



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama con drenaje axilar bilateral



María Carmen Garrido Sánchez* y Mariela Navarro Molina

FEA Obstetricia y Ginecología, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 8 de agosto de 2014; aceptado el 18 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Biopsia selectiva de
ganglio centinela;
Drenaje axilar bilateral;
Linfadenectomía axilar

KEYWORDS

Sentinel lymph node
biopsy;
Bilateral axillary
drainage;
Axillary lymph node
dissection;
Breast cancer

Resumen La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es el método estándar para la estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama con axila clínicamente negativa. Actualmente se acepta que algunas pacientes con ganglio centinela positivo se traten sin linfadenectomía axilar y el estudio intraoperatorio deja de ser imprescindible. La radioterapia axilar será la alternativa en estos casos.

La localización del tumor primario tenía un factor pronóstico en el cáncer de mama operable, gracias a la BSGC se ha abandonado esta idea. El drenaje linfático axilar bilateral es raro en tumores de corta evolución.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sentinel node biopsy in breast cancer with bilateral axillary drainage

Abstract Sentinel lymph node (SLN) biopsy is the standard of practice for assessing axillary spread in clinically node-negative breast cancer patients. Currently, some patients with positive SLN can be treated without axillary lymph node dissection (ALND) or intraoperative biopsy. Axillary radiation therapy is an alternative to ALND in these patients.

Due to SLN biopsy, the location of the primary tumor is no longer a prognostic factor in operable breast cancer. Bilateral axillary drainage is rare in tumors that are detected early.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según las últimas recomendaciones de diversas sociedades^{1,2,3-6}, se acepta el no realizar linfadenectomía axilar (LA) en pacientes con 2 GC positivo, siempre que cumplan con una serie de criterios y sean sometidas a cirugía mamaria

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgarridosanchez@yahoo.es
(M.C. Garrido Sánchez).

conservadora, en virtud de que recibirán una radioterapia (RT) posterior que ha demostrado su eficacia en el control local de la enfermedad.

Esto a su vez nos lleva a un nuevo escenario; plantearnos la utilidad de la biopsia intraoperatoria del GC, ya que en la mayoría de los casos la decisión de realizar o no una LA se tomaría en diferido en el comité de mama.

En este trabajo presentamos un caso de una paciente con un tumor pequeño, presumiblemente de corta evolución en el tiempo, con drenaje linfático axilar bilateral en cuadrante inferointerno (CII) de mama derecha.

Caso clínico

Paciente mujer de 69 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, poliplectomía colónica, cardiopata, intervenida de insuficiencia venosa en miembros inferiores y cataratas en ojo derecho.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia 18 años, menopausia 45 años. Seis embarazos y 6 partos eutócicos, lactancia materna (+/- 18 meses a cada hijo).

Anticoncepción hormonal oral 3 años. No tratamiento hormonal sustitutivo.

Nodullectomía de nódulo benigno en mama izquierda hace 30 años (no aporta informe).

Control mamográfico normal en Campaña de diagnóstico precoz del Cáncer de mama entre los 50 y los 65 años.

Polipectomía endometrial por resectoscopia en 2004 (anatomía patológica [AP]: pólipo endometrial).

Histerectomía vaginal y plastia anterior en 2006 por cistocoele de III grado e histerocoele III grado.

Acude por nódulo de reciente aparición en mama derecha. En la exploración se aprecia mama derecha con nódulo sólido bien delimitado en CII de 1,5 cm de diámetro, próximo a la región esternal, muy superficial, adherido a piel y a planos profundos. No telorrea. En la mama izquierda la exploración es negativa, así como en ambas axilas.

Mamografía: mama izquierda sin hallazgos, salvo reacción cicatricial asociada a cirugía antigua. Mama derecha sin hallazgos significativos.

Ecografía de mama: mama izquierda sin hallazgos. Mama derecha con nódulo sólido de bordes mal definidos de 14 x 10 mm de diámetro en CII, sospechoso de malignidad, recomiendan biopsia.

Biopsia con aguja gruesa (BAG): escaso tejido sin lesiones relevantes.

Se indica nodullectomía. Informe AP: carcinoma ductal infiltrante grado I, no es posible valorar los márgenes en la pieza. Inmunohistoquímica: receptores estrógenos +++, receptores de progesterona +++, Her 2 negativo, p53 < 1% y Ki67 10%.

Con este nuevo diagnóstico, se completa el estudio de cáncer de mama con ecografía axilar: en la axila derecha se detecta una adenopatía de 21 mm sospechosa de malignidad, a la que se le realiza una BAG; informe de AP: histiocitosis sinusal.

En Comité de Mama de nuestro centro se decide ampliación de márgenes y biopsia selectiva de GC (BSGC).

