

Cuantificación de linfadenectomías innecesarias tras PAAF ganglionar axilar positiva en pacientes con cáncer de mama tras ACOSOG Z0011

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Elizabeth M. Núñez Peynado, María Martínez Gálvez, María Carrillo García, José Ignacio Bares Fernández, **Sandra Sánchez Jiménez**, José Ignacio Gil Izquierdo

Objetivos

El estado de los ganglios linfáticos axilares es uno de los principales factores pronósticos en pacientes con cáncer de mama en estadio inicial. La evaluación histológica de estos ganglios es el método con mayor precisión para evaluar la diseminación, siendo la linfadenectomía axilar (LA) tradicionalmente la técnica quirúrgica de elección, no exenta de morbilidad y sin influencia sobre la supervivencia global de la paciente. A principios de los años 90 esta técnica fue sustituida por la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes con axila clínicamente negativa.

La ecografía ganglionar regional en cáncer de mama, seguida de punción aspiración con aguja fina (PAAF) o biopsia con aguja gruesa (BAG) de los ganglios de sospecha es la técnica de elección para la estadificación axilar prequirúrgica. Permite seleccionar pacientes para LA directa tras PAAF positiva, sin necesidad de BSGC, evitando además la tasa de falsos negativos de la BSGC.

El ensayo ACOSOG Z0011 es un estudio prospectivo, randomizado y multicéntrico en el que se comparó la tasa de supervivencia y la recurrencia locorregional tras LA frente a BSGC en pacientes con ganglio centinela positivo, con la finalidad de evitar complicaciones asociadas a la LA. Este concluye que no existen diferencias significativas en la supervivencia a cinco años, en la supervivencia libre de enfermedad ni en la tasa de recurrencia en pacientes con dos o menos de dos ganglios metastásicos en BSGC, con o sin LA, en pacientes sometidas a cirugía conservadora, con posterior quimioterapia y radioterapia. Dicho ensayo no incluye la estadificación ecográfica y ha abierto un debate respecto de daño potencial de someter a LA a una paciente tras PAAF positiva.

Nuestro objetivo es cuantificar el porcentaje de linfadenectomías innecesarias según criterios Giuliano respecto del global de pacientes con cáncer de mama estadificadas mediante ecografía ganglionar regional y PAAF/BAG de ganglios de sospecha (cN).

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Portada

Material y métodos

Estudio retrospectivo de 549 pacientes consecutivas con diagnóstico de cáncer de mama invasivo y carcinoma ductal in situ (CDIS) extenso, entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2013, periodo previo a la implantación de los criterios del ensayo ACOSOG Z0011. Criterios de exclusión: pacientes en las que el estudio quirúrgico axilar (BSGC y/o LA) o el estudio de estadificación inicial no fueron realizados en nuestra unidad.

En nuestra unidad el examen ecográfico axilar de los ganglios regionales se realiza de rutina en el mismo acto clínico del diagnóstico del cáncer de mama mediante un ecógrafo IU22 del sistema Philips Healthcare International y sonda lineal de 12-15 mHz. Se estudian sistemáticamente los tres niveles axilares (Fig. 2), así como la contralateral. El estudio axilar de las pacientes fue realizado por dos radiólogos con 14 y 8 años de experiencia en radiología mamaria.

Se revisaron tanto las imágenes previamente obtenidas como la descripción semiológica de los ganglios en el informe de la paciente y en función de las características ecográficas clasificamos los ganglios

axilares en cuatro grupos:

UN2 (normal): ganglio de morfología ovalada, hilio graso conservado y centrado y cortical homogénea inferior a 3 mm.

UN3 (indeterminado): ganglio de morfología ovalada, hilio graso conservado y engrosamiento cortical uniforme > 3 mm (Fig. 3).

UN4 (sospechoso): engrosamiento cortical focal > 3 mm y desplazamiento excéntrico del hilio graso (Fig. 4).

UN5 (patológico): ganglio con sustitución completo del hilio graso (Fig. 5).

Se realizó PAAF inicial ecoguiada de todos los casos UN3, UN4 y UN5, controlada inmediatamente por el patólogo y en caso de ser insuficiente o discordante se realizó BAG. Para la realización de comprobación citológica con aguja fina utilizamos aguja 17G acoplada a sistema cameco y aguja 14G semiautomática Leleman para la realización de biopsia (BAG) previa administración de anestésico local y tras control de posibles tratamientos anticoagulantes.

