1).

La edad promedio fue de 58,02 años (DS: +/- 10,9 Rango: 41 - 78). (Gráfico 1). El tamaño tumoral promedio en su mayor diámetro fue de 1,51 cms (DS: +/- 0,52 Rango: 0,4 - 2,9 cms) (Gráfico 2).

El 66% de los tumores se encontraban en la mama izquierda, la localización unificando ambas mamas en base a cuadrantes fue de 56% CSE, 22% CSI, 16% CIE, 6% CII (Cuadro 2).

Cuadro 1

Distribución de los procedimientos en base al año de realización

Año	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
2001	7	14%	14%
2002	5	10%	24%
2003	11	22%	46%
2004	6	12%	58%
2005	4	8%	66%
2006	5	10%	76%
2007	12	24%	100%
Total	50	100%	100%

* Fueron excluidos dos casos

Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

Cuadro 2

Distribución de las lesiones en relación al cuadrante afectado

Cuadrante	Frecuencia	Porcentaje
CSE	28	56%
CSI	11	22%
CIE	8	16%
CII	3	6%
Total	50	100%

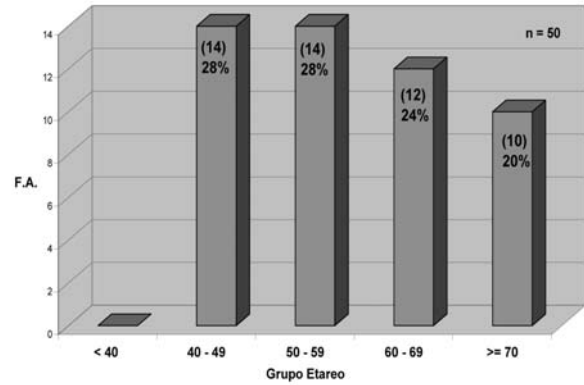
Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

En 43 (88%) de los casos se efectuaron dos incisiones separadas y en 6 (12%) de las intervenciones se efectuó una sola incisión que permitió la extracción del ganglio centinela y del tumor con adecuados márgenes. En una paciente fue necesario efectuar mastectomía radical ante la presencia de márgenes positivos en la biopsia intraoperatoria, en este caso correspondió a una axila sin centinela detectado y el vaciamiento clásico revelo la presencia de 7 nódulos linfáticos positivos de 11 analizados (Gráfico 3).

Desde el punto de vista anatomopatológico el 88% de los casos, resultaron con un carcinoma ductal infiltrante, de los cuales 16 % estaban representados por las variedades medular,

Gráfico 1

Distribución de pacientes en base a grupo etario

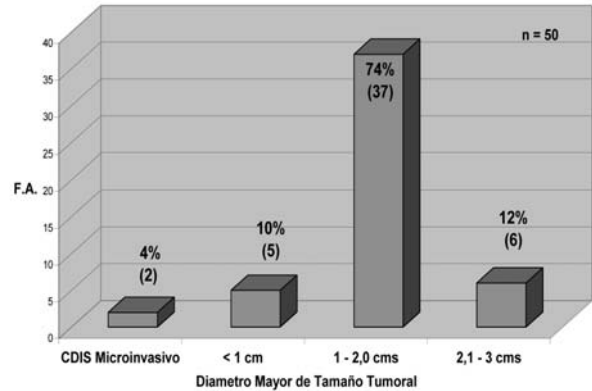


* Fueron excluidos dos casos

Fuente: Consulta Mastológica. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

Gráfico 2

Distribución de pacientes en base al tamaño tumoral



Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

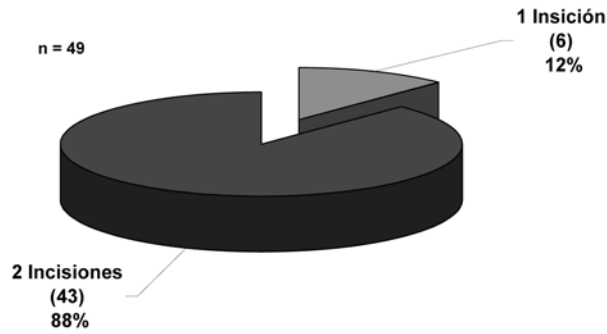
tubular y mucinoso. 10% carcinoma lobulillar y el restante 2% correspondió a un carcinoma metaplásico (Gráfico 4).

