

ANEXO 1: Protocolo HUMS localización del Ganglio Centinela en melanoma.

PROTOCOLO DE LOCALIZACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA (GCENTME)

UNIDAD EMISORA	Servicio de Medicina Nuclear
----------------	------------------------------

FECHA (mm/aaaa)			
REVISION "A"	ELABORADO POR	Johanna Espejo Pablo Navarro Pilar Egea Carolina Catalán	01/2015
	APROBADO POR	Comisión de Tecnología	
FECHA PROXIMA REVISION			01/2017

REGISTRO DE REVISIONES			
ID REVISION	FECHA (mm/aaaa)	ACTUALIZADO POR	PROXIMA REVISION (mm/aaaa)
B	01/2018	Pablo Navarro	01/2021

ÍNDICE

Pág.

ABREVIATURAS	Lista de abreviaturas empleadas	2
CONTENIDO		
	1. Introducción	3-4
	2. Indicaciones	4
	3. Contraindicaciones	4
	4. Citación del paciente	4-5
	5. Precauciones generales	5
	6. Precauciones especiales	5
	7. Preparación del paciente	5
	8. Radiofármaco	5
	9. Técnica de realización	5-6
	10. Procesado y Evaluación de resultados	7-9
	11. Dosimetría	9
	12. Criterios de evaluación del protocolo	9
BIBLIOGRAFÍA	Bibliografía	10
ANEXO	Anexo I. Hoja de información del paciente	11-12
	Anexo II. Hoja de Solicitud de exploración	13
	Anexo III. Hojas de trabajo	14-16
	Anexo IV. Diagrama de flujo	17

LISTADO DE ABREVIATURAS EMPLEADAS

99mTc	Tecnecio-99-metaestable
mCi	milicurio
keV	Kilo-electronvoltio
Kcts	Kilocuentas
mSv	milisievert
MBq	Megabequerelio
mGy	Miligray
GC	Ganglio Centinela
BSGC	Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela

1. INTRODUCCIÓN

La técnica de ganglio centinela permite la localización y biopsia selectiva de los ganglios linfáticos a los que drena de forma directa un tumor. La biopsia selectiva facilita que el estudio anatomo-patológico del ganglio se realice de forma individual y extensiva. La existencia o no de invasión tumoral en algún ganglio centinela determinará la necesidad de realizar una linfadenectomía electiva del territorio de drenaje linfático de dicho tumor.

El melanoma es un cáncer de piel que se origina de las células de la cresta neural, que migran durante el desarrollo embriológico y se localizan en la capa basal de la epidermis. Es el tercer tumor más común de piel y el más agresivo de ellos (1).

El melanoma tiene dos fases de crecimiento, una fase horizontal, en la que se produce la afectación epidérmica, y otra, de crecimiento vertical, en la que se produce el daño dérmico y es cuando hay más riesgo de metástasis.

La técnica del ganglio centinela en el melanoma cutáneo es una técnica que pretende evitar la realización de linfadenectomías electivas en los pacientes en los cuales no se demuestran metástasis linfáticas.

El ganglio centinela se considera el factor pronóstico **independiente** más poderoso, ya que tiene gran utilidad para la estadificación y manejo del paciente y lo protege de la recurrencia del melanoma, sobre todo de la recurrencia ganglionar (3).

No se debe realizar en pacientes a quienes se les han realizado disecciones amplias y colgajos durante la resección inicial del tumor especialmente en cabeza, cuello y tronco porque se ha alterado el drenaje linfático. (3).

2. INDICACIONES

Se recomienda la BSGC para los pacientes con melanomas cutáneos de espesor intermedio, (Espesor de Breslow, de 0,75 a 4 mm), en cualquier lugar anatómico. (4)

Aunque hay pocos estudios que se centran específicamente en pacientes con melanomas de gran espesor, (T4; espesor de Breslow > 4 mm), el uso de la BSGC en esta población se puede recomendar para estadiaje y para facilitar el control de la enfermedad regional. (4)

No hay suficiente evidencia para recomendar la realización de la BSGC en pacientes con melanomas de pequeño espesor, (T1; espesor de Breslow < 1mm), sin embargo ésta se puede considerar en pacientes seleccionados con elevados factores de riesgo en los que los beneficios del estadiaje patológico sobrepasan los riesgos del procedimiento.

3. CONTRAINDICACIONES

Absolutas:

- Evidencia de metástasis regional o a distancia.
- Cicatriz de la biopsia escisional superior a 6 cm.

Relativas:

En pacientes embarazadas debe evaluarse el criterio riesgo/beneficio. En niños también debería evaluarse la relación riesgo/beneficio.

Se debe usar el juicio clínico cuando se considera la BSGC en pacientes con comorbilidades importantes, en los que los riesgos quirúrgicos y anestésicos puedan ser aumentar la morbilidad, (4).