Así, la estadificación axilar se realizó de la forma siguiente:

cN0: ausencia de ganglios de sospecha en el estudio ecográfico (no indicación de PAAF) o PAAF negativa.

cN1: uno o dos ganglios de sospecha en nivel I y PAAF positiva.

cN2: ≥ 3 ganglios de sospecha o presencia de conglomerado adenopático con PAAF positiva del ganglio dominante.

cN3: ganglio de sospecha en territorio infra y supraclavicular y PAAF positiva.

Definimos como enfermedad mínima metastásica ganglionar los casos cN1 y enfermedad ganglionar avanzada cN2, cN3.

Manejo axilar: ante cN0 radiológico se indicó BSGC y LA tras PAAF positiva en cN1. En caso de cN2 y cN3 se indicó quimioterapia neoadyuvante y posterior reestadificación final seguida de LA. Tras BSGC positiva se indicó LA, exceptuando micrometástasis. El estudio del ganglio centinela se realizó mediante el método OSNA.

Imágenes en esta sección:

Niveles ganglionares

- Nivel I: ganglios inferiores y laterales al músculo pectoral menor.
- Nivel II: ganglios debajo de la vena axilar y detrás del músculo pectoral menor.
- Nivel III: ganglios entre el borde medial del músculo pectoral menor y el borde inferior de la primera costilla.

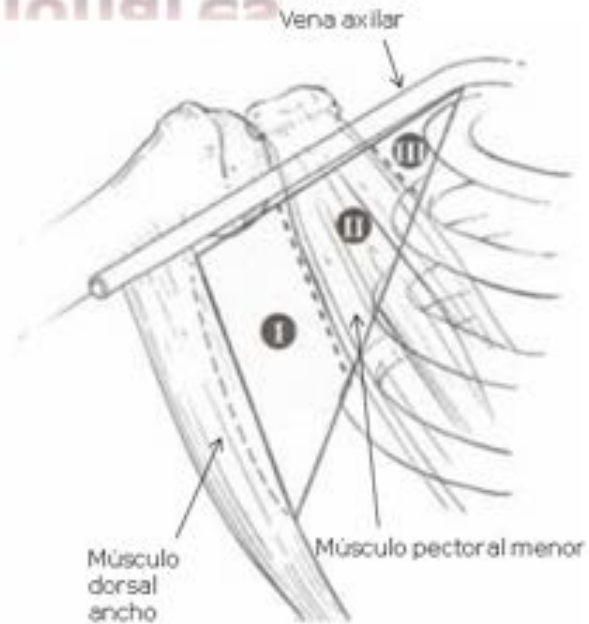


Fig. 2: Niveles ganglionares axilares

Ganglio indeterminado (UN3)

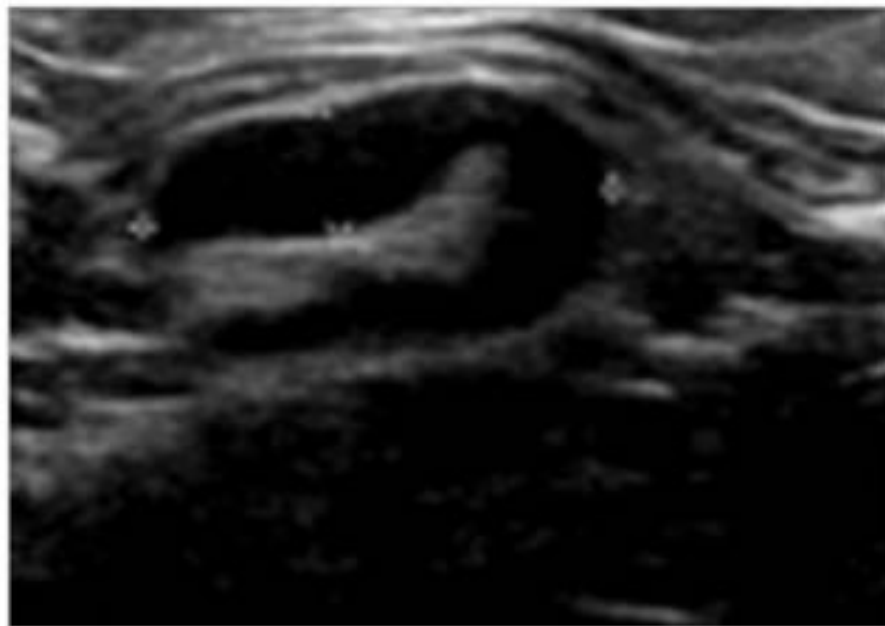


Fig. 3: La imagen ecográfica muestra un ganglio de morfología ovalada, que conserva su hilio graso y presenta un engrosamiento cortical difuso mayor a 3 mm.