En cuanto a los grados de diferenciación se encontró un predominio del grado histológico II y nuclear II con un 62% y 54% respectivamente (Gráfico 5).

La técnica fue efectiva para identificar el ó los ganglios centinelas en 92% de los casos, vale la pena señalar que los cuatro casos donde no identificamos el ganglio centinela, tres de ellos

Gráfico 3

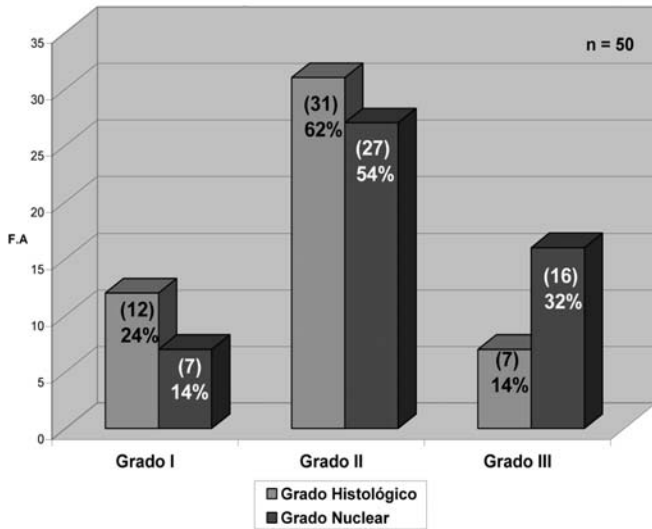
Distribución de pacientes sometidas a cirugía preservadora en base al número de incisiones



Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

Gráfico 5

Distribución de pacientes en base al grado histológico y nuclear

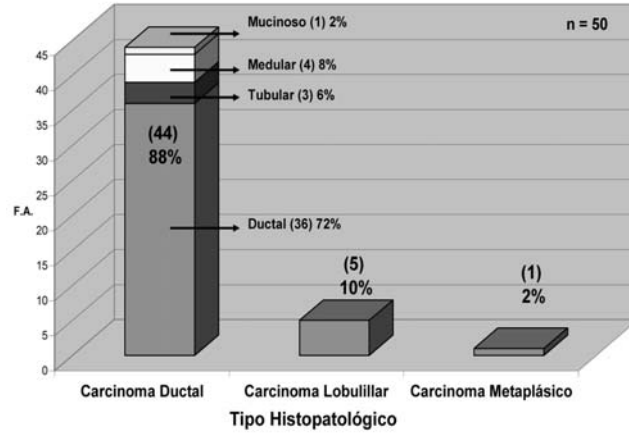


Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

ocurrieron en el comienzo de desarrollo de la técnica. El 80% de los ganglios captaron el radioisótopo tecnecio 99, así como 84% captaron el colorante azul patente. En 72% de los casos funcionaron correctamente los dos métodos, tanto el radioisótopo como el colorante, en un 20% de los mismos al menos funcionó una de las dos modalidades (Gráfico 6).

