



## EDITORIAL

## ¿Y las pacientes con axila positiva al diagnóstico, es necesario realizar una linfadenectomía axilar para su estadificación?

### And in patients with positive axilla at diagnosis, is it necessary to perform axillary lymphadenectomy for staging?

Si bien en la actualidad el cáncer de mama es el cáncer más frecuente<sup>1</sup>, sigue existiendo controversia en algunos puntos de su tratamiento quirúrgico sobre todo a nivel axilar.

Durante muchos años, la disección de los ganglios linfáticos axilares (LA) se ha considerado como el estándar. El fundamento detrás de esto fue, en primer lugar, evaluar el estado patológico de los ganglios linfáticos (valor de diagnóstico, «estadificación») y, en segundo lugar, proporcionar un control locoregional (valor terapéutico), pero debido a su alta morbilidad, este enfoque se ha abandonado gradualmente durante las últimas 2 décadas a favor de la biopsia de ganglio linfático centinela (BSGC), un procedimiento menos invasivo para la estadificación axilar de pacientes con ganglios clínicamente negativos, sin tratamiento neo adyuvante (NA).

En el metaanálisis Classe<sup>2</sup> de 16 estudios que abarcaron 1.500 pacientes se confirmó que la BSGC era aceptable para estadificar la axila en pacientes con cáncer de mama cN0 al diagnóstico, pero que habían iniciado su tratamiento con NA. La identificación de BSGC después de NA obtuvo una tasa de identificación general del 96% y una tasa de falsos negativos (FNR) del 5,9%. Así mismo, la NCCN<sup>3</sup> y SESP<sup>4</sup> recientemente consideraron que la estadificación axilar cuando la paciente acudía sin enfermedad en la axila (cN-) era posible realizar la BSGC, y ya se da como válido que si este en su estudio intraoperatorio tanto con OSNA como por cortes por congelación da un diagnóstico negativo, no es necesaria la realización de una linfadenectomía.

¿Pero qué ocurre cuando la paciente es portadora de la enfermedad axilar al diagnóstico (cN+) ? Aquí existe una gran controversia, hay autores<sup>5</sup> en las que se defiende la necesidad de linfadenectomía en estas pacientes después del tratamiento sistémico y realmente la LA sigue siendo el *gold standard*. Sin embargo, la desescalada también se ha iniciado en estas pacientes desde que Caudle et al.<sup>6</sup>

iniciaron el marcaje del ganglio sospechoso o ganglio diana. A partir de este momento la literatura ha sido muy productiva estableciendo la denominada disección axilar dirigida (DAD) o TAD en inglés. La DAD consiste en la realización de un marcaje al diagnóstico del ganglio afecto o diana, para posteriormente post NA localizarlo (BAGD) (bien con arpón o con semilla, existen múltiples medios que en la actualidad están en competición por ganarse este mercado, semillas de yodo, ferromagnéticas, *scout radar*...), junto con la BSGC mediante Tc99<sup>7</sup>.

En el consenso realizado por las SESP<sup>4</sup> crean un algoritmo muy extenso en el que orientan hacia la necesidad, en estas pacientes, de extirpar 3 ganglios, doble trazador para el centinela y extraer el ganglio diana o marcado al diagnóstico. En nuestra experiencia la detección de estos ganglios con Tc99 asciende al 94,5% y la localización del marcador al 100% de los casos, por lo que no hemos necesitado el doble colorante para mejorar la detección del ganglio centinela. Con respecto al doble trazador en la revisión de Swarnkar et al.<sup>8</sup> no evidencian un gran beneficio con su utilización y apoyan que los falsos negativos (FN) de la DAD fue del 5.18%, mientras la realización solo BSGD es del 6.28%, por lo que los autores opinan que es una diferencia no significativa.

Pero quedan sin respuesta muchas preguntas con respecto a la técnica de marcado, es decir: ¿el momento óptimo para la colocación del marcador en el ganglio afecto es en el momento del diagnóstico de sospecha o una vez confirmado el diagnóstico de malignidad? y ¿el número de ganglios que hay que marcar al diagnóstico, solo el ganglio más profundo?, ¿2 ganglios son los necesarios o todos los sospechosos en ecografía)?<sup>9</sup> El número óptimo de ganglios a extirpar también sigue siendo un tema de debate. Además, debemos tener en cuenta el tipo molecular del tumor, ya que hemos podido evidenciar en nuestra revisión (no