4. CITACIÓN DEL PACIENTE

Una vez comentado el caso a tratar por el Comité de Melanoma del hospital, la consulta de Proceso de Melanoma citará al paciente en la agenda de citaciones específica. Al paciente se le entregara la hoja de información de la prueba con la fecha y hora en la que debe acudir a Medicina Nuclear y se enviará al Servicio de Medicina Nuclear el volante de petición.

El volante de petición deberá ir cumplimentado con la información clínica relevante, incluyendo: **fecha y tipo de resección, tipo histopatológico, localización del melanoma, Nivel de Breslow, Nivel Clark, ulceración, mitosis y regresión.**

5. PRECAUCIONES GENERALES

Si se va a utilizar este radiofármaco durante la lactancia, ésta debe aplazarse 4 horas.

6. PRECAUCIONES ESPECIALES:

Ninguna

7. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

Ninguna.

8. RADIOFÁRMACO:

99mTc-nanocoloide.

8.1. VÍA DE ADMINISTRACIÓN.

Intradérmica.

8.2. DÓSIS RECOMENDADA

1 mCi de 99mTc en 1 mL en dosis fraccionadas de 0.25mCi/0.25ml cada una.

9. TÉCNICA DE REALIZACIÓN.

Debe indicarse siempre a los pacientes que retiren todos los objetos metálicos que lleven antes de proceder a la gammagrafía: reloj, llaves, móvil, monedas, medallas, cremalleras, botones de pantalón, ya que pueden provocar artefactos por atenuación en la imagen.

. Aplicar anestésico tópico sobre y alrededor de la lesión.

- Colocar al paciente en la gammacámara según la localización de la lesión (si la lesión es dorsal se colocará en decúbito prono)
- Asepsia y antisepsia de la zona.
- Se realizarán de 2 hasta 4 inyecciones tangenciales intradérmicas pericicatriciales en dosis de 0.25mCi/0.25ml

Adquisición de imágenes.

Modalidad de adquisición: imágenes dinámicas y estáticas anterior-posterior.

Colimador: de alta resolución para bajas energías o propósitos generales.

Ventana: del 20% centrada en el fotópico de 140 keV.

Tiempo: la adquisición se inicia de manera simultánea a la inyección

Zoom: 1

- Fase dinámica que se inicia una vez administrado el radiotrazador, con matriz de 128x128, que se prolongará en dependencia de la visualización del drenaje hacia las estaciones ganglionares, y según el criterio del facultativo. Se recomienda dibujar el contorno del cuerpo del paciente con un lápiz de cobalto o con una jeringa con tecnecio para una mejor correlación anatómica.
- Inmediatamente después de la fase dinámica se realizan imágenes estáticas de 5 minutos de duración, con matriz de 128x128, centradas en las estaciones ganglionares de riesgo de infiltración metastásica.
- Si el facultativo lo considera necesario, se realizarán imágenes estáticas tardías adicionales.
- Marcar con tinta del punto de referencia cutáneo de todos los ganglios centinelas identificados.

Si el especialista considera que es necesario mejorar la localización del ganglio centinela se realizará SPECT/TC de baja dosis.

Adquisición de imágenes de SPECT/TC de baja dosis:

Orbita no circular, con detectores en 180°, modo avance y toma, matriz 128x128, zoom 1; 64 imágenes de 15 segundos cada una.

Al terminar la adquisición de las imágenes se llama al facultativo responsable y se comprueba en el control de calidad que el paciente no se haya movilizado y se

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“MIGUEL SERVET”
MEDICINA NUCLEAR
Pº Isabel la Católica, 1-3
50009 ZARAGOZA

valora el sinograma y el linograma. Posteriormente se completa el estudio y se envían a la estación de trabajo (esoft) la TOMO y los 3 TAC

10. PROCESADO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Las imágenes estáticas y dinámicas no requieren procesamiento y deben ser enviadas al PACS.

El procesado de las imágenes de SPECT/TC es:

Cargar el estudio para la reconstrucción:

- Pulsar control y seleccionar: TOMO Melanoma

AC AbdRoutine 5.0

Abd_TejBlandos 5.0

Abd_Hueso 5.0

- En CATEGORÍA (lateral superior derecha): seleccionar Melanoma y en este seleccionar: Melanoma (procesado y display de SPECT-TAC con clearmap).

SELECTOR DE DATOS:

Es una actividad automática. No se modifica.

CONTROL DE CALIDAD:

Verificar en el sinograma y linograma que no haya movimientos desplazando la línea roja.

RECONSTRUCCIÓN TOMO:

- Ajustar las líneas rojas que son los límites de la reconstrucción.

Línea superior: debe estar en la parte superior de la zona explorada.

Línea intermedia (punteada): en medio de la zona explorada.