Gráfico 4

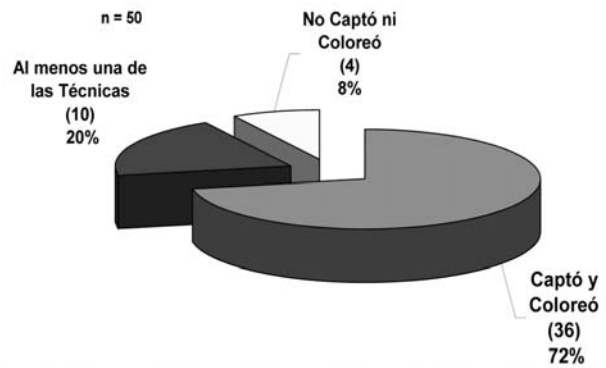
Distribución de pacientes en base al diagnóstico histopatológico



Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

Gráfico 6

Distribución de pacientes en base a la eficacia de la doble técnica

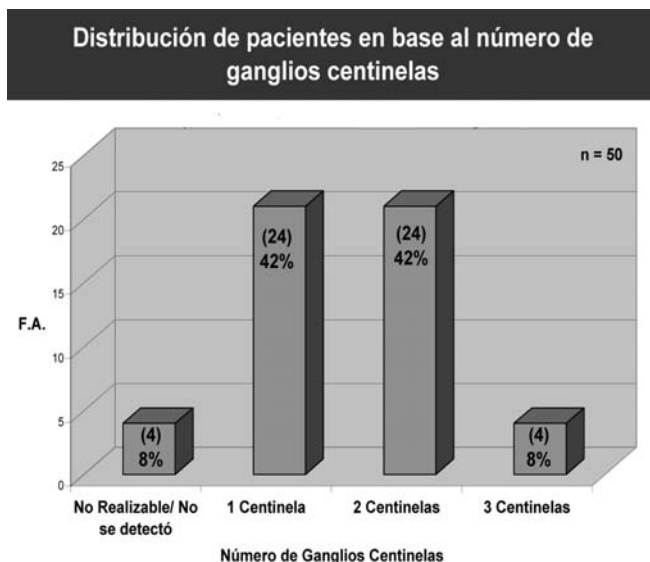


Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

En el 42% se detectó un sólo ganglio centinela y se detectaron dos ganglios centinelas en otro 42%, en el restante 8% de los casos pudimos identificar tres ganglios centinelas para una media de 1,64 ganglios por paciente (DS: +/- 0,64 Rango: 1 - 3)(Gráfico 7).

De los ganglios centinelas identificados se detectó un número de 11 pacientes (24%) con nódulos linfáticos positivos, siendo en el 72.7% el único ganglio comprometido una

Gráfico 7



Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

vez efectuada la linfadenectomía axilar y un 76% con ganglios centinelas negativos, evitándose el vaciamiento axilar en 35 pacientes (Gráfico # 8).

Gráfico 8



Fuente: Unidad de Mastología. Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez"

En un período de seguimiento promedio de 39,02 meses (DS 25,59 con un rango de 3 a 79 meses) no tenemos falsos negativos.

Un sólo caso presentó captación del isótopo en la axila y en cadena ganglionar de la mamaria interna.

Todos los pacientes presentaron orinas azules en las primeras horas del postoperatorio y leve tinte azulado de carác-

ter transitorio en piel y mucosas. No se presentaron fenómenos alérgicos.

A la fecha no se han presentado recidivas locales, pero tenemos dos casos con recurrencia sistémica, una con metástasis ósea con centinela no detectado y axila negativa, y otra con metástasis pulmonares y óseas que presentó detección del centinela el cual fue negativo y lesión neoplásica de 9 mm, ambas con inmunohistoquímica desfavorable.

DISCUSIÓN

Al momento actual, la oncología debe ser lo más precisa posible, es decir el agente terapéutico debería tratar únicamente el tejido enfermo, para mejorar la calidad y expectativa de vida. Cuando analizamos el manejo del carcinoma mamario, vemos como inicialmente se planteó por muchos años una mastectomía radical, a finales del siglo pasado se llevó el tratamiento a una cirugía preservadora de la glándula, y vemos ahora la posibilidad de evitar el vaciamiento axilar. En aquellos casos con axila clínicamente negativa presentan una positividad de la misma de un 30%⁽⁵⁾, es decir, en esos casos se efectúa aproximadamente un 70% de vaciamientos axilares en forma innecesaria, con la morbilidad que ello conlleva.

