

ESTADIAJE GANGLIONAR AXILAR EN PACIENTES DERIVADAS DEL PROGRAMA DE CRIBADO

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Sara Plaza Loma, Yolanda Rodríguez De Diego, Rebeca Pintado Garrido, María Elena Villacastín Ruíz, Ana Arnal Burró, Marcelino Mendo González

Objetivos

Revisar el estadiaje ganglionar axilar en las pacientes diagnosticadas de carcinoma de mama en el Programa de Cribado.

Analizar la utilidad de la ecografía-PAAF axilar para detectar y caracterizar el grado de afectación ganglionar previamente a la cirugía.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de las biopsias del ganglio centinela (BSGC) y las linfadenectomías axilares (LA) realizadas en los carcinomas de mama detectados en el Programa de Cribado durante el período 2009-2011, incluyendo 34 CDIS y 147 carcinomas infiltrantes (CI).

Se realizó estudio ecográfico axilar preoperatorio, sometiendo a PAAF ecoguiada los ganglios ecográficamente anómalos. Analizamos el valor predictivo positivo (VPP) y la tasa de falsos negativos (FN) de la punción axilar.

Resultados

En el período de estudio (2009-2011) se diagnosticaron un total de 181 carcinomas de mama en el Programa de Cribado, incluyendo 34 CDIS y 147 carcinomas infiltrantes (CI).

Se realizó BSGC en un 82% de los CDIS diagnosticados en la biopsia percutánea prequirúrgica. Los criterios de realización de BSGC en el CDIS incluyeron alto grado/comedonecrosis, microcalcificaciones en un área superior a 3 cm, lesiones palpables y pacientes con indicación de mastectomía. El 26% de las pacientes con diagnóstico de CDIS en la biopsia percutánea prequirúrgica tenía componente infiltrante

en la biopsia quirúrgica, necesitando un 45% de estas pacientes una segunda cirugía para estadificación axilar. Se detectó un ganglio centinela positivo con macrometástasis, sin adenopatías positivas adicionales en la linfadenectomía axilar y sin detectarse componente infiltrante en la mastectomía posterior ([Fig 1](#)).

Se realizó PAAF ecoguiada axilar en un 52% de las 147 pacientes diagnosticadas de carcinoma infiltrante. La PAAF permitió identificar previamente a la cirugía al 50% de las pacientes con afectación ganglionar axilar con un VPP del 100%. Estas pacientes fueron sometidas directamente a linfadenectomía axilar en la cirugía. En la LA un 28.5% fueron N1 ([Fig 2](#)), un 38% N2 ([Fig 3](#)) y un 33.5% N3 ([Fig 4](#), [Fig 5](#), [Fig 6](#)). La tasa de falsos negativos de la PAAF fue del 33%, siendo todos ellos N1 en el estadiaje axilar.

Se realizaron un total de 125 BSGC en las pacientes sin adenopatías patológicas en el estudio ecográfico axilar o con PAAF negativa, de los cuales 42 fueron positivos (33.5%), correspondiendo con dos casos de células tumorales aisladas (5%), 10 micrometástasis (23%) ([Fig 7](#)), 28 casos de afectación ganglionar axilar N1 (67%) y 2 casos N2 (5%) ([Fig 8](#)). Un 80% de las pacientes con afectación axilar N2 y todas las pacientes con afectación axilar N3 fueron identificadas mediante PAAF previa a la cirugía. Si hubiéramos aplicado los criterios del estudio Z0011 únicamente una paciente hubiera presentado enfermedad residual en la axila.

Una paciente se encontraba en estadio IV y no fue sometida a tratamiento quirúrgico.

Imágenes en esta sección:

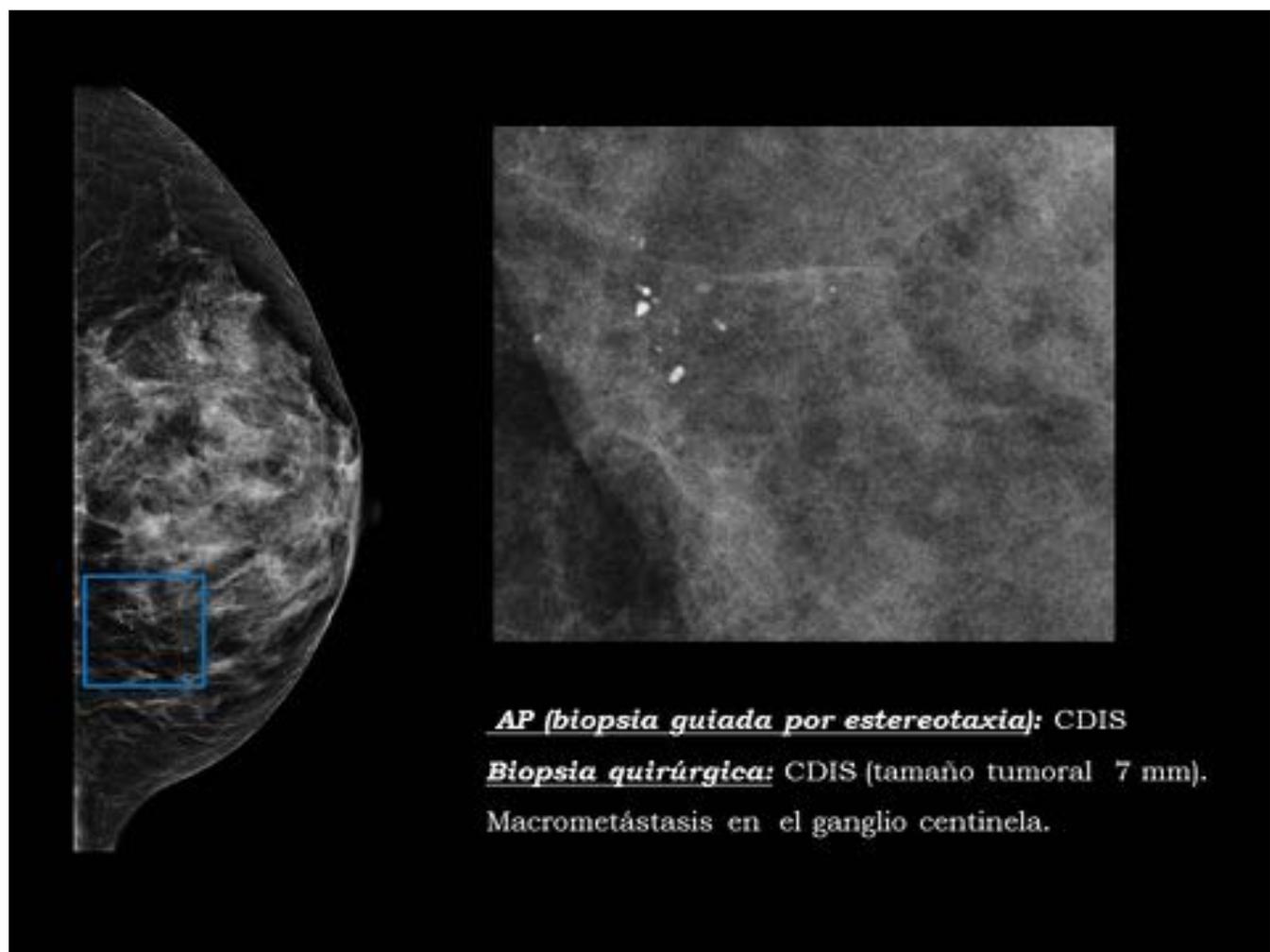


Fig. 1: Mamografía del programa de cribado con microcalcificaciones agrupadas groseras heterogéneas (Bi-rads 4). AP biopsia quirúrgica: CDIS con macrometástasis en ganglio centinela.

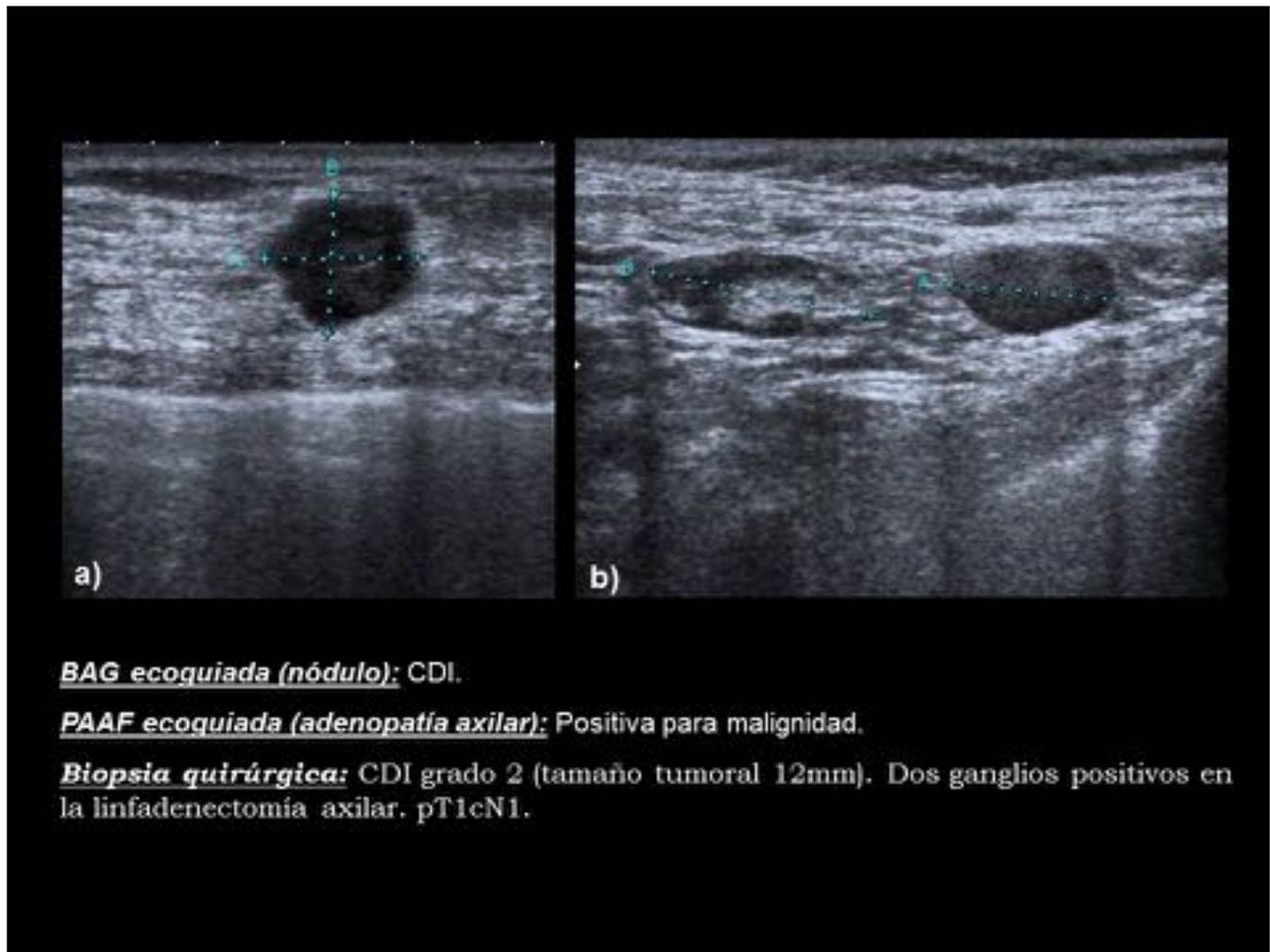
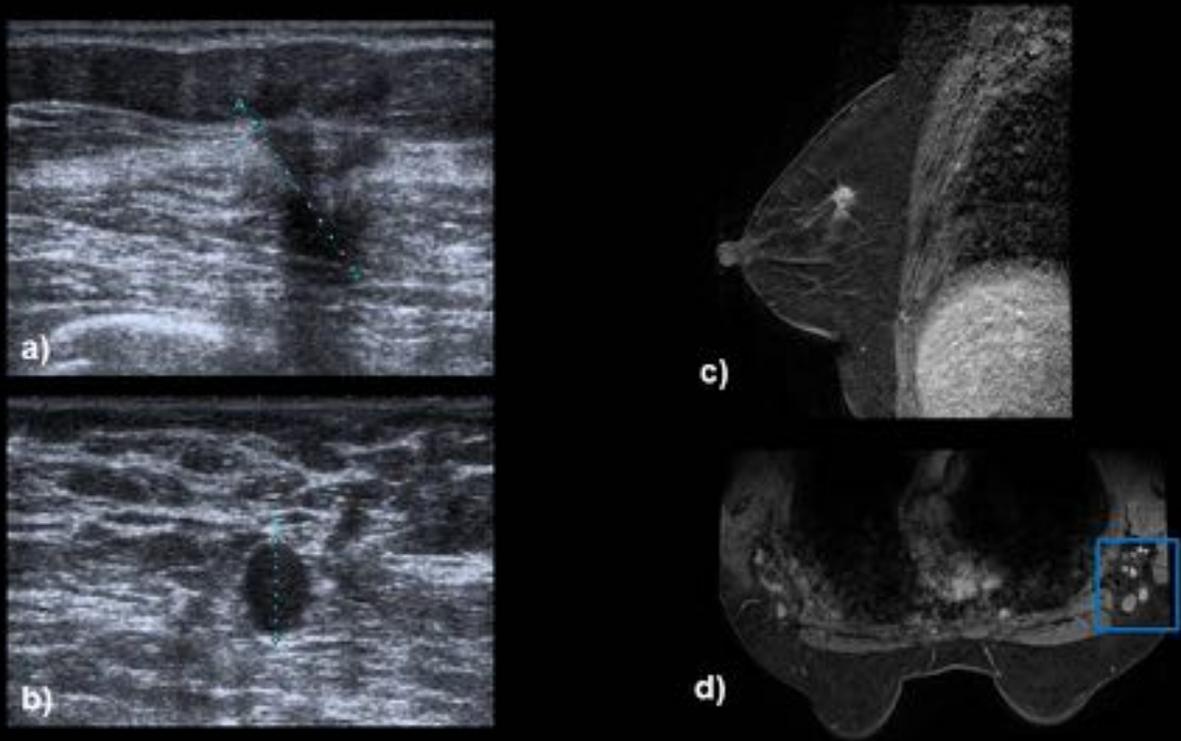


