

#1214 - Presentación Electrónica Educativa



Estadía axilar del cáncer de mama: ¿Qué hacer?

Sonia Francisca Pozo González
Carmen Martínez Lara
Roberto Domingo Tabernero Rico
Juan Chaviano Grajera
Isabel Alonso Diego
José Martín Marín Balbín

Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

OBJETIVOS:

-Describir la anatomía ecográfica axilar y los hallazgos ecográficos de ganglios axilares normales y patológicos.

-Conocer indicaciones y técnicas ecoguiadas para el estudio anatomopatológico de adenopatías axilares: punción aspiración con aguja fina (PAAF) y biopsia con aguja gruesa (BAG).

REVISIÓN DEL TEMA

La linfadenectomía axilar (LDA) ha formado parte del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama

valor terapéutico y pronóstico.

El desarrollo tecnológico y del cribado mamográfico ha posibilitado el diagnóstico frecuente de tumores en estadios precoces:

- probabilidad baja de enfermedad axilar
- se pueden tratar de forma más conservadora

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) surge como alternativa a la LDA {1.2}.

La BSGC

- Procedimiento válido y ampliamente extendido en el cáncer de mama sin evidencia prequirúrgica de afectación ganglionar axilar.
- Requiere:
 - entrenamiento de los equipos multimodales
 - mayor tiempo de ocupación del quirófano y no es un procedimiento perfecto
- Prioritario seleccionar las pacientes {2}.

La confirmación preoperatoria de metástasis axilares descarta la BSGC. Diversas técnicas de imagen más empleada, la ecografía, siendo útil como guía de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y/o de la biopsia con aguja gruesa (BAG) de adenopatías con sospecha de metástasis.

Valoración ganglionar

Conocer el estado de los ganglios regionales, previo a la cirugía

- Importante factor pronóstico
- fundamental para la elección del tratamiento más adecuado para cada paciente

El papel del radiólogo es cada vez más importante.

El estudio ganglionar regional prequirúrgico debe ir dirigido a:

- ganglios axilares
- ganglios infra y supraclaviculares,
- estudio de la axila contralateral al tumor primario.

El estadiaje ganglionar axilar es el mejor indicador de la supervivencia del cáncer de mama a largo plazo.

Otros factores:

- Histología tumoral
- Receptores hormonales

nos indican la agresividad del tumor y la capacidad del paciente para neutralizarlo.

El número de ganglios afectados y la localización de estos son también factores pronósticos.

La clasificación más usada de las adenopatías axilares según su localización respecto del músculo pectoral menor de Berg (Figura 1) {3}.

- Nivel I lo forman aquellos nódulos laterales o inferiores al pectoral menor (Figura 2).
- Nivel II son nódulos posteriores al pectoral menor, e incluyen los ganglios interpectoriales de Rotter (Figura 2).
- Nivel III lo forman aquellos en situación medial al mismo (Figura 3).

Aunque no es frecuente que se encuentren nódulos afectos del nivel III sin que estén infiltrados los de niveles inferiores, no es infrecuente que se salten el primer nivel y afecten directamente al segundo (25% de los casos).

Entre las técnicas para el estadiaje ganglionar axilar:

- Linfoescintigrafía
- Biopsia del ganglio centinela
- Ecografía axilar +/- PAAF/BAG.

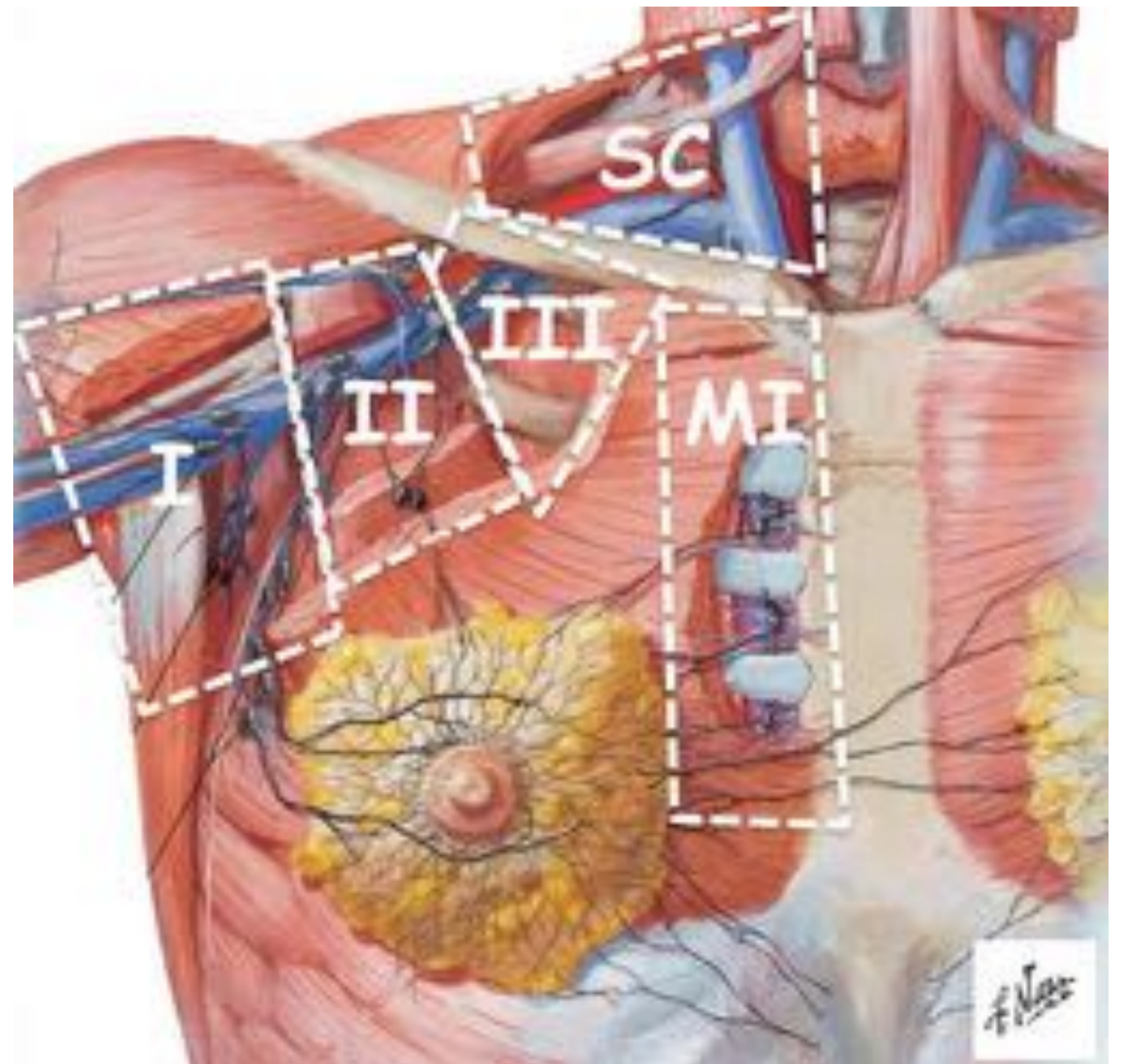
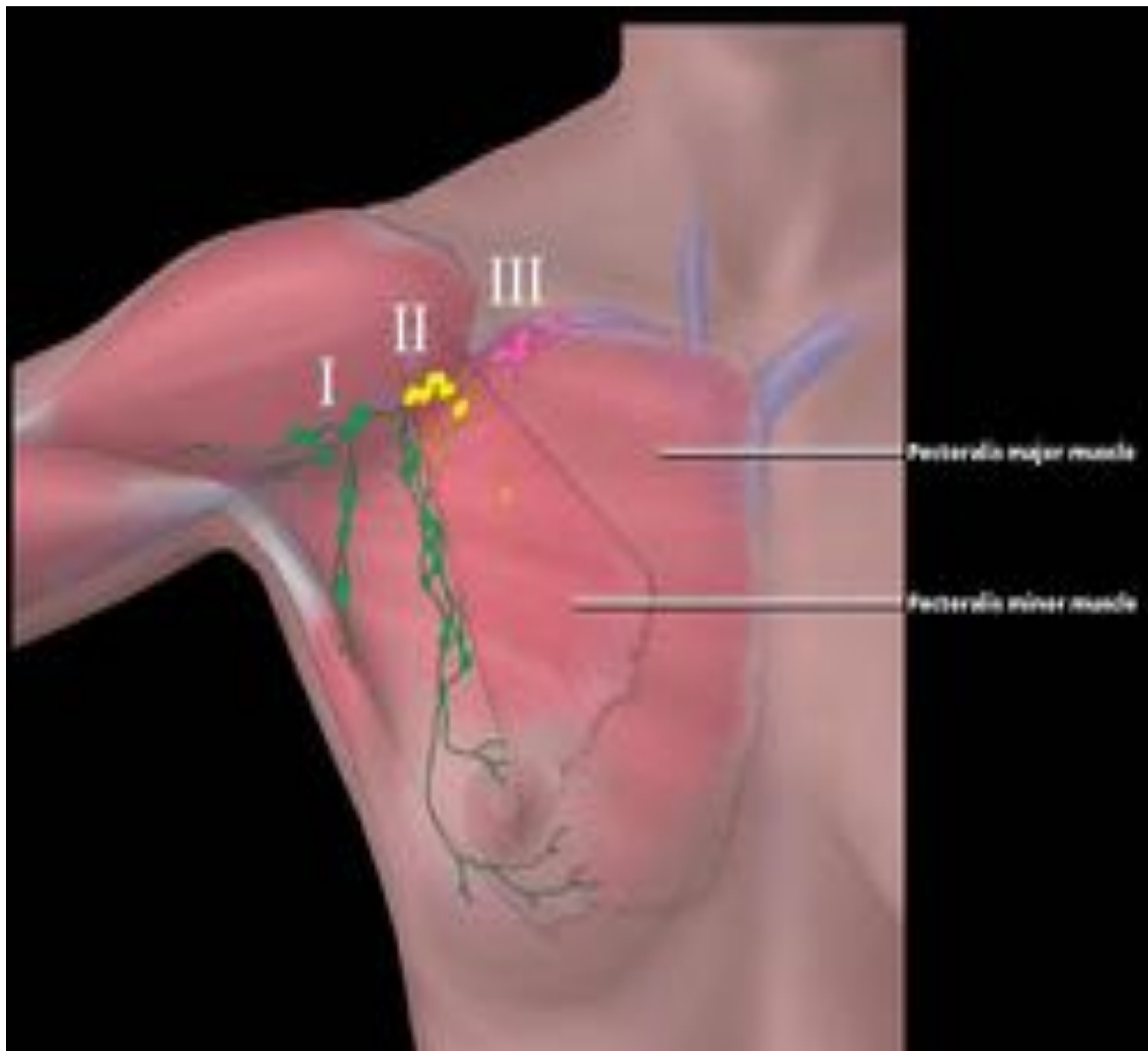


