

INDICACIONES DE LINFADENECTOMÍA AXILAR EN EL CÁNCER DE MAMA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Muñoz Contreras, M.; Lorca Alfaro, S.; Martínez Vicente, L.; Gurrea Almela, E.; Soto Amorós, A.; Huelbes Ros, A.; Izquierdo Sanjuanes, BM.; Machado Linde, F.
Hospital General Universitario «Reina Sofía», Murcia

INTRODUCCIÓN:

La tendencia actual de la cirugía del cáncer de mama es a ser cada día más conservadores, siendo este el motivo por el cual se planteó que la linfadenectomía axilar rutinaria no tenía indicación. Con el objetivo de evitar vaciamientos axilares innecesarios se realiza la biopsia selectiva del ganglio centinela, el primer ganglio que recibe el drenaje linfático del área donde asienta el tumor primario.

Desde Enero de 2019 en nuestro hospital, de acuerdo con los datos presentados en el Congreso Nacional de Mama de 2017, se han modificado el número de copias necesarias para que la BSGC según el método OSNA sean consideradas positivas y se precise de la realización de una linfadenectomía axilar (Tabla 1).

OBJETIVO:

Establecer cuántas de las linfadenectomías realizadas en nuestro centro han sido secundarias a OSNA positivos y los resultados anatómo-patológicos finales del vaciamiento ganglionar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio analítico retrospectivo de base hospitalaria. Se han recuperado los datos de todas las pacientes a las que se les ha realizado una linfadenectomía axilar en los últimos 5 años (2013-2018).

RESULTADOS:

En los últimos 5 años se han llevado a cabo, por la unidad de mama de nuestro centro, linfadenectomías axilares (LA) en 101 pacientes cuya media de edad es de 56,77 años.

- Entre los **tipos histológicos**, el 85,14% de las LA corresponden a carcinomas ductales infiltrantes, el 10,84% a carcinomas lobulillares infiltrantes y el resto se reparten entre carcinomas de patrón mixto, carcinomas epidermoides, carcinomas mucinosos y carcinomas pobremente diferenciados (0,99% cada uno).
- Entre los **inmunofenotipos** destacan los subtipos luminal A y luminal B con el 40,59% y el 39,60% respectivamente; el 11,88% corresponde al subtipo Her2 y el 7,92% a los triple negativos.
- Previamente a la indicación de LA se realizó **BSGC mediante método OSNA** en el 43,56% de los casos, siendo estando afectado el ganglio centinela en el 90,90% de los mismos. El resto de las LA (56,44%) se realizaron directamente por biopsias previas positivas para infiltración o fallo de la difusión del marcador.
- La indicación del 39,60% de las linfadenectomías revisadas fue la positividad del ganglio centinela estudiado mediante el método OSNA. Destacar que, posteriormente, el estudio **anatómo-patológico** de la pieza del vaciamiento axilar informa que únicamente el 47,5% de los mismos presentaban metástasis realmente, estando el 52,5% de ellos libres de enfermedad.

RESULTADOS:

- Aunque desde el inicio del estudio se objetiva una disminución en el número de linfadenectomías axilares realizadas estos datos no son estadísticamente significativos, precisando un mayor número muestral para su confirmación.
- De los vaciamientos axilares realizados tras una biopsia selectiva del ganglio centinela positiva según el método OSNA, en más del 50% de ellos el estudio anatómo-patológico final informaba de ganglios linfáticos con ausencia de neoplasia.
- Como criterio de calidad del estudio presentado aportamos el dato de que el 68,31% de los vaciamientos axilares presentaban más de 10 ganglios linfáticos. Debemos señalar que en el 18,81% de los casos el anatómo-patólogo no señala el número de ganglios de la pieza remitida y, por lo tanto, sólo el 12,87% de las linfadenectomías no son satisfactorias, aislando menos de 10 ganglios en ellas.
- Sólo una de las linfadenectomías realizadas fue secundaria a una recidiva local, pero los datos se encuentran sesgados ya que la primera intervención y los tratamientos adyuvantes indicados se desconocen al realizarse en otra comunidad autónoma.

CONCLUSIONES:

- Dados los resultados anatómo-patológicos finales de las linfadenectomías axilares indicadas por BSGC positivas según método OSNA nos hace pensar que los nuevos valores propuestos para considerar el resultado de una técnica OSNA positiva (Tabla 1) va a hacer que disminuya el número falsos positivos, disminuyendo el número de vaciamientos ganglionares axilares indicados y no aumentado por ello el número de falsos negativos. De cualquier modo, en muchos casos sea el ganglio centinela positivo o negativo la indicación de tratamientos adyuvantes no se va a modificar.

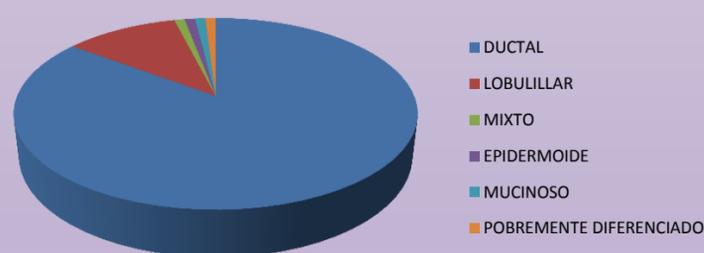
ESTUDIO OSNA EN GANGLIO CENTINELA (Tabla 1) (En pacientes NO para CC y BSGC inicialmente)

>2 ganglios positivos (>10000 copias el que menos), realizar LA.

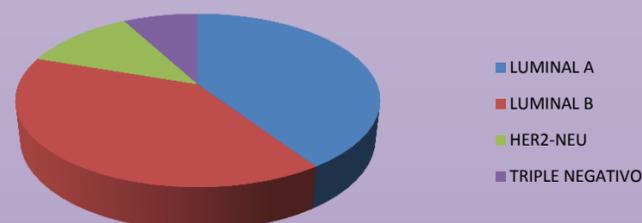
Hasta 2 ganglios con carga tumoral sumando ambos:

- >20000 copias, realizar LA.
- Entre 15000-20000 copias no realizar LA en >35 años y no triple negativo.
- <15000 copias, no realizar LA.

TIPOS HISTOLÓGICOS



INMUNOFENOTIPOS



TÉNICA OSNA