Linfogammagrafía para detección de GC peroperatorio: inyección pericicatricial de 0,2 ml/0,9 mCi 4 NANOCOL — nanocoloide de albúmina (80-100 nms) unas 18 h antes de la

intervención. En fase dinámica, se observa trayecto linfático bilateral y en la imagen secuencial 2 ganglios captantes en la axila izquierda y otros 2 en la axila derecha.

El mismo día de la intervención, se modifica la indicación quirúrgica: BSGC bilateral y ampliación de márgenes.

En un primer tiempo se realiza BSGC en la axila izquierda (contralateral a la lesión) hallando 2 GC de 128 cuentas cada uno, que en la biopsia intraoperatoria son informados como negativos para metástasis.

Segundo tiempo BSGC en la axila derecha (homolateral), hallando 2 GC (327 cuentas el primario y 80 cuentas el secundario) que se envían a AP en diferido (el resultado no modifica el manejo quirúrgico).

Tercer tiempo: ampliación de márgenes.

Informe AP definitivo: ampliación de márgenes con inflamación aguda y crónica, necrosis grasa, reacción a cuerpo extraño, no tumor residual. Ganglios linfáticos (homo y contralaterales) negativos para metástasis.

El postoperatorio cursa con normalidad, salvo hematoma moderado en la axila derecha, que no precisa drenaje quirúrgico. Se remite a los servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterapéutica para tratamiento oportuno. Actualmente, la paciente está en tratamiento con hormonoterapia y RT.

Discusión

El estado de los ganglios axilares es uno de los factores pronóstico más importantes en los estadios precoces del cáncer de mama. La LA ha sido la técnica de manejo clásica, aunque sus efectos secundarios son habituales y comprometen la calidad de vida de la paciente.

La BSGC es el procedimiento de elección para la estadificación axilar del cáncer de mama; identifica a las pacientes a las que la LA no aporta ningún beneficio adicional, evitando los efectos secundarios de una cirugía más extensa², aunque puede tener falsos negativos, pero está demostrado que el muestreo axilar aleatorio da lugar a estadificaciones erróneas⁶.

Los potenciales beneficios de la LA en pacientes con axila clínicamente positiva es el control de la enfermedad local, no está claro su impacto en la supervivencia y sí condicionará el tratamiento posterior su valor pronóstico. Desde la publicación del ensayo Z0011, se asume que la LA no supone un beneficio a las pacientes con RE + T1 o T2, axila clínicamente negativa con menos de 3 GC + que posteriormente van a recibir RT⁴.

Las indicaciones y contraindicaciones de BSGC con claramente conocidas^{3,4}.

No es contraindicación la cirugía mamaria previa (tanto la cirugía conservadora con BSGC —dependiendo de las dosis de RT recibidas—, como la biopsia escisional previa), aunque se sabe que puede alterar el drenaje linfático normal de la mama. Se han descrito casos de drenaje linfático bilateral en pacientes sometidas a cirugía plástica mamaria 35 años antes del proceso oncológico⁷.

Se acepta que el tiempo transcurrido entre una biopsia escisional de mama y la realización de BSGC sea menor a un mes, precisamente para evitar estos problemas. Y ese es actualmente el mayor conflicto al que nos enfrentamos en nuestro centro, sobre todo en pacientes programadas

quirúrgicamente con diagnóstico de benignidad. En este caso, a pesar de que la BAG del nódulo fue negativa para malignidad, se programó con carácter preferente, puesto que se trataba de una paciente menopaúsica con un nódulo de reciente aparición ecográficamente sospechoso. Esta fue la misma actitud en el servicio de AP; gracias a la buena coordinación entre los diferentes servicios integrantes del Comité de Mama de nuestro centro, fue posible cumplir con los plazos estipulados.

Dado que se puede obviar la LA en pacientes con GC positivo siempre que cumplan unos criterios y sean sometidas a cirugía conservadora, se envía el GC homolateral en diferido, puesto que la decisión de LA se tomaría, en todo caso, en reunión del comité. De hecho, para el grupo de patología mamaria de MD Anderson la biopsia intraoperatoria es innecesaria en las pacientes que cumplen los criterios del ensayo Z0011^{4,6}.

En nuestra paciente, el tumor se encontraba en el CII, próximo a la región esternal, y su drenaje linfático, presumiblemente, no era a mamaria interna, sino a ambas axilas. Este dato podría deberse a la localización del tumor, pero no podemos garantizarlo con absoluta certeza puesto que la paciente se había sometido a una biopsia quirúrgica previa, aunque se cumplieran los plazos que exige el protocolo para la realización de BSGC.

Los patrones de drenaje linfático son impredecibles, y es poco frecuente el drenaje a la axila contralateral, salvo en pacientes sometidas a cirugía mamaria o axilar previa⁷⁻¹⁰. Este drenaje inusual plantea como primera posibilidad un carcinoma de mama oculto contralateral, una vez descartada esta posibilidad, se deben extraer estos ganglios para su estudio histológico.