Figura 1. Ganglios en niveles I, II y III; Supraclavicular (SC); Mamaria Interna (MI).

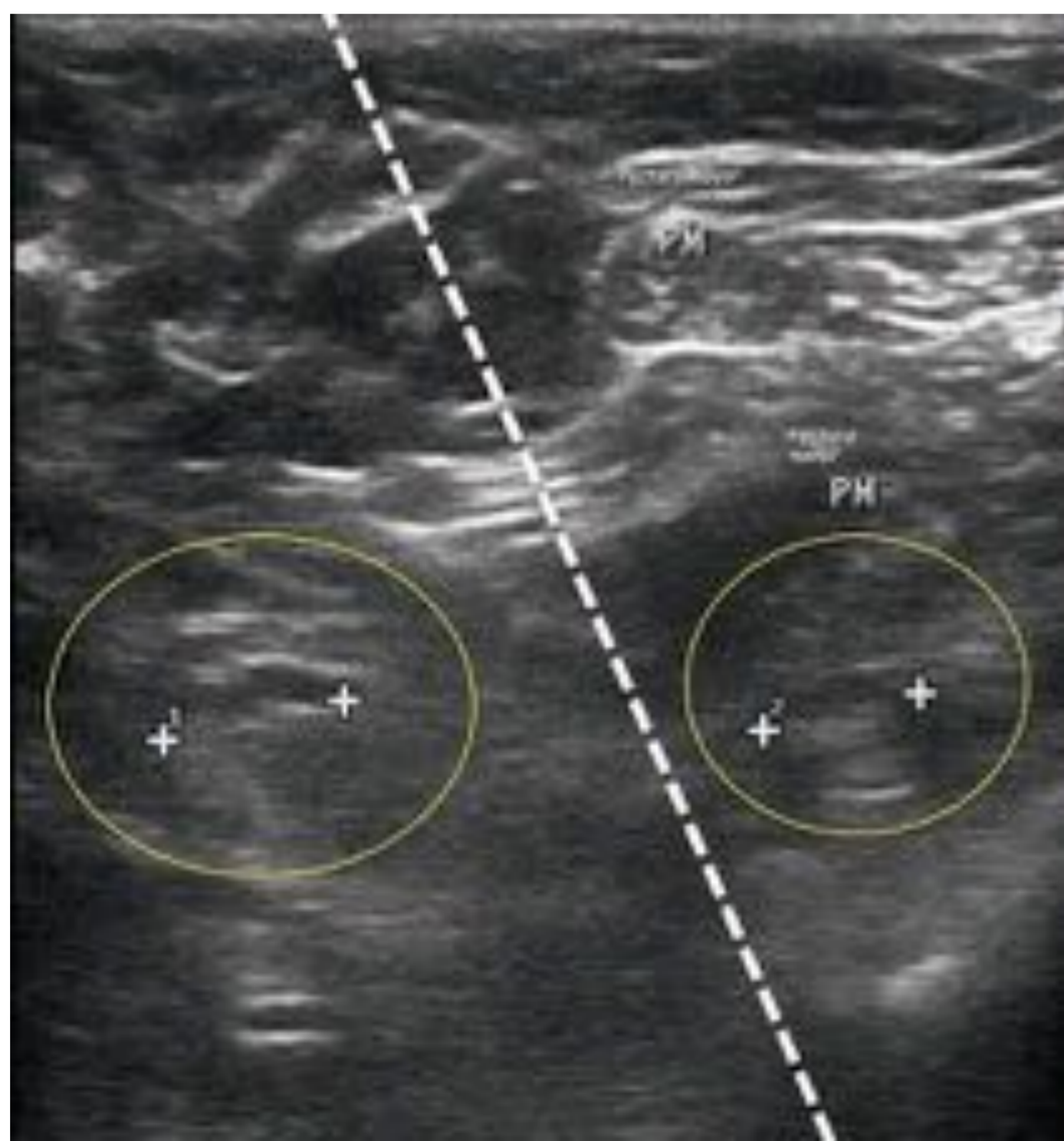


Figura 2. Ganglios en niveles I \ II



