

Algunas implicaciones de la nueva clasificación TNM para el cáncer de mama

En el pasado mes de mayo de 2002, ha visto la luz la sexta edición de la clasificación TNM de la UICC, editada por Wiley-Lissén, con la indicación de que entrará en vigor en enero de 2003 y, pensando en que debemos irnos preparando para su implantación y manejo, pues los cambios introducidos tienen una serie de aspectos e implicaciones muy importantes, es por lo que hemos creído conviene comentarla en este editorial.

En primer lugar hemos de señalar que ya se admiten los hallazgos que estamos detectando desde que empleamos la técnica del ganglio centinela (g.c.); como ocurre con las leyes, las normas y los consensos médicos también van detrás de los acontecimientos; ya se

han oficializado una serie de aspectos que hasta ahora estaban en el vacío.

En el factor T, sigue todo igual.

Los cambios más importantes aparecen en el factor N debido a los nuevos hallazgos anatomopatológicos desde que se emplea la técnica del g.c.

El factor pN queda de la forma que se muestra en la tabla 1.

En el pN0 ya aparecen los pN0 (i-) o pN0 (i+) si en el g.c. se encuentran grupos celulares en áreas menores de 0,2mm.

En el pN1 se distingue el pN1 mic no sólo en la axila sino también en la cadena mamaria interna (CMI), y re-

TABLA 1
ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR REGIONAL (PN) EN CÁNCER DE MAMA UICC 2002

| | | | | | | | |
|---|---|--------|---|------|--|------|---|
| pN0 | Ausencia de metástasis en ganglios regionales, sin examen CTA | pN1mic | Metástasis entre 0,2 y 2 mm. (axila o CMI) | pN2a | Axila: Metástasis en 4 a 9 ganglios (al menos una de más de 2mm) | pN3a | Axila: metástasis en 10 o más ganglios (al menos una de más de 2 mm) o Metástasis infraclavicular ipsilateral |
| Si se buscan células tumorales aisladas (CTA) [Cúmulos en área < 0,2 mm]: | | pN1a | Axila: metástasis en 1 a 3 ganglios | pN2b | Mamaria interna: metástasis clínicamente aparente y con axila negativa | | |
| pN0 | (i-/+): Histológicas | pN1b | Mamaria interna: metástasis en ganglio centinela, clínicamente inaparente | | | pN3b | Mamaria interna: metástasis clínicamente aparente y en 1 o más ganglios axilares o Mamaria interna: metástasis microscópica en ganglio centinela, clínicamente inaparente y más de 3 ganglios metastásicos en axila |
| pN0 | (mol - / +): Moleculares (PCR-RT) | pN1c | a + b | | | | |
| | | | | | | pN3c | Metástasis supraclavicular ipsilateral |

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa. RT: Transcriptasa inversa. CTA/ITC: Células tumorales aisladas.mi: micrometástasis. Si sólo ganglio centinela añadir: (s.n.) o (g.c.). Ej.: pN0 (i+)(g.c.). (i): inmunohistoquímica. mol: métodos moleculares. CMI: Cadena mamaria interna.

sulta muy interesante, por las implicaciones terapéuticas con distintas pautas sistémicas y raditerápicas que hay que aplicar, que ya pormenorizan si en axila hay metástasis en 1 a 3 ganglios (pN1a), lo más novedoso, si hay metástasis en g.c. de la CMI clínicamente inaparente (pN1b) y pN1c para la suma de ambas situaciones.

En el pN2, distinguen la presencia de metástasis en 4 a 9 ganglios axilares (pN2a) y pN2b con metástasis clínicamente aparente en CMI y con axila negativa.

En el pN3 hay cinco posibilidades:

1. pN3a para: 10 ganglios metastásicos o más en axila. También si hay metástasis infraclavicular ipsilateral.

2. pN3b: si hay metástasis clínicamente aparente en la CMI y en 1 o más ganglios axilares. También si hay metástasis microscópica en el g.c. de la CMI clínicamente inaparente y 3 o más ganglios metastásicos en la axila.