Fig. 2: Nódulo categorizado Bi-rads 5 en mamografía de cribado. La ecografía muestra un nódulo (a) sólido de contornos mal definidos, sospechoso de malignidad. En el estudio axilar (b) dos adenopatías ecográficamente sospechosas, con engrosamiento cortical excéntrico y pérdida del hilio graso. AP biopsia quirúrgica: CDI grado 2 con dos ganglios positivos en la linfadenectomía axilar. pT1cN1.



BAG ecoquiada (nódulo): CDI. **PAAF (adenopatía axilar):** positiva para malignidad.

Biopsia quirúrgica: CLI grado 2 (tamaño tumoral 15 mm). 9 ganglios positivos en la linfadenectomía axilar. pT1cN2a.

Fig. 3: Distorsión de la arquitectura Bi-rads 5 en mamografía de cribado. La ecografía muestra un nódulo (a) sólido de contornos mal definidos, sospechoso de malignidad. En el estudio axilar (b) se visualiza una adenopatía ecográficamente sospechosa, con pérdida del hilio graso. La RMN muestra igualmente el nódulo mal definido (c) y las adenopatías patológicas (d). AP biopsia quirúrgica: CLI grado 2 (tamaño tumoral de 15mm). 9 ganglios positivos en la linfadenectomía axilar. pT1cN2a.