Figura 3. Ganglio en nivel III

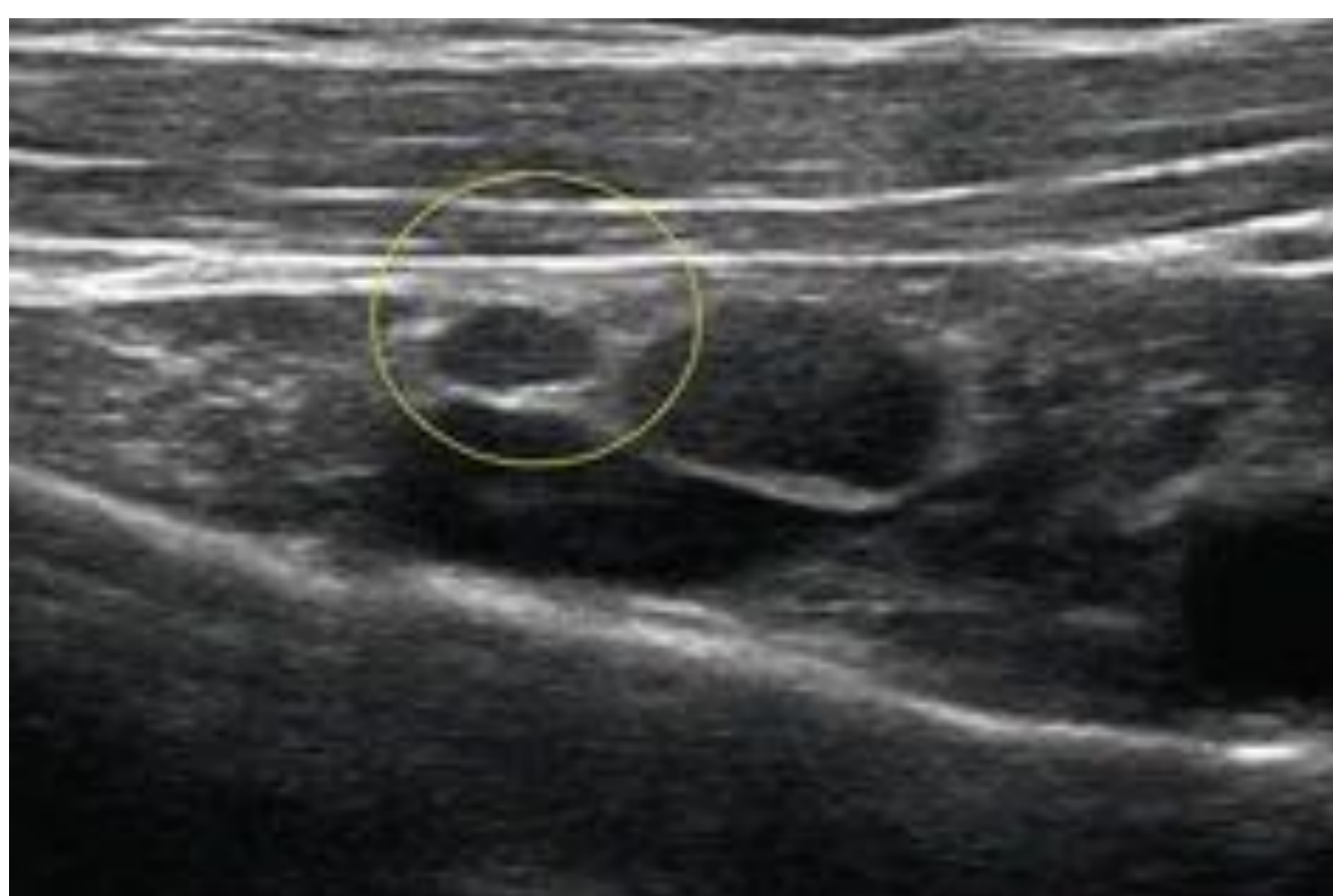
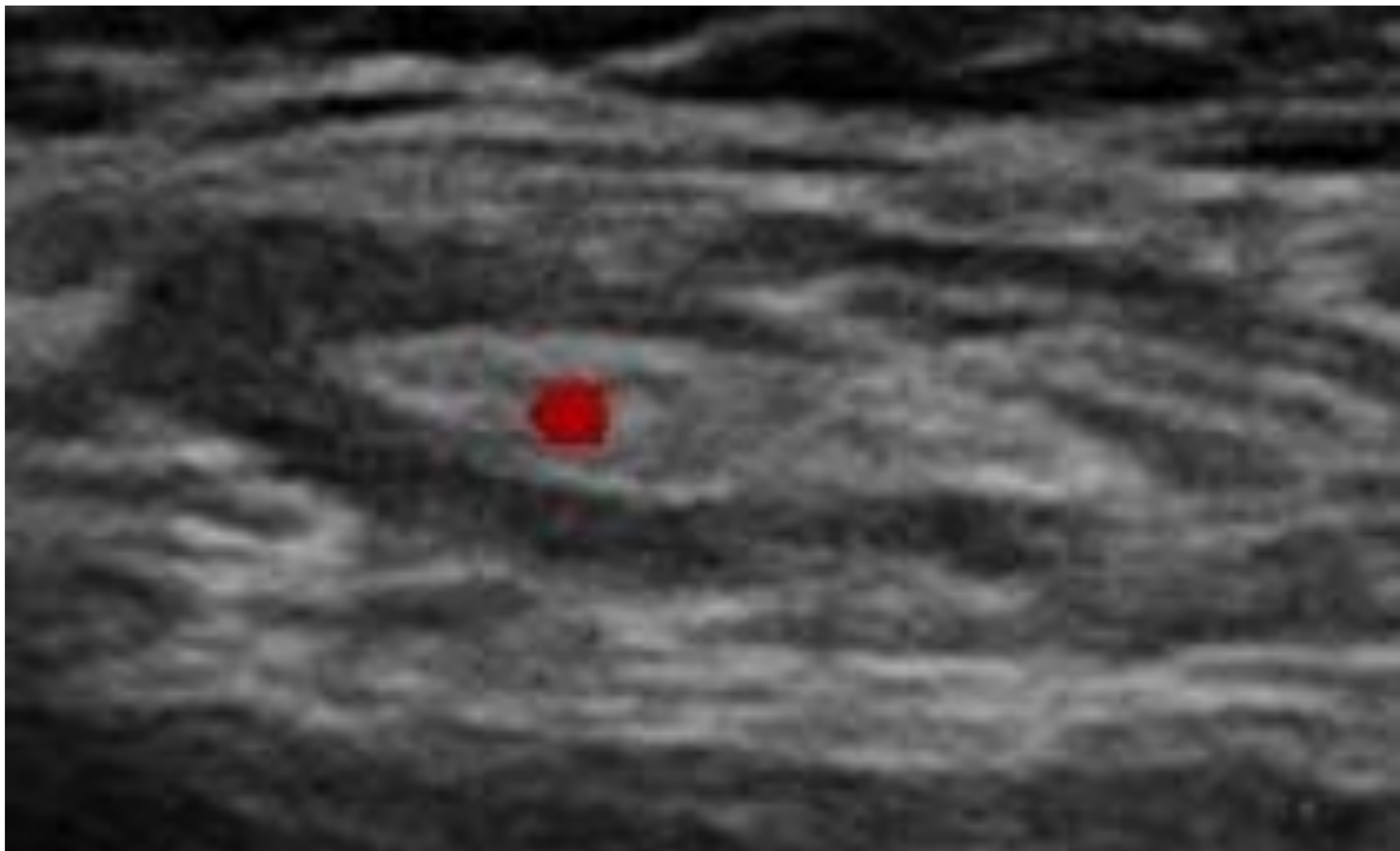
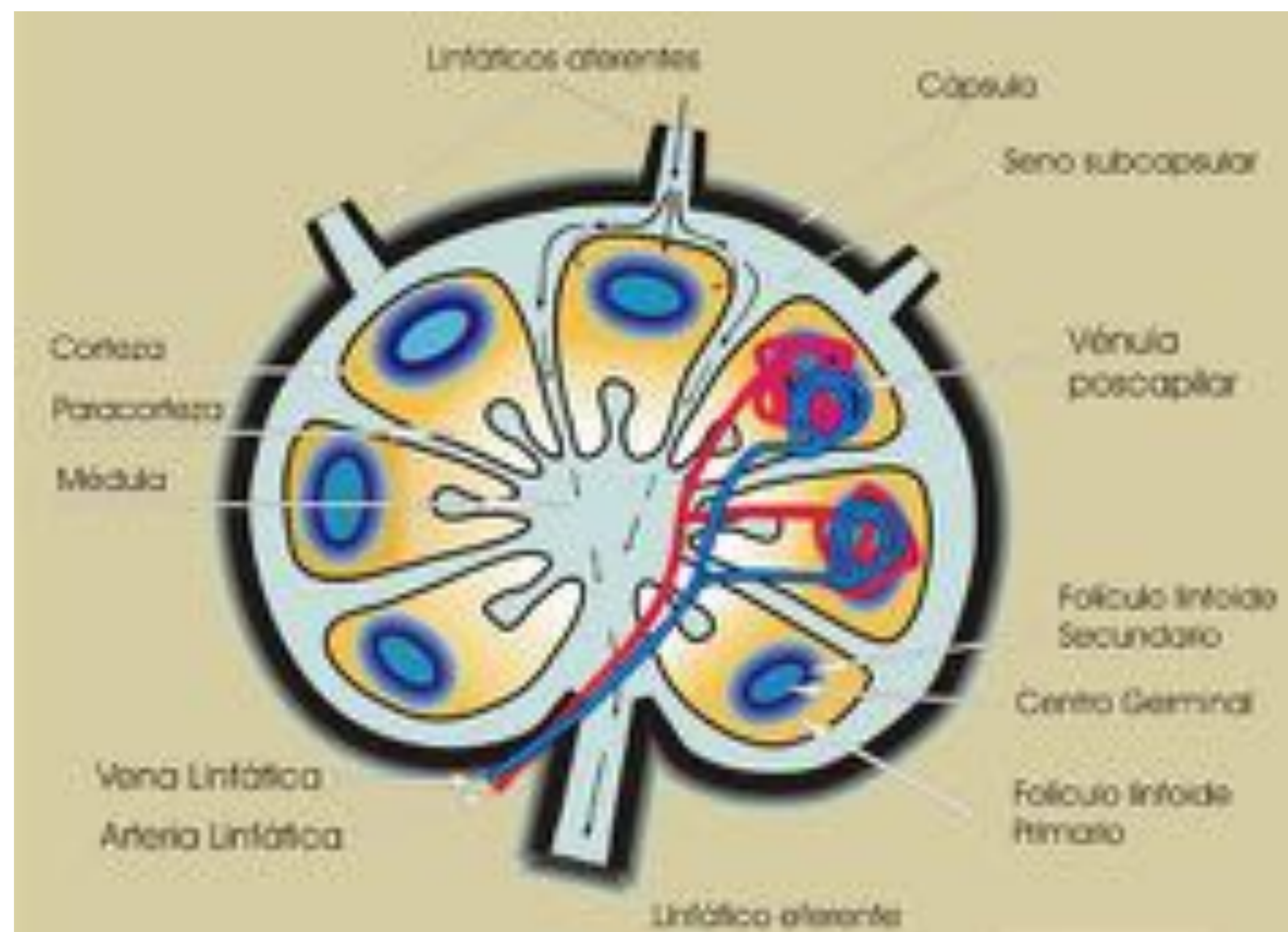


