



CARTA AL DIRECTOR

Necesidad de vaciamiento axilar en el cáncer de mama. Rigor en los métodos predictivos

Need for axillary lymphadenectomy in breast cancer. Rigour in predictive methods

Sr. Director:

He leído con atención el interesante original de Solá et al.¹ publicado en el volumen 31, número 2 de la revista: «Necesidad de vaciamiento axilar en el cáncer de mama (CM). Rigor en los métodos predictivos», en el que se recoge la preocupación de los autores sobre una cuestión de gran actualidad, también reflejada en un reciente trabajo de Morrow et al.², y que no es otra que el grado de implementación del cambio de paradigma en el manejo axilar de las pacientes con CM y ganglio centinela (GC) positivo, vivido en los últimos años.

Si bien, mientras que en el artículo de Morrow et al.² se incide en que se considera todavía excesivo el sobretratamiento quirúrgico axilar existente (se realizan demasiadas linfadenectomías axilares [LA]), en el de Solá et al.¹ se alerta en el sentido contrario (se han dejado de hacer demasiadas LA), y en ambos casos entienden que ha sido a pesar de lo publicado en la literatura.

Solá et al.¹ consideran que en muchos centros se ha dejado de completar la LA a partir de unos trabajos y unos supuestos metodológicamente débiles. Y así, realizan un interesante estudio observacional multicéntrico, sobre lo que habría supuesto, en términos de enfermedad axilar residual, el haber aplicado los principales métodos de predicción existentes: Carga Tumoral Total-OSNA, Score Tenon, estado del GC secundario, perfil de Alto Riesgo y Z0011.

Los resultados obtenidos muestran, por un lado, que en general existe una importante afectación axilar en los ganglios no centinela, y por otro, que algunos métodos son de escaso interés clínico ya que solo se pueden aplicar a una pequeña parte de la población de pacientes con GC positivo. Por ello concluyen que «los métodos de predicción de que disponemos pueden no ofrecer suficiente validez y

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.senol.2017.12.001>

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2018.12.001>

0214-1582/© 2018 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

seguridad para discriminar la presencia de enfermedad axilar tras GC positivo».

Al respecto, tan solo quiero hacer resaltar lo que considero un desenfoque existente en su planteamiento. Para los autores «validez y seguridad» de un criterio para no completar LA tras GC positivo, equivale a predicción adecuada de ausencia de enfermedad en los ganglios no centinela. En este sentido, tanto el Z0011³ como el AMAROS⁴, no serían ni válidos ni seguros pues en ellos el porcentaje de enfermedad en los GNC es cercano al 30%. Este nivel, que les resulta inasumible por ser potencialmente peligroso en cuanto al control de la enfermedad, tanto local como a distancia, ha demostrado no serlo en la práctica, con datos incluso de 10 años de seguimiento⁵. Y es que los tratamientos complementarios empleados proporcionan los mismos, o mejores, resultados que completar la LA, pero con menor morbilidad.

Por otro lado, me llama la atención que se siga considerando a los tumores triple negativos como de alto riesgo de afectación axilar cuando justo es lo contrario. Son tumores de alto riesgo sistémico, a pesar de su relativamente bajo riesgo de afectación axilar.

En definitiva, si bien es verdad que los estudios que avalan no completar las LA en determinadas condiciones tienen importantes déficits metodológicos, lo es más aún que este tipo de estudios no se van a volver a plantear, y que la experiencia ya acumulada, tanto publicada como no publicada, hace que sea difícil la vuelta a atrás.

Bibliografía

1. Solá M, Vidal S, Mira X, Barco I, Mar M, Tomás V, et al. Necesidad de vaciamiento axilar en el cáncer de mama. Rigor en los métodos predictivos. Rev Senol Patol Mamar. 2018;31:47–53.
2. Morrow M, Jagsi R, McLeod MC, Shumway D, Katz SJ. Surgeon Attitudes Toward the Omission of Axillary Dissection in Early Breast Cancer. JAMA Oncol. 2018;4:1511–6. Disponible en: <http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamaoncol.2018.1908>.
3. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, Whitworth PW, Blumencranz P, Leitch AM, et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases. Ann Surg. 2010;252:423–6. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00153307-201001280-00002>.
4. Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, Meijnen P, van de Velde CJ, Mansel RE, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after

- a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): A randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2014;15:1303–10.
5. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, Whitworth PW, Blumencranz P, Leitch AM, et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases: Long-term Follow-up From the American College of Surgeons Oncology Group (Alliance) ACOSOG Z0011 Randomized Trial. *Ann Surg.*

2016;264:413–20. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00153307-201001280-00002>.

José Ignacio Sánchez-Méndez

Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
Correo electrónico: joseignacio.sanchez@salud.madrid.org