3. pN3c: metástasis supraclavicular ipsilateral.

Otro dato muy importante es que se puntualiza muy claramente el concepto de clínicamente aparente, entendiendo por tal, el ganglio que se detecta por exploración clínica o por técnicas de imagen (excepto la linfoscintografía). Aquí quisiéramos señalar que hace muchos años que preconizamos el estudio de los ganglios axilares con ecografía, y si mediante esta técnica y con punción citológica se diagnostica la afectación ganglionar metastásica ya no precisa la realización de la técnica del g.c.

En el factor M, el M1 por metástasis en los ganglios supraclaviculares ipsilaterales pasa a N3, como ya ha-

bía estado anteriormente; ahora se clasifica como N3 (pN3c). Las demás situaciones para las metástasis a distancia siguen sin cambios (tabla 2).

La nueva clasificación obliga a varias cosas.

A realizar una meticulosa exploración clínica y por imagen (Ecografías) de la región supraclavicular, con estudio citológico si se detecta algún ganglio y con biopsia en caso de sospecha de invasión tumoral.

A realizar la técnica del ganglio centinela (g.c.), puesto que no se podría establecer una correcta clasificación del estado ganglionar si no se practicase, ya que podemos observar invasiones de la CMI no aparentes clínicamente (pN1b, pN1c, pN3b), a no ser que se extirpasen por sistema los ganglios de la CMI.

Por otra parte debemos recordar aquí que el estudio del g.c. ya permite el tratamiento conservador de la axila (no linfadenectomía) en los casos en que no se detecte invasión tumoral ganglionar.

A valorar los 3 niveles ganglionares de Berg en la axila y también los ganglios infraclaviculares, que hay que disecarlos selectivamente, pues no corresponden el tercer nivel de Berg en la axila, y que actualmente suelen respetarse, y no conformarse con la extracción de los ganglios de los niveles I y II, que era hasta ahora lo exigido (mínimo de 6 ganglios), pues no debemos olvidar que una afectación de los ganglios infraclaviculares ipsilaterales corresponden a un pN3a, que ahora es un estadio IIIc (cualquier T, N3, M0), lo que implicaría un plan terapéutico especial, como tumor localmente avanzado.

Por tanto la nueva clasificación TNM de la UICC para el cáncer de mama, al admitir los hallazgos ganglionares que permite el estudio de los mismos con la técnica del g.c. facilita el tratamiento conservador de la axila en los casos pN0 (g.c.), pero a su vez exige un estudio muy completo de los ganglios regionales (axilas, infraclaviculares, CMI y supraclaviculares) que se ve facilitado con la técnica del g.c. para los ganglios axilares infraclaviculares y de la CMI.

Por último tan sólo apuntar que todavía no sabemos que significa, ni si obliga a alguna terapéutica concreta, el hallazgo de células tumorales aisladas (CTA) en el estudio microscópico del g.c. (pN0 (i/mol \pm)) g.c.

Todo llegará, y mientras tanto vayamos entre todos apuntando matices prácticos a la nueva clasificación.

A. Fernández-Cid, F. Tresserra y R. Fábregas
Comité de Mastología del Instituto
Universitario Dexeus. Barcelona.

TABLA 2
CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS

| | | | |
|--------------|-------------|-------------|----|
| Estadio 0 | Tis | N0 | M0 |
| Estadio I | T1* | N0 | M0 |
| Estadio IIA | T0 | N1 | M0 |
| | T1* | N1 | M0 |
| | T2 | N0 | M0 |
| Estadio IIB | T2 | N1 | M0 |
| | T3 | N0 | M0 |
| Estadio IIIA | T0 | N2 | M0 |
| | T1* | N2 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T3 | N1, N2 | M0 |
| Estadio IIIB | T4 | N0, N1, N2 | M0 |
| Estadio IIIC | Cualquier T | N3 | M0 |
| Estadio IV | Cualquier T | Cualquier N | M1 |

Nota: *T1 incluye T1 mic.