Figura 4. Ganglio Supraclavicular



Figura 5. Ganglio de Mamaria Interna



Figuras 6 y 7: Ganglio normal

Independientemente de su tamaño (normal <10mm), el ganglio linfático axilar normal debe tener:

- forma oval
- contornos lisos y bien definidos (Figuras 6 y 7).

El criterio morfológico

- corteza levemente hipoeoica
- uniformemente fina
- < 3 mm.

Alto valor predictivo negativo para metástasis.

La prueba con una mayor seguridad y validez en el estudio ganglionar es ECO +/- PAAF-BAG ecoguiada en los casos de sospecha de enfermedad metastásica ganglionar (Figura 8) {3,4}.

La punción ecoguiada se dirige a ganglios con alguno de los siguientes criterios morfológicos de sospecha ecográficos:

- Ganglio visible de cualquier tamaño de morfología redondeada (alteración de la relación entre los ejes menor y mayor del ganglio, que no debería superar el 50%).
- y/o ausencia de hilio graso (Figura 9-11).
- y/o engrosamiento cortical difuso o focal (>3mm) (Figuras 12 y 13).
- y/o flujo cortical no hiliar al estudio Doppler (Figuras 12 y 13).

Los criterios más útiles para definir un ganglio patológico en ecografía son los morfológicos.

La clasificación de Bedi los divide en 6 tipos:

- | | | |
|----------|---|--|
| BENIGNO | { | Tipo 1. Cortical ausente, no visible.
Tipo 2. Cortical uniforme < 3 mm. |
| SOSPECHA | } | Tipo 3. Cortical uniforme > 3 mm. |
| | | Tipo 4. Lobulación cortical generalizada. |
| POSITIVO | | Tipo 5. Engrosamiento cortical focal.
Tipo 6. Hilio ausente
(Figuras 14 y 15). |

Signos cográficos de malignidad

- confirmarse el diagnóstico mediante punción (PAAF-BAG)

Posibilidad de falsos positivos de la ecografía (Figura 8).

Características a valorar en ganglio patológico:

- Tamaño
- Morfología
- Corteza hipoecoica
- Engrosamiento cortical (focal o difuso).
- Ausencia de hilio graso hiperecogénico
- Flujo vascular cortical no hiliar (Figura 16)