El primer objetivo de una prueba es su efectividad, y ésta debe estar cercana al 100%, en nuestra serie ésto correspondió al 92 % de los casos, es decir 46 de 50 pacientes, vale la pena acotar que 3 de los pacientes donde no se identificó el ganglio centinela correspondieron a los inicios de ejecución de la técnica, por lo que se evidencia que es importante cubrir una curva de aprendizaje, de allí que en algunos centros se han desarrollado modelos experimentales de entrenamiento⁽⁶⁾.

En relación a otros autores, tenemos que Hernández⁽⁷⁾ usando la doble técnica presenta una identificación del centinela de 239, sobre un total de 240 pacientes, es decir 99,5%.

Con respecto al tamaño tumoral, a pesar de que incluimos sólo pacientes con tumoraciones clínicamente menores de 2 cms, nos encontramos con 6 pacientes (12%) con neoplasias superior a los 2 cms desde el punto de vista patológico, siendo una de las razones el tiempo de espera entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

En cuanto a la edad, tuvimos un franco predominio de mujeres postmenopáusicas como corresponde cuando manejamos carcinomas tempranos en estadio I y IIa, 58,02 años (DS: +/- 10,9 rango: 41 - 78).

Histopatológicamente predominó el grado nuclear e histológico II y la forma ductal infiltrante en un 88% de las pacientes, tal como ocurre con los diferentes autores⁽⁸⁾. En nuestra serie presentamos dos casos de carcinoma ductal in situ con microinvasión que fueron sometidos a éste procedimiento con resultado negativo, resultando una indicación justificada en este tipo muy particular de casos, el cual se hacen más frecuentes con la masificación de la mamografía de pesquisa^(9,10,11).

La disección axilar como parte del tratamiento del carcinoma de mama tiene un doble papel: el control locorregional de la enfermedad y al mismo tiempo proporciona información pronóstica invaluable para decidir el tratamiento adyuvante, el ganglio centinela es el primer ganglio en recibir el drenaje del tumor primario y reflejo del estado del resto de la red linfática axilar.

Esta multidisciplinaria técnica depende del cirujano, del médico nuclear y del patólogo. Hoy en día está muy claro que se debe efectuar su localización empleando la doble técnica, es decir usando un vehículo marcado con isótopo radioactivo, siendo el más empleado el tecnecio 99, acompañado de un colorante, siendo el más usado el azul patente por su bajo costo y su excelente y rápida difusión por las vías linfáticas^(12,13,14).

Con respecto a las técnicas de detección existen variaciones significativas, desde la inyección intradérmica, intratumoral, peritumoral hasta la inyección del isótopo y el colorante en múltiples puntos. Nosotros empleamos inicialmente en los primeros diez casos la vía peritumoral, pero posteriormente pasamos a la vía subareolar tanto con el isótopo, como con el colorante, tal como ocurre en muchos centros⁽¹⁵⁾.

En cuanto al número de centinelas, tuvimos un promedio de 1,6, es decir muchas veces nos encontramos con dos o tres nódulos linfáticos, un sólo paciente presentó un ganglio centinela en axila y además captación del isótopo a nivel de la cadena mamaria interna, coincidiendo con otros autores^(16, 17).

En cuanto a los pacientes con detección del centinela, obtuvimos una mejoría en la detección de un 88% en los primeros 25 casos⁽¹⁷⁾, a un 92% en los 50 pacientes, con un 76 % de centinelas negativos y un 24 % de centinelas positivos a la biopsia intraoperatoria, lo que obligó a efectuar un vaciamiento axilar clásico de dos niveles en este último grupo. En relación a los ganglios negativos, cuando se han sometido a estudios de inmunohistoquímica con citoqueratina, se han identificado hasta un 18% de micrometástasis (< 0,2 mm); sin embargo, hasta ahora la ausencia de tratamiento de estos casos no parece alterar el curso de la enfermedad⁽¹⁹⁾.

