CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):50

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-050 - LINFADENECTOMÍA TRAS TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA CON AXILA POSITIVA. ¿HAY QUE HACERLA SIEMPRE?

Osorio Silla, Irene; Lobo Samper, Francisco; Gómez Fidalgo, Joaquín; Rivas Fidalgo, Sonia; López Rojo, Irene; Cazorla Jiménez, Alicia; Díaz Miguel Masera, Mariano

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: El tratamiento neoadyuvante en el cáncer de mama (CM) logra alta tasa de respuesta completa patológica, mayor del 60% en algunos subtipos tumorales. Esta respuesta no sólo afecta al tumor mamario, sino también a la afectación axilar. Diferentes estudios muestran respuesta completa axilar que varía entre el 21- 41% de los casos. La linfadenectomía axilar se sigue considerando tratamiento estándar en pacientes con CM y axila positiva. La técnica no está exenta de morbilidad y se cuestiona el beneficio que aporta en pacientes con buena respuesta a la neoadyuvancia. El objetivo de nuestro estudio es establecer características clínicas, radiológicas y patológicas que permitan predecir una respuesta axilar completa al tratamiento neoadyuvante y, por tanto, evitar linfadenectomías axilares innecesarias.

Métodos: Estudio retrospectivo de 74 pacientes consecutivas con diagnóstico de CM que recibieron quimioterapia neoadyuvante (QTN) entre 2012 y 2015. En todas se confirmó infiltración tumoral axilar antes de iniciar QTN y se realizó linfadenectomía axilar tras ésta. Se clasificó la respuesta patológica axilar final como completa (RCpa) cuando no hubo evidencia de enfermedad tumoral y como ausencia de respuesta patológica axilar (NRpa) en caso contrario. La micrometástasis no se consideró NRpa. Se comparan las características clínicas, anatomopatológicas y radiológicas entre ambos grupos.

Resultados: Cuando no había evidencia clínica ni radiológica de afectación axilar se realizó BSGC. Doce de estas pacientes alcanzó RCpa y en 2 persistió enfermedad ($p = 0,002$). La RCpa se asoció a tumores pequeños (≤ T2 78% vs > T2 22%), y la NRpa con tumores más avanzados (≤ T2 40% vs > T2 60%) ($p = 0,006$). El índice de proliferación medido por Ki67 se asoció directamente a la respuesta. El valor medio de Ki67 en RCpa de 49% vs media de 35% en NRpa ($p = 0,04$). El porcentaje de expresión de RP se asoció inversamente a la respuesta. El porcentaje mediano de RP es 0,5% en RCpa y 17% en NRpa. La respuesta por RMN a la neoadyuvancia en el primario se asocia a la respuesta axilar, de modo que si la respuesta fue parcial mayor (reducción > 50%) o completa, se obtuvo RCpa en 86% vs 63% ($p = 0,046$). La respuesta patológica en el primario (criterios de Miller-Payne) se asoció a RCpa. Cuando fue ≥ grado 4, el 83% tenía RCpa. Se construyó un modelo multivariante incluyendo las variables con significación estadística salvo la respuesta patológica del primario (al ser esta un dato posquirúrgico). Mantuvieron la significación estadística las variables estadio tumoral inicial, ausencia de evidencia clínica y/o radiológica de afectación axilar y respuesta

del tumor primario en RMN postratamiento. Este modelo genera una curva ROC, con un área bajo la curva de 0,86.

Conclusiones: Según los resultados de nuestro estudio, en aquellas pacientes con cáncer de mama que van a recibir neoadyuvancia, sin evidencia clínica ni radiológica de afectación axilar, con BSGC positiva, con un tamaño tumoral inferior a 5 cm y con una respuesta parcial mayor o completa en la RMN postratamiento se podría plantear evitar la realización de linfadenectomía axilar.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados