

Utilidad de la biopsia percutánea axilar en la estadificación del cáncer de mama

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Inmaculada Mendoza Arnau, Fabiola Muñoz Parra, Carmen Ortiz Cuevas, Amaia Izco Aso

Objetivos

La detección de la afectación metastásica adenopática en el cáncer de mama tiene una importante implicación pronóstica y terapéutica.

En la actualidad son cada vez más los tumores de mama que se diagnostican en un estadio más precoz (tamaño menor y con menor probabilidad de metástasis linfáticas) debido a una mayor conciencia social sobre la enfermedad y a los programas de detección precoz de cáncer de mama.

La linfadenectomía axilar sigue siendo el procedimiento estándar para el estudio y tratamiento de la afectación axilar del cáncer de mama, pero es una técnica con una elevada morbilidad.

El objetivo en pacientes con diagnóstico precoz es tener una actitud conservadora y dada la baja sensibilidad y especificidad de la exploración clínica de la axila, se deben implantar técnicas de imagen que permitan una correcta evaluación del estado axilar.

La mamografía no es un método adecuado para el estudio de los ganglios axilares sólo permite visualizar los ganglios axilares más inferiores situados en el Nivel I.

La ecografía es la técnica más utilizada en el estudio preoperatorio de los ganglios axilares, con un rango de sensibilidad muy amplio.

Establecer la utilidad de ecografía y biopsia percutánea axilar en el manejo preoperatorio de la axila.

Describir nuestra experiencia, su correlación con RM y realización de biopsia selectiva de ganglio centinela

realizada en nuestro hospital de referencia. **Imágenes en esta sección:**



Fig. 12: Ax-FSET2 Fatsat: Adenopatía axilar izquierda

Material y métodos

Estudio retrospectivo de biopsias de ganglios axilares guiadas por ecografía realizadas a pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en nuestro centro entre enero 2014 a marzo 2015. A todas las pacientes se les realizó ecografía axilar en el momento del diagnóstico de cáncer de mama, valorando la existencia de ganglios y su morfología.

Los criterios ecográficos para considerar las adenopatías de sospechosas y realizar la biopsia fueron:

- engrosamiento cortical >2.5 mm (Figuras 1 y 2)
- engrosamiento cortical focal > 5 mm (Figuras 3)
- ausencia de hilio graso

Se valoró también la localización de las adenopatías siguiendo la clasificación de Berg (Figura 4):

NIVEL 1: Ganglios de la cadena mamaria externa, vena axilar y subescapulares, situados medialmente a dorsal ancho y laterales al pectoral menor en la parte más inferior de la pirámide grasa.

NIVEL 2: Ganglios situados por debajo y al mismo nivel que el pectoral menor. Incluye los ganglios de Rotter y centrales

NIVEL 3: Ganglios situados por dentro del borde interno del pectoral menor en el ápex de la pirámide en la entrada de la vena subclavia al mediastino. Corresponden a los ganglios infraclaviculares

El procedimiento se realiza en la mayoría de los casos el mismo día de la biopsia percutánea de la mama entregando previamente a la paciente el consentimiento informado para la realización de ambas pruebas

En todos los casos hemos empleado una pistola trucut 14g (Figura 6)

La paciente está en decúbito supino con el brazo elevado y colocamos una almohada bajo el costado. La vía de acceso al ganglio debe evitar los vasos axilares y la musculatura. Se inyecta anestésico local en el sitio de punción y en la profundidad. No realizamos incisión en la piel para la entrada de la aguja. El avance de la aguja de biopsia es controlado en tiempo real (Figura 11) mediante ecografía y se puede emplear el doppler para intentar evitar vasos en el trayecto de la punción (Figura 7). Se obtienen entre 3 a 5 cilindros del ganglio de mayor sospecha a nivel del engrosamiento cortical (Figura 10). Una vez finalizado el procedimiento se comprime el sitio de punción intentando minimizar el sangrado y se aplica frío local.

A todas las pacientes se les realizó RM mamaria, para la valoración de otras lesiones aparte de la ya diagnosticada (BI-RADS 6), donde a pesar de no ser la técnica de elección en la valoración de adenopatías, si no habían sido visualizadas con ecografía, fueron reevaluadas con ecografía de segunda mirada y realización de BAG si eran sospechosas

Imágenes en esta sección:

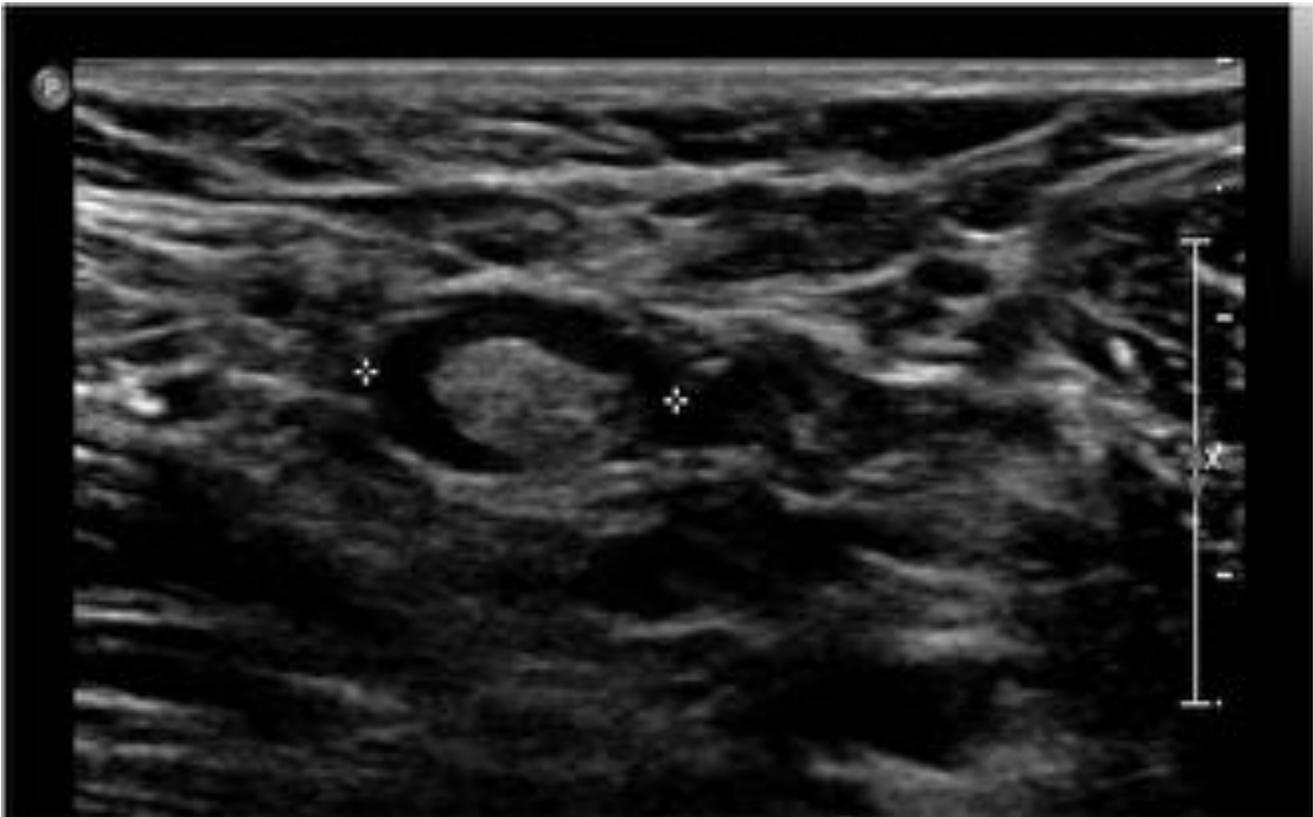


Fig. 1: Ecografía: adenopatía axilar normal: morfología ovalada, hilio central ecogénico, eje corto inferior a 1 cm



Fig. 2: Adenopatía axilar sospechosa de malignidad: engrosamiento cortical focal de más de 3 mm

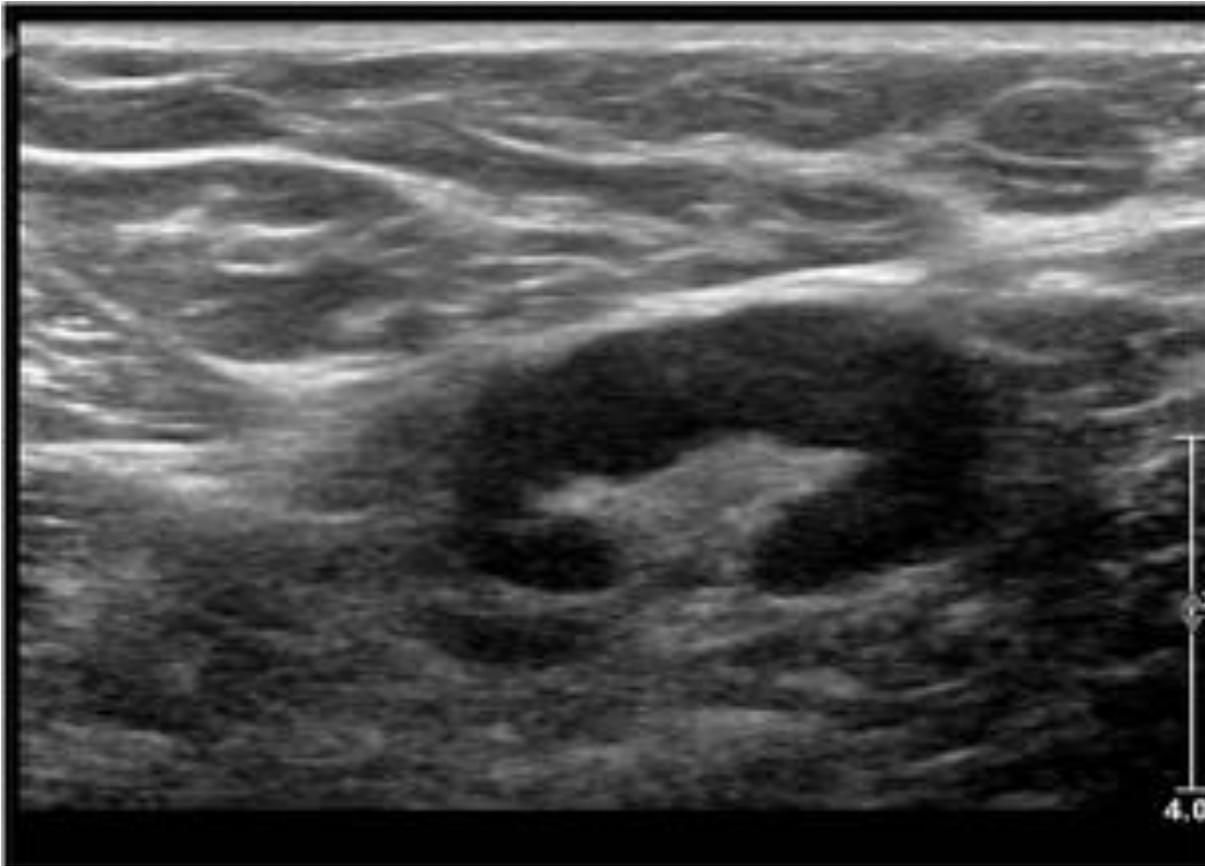


Fig. 3: Adenopatía sospechosa de malignidad : engrosamiento cortical difuso mayor de 3mm

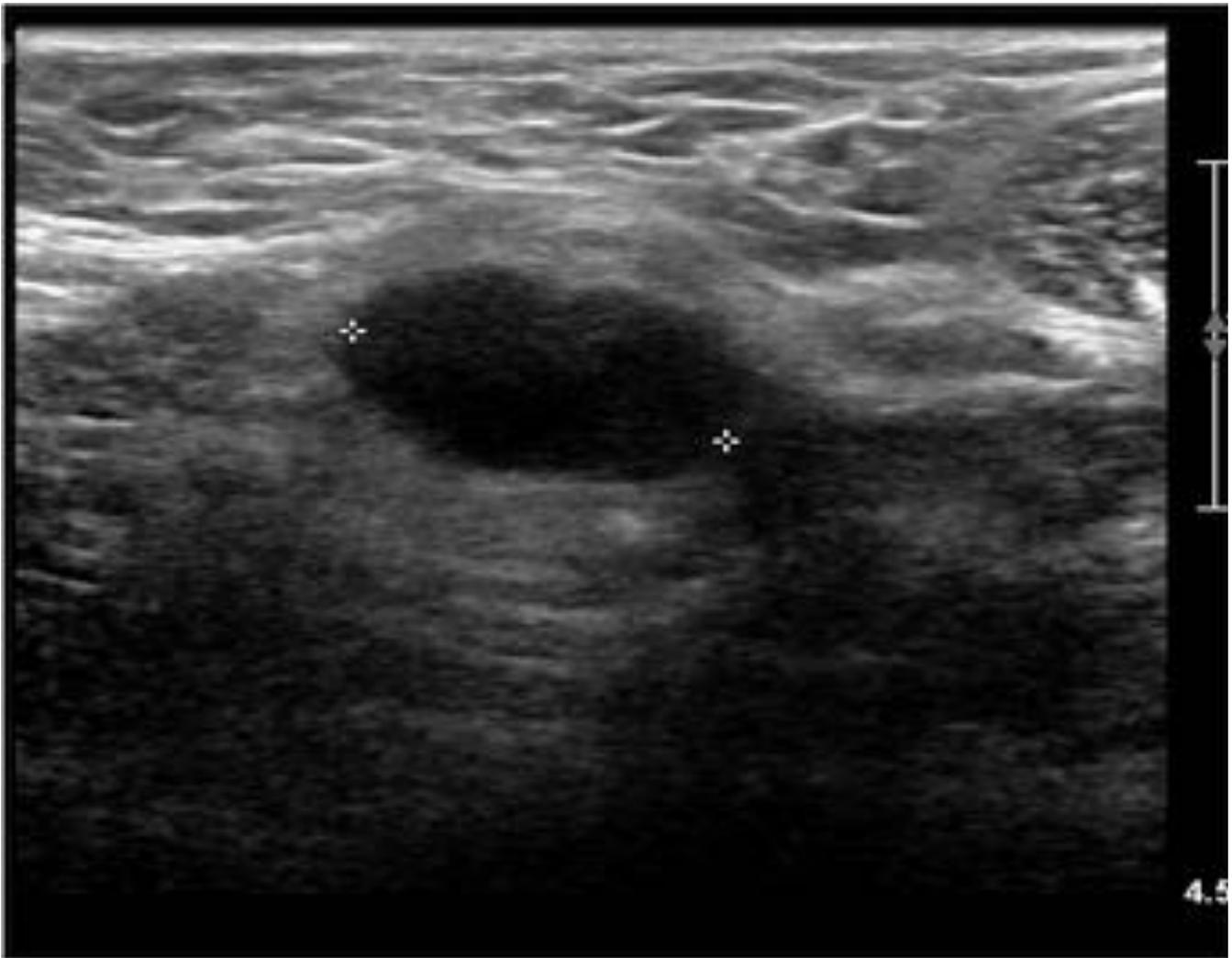


Fig. 4: Adenopatía sospechosa de malignidad: pérdida del hilio central ecogénico y engrosamiento cortical difuso