Línea inferior: inmediatamente inferior de la zona explorada.

- Si se modificaron las líneas pulsar en APLICAR PARAMETROS A TODAS LAS SERIES.
- Si no hay imagen en APLICAR A SERIE: Selecciono ISOTOPO A.

REGISTRO DE IMAGEN:

- Nos muestra la imagen del SPECT sobre el TAC.
- Verificar que las estructuras estén alineadas. Si no lo están se pueden modificar con los iconos: PANORÁMICA.

GIRAR.

DESHACER.

- O con las barras que están debajo de los cortes Transversal, Sagital o Coronal.

ESTIMACIÓN DE LA DISPERSIÓN:

Es una actividad automática. No se modifica.

MAPA DE ATENUACIÓN:

- Actividad automática.
- Verificar que el valor de energía del Isótopo sea: TECNECIO 99m.
- Si no se hace automáticamente seleccionar el Isótopo del desplegable de la parte inferior (Tecnecio 99m) para cada fila de TAC que aparece en el desplegable de la parte superior de la pantalla.

RECONSTRUCCIÓN TOMO:

- Inicialmente no se modifica pero pueden cambiarse los parámetros del filtro a criterio del facultativo.
- Comprobar que está seleccionado: aplicar mapa de atenuación.

RECONSTRUCCIÓN TOMO:

- Actividad automática.
- Igual que la anterior.

REGISTRO DE IMAGEN:

- Se comprueba la alineación del TAC y SPECT ya reconstruido y se hace igual que el registro inicial (en caso de que sea necesario cambiar algo).

PÁGINA FLEXIBLE:

- Para ver el resultado de la reconstrucción del estudio.
- Mirar las diferentes pestañas donde se puede ver: SPECT CORREGIDO, SPECT SIN CORREGIR, FUSIÓN, CORTES TRANSVERSALES, CORONALES y SAGITALES FUSIONADOS.

ENVÍO A PACS:

- En guardar pantalla en que se envía a PACS: Corregido, no corregido, transversas fusión.
- Opcional impresión en formato papel de color: CODONICS COLOR.

COMPLETAR el estudio para guardar la reconstrucción.

- Seleccionar COMPLETO.

Detección del ganglio centinela (GC) en quirófano.

Tras la incisión se guiará al cirujano con la sonda hacia el lugar de máximo contaje. Se considerará que el ganglio extirpado es el centinela si presenta un índice ganglio/fondo in vivo superior a 3:1 y ex vivo mayor de 10:1 con un fondo de 0.

No se consideran centinelas los ganglios que tengan menos del 10 % de cuentas que el que presentó mayor actividad. Se anotará en la hoja de trabajo la captación de cada ganglio.

- Despues de la resección se realizará un rastreo del lecho quirúrgico para descartar actividad residual que pudiera corresponder a otro GC.
- Todos los GCs extraídos se enviarán a anatomía patológica correctamente numerados para su estudio en diferido.
- Se realiza un informe detallado que incluya: la técnica utilizada y los resultados de las imágenes gammagráficas.

11. DOSIMETRÍA

Órgano mGy/1mCi (37MBq)

Sitio de la inyección	300
Ganglios linfáticos	3
Hígado	0,1
Ovarios	0,7
Testículos	0,7
Riñones	0,16
Cuerpo entero	0,01-0,02

Absorbed dose per unit activity administered (mGy/MBq)

12.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
Informes realizados	Nº de informes realizados Nº procedimientos realizados	Fallo instrumental	100%

13. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.** http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/comite_tumores/melanoma.pdf
- 2.** http://www.skincancer.org/media/legacy/stories/melanoma_letter/MelanomaLetter_28_3.pdf http://www.eanm.org/publications/guidelines/gl_onco_eanm_eortc.pdf

3. FINAL TRIAL REPORT OF SENTINEL-NODE BIOPSY VERSUS NODAL OBSERVATION IN MELANOMA. Morton D.L, Thomson J.F, Cochran A.J y cols. The New England Journal of Medicine. Volumen 370, Número 7, Febrero 13 de 2013

4. SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY FOR MELANOMA: AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY AND SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY JOINT CLINICAL PRACTICE GUIDELINE.

Wong, S, Balch C, Hurley P y cols. Journal of Clinical Oncology. Volumen 30, Número 23, Agosto 10 de 2012.

- 5.** <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v46n3/2%20melanoma.pdf>
- 6.** NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Melanoma V 1.2017.
www.nccn.org

HOJA INFORMATIVA Y DE CITACION

Servicio Medicina Nuclear

**Si está embarazada o piensa que puede estarlo, deberá comunicarlo,
pues no se realizará la prueba.**

Infórmenos también si está en periodo de lactancia.

