



O-096 - ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS Y CALIDAD DE VIDA: LINFADENECTOMÍA AXILAR ABIERTA VS. ENDOSCÓPICA

Bilas Sudol, Sylwia; Arranz Jiménez, Raquel; Gómez-Elvira Corroto, Teresa; Fuentes Gómez, Lara; Huerta Serracín, Kriss; Gómez Ramírez, Joaquín; Fondevila Campo, Constantino; York Pineda, Elisa

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El cáncer de mama se presenta como el proceso neoplasia más frecuentemente diagnosticado en las mujeres y la principal causa de muerte oncológica en estas. Actualmente se apuesta por una desescalada en la agresividad del tratamiento quirúrgico. Surge así, en los años 90 un nuevo paradigma pasando del vaciamiento ganglionar axilar como método de estadificación estándar a la biopsia del ganglio centinela, actualmente el *standard of care* en la estadificación de pacientes con cáncer de mama y axila clínica y radiológicamente negativa. A día de hoy la linfadenectomía axilar sigue teniendo cabida en determinados escenarios clínicos. Dada la morbilidad que asocia y con el creciente desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas, en los últimos años nace el abordaje de la linfadenectomía axilar por vía endoscópica. Se trata de un procedimiento seguro y no inferior a la técnica convencional. Por ello nuestro objetivo es la evaluación de la mejora de la calidad de vida, ya que está todavía por determinar.

Métodos: Revisión retrospectiva de linfadenectomía axilar abierta (LA) y linfadenectomía endoscópica (LE) desde enero de 2021 hasta diciembre de 2024. A todos los casos se les pasó por vía telefónica dos encuestas: DASH (*Disabilities of the arm, Shoulder and Hand*) y ULL-27 (*Upper Limb Lymphedema*) para evaluar la calidad de vida.

Resultados: Se recogieron un total de 25 pacientes con una edad media de 62 años, 15 (LE) y 10 (LA). La histología predominante en ambos grupos fue el CDI, con expresión de receptores hormonales en el 60%. 84% de las pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante. Fue más frecuente asociar tumorectomía a la cirugía endoscópica (10 vs. 3) y la mastectomía a la cirugía abierta (5 casos vs. 4). Hubo una tasa de conversión del 26,7%. De media se usó más hemostático en el grupo de LA (43 vs. 22% en LE), sin obtener significación ($p = 0,23$). En todos los pacientes intervenidos se colocó drenaje y los días que se tuvo que mantener fueron significativamente mayores en la LA: 11,1 vs. 4,5 ($p = 0,003$). Precisarons seguimiento reglado por Rehabilitación un 45% de pacientes sometidas a LE y un 50% LA, debido a linfedema subclínico o dolor. Para evaluar la calidad de vida de los pacientes se usaron dos cuestionarios validados, el DASH y el ULL-27, donde a menor puntuación menor discapacidad del miembro superior y mejor calidad de vida. Encontramos una menor puntuación en ambos cuestionarios en los pacientes intervenidos por vía endoscópica: DASH ($p = 0,28$); LE: media 41,6; desviación estándar 9; LA: media 48,3; desviación estándar 14,5; ULL-27 ($p = 0,35$); LE: media 38; desviación estándar 8,8; LA: media 43,6; desviación

estándar 14,4.

Conclusiones: La LE se muestra como una técnica prometedora en el manejo de la disección axilar siendo no inferior oncológicamente en comparación con la técnica estándar. Es escasa la bibliografía que evalúan de forma objetiva la morbilidad posterior, por ello son necesarios más estudios que valoren la calidad de vida de los pacientes.