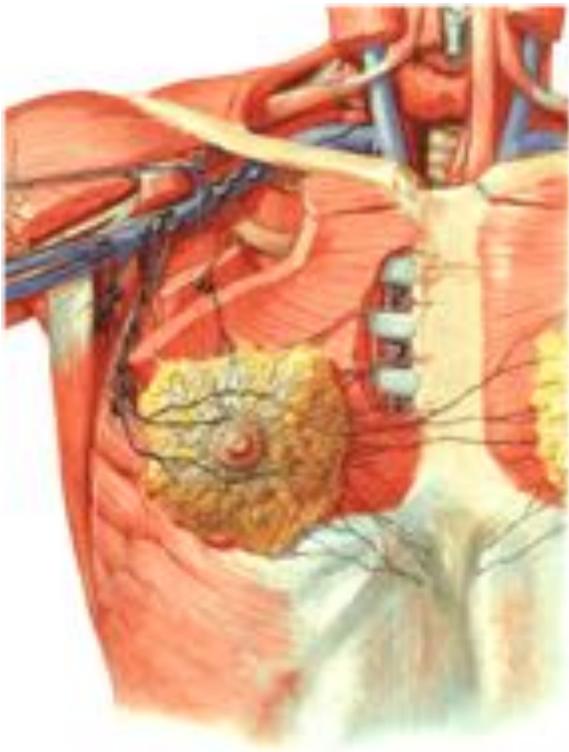


Fig. 5: Niveles

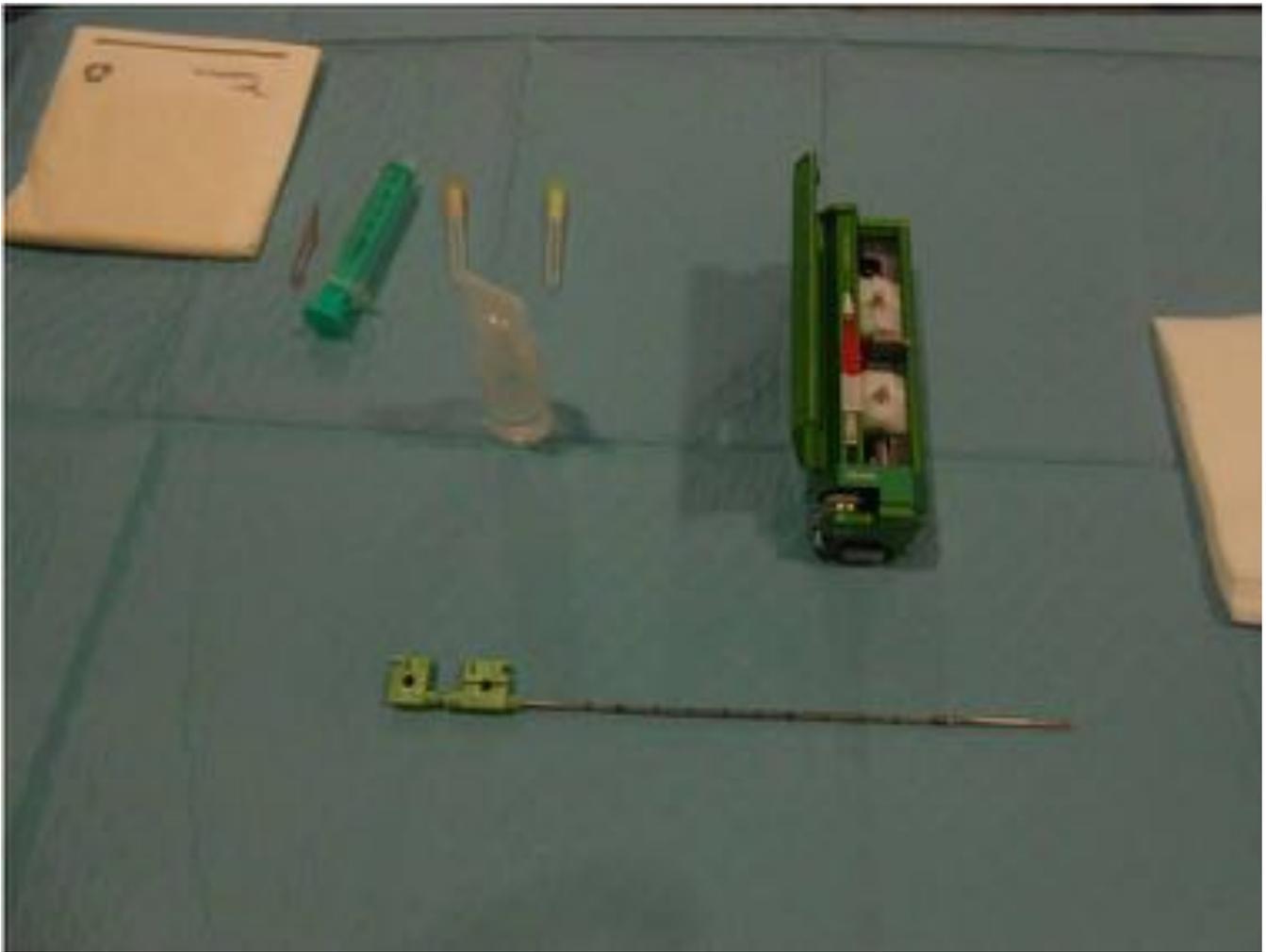


Fig. 6: Pistola y aguja de 14 g sistema tru cut



Fig. 10: Ecografía de segunda mirada tras resonancia: adenopatía axilar sospechosa

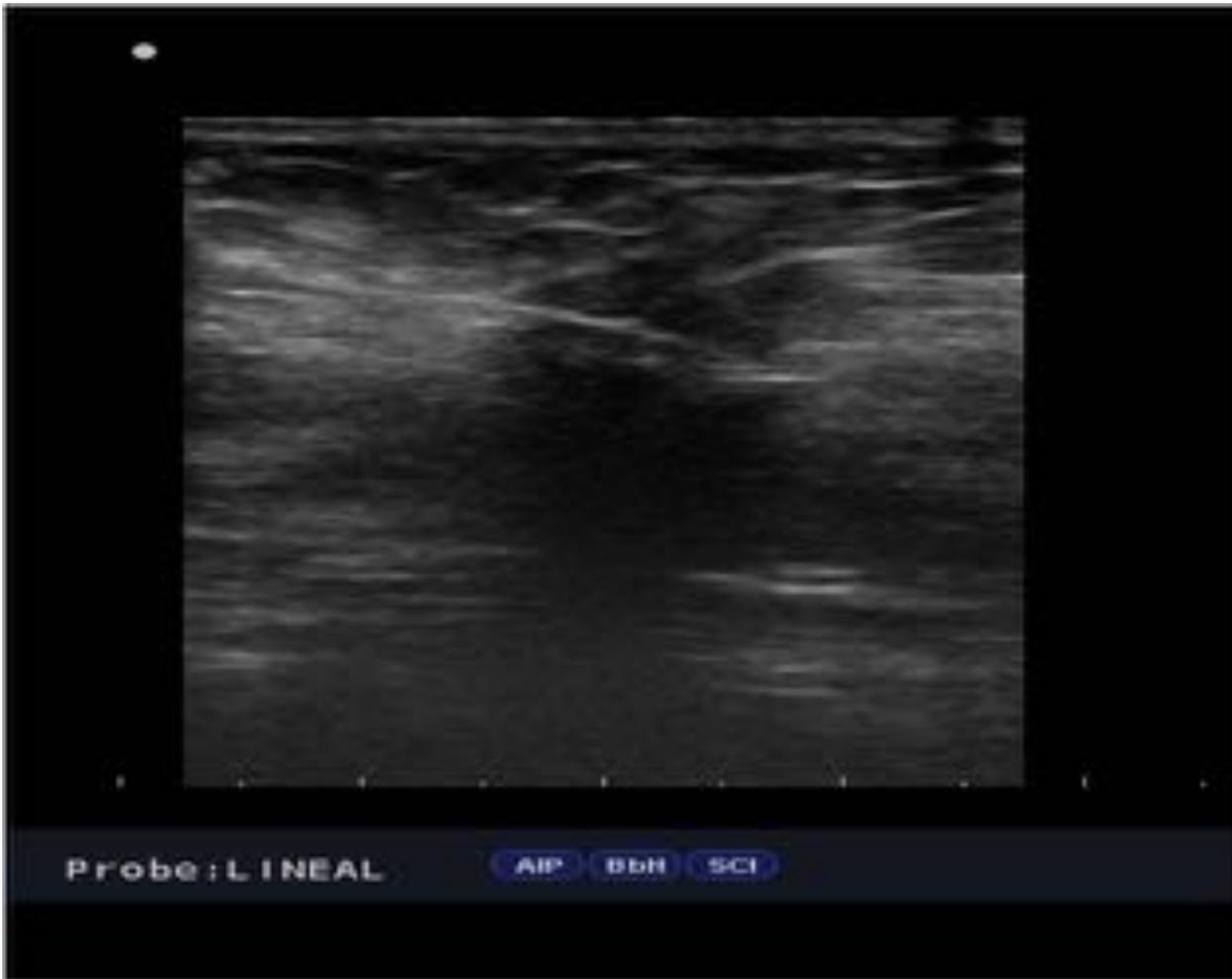


Fig. 11: Se realiza biopsia ecoguiada con resultado de malignidad

Resultados

Estudio retrospectivo de una muestra de 60 casos de cáncer de mama primario vistos en nuestro hospital en desde junio de 2013 hasta enero de 2015 : 35 pacientes (58%) se biopsiaron para estadificación inicial de su cáncer primario al reunir criterios morfológicos de malignidad en la ecografía axilar:

-en 32 (88%) se obtuvo resultado de metástasis axilar,

-en 3 (12%) resultado negativo.