GANGLIO CENTINELA MELANOMA + QUIRÓFANO: GCENTME

Acudirá el día ___ de _____ de ____, a las ___:___ horas, al **Servicio de Medicina Nuclear** del HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, situado en la planta Baja del Hospital General.

Si por alguna razón no puede acudir en el día y hora de la cita, rogamos nos lo comunique llamando al teléfono 976-76 95 70. Podremos atender a otro paciente en su lugar.

En las exploraciones realizadas en el Servicio de Medicina Nuclear se utilizan diferentes sustancias radiactivas (Radiofármacos) administrados generalmente por vía intravenosa que se depositan de forma selectiva en el órgano que se va a estudiar. Estas sustancias no tienen efectos secundarios conocidos a las dosis utilizadas y producen una irradiación corporal generalmente inferior a la de las exploraciones radiológicas.

La única contraindicación para realizar la exploración es el embarazo.

Si tiene alguna duda con respecto a la prueba que le vamos ha realizar puede solicitar información detallada al médico responsable.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me han explicado adecuadamente la exploración que me van ha realizar y consiento en que me sea practicada.

Fecha: Zaragoza a, de de

Firma: Don / Dña. _____

Si el paciente estuviera incapacitado para la firma del presente documento o fuese menor de edad. Don / Dña en calidad de **Padre / Madre / Tutor Legal**, autoriza la realización de la prueba.

Fecha: Zaragoza a, de de

Firma: Don / Dña. _____

SOLICITUD DE EXPLORACIÓN GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA

Nombre:
Nº HC:

Médico solicitante:
Servicio:
Fecha de solicitud:

Fecha de intervención:
Hora de intervención:

Remitido a Cirugía por:	
Edad	
Localización de la lesión	
AP de la lesión	
Fecha exéresis	
Tipo de intervención realizada	
Fecha comentado en el Comité	
Observaciones:	
Firma	

GANGLIO CENTINELA MELANOMA

Número		
Edad		
Médico remitente		
De la consulta		
Fecha 1º consulta		
Localización del melanoma		
Tamaño de la lesión		
Fecha exéresis		
Fecha AP de la lesión		
lesión previa	infiltración	
tipo histológico	nº de mitosis	
tipo celular	regresión	
diferenciación	ulceración	
atipias	Clark	
fase de crecimiento	Breslow	
invasión vascular	márgenes	
Fecha consulta cirugía GC		
Fecha comentado en comité		
Fecha realización GC		
nº CG en gammagrafía	Tiempo de aparición	
cadena		
drenaje esperado	drenaje no esperado	
nº GC extraídos	nº GC no extraídos	
Fecha AP GC		
AP GC		
Fecha linfadenectomía		
AP linfadenectomía		
Tratamiento		
Revisiones en consulta		
Fecha última revisión		
Estado actual		
Incidencias		

--	--	--

Fecha esta revisión:

Etiqueta de radiofarmacia

GANGLIO CENTINELA MELANOMA

Nombre:

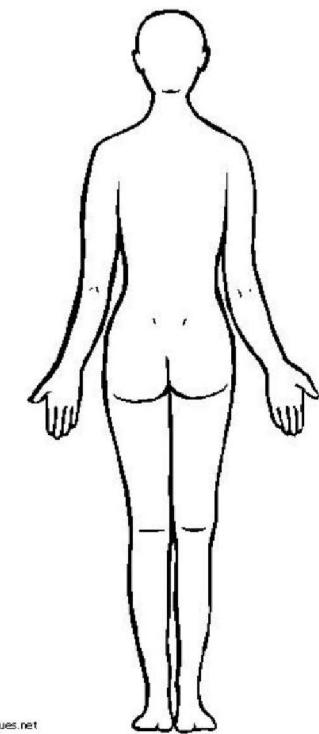
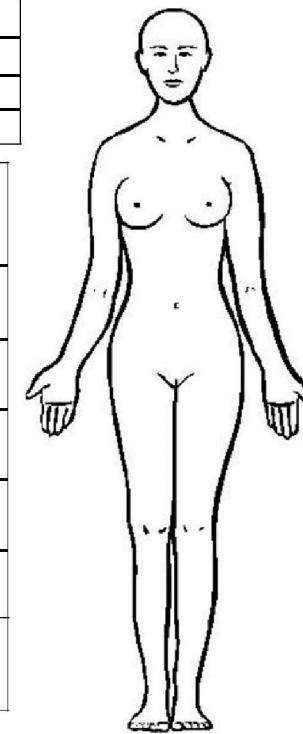
Nº:

Nº Historia:

Enfermera que informa:	Médico que administra la dosis:
Técnico que hace la prueba:	Médico que sigue la exploración:
	Médico que va a quirófano:

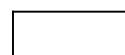
Gammacámara:

	Cadena ganglionar	MN	Fondo Quirófano	MN	Cuentas en piel Quirófano	Cuenta s in vivo	Cuenta s ex vivo	AP Definitiva
GC 1								
GC 2								
GC 3								
GC 4								
GC 5								
No cen								



www.menudospeques.net

FONDO TRAS EXERESIS



DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nºm. Historia Clínica

Apellidos, Nombre

Fecha Nacimiento

Edad Actual : Años.