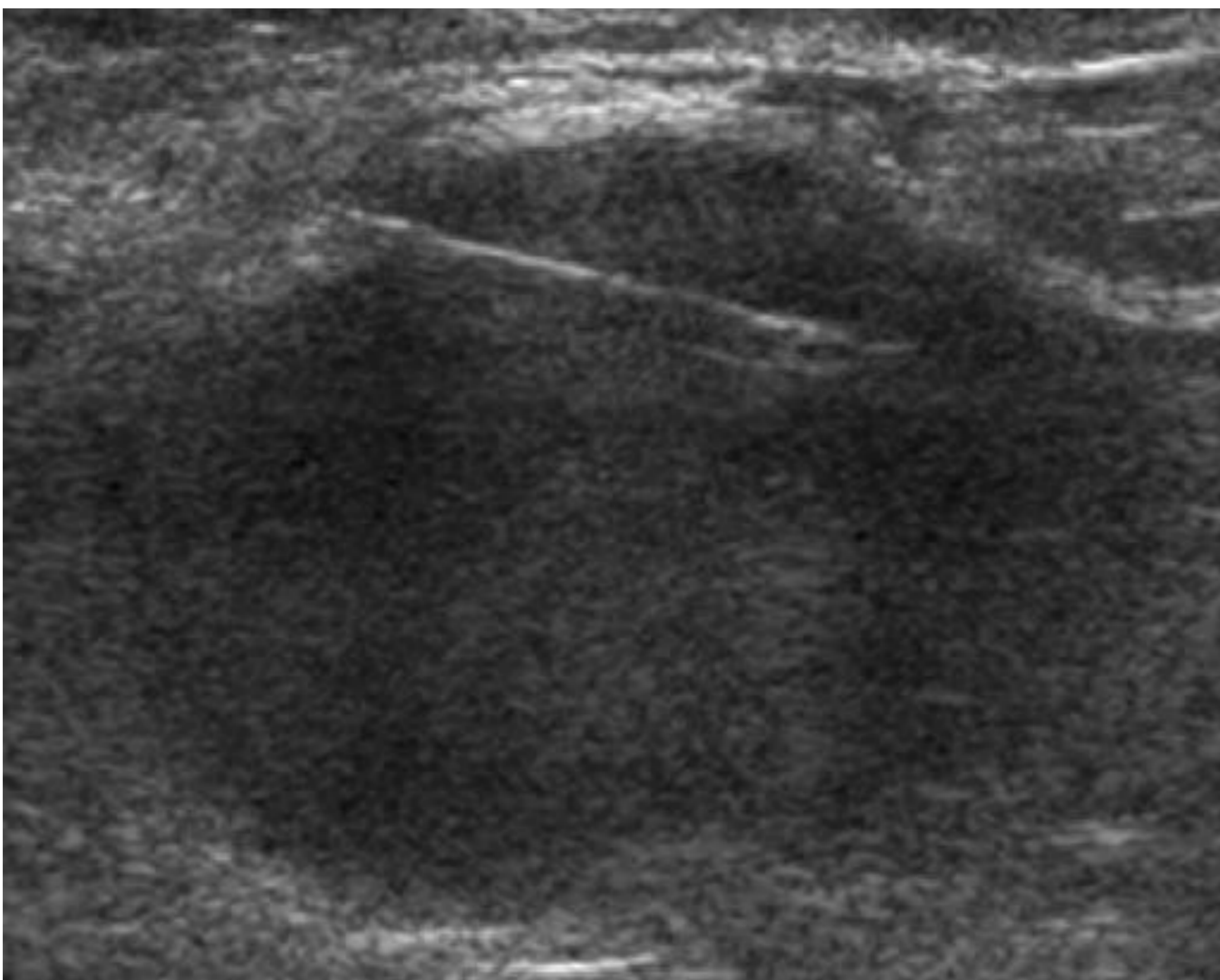
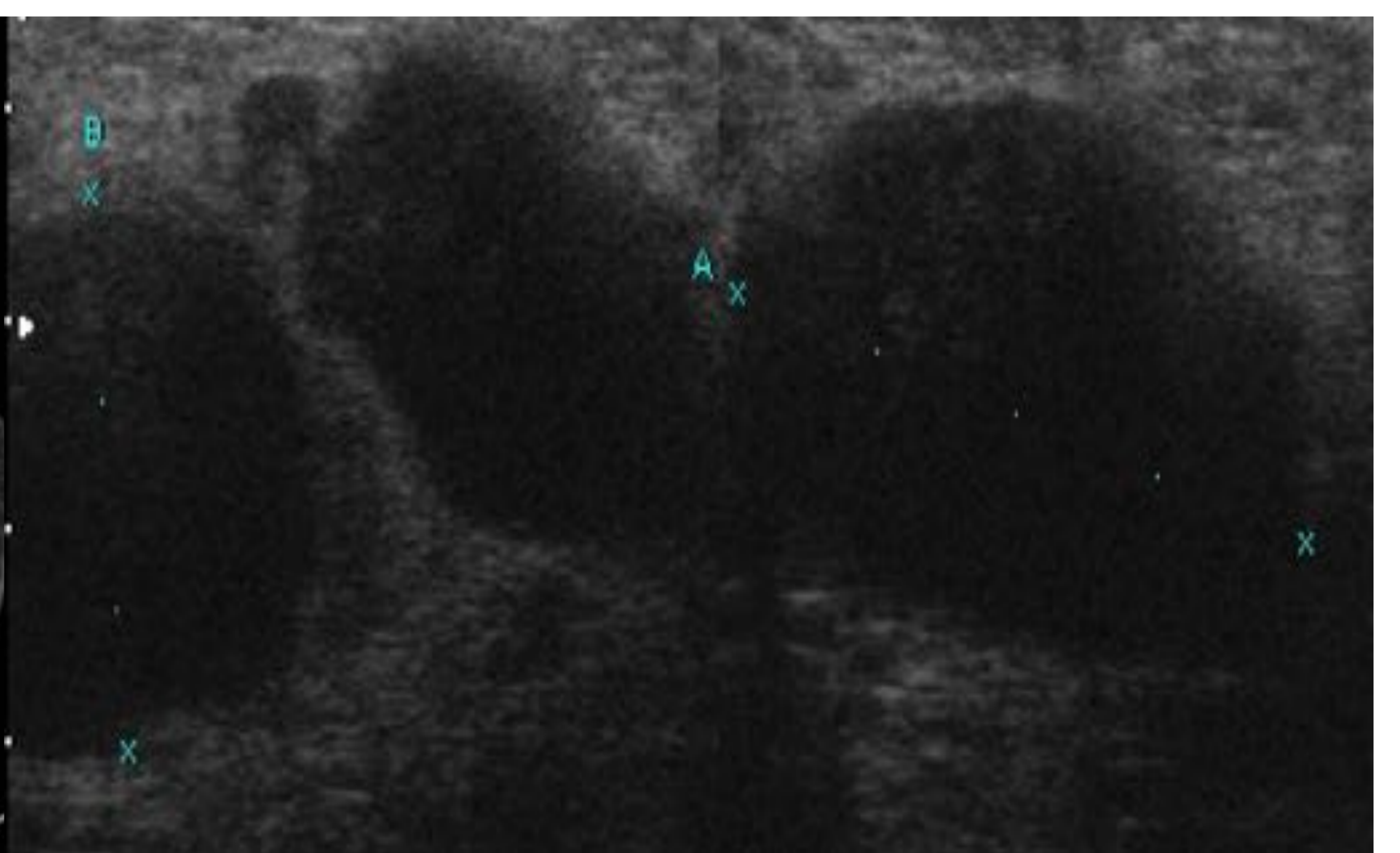
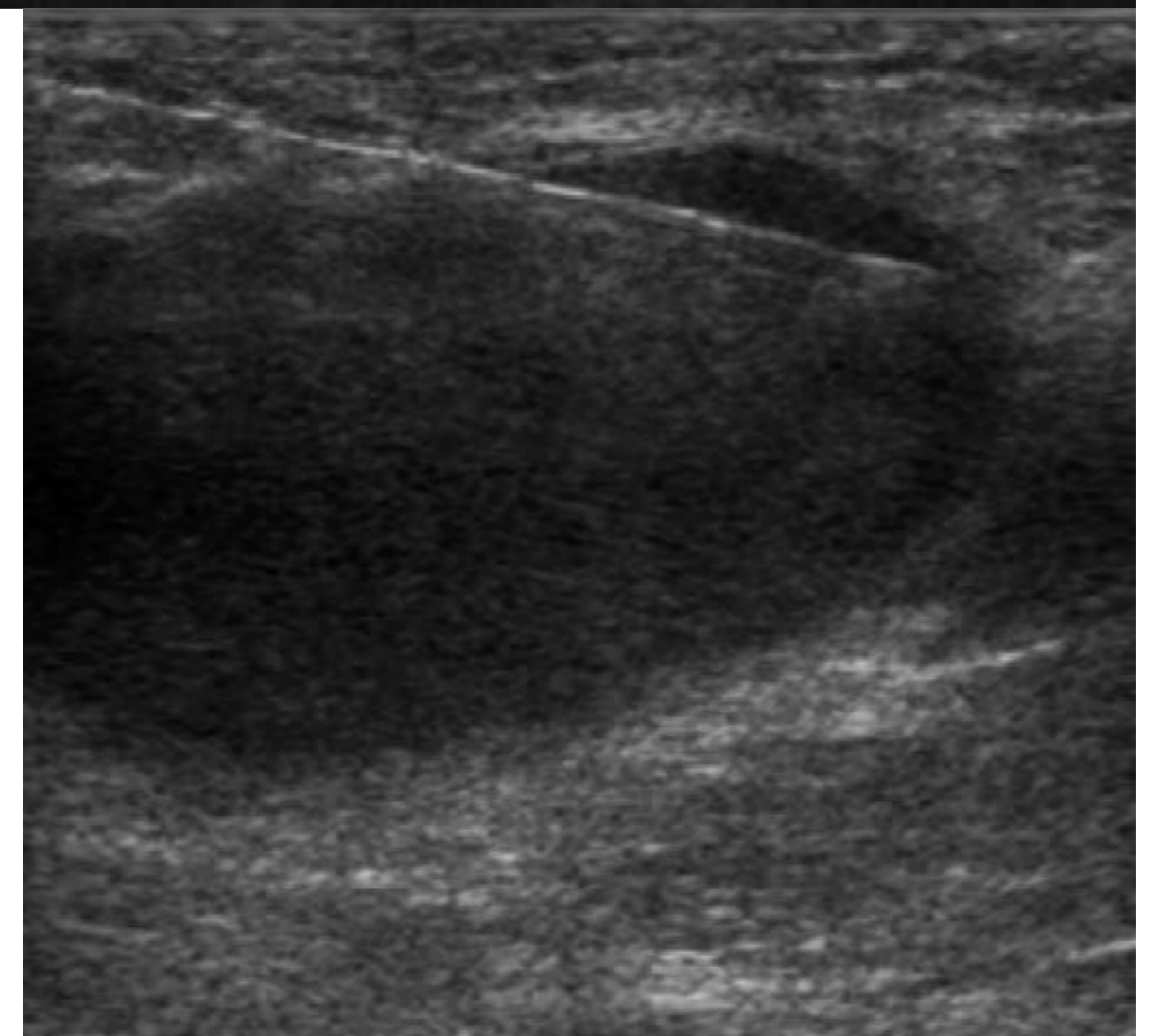


Figura 8: Biopsia guiada por ecografía con aguja gruesa 14 G con técnica “2 tiempos”, se visualiza la aguja en el ganglio.



Figuras 9, 10 y 11: Adenopatías con ausencia del hilio graso en ecografía y TC adenopatía axilar derecha aumentada de tamaño hipercaptante y BAG (14G).



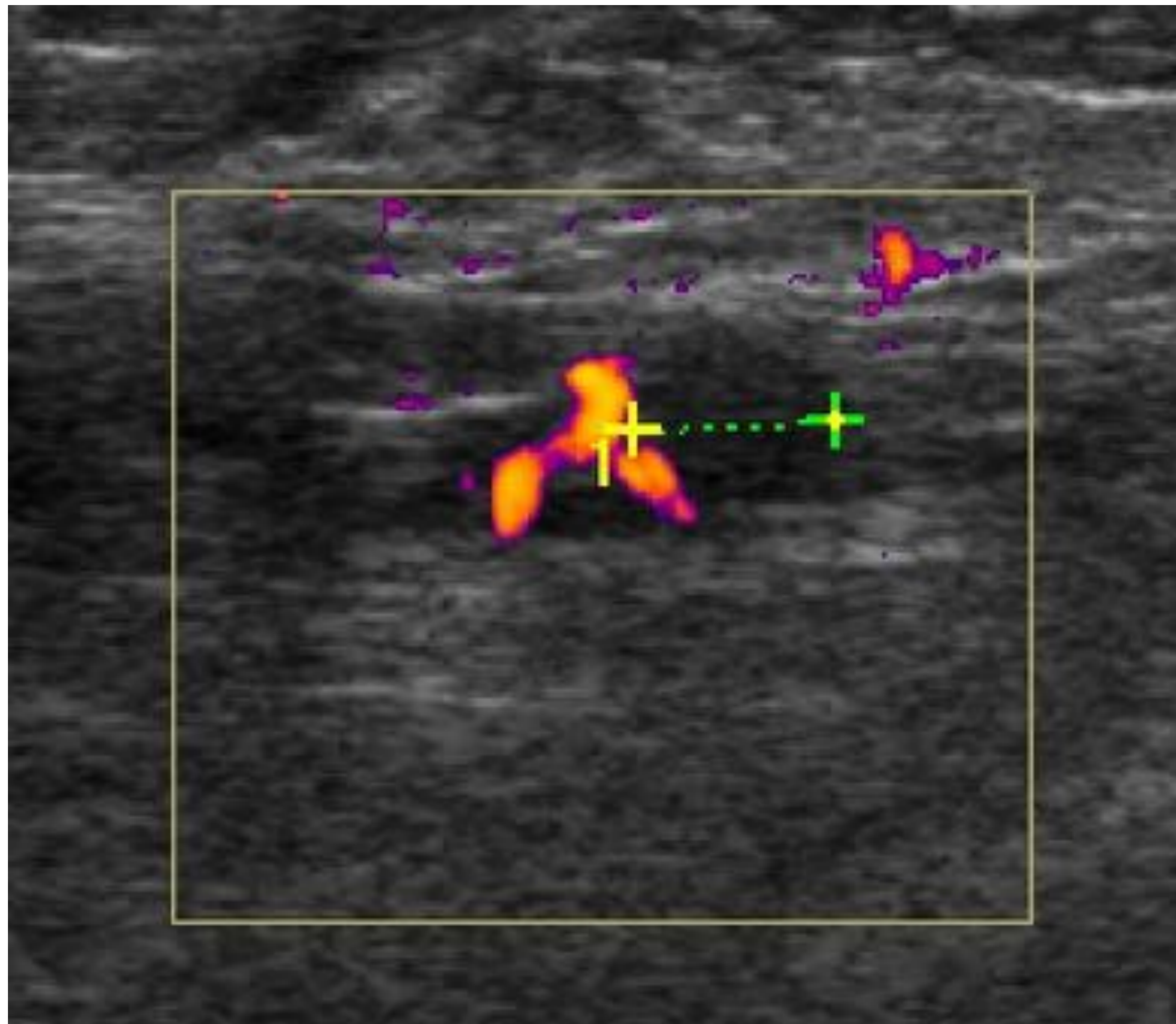


Figura 12: Ganglio con un engrosamiento cortical focal superior a 3 mm y presencia de flujo vascular cortical no hiliar.

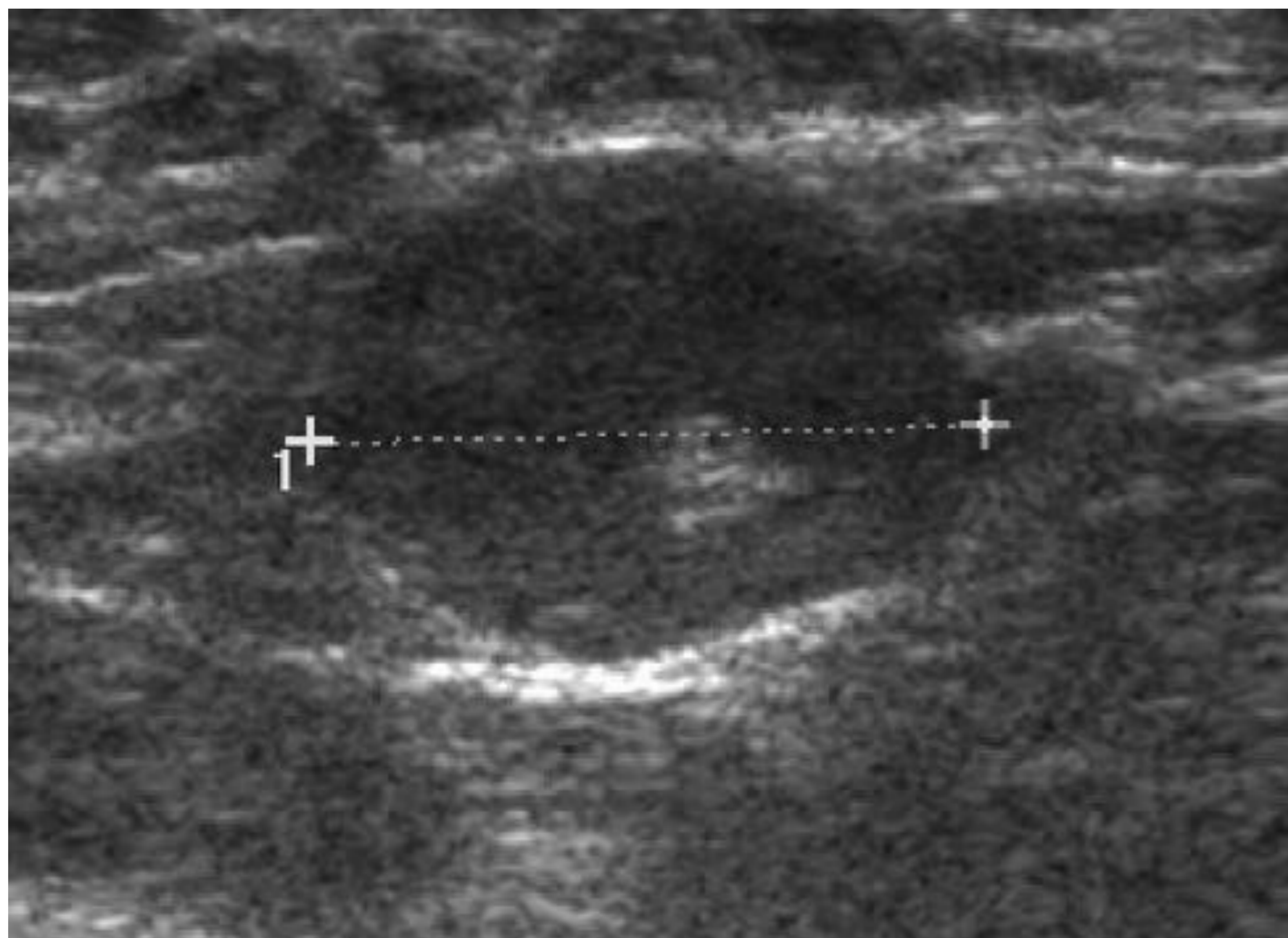


Figura 13: Ganglio axilar con engrosamiento cortical difuso y ausencia parcial de hilio graso.