En relación a los falsos negativos, se describen en la literatura de un 0 a 5% de casos (20,21,22,23). A la fecha actual con un seguimiento que presenta un promedio de 39,02 meses (DS 25,59 con un rango de 3 a 79 meses) no tenemos falsos negativos.

La técnica del ganglio centinela ha demostrado ser un método suficientemente confiable para evaluar el estado axilar en pacientes con cáncer de mama, y de esa manera sustituir la linfadenectomía axilar, principalmente en neoplasias menores de 3 cms, con axila clínicamente negativa, tal como lo evidenciamos en nuestro trabajo.

El porcentaje de detección fue de 92% cuando empleamos la doble técnica de identificación como lo son, el uso de tecnecio 99 asociado al sulfuro coloidal y el azul patente como colorante. Podemos de esta forma reducir hasta un 76% los vaciamientos axilares, logrando evitar la morbilidad que presenta, y beneficiando por ende la calidad de vida de este grupo importante de pacientes. No tuvimos ningún caso de falso negativo, con un seguimiento promedio de 39.02 meses (DS +/- 25.59) con un rango de 3 a 79 meses.

Por supuesto, es necesario cumplir con una curva de aprendizaje que dependerá de la experiencia personal y de cada grupo de trabajo.

REFERENCIAS

1. Cabanas R. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer* 1977;39:456-466
2. Krag D, Weaver D, Alex J, Fairbank J. Surgical Resection and radio-localization on the sentinel lymphnode in breast cancer using a gammprobe. *Surg Oncol* 1993; 2:335-339
3. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM, Morton DL. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg* 1994;3:391-401
4. American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging*. 6ª edición. Springer-Verlag 2003. www.cancerstaging.net
5. Martirén E, Higuerey J, Rodríguez JC, Rodríguez D, Paredes R, Betancourt L. Detección del ganglio centinela en cáncer de mama. *Rev Venez Oncol* 2002;14(1):2-15
6. Keshtagar M, Chicken D, Waddington W, Raven W. A training simulator for sentinel node biopsy in breast cancer : a new standar. *Eur J Surg Oncol* 2005 Sep;31(7):805-6
7. Hernández G, Paredes R, Manzo A, Marín C, Hernández J. Experiencia de la Unidad de Mastología de la Clínica Leopoldo Aguerrevere. En: Hernández Muñoz G, Barros A, Del Castillo R, editores. *Ganglio centinela en mastología*. Caracas Venezuela : Panamericana; 2006. p.305-309
8. Kim T, Giuliano A, Lyman G. Lymphatic mapping and sentynel lymph node biopsy in early-stage breast carcinoma : a metanalysis. *Cancer* 2006 Jan 1;106(1):4-16
9. Van Deurzen C, Hobbelenk M, Van Hillegersberg R. Is there an indi-