Séxº

TELEFONOS DE CONTACTO

Teléfono 1

Teléfono 2

Teléfono Móvil

INFORMACION RELATIVA A LA PRUEBA A REALIZAR

Prueba Programada

Paciente

Hora Citación de la Prueba

Fecha Inyección

Fecha Realización

Médico Solicitante

Servicio Solicitante

Etiqueta Dosis Inyectada

Titulosetopo

Nºm. Dosis :

Nom. Paciente

Espacio reservado para la
Etiqueta de Radiofarmacia

HISTORIA CLÍNICA Y TECNICA GAMMAGRÁFICA

Historia Clínica y Otros Antecedentes Importantes

Proyecciones a Realizar y Otras Observaciones

Medicación Habitual :

Administración de Dosis D.U.E. :

Recuperar Imágenes Previas :

Zona Inyección

Fecha último Estudio... / /

Hora Inyección: : horas.

Hecho en Gammacámara Nº

Indicar en TODOS los casos la FECHA Y LOCALIZACIÓN

Traumatismos ..

Cirugía

Prótesis

Observaciones :

Gammacámara
Nº _____

Personal que realiza el Estudio

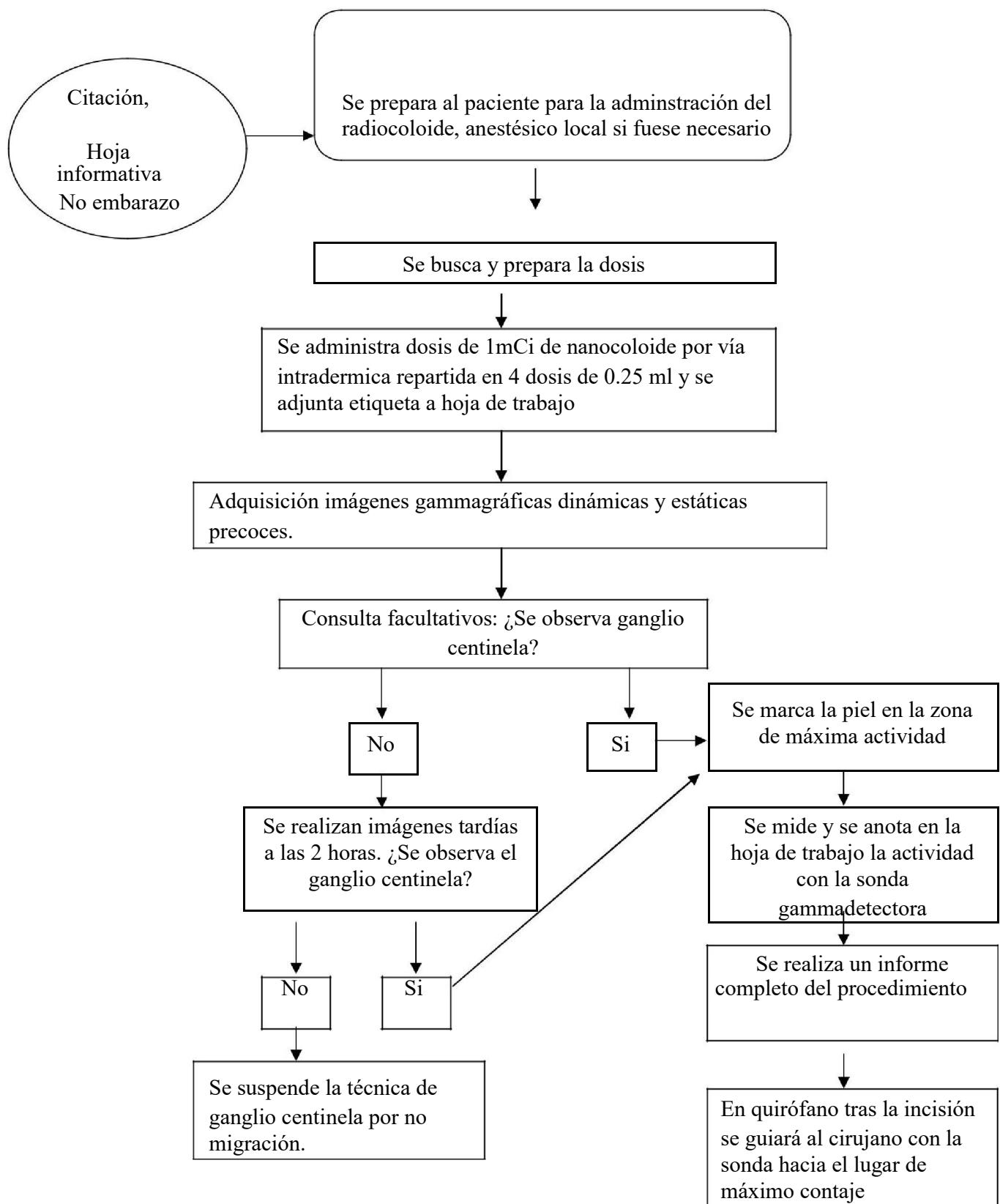
D.U.E.:

T.E.R.