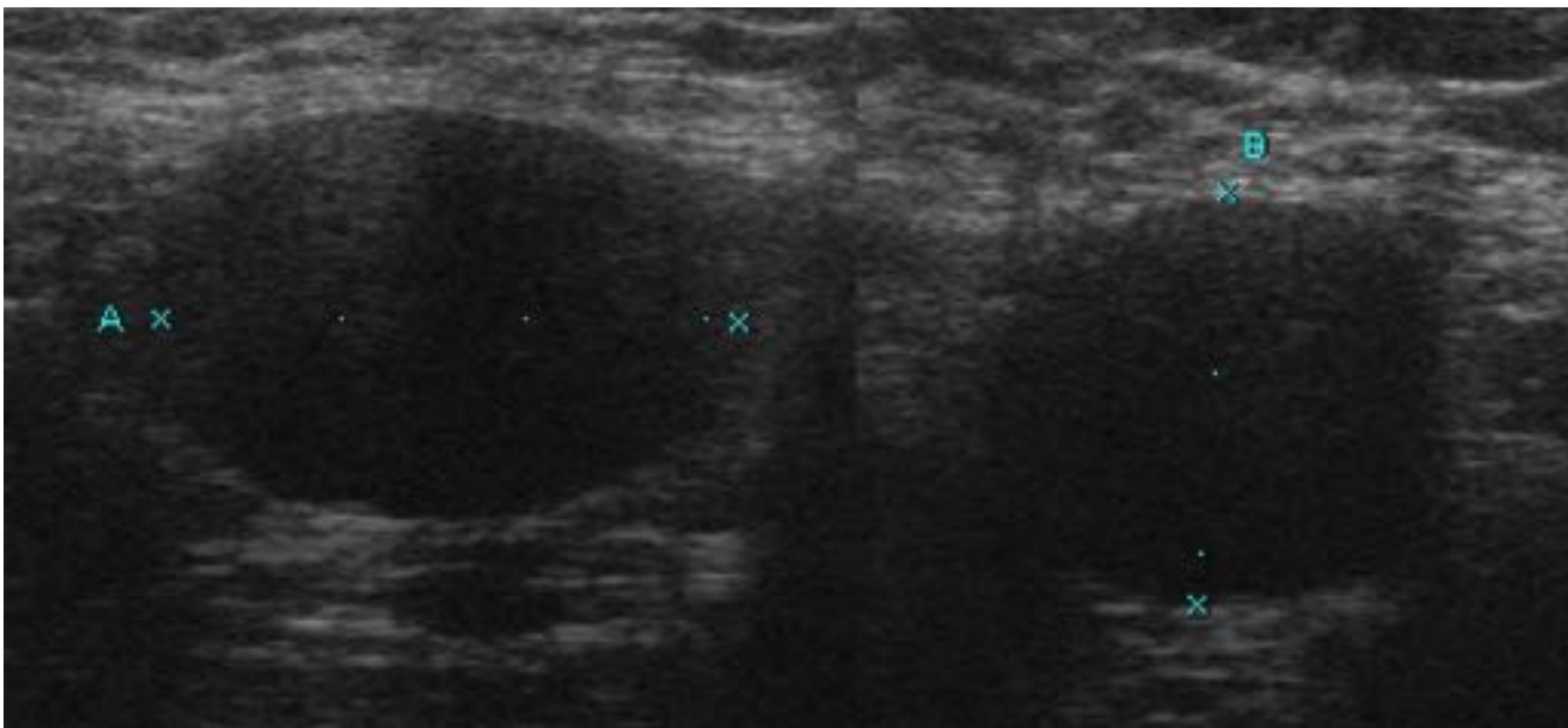


Figura 14: Nódulos axilares hipoecoicos redondeados con ausencia de hilio graso.

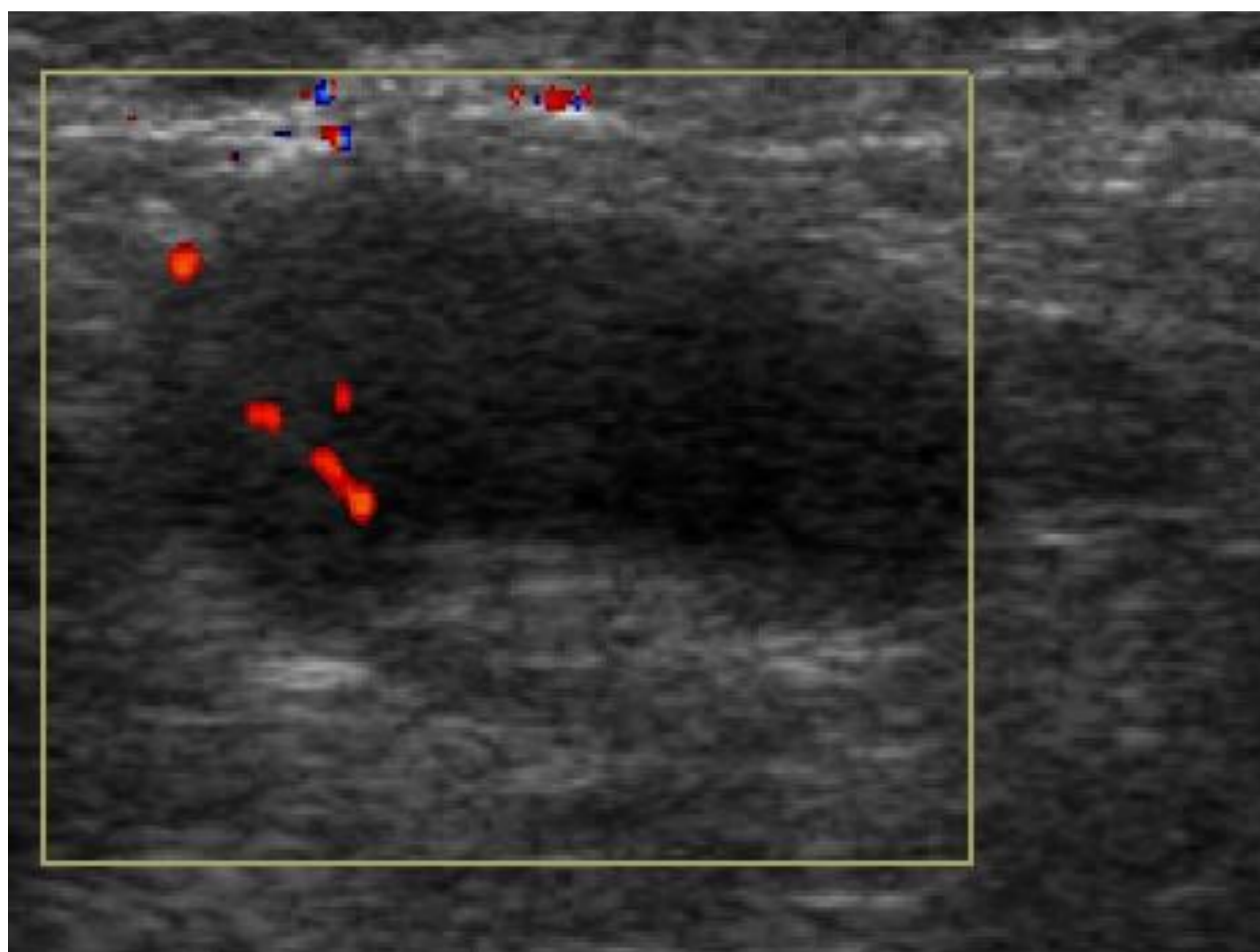


Figura 15: Ganglio con engrosamiento cortical difuso mayor a 3 mm y presencia de flujo vascular cortical no hilar.