- cation for sentinel node biopsy in patient with ductal carcinoma in situ of the breast? A review. *Eur J Cancer* 2007 apr;43(6):993-1001
10. Cserni G, Boros G, Maraz R, Rajtar M. Sentinel lymph node biopsy for in situ carcinoma of the breast. *Magy Seb.* 2006 Jun;59(3):164-72
 11. Ferri N, Rodríguez M, Ferri F. Carcinoma in situ de la glándula mamaria. Un reto para el mastólogo. *Salus.* 2005. Dic;9(3):16-20.
 12. Defechereux T, Maweja S, Meurisse M. Recent advances in breast cancer surgery : The sentinel-node biopsy technique. *Rev Med Liege.* 2007 May-Jun; 62(5-6):410-3
 13. Ballarin A, Franchini Z, Datri C, Marchi R. Sentinel lymph-node biopsy for breast cancer. Analysis of 235 cases and review of the literature. *Chir Ital* 2006 Sep-Oct; 58(5):583-95
 14. Motomura K, Egawa C, Komoike Y, Kataoka T. Sentinel node biopsy for breast cancer: technical aspects and controversies. *Breast Cancer* 2007;14(1):31-6
 15. Thevarajah S, Huston T, Simmons R. A comparison of the adverse reactions associated with isosulfan blue versus methylene blue dye in sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *Am J Surg* 2005 Feb;189(2):236-9
 16. Hernández G, Paredes R, Marín C, Manzo A, Hernández J. Identificación del ganglio centinela en cáncer de mama. *Rev Venez Oncol* 2001;12(4):132-142
 17. Freda F, Fabbrocile G, Antropoli M, Manganiello A, Nunziata L. Sentinel node in the surgical treatment of the breast cancer. Technique and clinical experience. *Minerva Chir* 2005. Aug;60(4):235-4
 18. Ferri N, Trujillo J, Turiaf M. Experiencia de la Unidad de Mastología del Centro Medico " Dr Rafael Guerra Mendez". En: Hernández Muñoz G, Barros A, Del Castillo R, editores. *Ganglio centinela en mastología.* Caracas, Venezuela : Panamericana; 2006. p.285-286
 19. Chagpar A, Middleton L, Sahin A, Meric-Bernstam F, Querer H. Clinical outcome of patients with lymph node-negative breast carcinoma who have sentinel lymph node micrometastases detected by immunohistochemistry. *Cancer.* 2005 Apr 15;103(8):1581-6
 20. Tuttle TM. Sentinel lymph node biopsy. Preferred method axillary staging for breast cancer. *Minerva Ginecol.* 2005 Jun; 57(3):293-303
 21. Leidenius MH. Sentinel node biopsy in breast cancer *Acta Radiol.* 2005 Dec;46(8):791-801
 22. Mathelin C, Salvador S, Guyonnet J. Axillary lymph node recurrence after sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2007 May;36(3):253-9
 23. Leong SP. Paradigm shift of staging and treatment for early breast cancer in the Sentinel lymph node era. *Breast J.* 2006 Sep-Oct; 12(5):128-33.



NOTICIAS BREVES

Respetable colega:

Luego de saludarle y desear que continúen sus éxitos, le informo que durante el Consejo Nacional realizado en el reciente Congreso Venezolano de Cirugía, se designó a Barquisimeto como sede de las LXV Jornadas Nacionales de Cirugía que se harán desde el 30 de octubre al 1 de noviembre. En nombre del Comité Organizador de la sede de las Jornadas, me dirijo a usted para solicitar su ayuda en la elaboración del Programa Científico del evento aportando ideas para los temas a desarrollar en esos días. Le recuerdo que se acostumbra hacer cursos pre-jornadas, simposios, mesas redondas, conferencias magistrales u otro tipo de actividad informativa que usted sugiera y es acá donde sus ideas son útiles al asomar temas, expositores, patrocinadores, e incluso, si ud. puede presentar una conferencia o desea participar en otra forma activa, me gustaría conocerla para presentarla durante las reuniones organizativas que se harán con la Junta Directiva Nacional de la Sociedad durante los próximos días. Mi idea es que la Sociedad sea participación de todos sus miembros

en cada actividad realizada y que no seamos sólo miembros pasivos que asistimos a ver y oír lo que hacen los habituales profesores invitados; lo mismo que todos los miembros participemos de manera activa en las decisiones que se tomen, y es la RED(internet) una de las armas que ayudará a lograrlo. Piense en esta propuesta, respóndame pronto sobre sus ideas, y ayúdeme a que las Jornadas sean satisfactorias para todos. Espero su oportuna respuesta, y le espero en la Capital Musical, Ciudad de los Crepúsculos, Barquisimeto esos días, para que disfrute de nuestra hospitalidad. Saludos.

M. Eduardo Castillo Rojas

Delegado al Consejo Nacional por el Capítulo Lara
Servicio de Cirugía Hospital IVSS Dr. Pastor Oropeza R.
Departamento de Cirugía. Clínica Quirúrgica 5º año.
Decanato de Medicina. U. Centro-Occidental Lisandro Alvarado
Barquisimeto. Venezuela

eduardocastillor@gmail.com