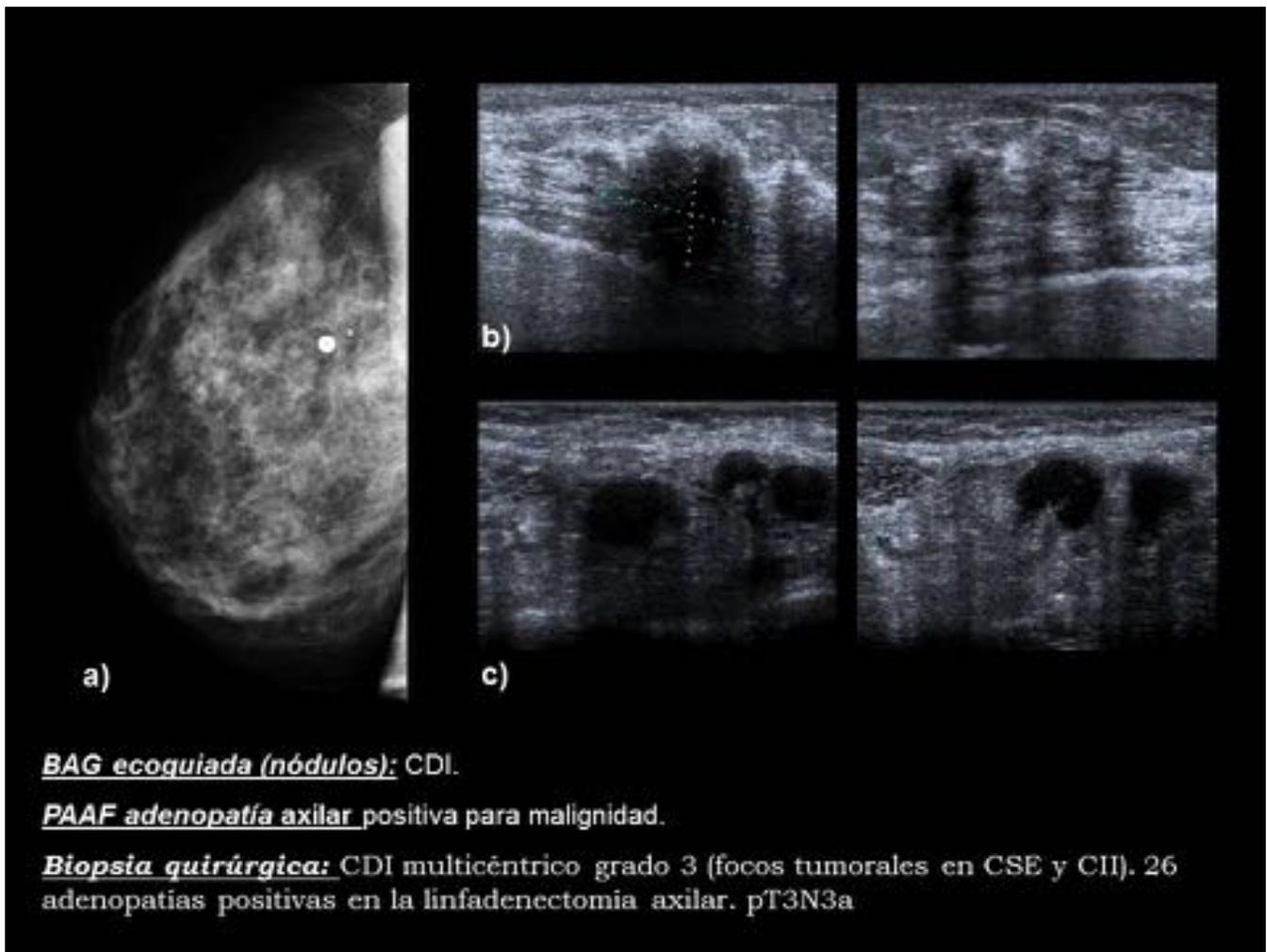


Fig. 4: Microcalcificaciones categorizadas Bi-rads 3 en mamografía de cribado (a). La ecografía muestra nódulos (b) sólidos de contornos mal definidos, sospechosos de malignidad. En el estudio axilar (c) se visualizan múltiples adenopatías ecográficamente patológicas, con pérdida del hilio graso y engrosamiento cortical.