Hora de Comienzo : _____

Ficha Técnica Realizada por :

ANEXO III: DIAGRAMAS DE FLUJO



ANEXO 2: Recogida de datos. Tabla Excel del estudio.

Nº PACIENTES	SEXO	EDAD	LOCALIZ. MELANOMA				AP LESIÓN						
			1 H/2 M	1 CABEZA/ 2 TRONCO/ 3 EXTREM.	TAMAÑO	ULCERACIÓN	BRESLOW	CLARK	MÁRGENES	ÍND. MITÓTICO	TIPO HISTOLÓGICO	SATELITOSIS	TNM
1	2	77		3	1,2 cm	SI	4mm	IV	LIBRES	9 mitosis/mm2	nodular	NO	pT3bNxMx
2	1	71		2	5mm	NO	1mm	II	LIBRES	3 mitosis/mm2	epitelioide	NO	pT1bNxMX
3	1	16		2	3,5cm	NO	3,5mm	IV	LIBRES	1mit/mm2	spitzoide	NO	pT3bNxMx
4	2	65		3	2mm	SI	2,6mm	II	LIBRES a 4mm	1 mit/mm2	m.exten. Sup.	NO	pT3bNx
5	1	81		2		NO	2mm	IV			nodular		
6	1	69		1	5cm	NO	3,5mm	IV	PERIFÉRICOS+	2mit/mm2	m. ext. Sup.	NO	pT3a
7	1	37		2	7mm	NO	1mm	III	LIBRES	1 mit/mm2	m. ext. Sup.	NO	pT1b
8	1	69		3	1,5 cm	NO	1,8mm	IV	LIBRES	1 mit/mm2	nodular	NO	pT2a
9	1												
10	2	72		3	2 cm	NO	3,2mm	IV	LIBRES	3 mit/mm2	m. ext. Sup.	NO	pT3a Nx
11	1	79		1	0,6 cm	NO	3mm	IV	profundo afec.	11 mit/mm2	m. invasivo nodular	NO	pT3a
12	2	76		3	7 mm	NO	1mm	IV	LIBRES	3 mit/mm2	nodular	NO	pT1b
13	2	66		3	1,3 X 0,5 cm	SI	2,1mm	IV	NO VALORABLES	4 mit/mm2	m. lentiginoso acral subungueal	NO	pT3b
14	2	76		1	15mm	NO	7mm	V	POSITIVOS	8 mit/mm2	m. léntigo maligno	NO	pT4apNO
15	2	56		3	1,1 x 0,5cm	NO	0.93 mm	II	AFFECTADOS	0 mit/mm2	m. lentiginoso acral subungueal	NO	pT1a
16	2	70		3	24 mm	SI	5 mm	IV	LIBRES	9 mit/mm2	nodular	NO	pT4b pNx
17	1	69		3	28 mm	SI	5 mm	V	LIBRES	6 mit/mm2	m. nodular interdigital	NO	pT4b pNx
18	1	53		2	9 mm	NO	1,58 mm	IV	LIBRES	3 mit/mm2	m. de extensión superficial	NO	pT2a
19	2	48		2	17 mm	NO	1,18 mm	III	LIBRES	0 mit/mm2	m. de extensión superficial	NO	pT2a pNx
20	1	56		2	1,2 x 0,5 cm	NO	1,3 mm	III	LATERALES (+)	<1 mit/mm2	M. maligno	NO	pT2a
21	2	73		3	0.9X0.7 cm	NO	0,92 mm	II	LIBRES	0 mit/mm2	melanoma acral fase crecim.vertical	NO	pT1a
22	2	54		3	26 mm	NO	1,73 mm	IV	LIBRES	2 mit/mm2	m. extensión superficial	NO	pT2a pNx
23	2	58		2	1x1 cm	NO	4 mm	IV	PROFUNDOS(+)	8 mit/mm2	M. maligno nodular fase crecim.verti	NO	pT3a
24	1	74		2	14 mm	NO	8 mm	V	LIBRES	3 mit/mm2	m. nodular	NO	pT4a pNx
25	1	53		3	/	/	/	/	LIBRES	/	C. indif. Neuroend.:TUMOR MERCKEL	/	/
26	2	79		3	19 mm	SI	3.2 mm	IV	LIBRES	10 mit/mm2	m. lentiginoso acral in situ	NO	pT3b pNx
27	2	60		3	7 mm	NO	0.8 mm	III	LIBRES	0,2 mit/mm2	m. extensión superficial (f.crec.verti)	NO	pT1a
28	1	66		1	15X9X9 mm	/	/	/	PROFUNDO (+)	/	C. Neuroend 1º:TUMOR MERCKEL	/	pT1a pNx
29	1	67		2	2.2 cm	SI	5,3 mm	V	LIBRES	6 mit/mm2	M. nodular	SI	pT4b pNx
30	2	68		2	10 mm	SI	1 mm	III	LIBRES	1 mit/mm2	M. MALIGNO extensión superficial	NO	pT1b
31	2	41		3	1.2 cm	SI	2,3 mm	III	LIBRES	4 mit/mm2	m. extensión superficial	NO	pT3b pNx
32	1	37		2	1,2 cm	NO	0,8 mm	III	LIBRES	1-2 mit/mm2	M. extensión superficial	NO	pT1b
33	1	69		3	12 mm	NO	1 mm	II	PERIFÉRICOS (+)	0 mit/mm2	M. lentiginoso acral microinvasivo	NO	pT1a
34	1	76		2	40mm	NO	1,374 mm	III	LIBRES	0 mit/mm2	M. Extensión superficial	NO	pT2a pNx
35	2	71		2	21 mm	NO	4,5 mm	/	PROFUNDO (+)	3 mit/mm2	M. maligno	NO	pT4a pNx
36	2	48		3	40X25X17cm	SI	13 mm	V	LIBRES	10 mit/mm2	M. nodular	NO	pT4b
37	2	48		3	1.3x0.75cm	NO	1mm	III	LIBRES	<1 mit/mm2	M.invasivo nodular	NO	pT1a
38	2	50		3	12mm	SI	1.92 mm	IV	LIBRES	6 mit/mm2	m. de extensión superficial	NO	pT2
39	2	66		3	/	SI	5 mm	VI	/	4 mit/mm2	M. extensión superficial (f.crec.verti)	NO	/
40	1	57		3	0,8X0,7 cm	SI	6 mm	IV	NO AFECTACIÓN	11 mit/mm2	M. extensión superficial	NO	pT4b pNx
41	1	48		2	8x7 mm	NO	0,82 mm	III	LIBRES	3 mit/mm2	M. extensión superficial	NO	pT1b

Nº MIGRACIÓN	Nº EXÉRESIS	GANGLIO CENTINELA			LINFADENECTOMÍA POST (SÍ/NO)	F. EXTRIPACIÓN	F. G.C.	FECHAS		SERV.DERIVA	COMITÉ	INFORME POST
		CUENTAS GANGLIO	(+/-)	ROTURA CAPSULAR (+/-)				F. EXTRIPACIÓN	F. G.C.			
2	2	1200/ 300	(+,+)	(-, -)	SI	25/05/2016	04/07/2016	C. PLÁSTICA	12-may	18/08/2016		
5	5	350/170/720/2000/270	(-, -, -, -, -)	(-, -, -, -)	NO	jun-16	08/08/2016	C. PLÁSTICA	21-jul	29/08/2016		
2	2	1050/250	(-, -)	(-, -)	NO	jul-16	22/08/2016	C. PLÁSTICA	21/07/2016	13/09/2016		
4	3(1GNC)	180/700/430/45	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	jul-16	29/08/2016	C. PLÁSTICA	21/07/2016	02/09/2016		
2	2	1200/700	(-, -)	(-, -)	NO	jul-16	05/09/2016	DERMA H.MILITAR	21/07/2016	12/09/2016		
3	3	560/140/1300	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	14/07/2016	19/09/2016	C. PLÁSTICA				
2	3	624/ 315/ 660	(-, -, -)	(-, -)	NO	jul-16	26/09/2016	C. PLÁSTICA	18/08/2016	07/10/2016		
3	3	200/200/600	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	ago-16	10/10/2016	C. PLÁSTICA	18/08/2016	07/11/2016		
2	2	800/720	(-, -)	(-, -)	NO		30/09/2016	C. PLÁSTICA		21/10/2016		
2	1	100	(-, -)	(-, -)	NO	jul-16	12/09/2016	C. PLÁSTICA	04/08/2016	20/09/2016		
2(1GNC)	1	200	(-, -)	(-, -)	NO	03/08/2016	24/10/2016	C. PLÁSTICA	15/09/2016	03/11/2016		
3	3	198/150/96	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	05/07/2016	21/11/2016	C.GENERAL H.ROYO VILLANOVA	NO	01/12/2016		
2	2	600/650	(-, -)	(-, -)	NO	06/16	09/01/2017	DERMATOLOGÍA	dic-16	13/01/2017		
5	5(1GNC)	FALTAN CUENTAS	(-, -, -, -)	(-, -, -, -)	NO	ago-16	31/10/2016	C. PLÁSTICA	15/09/2016	08/11/2016		
3	3	2000/ 1800/ 1200	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	13/10/2016	19/12/2016	DERMATOLOGÍA H.C.U	nov-16	29/12/2016		
2	2	130/120	(-, -)	(-, -)	NO	02/11/2016	23/01/2017	C. PLÁSTICA	23/11/2016	07/02/2017		
3	3	360/ 250/ 168	(-, +, +)	(-, -, -)	SI	dic-16	07/02/2017	C. PLÁSTICA	ene-17	03/04/2017		
2	2	FALTAN CUENTAS	(-, -)	(-, -)	NO	03/01/2017	27/02/2017	C. PLÁSTICA	02/02/2017	08/03/2017		
4	4	250/ 2300/ 1700/ 700	(-, -, -, -)	(-, -, -, -)	NO	26/01/2017	13/03/2017	C. PLÁSTICA	02/02/2017	22/03/2017		