La afectación metastásica de uno de estos ganglios contralaterales se considera una etapa avanzada de la enfermedad (M1), puesto que se supone ha tenido lugar por un flujo linfático retrógrado, debido a la obstrucción de los canales linfáticos aferentes a la mama afectada¹¹. Implicaría la necesidad de realizar una LA contralateral^{7,8,12}.

En nuestro caso, el hallazgo de ganglios linfáticos negativos en la axila contralateral no tuvo ningún impacto en su tratamiento adyuvante, y probablemente esté relacionado con el ya conocido drenaje por el plexo subdérmico⁸, y no con otros mecanismos patológicos como la cirugía previa o el estadio avanzado de la enfermedad.

Cuando la linfogammagrafía demuestra drenaje linfático extraaxilar, cuando hay imágenes planares convencionales de difícil interpretación, o cuando no se identifican focos captales en el estudio convencional, se recomienda el SPECT/TC para la localización del GC^{13,14}, pero este no se realiza de forma rutinaria en el cáncer de mama, aunque es una herramienta complementaria a la linfogammagrafía planar convencional.

Diversos trabajos antiguos, previos a la era de la técnica de BSGC en cáncer de mama, asociaban valor pronóstico a la localización del tumor, siendo peor en los que se ubicaban en la mitad medial de la mama^{1,15}, probablemente debido a su drenaje linfático a la cadena de la mamaria interna. Actualmente, parece que la localización tumoral no es un factor pronóstico, ya que la afectación del GC en la cadena de la mamaria interna sin afectación del GC axilar se trata con la irradiación de la cadena mamaria interna (sin completar la LA)^{4,6}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kimmick G, Pearl HS. General principles on the treatment of early stage and locally advanced breast cancer in older women. UpToDate. Nov 2014.
2. Harlow SP, Weaver DL. Management of regional lymph nodes in breast cancer. UpToDate, Nov 2014.
3. Acea B, Calvo Martínez L, Antolín Novoa S, Albaina Latorre L, Juaneda Magdalena M, Santiago Freijanes P, et al. Propuesta de una nueva estrategia terapéutica multidisciplinar en la mujer con cáncer de mama y afectación del ganglio centinela. *Cir Esp*. 2012;90:626–33.
4. Bernet L, Piñero A, Vidal- Sicart S, Peg V, Giménez J, Algara M, et al. Consenso sobre biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. *Rev Senol Patol Mamar*. 2014;27:43–53.
5. Goldberg K. ASCO Updates guideline for sentinel node biopsy in early stage breast cancer; evidence supports use if this less invasive diagnostic in more patients. ASCO march 2014.
6. Harlow SP, Weaver DL. Sentinel lymph node dissection for breast cancer: Indications and outcomes. UpToDate. Nov 2014.
7. Barranger E, Montravers F, Kerrou K, Marpeau O, Raileanu I, Antoine M, et al. Contralateral axillary sentinel lymph node drainage in breast cancer: A case report. *J Surg Oncol*. 2004;86:167–9.
8. Allweis T, Parson B, Klein M, Sklair-Levy M, Maly B, Rivkind A, et al. Breast cancer draining to bilateral axillary sentinel lymph nodes. *Surgery*. 2003;134:506–8.
9. Trifirò G, Ravasi L, Paganelli G. Contralateral or bilateral lymph drainage revealed by breast lymphoscintigraphy. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2008;35:225–9.
10. Andrés A, Tardín L, Razola P, Santapau A, Prats E, Sousa R, et al. Lymphoscintigraphic SPECT/CT localization of a sentinel node in an unusual position: Rotter's node. *Clin Nucl Med*. 2009;34:182–3.
11. Luján B, Carrera D, Picas J, Izquierdo V, Siurana R, Quintero L, et al. Detection of contralateral axillary centinela lymph node by lymphoscintigraphy in breast cancer: Prognostic implications. *Rev Esp Med Nucl*. 2010;29:135–7.
12. Nieweg OE, Bartelink H. Implications of lymphatic mapping for staging and adjuvant treatment of patients with breast cancer. *Eur J Cancer*. 2004;40:179–81.
13. Van der Ploeg IM, Nieweg OE, Kroon BB, Rutgers EJ, Baas-Vrancken MJ, Vogel WV, et al. The yield of SPET/CT for anatomical lymphatic mapping in patients with breast cancer. *Eur J Med Mol Imaging*. 2009;36:903–9.

14. Pandit-Taskar N, Gemignani ML, Lyall A, Larson SM, Barakat RR, Abu Rustum NR, et al. Single photon emission computed tomography SPECT-CT improves sentinel node detection and localization in cervical and uterine malignancy. *Gynecol Oncol*. 2010;117:59–64.
15. Colleoni M, Zahrieh D, Gelber RD, Holmberg SB, Mattson JE, Rudenstam CM, et al. Site of primary tumor has a prognostic role in operable breast cancer: The international breast cancer study group experience. *J Clin Oncol*. 2005;23:1390–400.