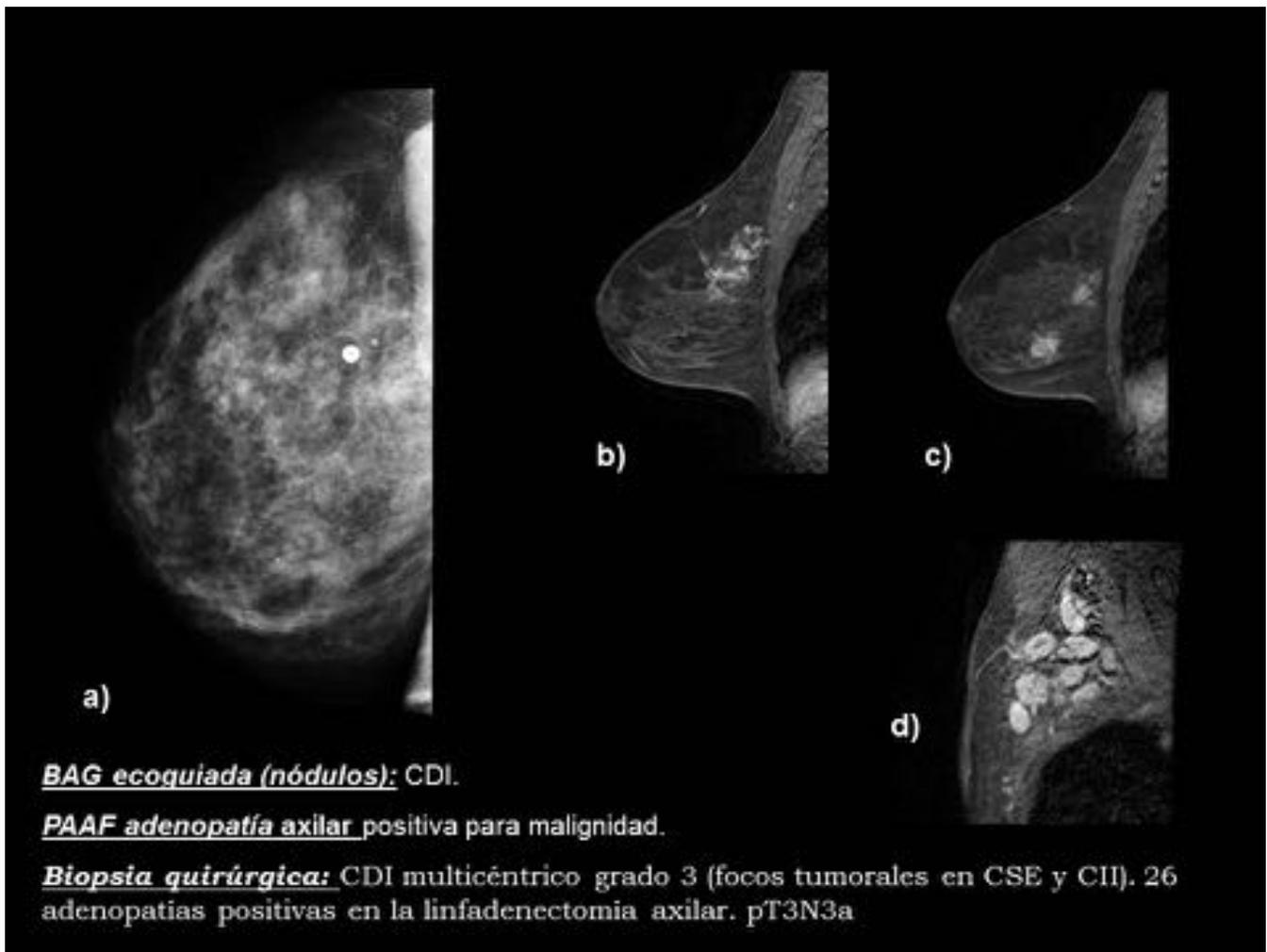


Fig. 5: Microcalcificaciones categorizadas Bi-rads 3 en mamografía de cribado (a). La RMN (b) muestra un relace no masa en CSE y un nódulo (c) de contornos mal definidos en CII, ambos sospechosos de malignidad. Múltiples adenopatías patológicas (d). AP biopsia quirúrgica: CDI multicéntrico grado 3 (CSE y CII). 26 ganglios positivos en la linfadenectomía axilar. pT3N3a.

ESTADIAJE QUIRÚRGICO AXILAR

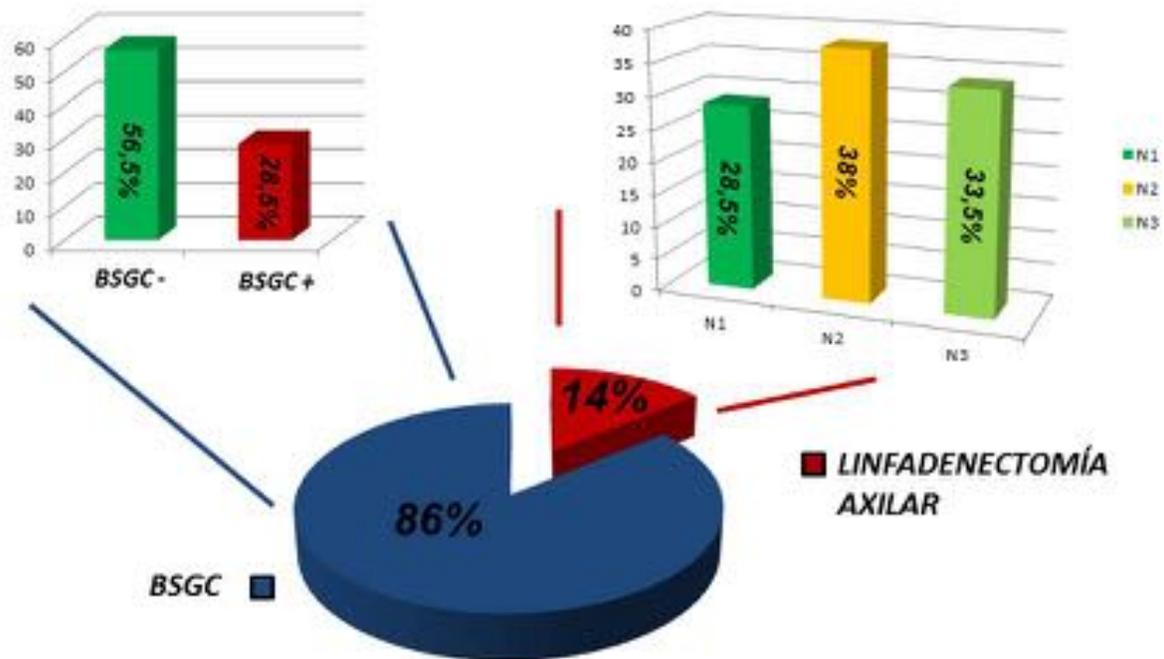


Fig. 6: Estadíaqe quirúrgico axilar. Pacientes sometidas a BSGC y a linfadenectomía axilar.