3	3	FALTAN CUENTAS	(-, +, +)	(-, -, -)	SI	sep-16	20/03/2017	C. PLÁSTICA	16/02/2017	03/05/2017		
5	3	500/450/200	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	21/12/2016	27/03/2017	C. PLÁSTICA	02/02/2017	04/04/2017		
1	1	146	(-, -)	(-, -)	NO	07/12/2016	03/04/2017	C. PLÁSTICA	02/02/2017	18/04/2017		
4	3	1900/900/750	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	10/02/2017	17/04/2017	CS. ACTUR NORTE Y AP R.VILLAN	02/03/2017	02/05/2017		
(5+1)=6	(2+1)=3	700/600/1800	(+, -, -)	(-, -, -)	SI	09/03/2017	15/05/2017	C. PLÁSTICA	30/03/2017	05/07/2017		
1(+2)	1	1500	(+)	(-, -)	SI	12/04/2017	05/06/2017	C. PLÁSTICA	/	18/07/2017		
2	1	FALTAN CUENTAS	(+)	(-, -)	SI	31/01/2017	10/04/2017	C. PLÁSTICA	02/03/2017	25/05/2017		
1	1	1700	(-, -)	(-, -)	NO	27/03/2017	12/06/2017	C. PLÁSTICA	18/05/2017	21/06/2017		
1	1	60	(-, -)	(-, -)	NO	23/03/2017	27/06/2017	C. PLÁSTICA	may-17	12/07/2017		
2(+1GNC)	2	280/280	(-, +)	(-, -)	NO	09/06/2017	17/07/2017	C. PLÁSTICA	jun-17	07/08/2017		
1	1	1700	(-, -)	(-, -)	NO	02/08/2017	18/09/2017	C. PLÁSTICA	jun-17	25/07/2017		
2	2	600/400	(-, -)	(-, -)	NO	28/08/2017	13/11/2017	C.GENERAL ALCAÑIZ	oct-17	30/11/2017		
2(+1GNC)	2(+1GNC)	1000/800	(-, -)	(-, -)	NO	14/06/2017	25/09/2017	C. PLÁSTICA	20/07/2017	17/10/2017		
2	2	1700/500	(-, -)	(-, -)	NO	14/03/2017	04/09/2017	DERMATOLOGÍA, H.ROYO VILLA.	/	11/09/2017		
3	3	600/580/650	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	03/07/2017	06/11/2017	C. PLÁSTICA	ago-17	14/11/2017		
2	1	FALTAN CUENTAS	(-, -)	(-, -)	NO	29/08/2017	13/11/2017	C. PLÁSTICA	oct-17	30/11/2017		
3	1	FALTAN CUENTAS	(-, -)	(-, -)	NO	28/08/2017	13/11/2017	C. PLÁSTICA	oct-17	04/12/2017		
1	1	FALTAN CUENTAS	(-, -)	(-, -)	NO	30/08/2017	28/11/2017	C.PLÁSTICA	oct-17	18/12/2017		
2	2	(300/70)	(-, -)	(-, -)	NO	31/08/2017	11/12/2017	C. PLÁSTICA	oct-17	26/12/2017		
2	2	(650/650)	(-, -)	(-, -)	NO	18/08/2017	16/10/2017	C. PLÁSTICA	oct-17	24/10/2017		
2	2	(1000/500)	(-, -)	(-, -)	NO	06/09/2017	23/10/2017	DERMATOLOGÍA, H.ROYO VILLA.	oct-17	31/10/2017		
3	3	(780/100/300)	(-, -, -)	(-, -, -)	NO	22/09/2017	13/11/2017	C. PLÁSTICA	oct-17	20/11/2017		