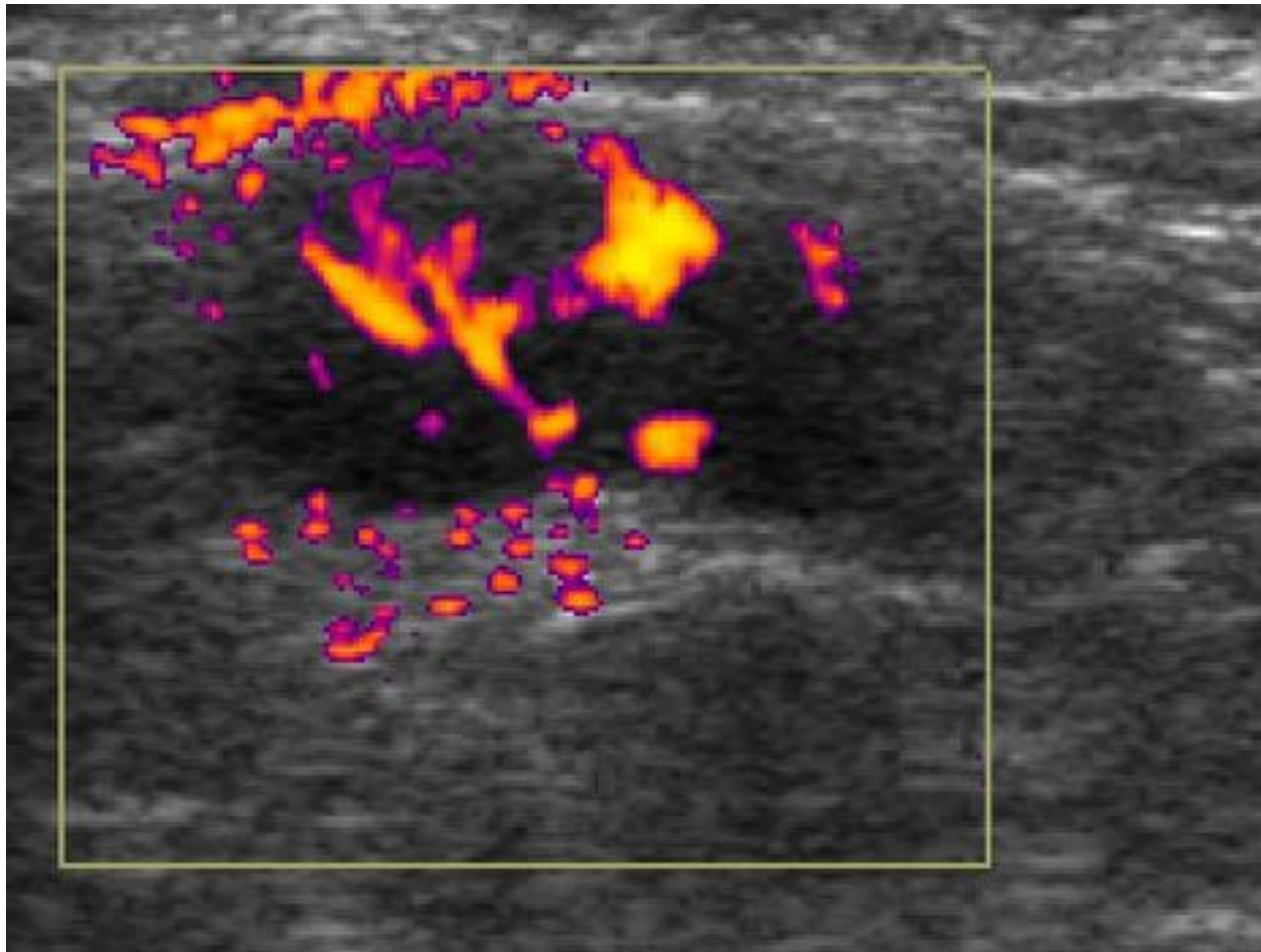


Figura 16: Ganglio axilar con flujo vascular cortical no hiliar y aumento difuso de la vascularización.

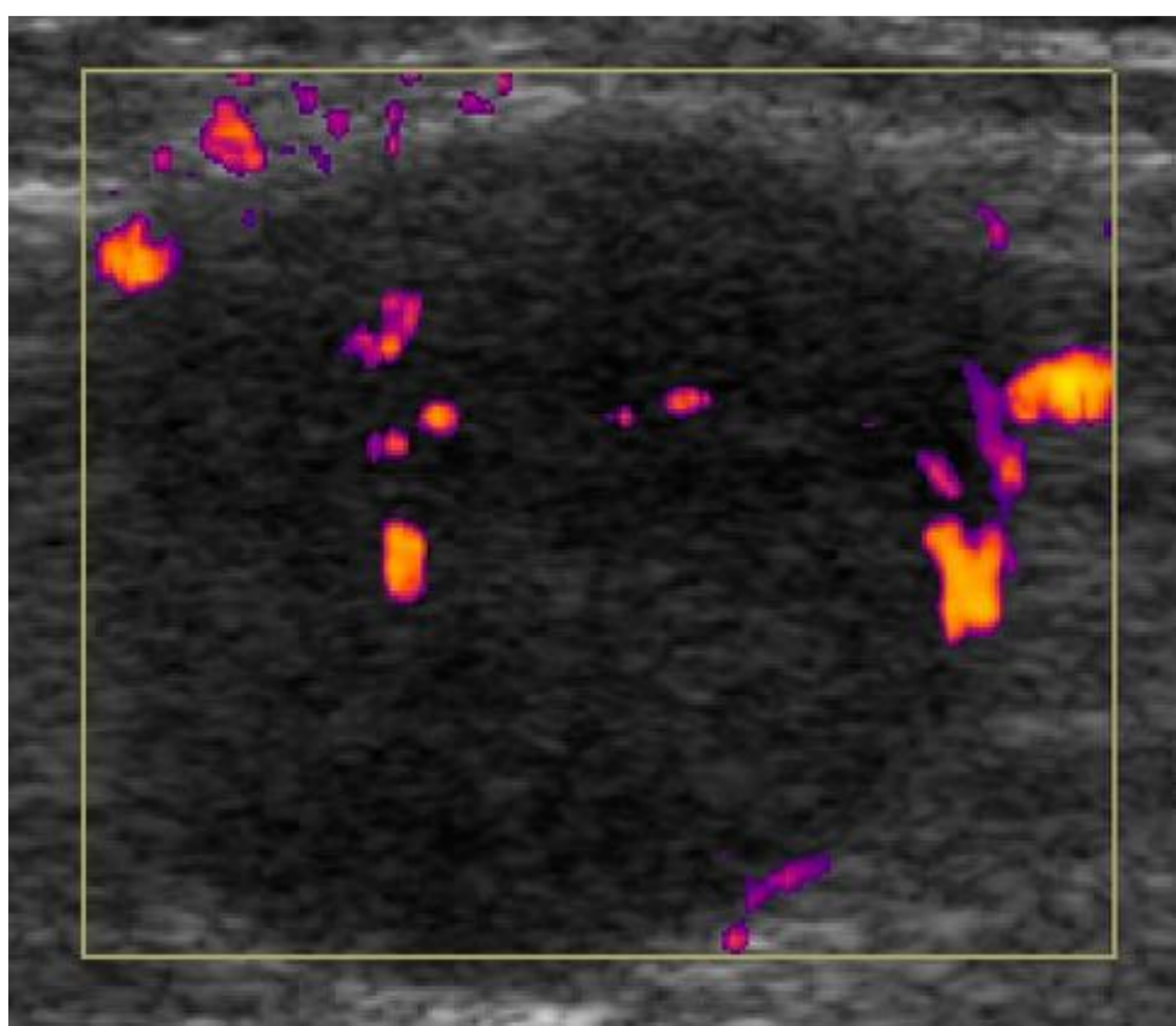


Figura 17: Adenopatía con flujo cortical no hiliar.

CONCLUSIONES

La ecografía es la técnica indicada para valorar ganglios axilares.

Los criterios morfológicos más relevantes y, por tanto, indicación de estudio anatomopatológico son:

- engrosamiento cortical (difuso/focal),
- pérdida (parcial/total) del hilio graso,
- nódulo hipoecogénico redondeado y flujo vascular cortical no hiliar,

Es importante conocer técnicas de punción ecoguiadas: PAAF y BAG por su bajo costo, alta efectividad diagnóstica y baja tasa de complicaciones.

Se ha demostrado que BAG ecoguiada presenta mejores resultados que PAAF, obteniéndose una menor tasa de falsos negativos, sin aumentar significativamente las complicaciones, en especial la BAG “disparo en 2 tiempos”.

Sin embargo, la decisión de usar punción-aspiración con aguja fina o BAG dependerá de la experiencia y las preferencias del radiólogo y del patólogo {3-4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. *M.Y. Torres Sousa, M.E. Banegas Illescas, Estadificación ganglionar axilar prequirúrgica en el cáncer de mama: parámetros ecográficos y biopsia con aguja gruesa ecoguiada, Radiología. 2011;53(6):544---551.*
2. *Jacob S. Ecanow, MD; Hiroyuki Abe, MD; Axillary Staging of Breast Cancer: What the Radiologist Should Know, RadioGraphics 2013; 33:1589–1612.*
3. *Hiroyuki Abe, MD, PhD; Robert A. Schmidt, MD; US-guided Core Needle Biopsy of Axillary Lymph Nodes in Patients with Breast Cancer: Why and How to Do It, RadioGraphics 2007; 27:S91–S99.*
4. *Suvi Rautiainen, MD; Amro Masarwah MD; Axillary Lymph Node Biopsy in Newly Diagnosed Invasive Breast Cancer: Comparative Accuracy of Fine-Needle Aspiration Biopsy versus Core-Needle Biopsy, Radiology: Volume 269: Number 1, October 2013.*