En las 25 (41%) pacientes restantes con ecografía normal o biopsia negativa se les realizó biopsia selectiva del ganglio centinela, siendo en 12 (48%) macrometástasis, en 8 (32%) pacientes micrometástasis y 5 (20%) el resultado negativo.

En 3 pacientes se les realizó biopsia ecoguiada de adenopatía axilar tras ecografía de segunda mirada posterior a la realización de RM mamaria siendo negativa para malignidad en dos de los tres casos (Figura 8,9,13,14).

En aquellos con ecografía patológica (Figura 15) realizamos biopsia percutánea con control ecográfico mediante sistema trucut 14g, si es positiva la paciente fue sometida a linfadenectomía axilar

En los casos con ecografía normal se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela, si el resultado era de macrometástasis se les sometió a linfadenectomía axilar y solo en tres casos con resultado de micrometástasis en pacientes menores de 45 años

Imágenes en esta sección:

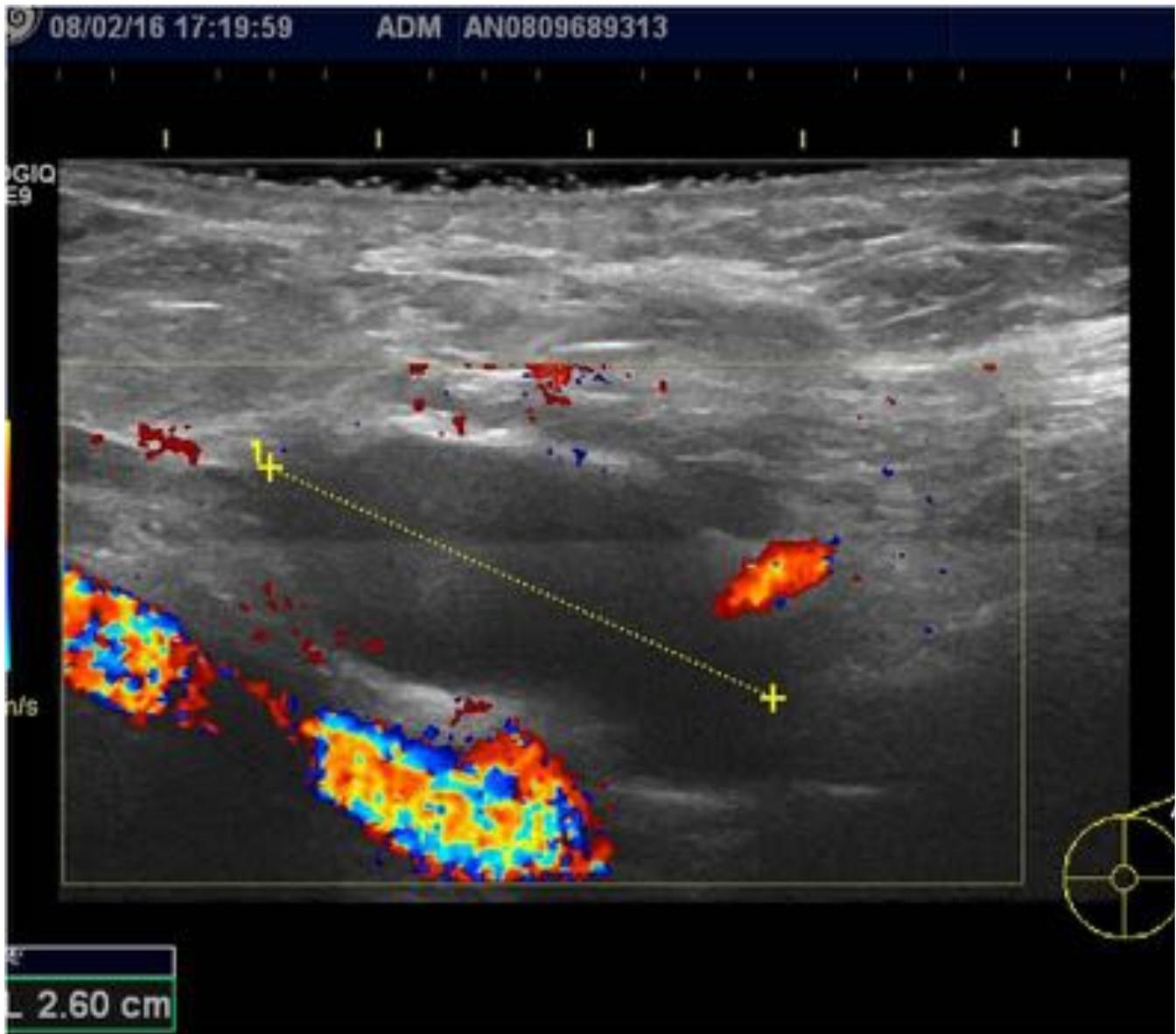


Fig. 7: Exploración doppler-color para valorar la vascularización de la adenopatía sospechosa y planificar la biopsia evitando los vasos