Ganglio sospechoso (UN4)



Fig. 4: En la Imagen ecográfica se puede observar un ganglio de morfología ovalada, con engrosamiento cortical focal (flecha blanca) e hilio graso desplazado excéntricamente (flecha negra)

Ganglio patológico (UN5)

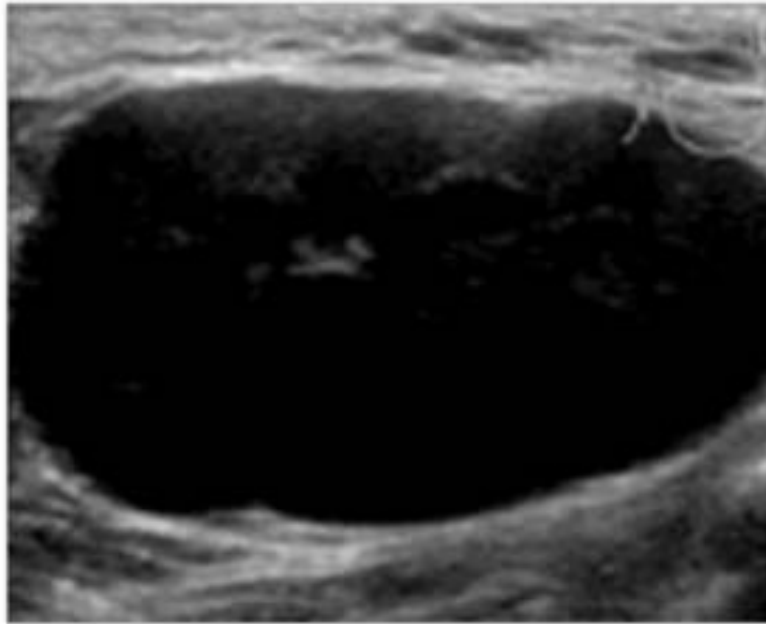


Fig. 5: La imagen ecográfica muestra un ganglio de morfología ovalada, hipocogénico, con pérdida completa de su hilio graso.

Resultados

De un total de **549** pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro hospital en este período, **177** (32,2%) fueron sometidas a LA por axila positiva. De estas **177** pacientes, **49** (27,7 %) fueron sometidas a LA tras BSGC positiva y ecografía axilar negativa, cN0 (excluyendo micrometástasis). **128** pacientes (72,3%) fueron sometidas a LA tras PAAF ganglionar positiva guiada por ecografía. De estas **128** pacientes **79** (61,7%) recibió quimioterapia neoadyuvante (cN1,cN2, cN3); **33** (25,8%) cN1 fueror sometidas a MRM+ LF y **16/128** (12,5%) cN1 tras punción fueron sometidas cirugía conservadora + LA población de pacientes que cumplían los criterios del ensayo ACOSOG Z0011. De estas **16** pacientes 53,3% (8/15) tuvieron uno o dos ganglios positivos, mientras que el 46,7% (7/15) tuvieron ≥ 3 ganglios positivos tras el estudio histológico de la pieza de linfadenectomía (fig.6).

Imágenes en esta sección:

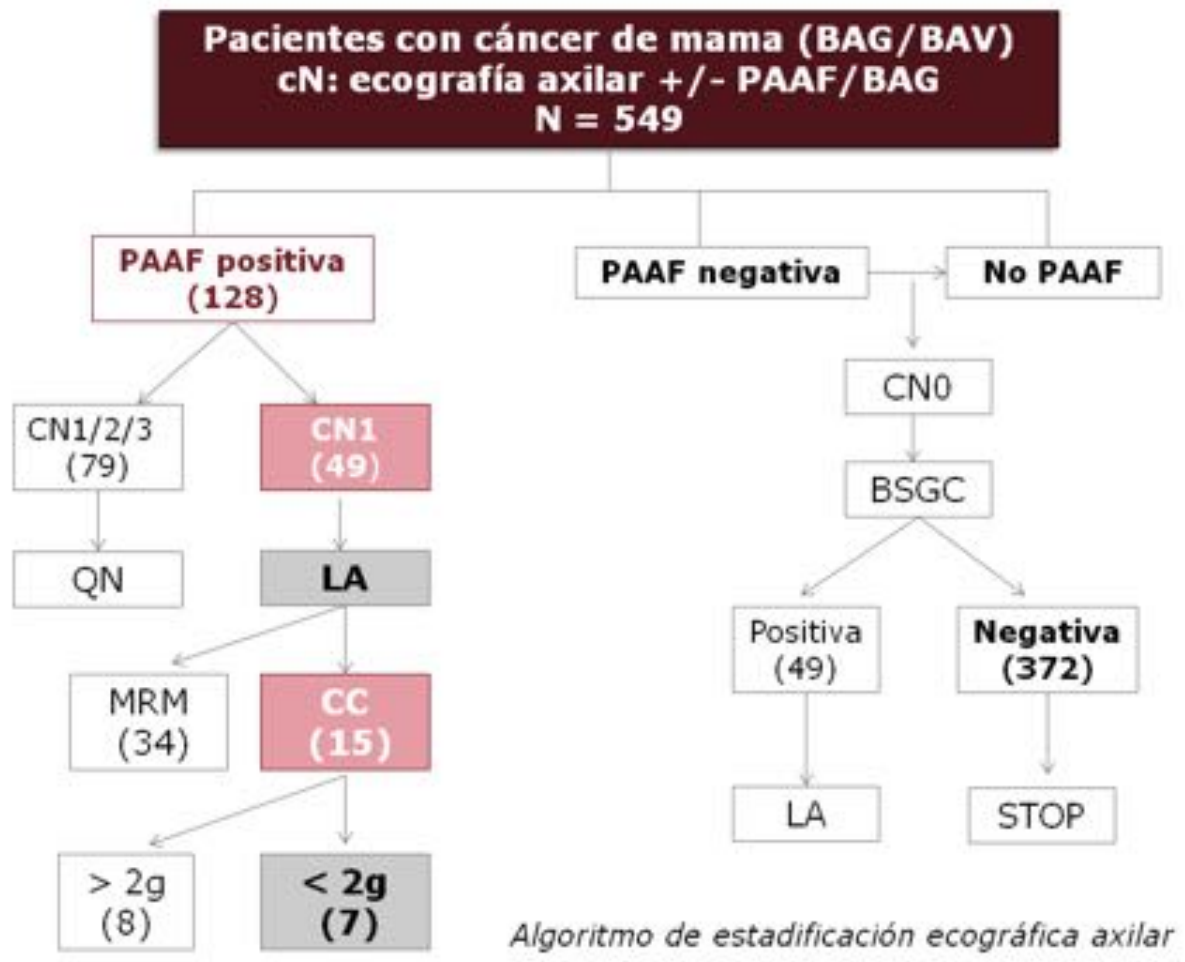


Fig. 6: Algoritmo de estadificación ganglionar axilar.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos de nuestra serie, sólo un 6% de las pacientes con criterios ACOSOG sufre una LA innecesaria tras punción positiva, del global de pacientes metastásicas identificadas ecográficamente. Esto representa un 1,45% de pacientes sobretratadas frente al total de pacientes estudiadas que se benefician de la estadificación ecográfica axilar.

La serie estudiada muestra el valor de la estadificación ecográfica en la mayoría de pacientes con cáncer de mama para su correcto manejo, siendo sólo un porcentaje mínimo de pacientes las que recibir sobretratamiento.

Bibliografía / Referencias

1. Humphrey KL, Saksena MA, Freer PE, Smith BL, Rafferty EA. To do or not to do: axillary nodal evaluation after ACOSOG Z0011 Trial. *Radiographics*. 2014 Nov-Dec; 34(7):1807-16. doi: 10.1148/rg.347130141. Review. PubMec PMID: 25384280.
2. Del Riego J, Diaz-Ruiz MJ, Teixidó M, Ribé J, Vilagran M, Canales L, Sentís M; Grup de Mama Vallès-Osona-Bages (GMVOB; Cooperative Breast Workgroup Vallés-Osona-Bagés). The impact of preoperative axillary ultrasonography in T1 breast tumours. *Eur Radiol*. 2016 Apr;26(4):1073-81. doi: 10.1007/s00330-015-3901-2. Epub 2015 Jul 12. PubMec PMID: 26162580.
3. Giuliano AE, Morrow M, Duggal S, Julian TB. Should ACOSOG Z0011 change practice with respect to axillary lymph node dissection for a positive sentinel lymph node biopsy in breast cancer? *Clin Exp Metastasis*. 2012 Oct;29(7):687-92. doi: 10.1007/s10585-012-9515-z. Epub 2012 Aug 29. PubMed PMID: 22926446.
4. Amersi F, Giuliano AE. Management of the axilla. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2013 Aug;27(4):687-702, vii. doi: 10.1016/j.hoc.2013.05.002. Review. PubMed PMID: 23915739.
5. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, Leitch AM, Saha S, McCall LM, Morrow M. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2011 Feb 9;305(6):569-75. doi:10.1001/jama.2011.90. PubMed PMID: 21304082.