publicada) que las pacientes her2+ tenían casi un 85% de respuesta, mientras que los luminales B no llegaban al 20% y los luminales A no consiguen nunca una respuesta patológica completa a nivel ganglionar, esto nos ha hecho cambiar algunas de nuestras pautas. A lo largo de los 2 años que estamos realizando DAD, iniciamos marcando un ganglio, pasamos a 2 y en la actualidad marcamos un ganglio, además de ser el más profundo siguiendo las recomendaciones del consenso<sup>4</sup>, pero además, si en la biopsia del ganglio es un her2 se marca un ganglio sin importar el número de ganglios sospechosos. Esto ha hecho que cambiemos el tiempo de marcar el ganglio sospechoso cuando hay más de 2 ganglios, ya que cuando se confirma que es un her2 se marca indistintamente del número de ganglios afectos. También hemos hecho un recorrido por los diferentes marcadores para el diagnóstico intentando evitar poner un arpón el día de quirófano, entre ellos la semilla ferromagnética, el radar scout y el yodo, teniendo cada una de ellas sus ventajas e inconvenientes.

Sin embargo, faltan datos sobre la seguridad oncológica y la calidad de vida después de diferentes procedimientos de estadificación y no solo esto, en la revisión sistemática de Swarnkar et al.<sup>8</sup> ponen en duda la necesidad de la realización del BSGC y del doble colorante, ya que con la detección del ganglio marcado tendríamos una estadificación axilar adecuada. En nuestro trabajo de 55 pacientes a los que hemos realizado DAD, en 7 pacientes el ganglio diana seguía enfermo mientras que el ganglio centinela no, pero además, no detectamos ganglios centinelas axilares afectos y ganglios dianas sanos.

Quizá estamos realizando demasiado gasto y simplemente necesitamos centrarnos en la localización del ganglio diana, con él tendríamos suficiente información para la valoración de la axila ya que estamos hablando de una estadificación y determinación de respuesta postratamiento sistémico.

## Responsabilidades éticas

Las pacientes del estudio han firmado consentimiento para la realización del mismo.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

La autora declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. SEOM. Las cifras del cáncer en España. 2022;1–38, [Internet] [Consultado 22 En 2023]. Disponible en: [https://seom.org/images/LAS\\_CIFRAS\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_ESPANA\\_2022.pdf](https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf).
2. Classe JM, Loaec C, Gimbergues P, Alran S, de Lara CT, Dupre PF, et al. Sentinel lymph node biopsy without axillary lymphadenectomy after neoadjuvant chemotherapy is accurate and safe for selected patients: the GANEA 2 study. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;173(2):343–52. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10549-018-5004-7>.
3. NCCN. Breast Cancer [Internet]. Versión 3 Disponible en: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf), 2023.
4. Bernet L, Piñero A, Martínez M, Sicart SV, Algara M, Palomares E. Consensus of the Spanish Society of Breast Senology and Pathology (SESPM) on Selective Biopsy of the Sentinel Node (BSGC) and axillary management in breast cancer. *Rev Senol y Patol Mamar.* 2022;35(4):243–59.
5. Fundación Oncosur. Guía OncoSur de cáncer de mama [Internet]. En: Ediciones A, editor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica Lxxi.* España; 2020. p. 124. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mam%C3%A1/estad%C3%ADsticashhttps://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadios>.
6. Caudle AS, Yang WT, Mittendorf EA, Black DM, Hwang R, Hobbs B, et al. Selective surgical localization of axillary lymph nodes containing metastases in patients with breast cancer: A prospective feasibility trial. *JAMA Surg.* 2015;150(2):137–43.
7. Banys-paluchowski M, Gasparri ML, de Boniface J, Gentilini O, Stickeler E, Hartmann S, et al. Surgical management of the axilla in clinically node-positive breast cancer patients converting to clinical node negativity through neoadjuvant chemotherapy: Current status, knowledge gaps, and rationale for the eubreast-03 axsana study. *Cancers.* 2021;13:1–25.
8. Swarnkar PK, Tayeh S, Michell MJ, Mokbel K. The evolving role of marked lymph node biopsy (Mlnb) and targeted axillary dissection (tad) after neoadjuvant chemotherapy (nact) for node-positive breast cancer: Systematic review and pooled analysis. *Cancers (Basel).* 2021;13(7).
9. Jimeno J, Monografías AEC. No15. La Cirugía del cáncer de mama después de neoadyuvancia [Internet]. Madrid, [consultado 22 En 2023]. Disponible en: <https://extranet.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/monografico-neoadyuvancia.pdf>.

Elvira Buch Villa  
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad CEU  
Cardenal Herrera de Valencia, Valencia, España  
Correo electrónico: [buch\\_elv@gva.es](mailto:buch_elv@gva.es)