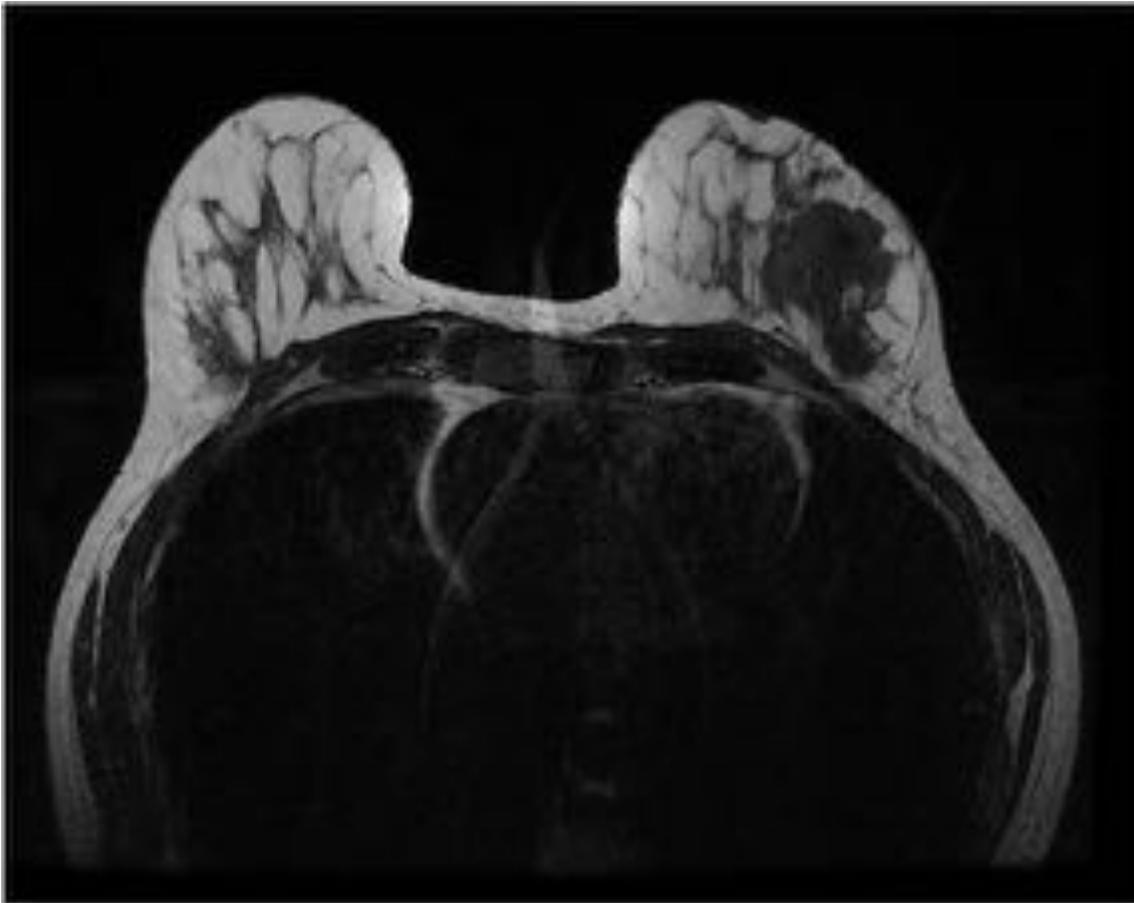


Fig. 8: AxFSET2: Lesión en MI (BI-RADS 6) con adenopatía axilar ipsilateral

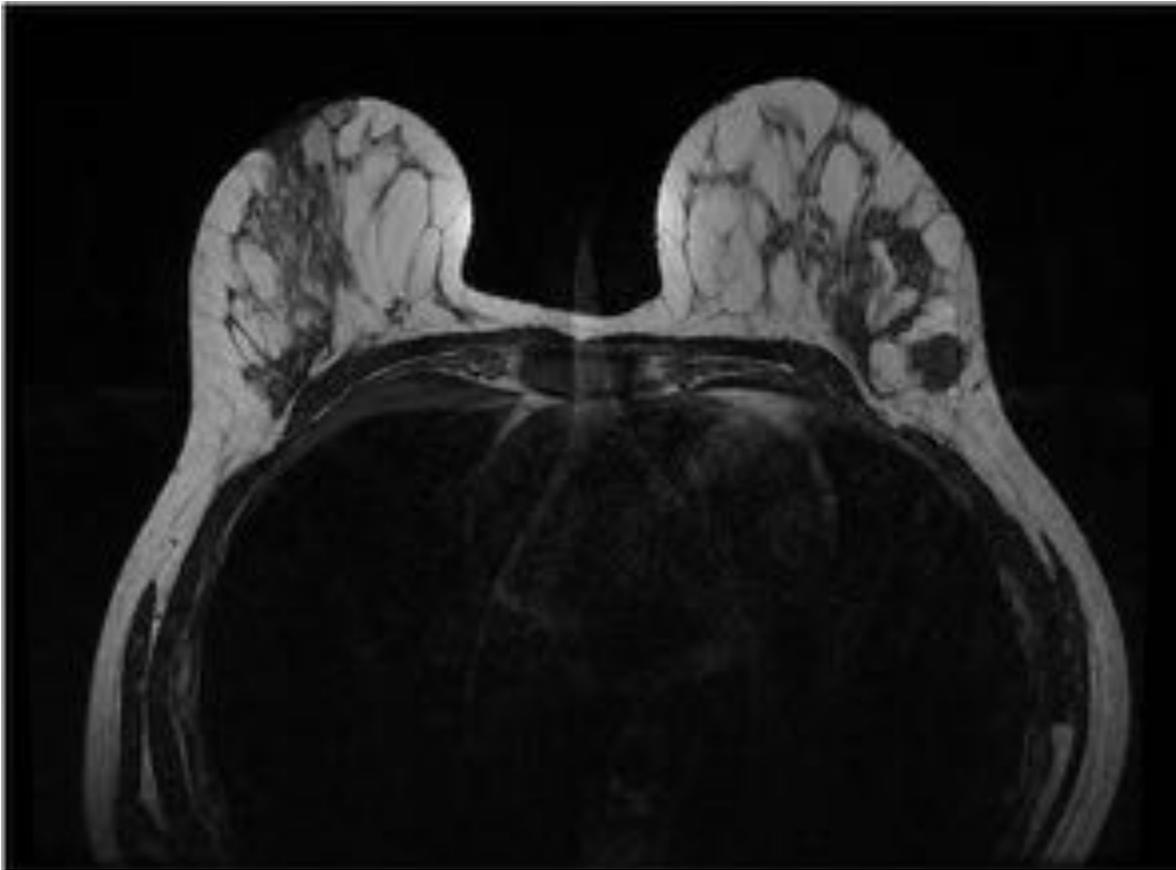


Fig. 9: Axial FSE T2 : Adenopatía axilar izquierda de morfología redondeada, sospechosa de malignidad