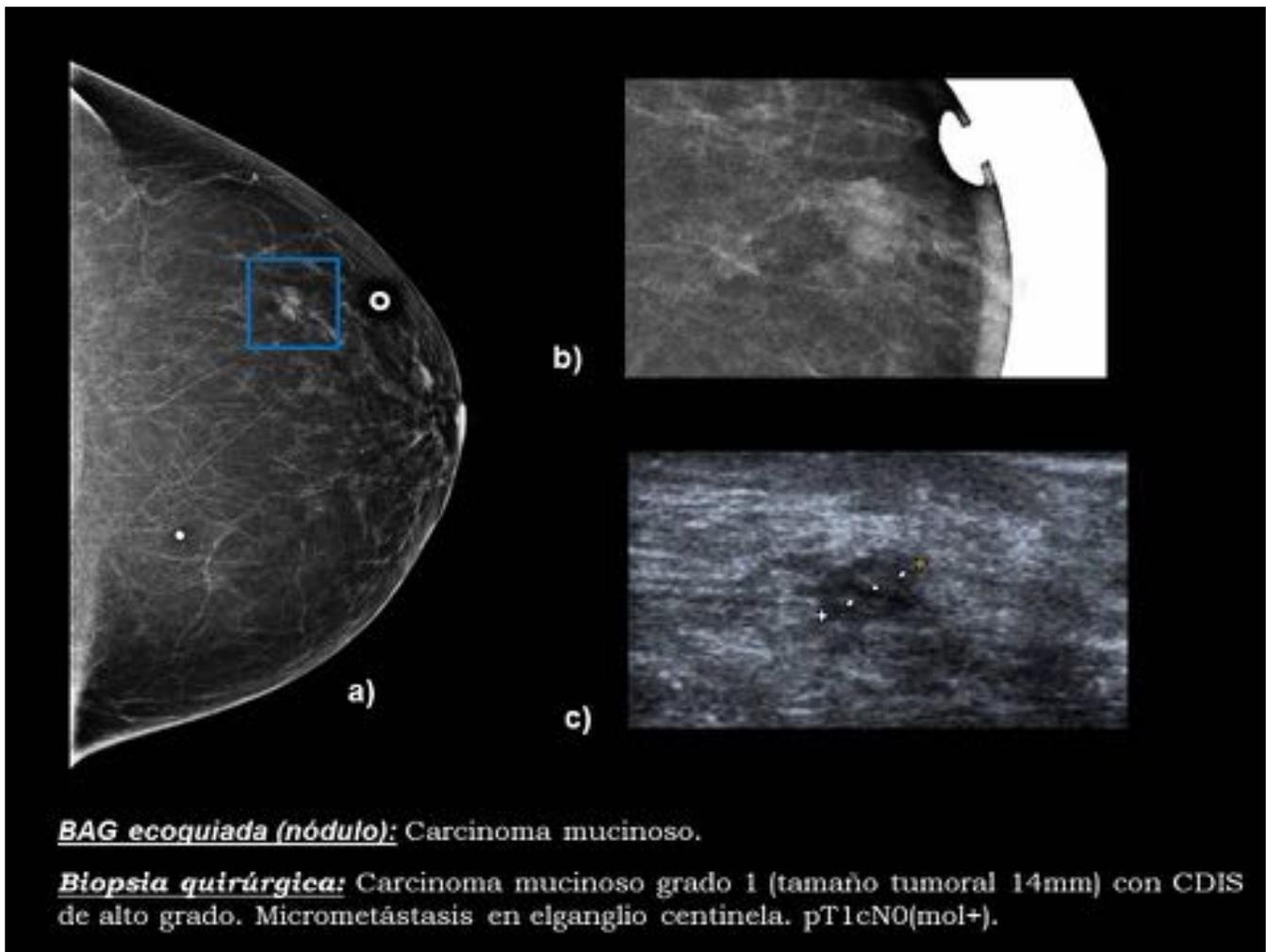


Fig. 7: Nódulo con aisladas microcalcificaciones puntiformes (a,b) que no estaba presente en mamografías previas (Bi-rads 4). La ecografía muestra un nódulo (c) sólido ovalado, de contornos bien definidos. Ecografía axilar normal. AP biopsia quirúrgica: Carcinoma mucinoso grado 1 (tamaño tumoral de 14mm) con CDIS de alto grado. Micrometástasis en el ganglio centinela. pT1cN0(mol+).

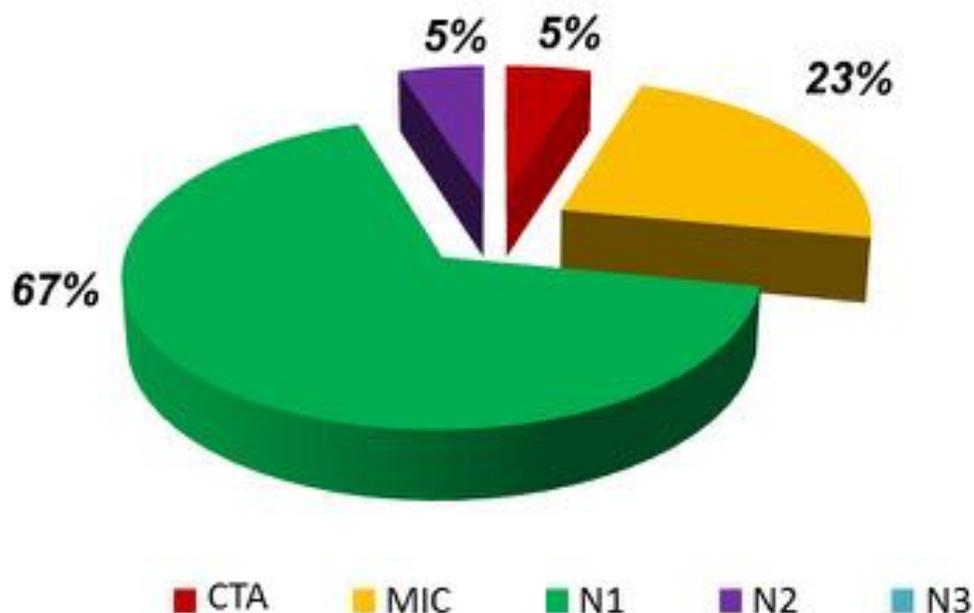
Estadíaaje axilar definitivo en pacientes con BSGC + ...

Fig. 8: Estadíaaje axilar definitivo en pacientes con BSGC positiva.

Conclusiones

La detección precoz del cáncer de mama en un programa de cribado eficaz mejora los factores pronóstico de la enfermedad, incluyendo un menor grado de afectación axilar.

La ecografía-PAAF axilar es la técnica más útil para determinar la presencia de afectación ganglionar y discriminar entre pacientes con enfermedad axilar mínima o avanzada.

Bibliografía / Referencias

- Jacob S. Ecanow, Hiroyuki Abe, Gillian M. Newstead. "Axillary staging of breast cancer: What the radiologist should know". Radiographics 2013; Oct;33(6):1589-612.

- Colleen H., Caroline P., Alexis V. et al. Can Preoperative Axillary US Help Exclude N2 and N3 Metastatic Breast Cancer?. *Radiology* 2010 Nov;257(2):335-41.
- Rao R, Lilley L, Andrews V, et al. Axillary staging by percutaneous biopsy: Sensitivity of fine needle aspiration versus core needle biopsy. *Ann Surg Oncol* 2009; 16: 1170–5.
- Moore A, Hester M, Nam M, et al. Distinct lymph nodal sonographic characteristics in breast cancer patients at high risk for axillary metastases correlate with the final axillary stage. *Br J radiol* 2008; 81: 630–6.