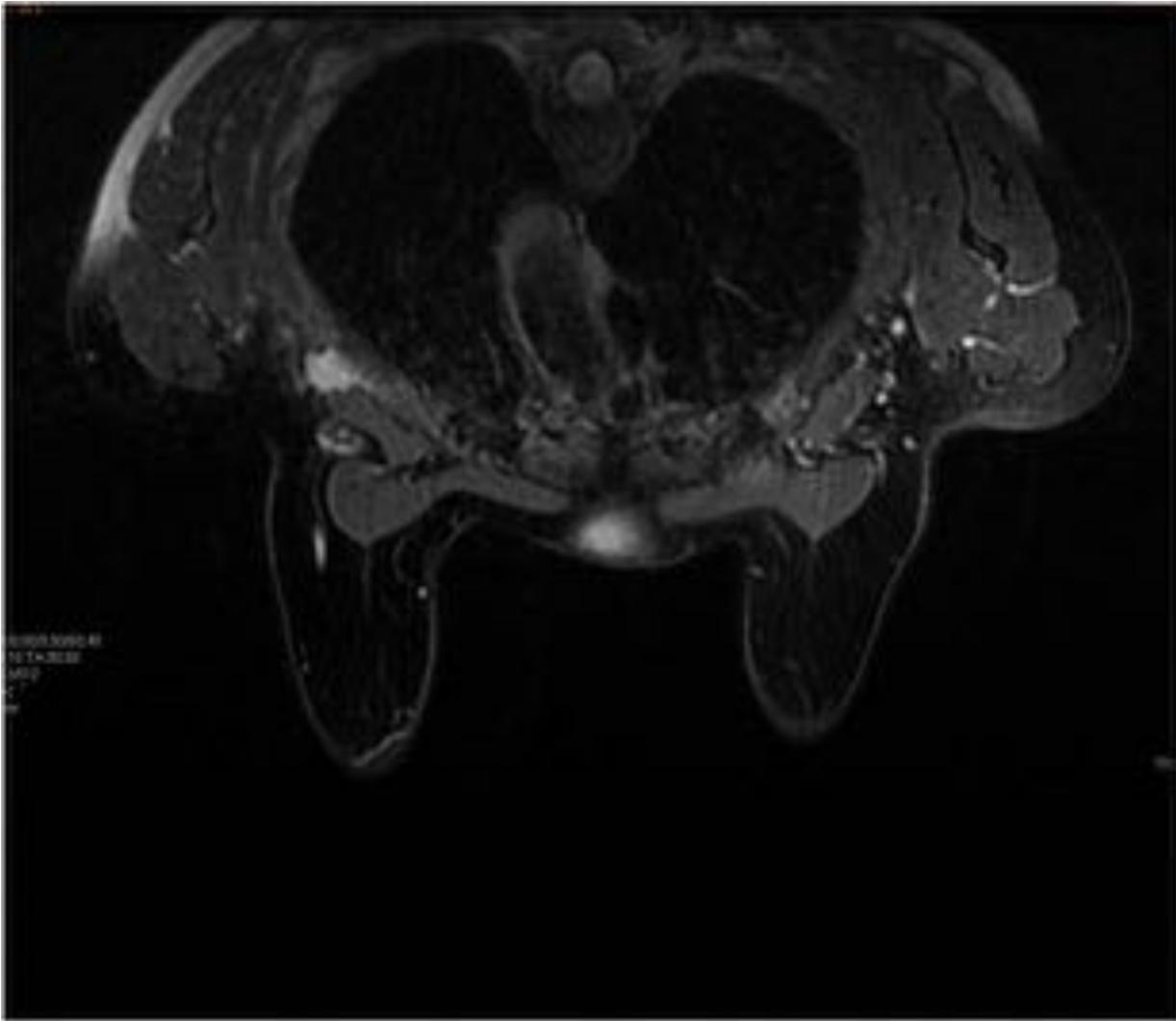


Fig. 13: AxFSET2 Fatsat: Adenopatía axilar izquierda

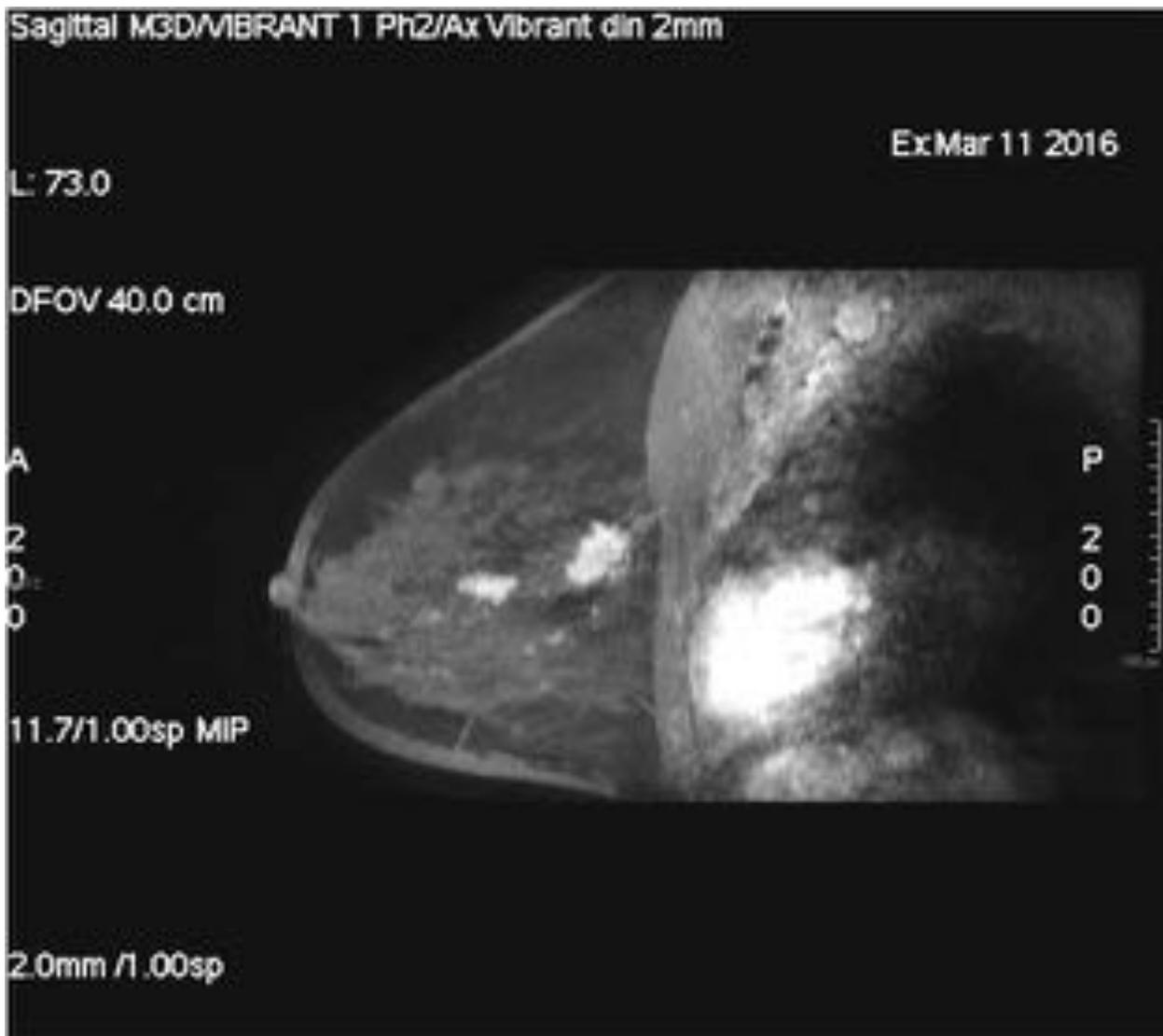


Fig. 14: Sagittal M3D/Vibrant1Ph2/AxVibrant din 2mm 'Bi-rads 6 y adenopatía ipsilateral sospechosa

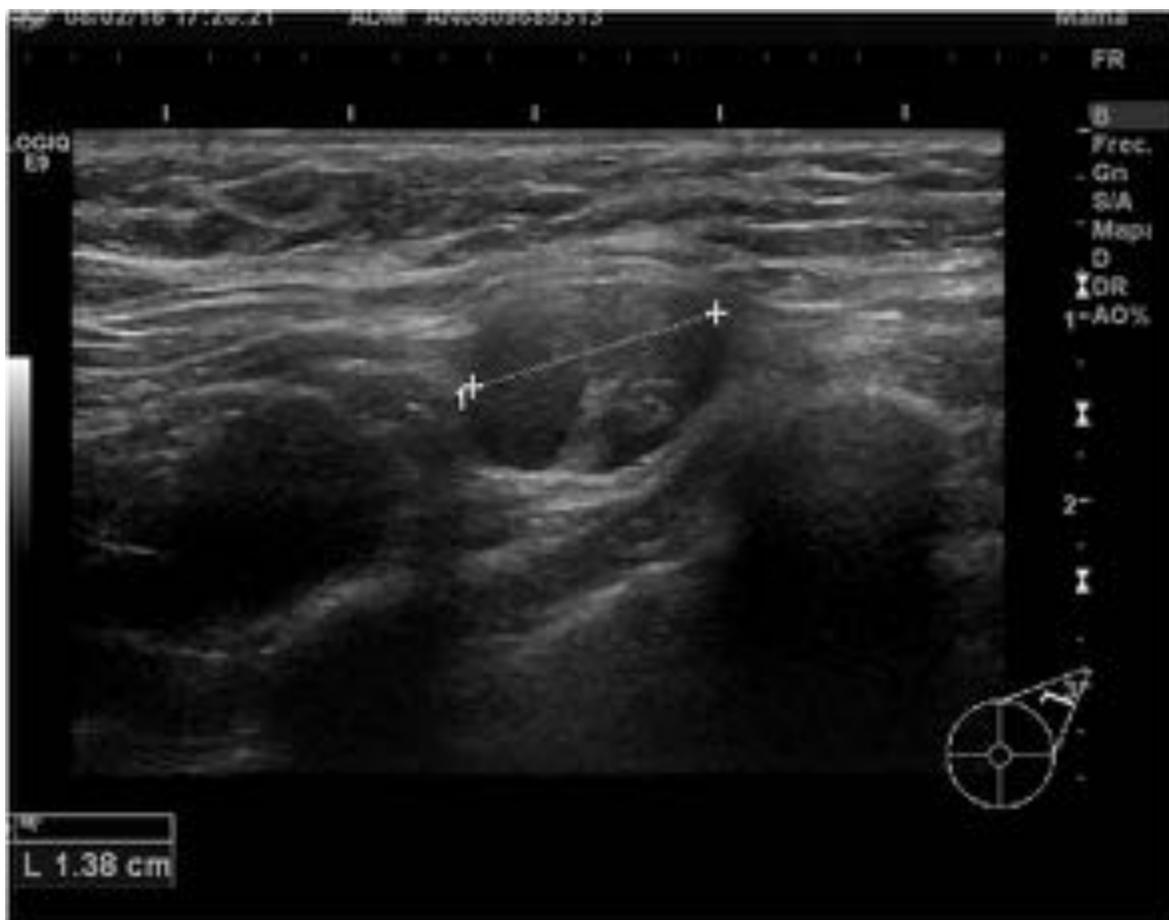


Fig. 15: Ecografía de segunda mirada: adenopatía sospechosa de malignidad

Conclusiones

La ecografía axilar y la biopsia percutánea axilar con control ecográfico son técnicas sencillas que permiten seleccionar las pacientes para la técnica de biopsia selectiva ganglio centinela. Aquellas en las el resultado anatomopatológico tras biosia ecodirigida es de afectación metatásica del ganglio son sometidas directamente a linfadenectomía axilar. La ecografía axilar es útil en la valoración prequirúrgica, sin embargo la ausencia adenopatías sospechosas de malignidad no excluye la existencia de metástasis axilares.

En la actualidad se tiende cada vez más a realizar un abordaje conservador en el manejo del cáncer de mama, es por ello que en nuestro hospital de referencia ante un resultado negativo de la biopsia ganglionar axilar se realiza biopsia selectiva de ganglio centinela mientras que en ganglios sospechosos con resultado anatomopatológico positivo para malignidad se realiza vaciamiento ganglionar axilar obviando la biopsia selectiva de ganglio centinela.

Bibliografía / Referencias

1. Bedrosian I, Bedi D, Kuerer HM, Fornage BD, Harker L, Ross MI, et al. Impact of clinicopathological factors on sensitivity of axillary ultrasonography in the detection of axillary nodal metastases in patients with breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2003;10:1025---30.

2. Cianfrocca M, Goldstein LJ. Prognostic and predictive factors on early-stage breast cancer. *Oncologist*. 2004;9:606---16.
3. Banerjee M, George J, Song EY, Roy A, Hryniuk W. Treebased model for breast cancer prognostication. *J Clin Oncol*. 2004;22:2567---75.