

Formación Continuada

Actualización de la biopsia del ganglio centinela tras quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama sin y con afectación ganglionar al diagnóstico

R. Ruano Pérez^{a,*}, A.C. Rebollo Aguirre^b, P. García-Talavera San Miguel^c, R. Díaz Expósito^d, S. Vidal-Sicart^e, J.M. Cordero García^f, D. Carrera Salazar^g, M.E. Rioja Martín^h y Grupo de Trabajo de Cirugía Radioguiada de la SEMNIM

^a Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^c Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^d Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^e Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España

^f Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^g Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España

^h Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de mayo de 2017

Aceptado el 29 de junio de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Cáncer de mama

Quimioterapia neoadyuvante

Ganglio centinela

Keywords:

Breast cancer

Neoadjuvant chemotherapy

Sentinel node

R E S U M E N

Esta actualización pretende contextualizar la relevancia de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en mujeres con cáncer de mama e indicación de quimioterapia neoadyuvante (QTN). El Grupo de Trabajo de Cirugía Radioguiada de la SEMNIM es consciente de la variabilidad existente en nuestro país sobre todo en cuanto al momento de realizar la técnica (previa o tras la QTN) y en cuanto al manejo de pacientes con axila negativa o positiva al diagnóstico. Existe suficiente experiencia contrastada para aseverar que mediante técnicas radioisotópicas la BSGC es factible, eficaz y segura en estos escenarios. Una adecuada valoración mediante técnicas de imagen de la situación tumoral a nivel de la axila previa a la cirugía y la posibilidad del marcaje previo a la QTN de cualquier ganglio infiltrado deben ser los pilares fundamentales para garantizar el éxito de la BSGC. Es un hecho que incorporar la BSGC en el cáncer de mama con indicación de QTN favorece un tratamiento conservador de la axila, lo cual redundará en claro beneficio de las pacientes.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SEMNIM. Todos los derechos reservados.

Review of the role of the sentinel node biopsy in neoadjuvant chemotherapy in women with breast cancer and negative or positive axillary node at diagnosis

A B S T R A C T

The role of the selective sentinel node biopsy (SNB) is increasing in relevance in breast cancer women with indication of neoadjuvant chemotherapy (NAC). The Radiosurgery Working Group of the SEMNIM is aware of the necessity of establishing the need for SNB before or after NAC, and also how to manage patients with axillary node-negative or node-positive. There is sufficient data to assess that the SNB with radioisotope techniques are feasible and safe in all these scenarios. An adequate axilla evaluation prior to surgery and the possibility of marking prior to NAC the nodes infiltrated must be the two main pillars to guarantee the success of the SNB. It has been shown that to incorporate the SNB in breast cancer women with indication of NAC increases the rate of a conservative treatment of the axilla that will be a clear benefit for these patients.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SEMNIM. All rights reserved.

Introducción

En esta actualización el objetivo es contextualizar la relevancia de la biopsia del ganglio centinela (GC) en pacientes con cáncer de

mama (CM) tratados con quimioterapia neoadyuvante (QTN) previa a la actuación quirúrgica.

Desde el Grupo de Trabajo de Cirugía Radioguiada de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular se pretende reflejar la situación en España de esta indicación en este subgrupo de pacientes con cáncer avanzado de mama y establecer en base a las publicaciones existentes una serie de recomendaciones para realizar la biopsia del GC de forma segura y efectiva mediante el uso de técnicas radioisotópicas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rruano@saludcastillayleon.es (R. Ruano Pérez).

A modo de recuerdo histórico señalar el papel fundamental de la Medicina Nuclear en el desarrollo de la biopsia del GC en el CM tanto a nivel internacional como en nuestro país. En España de forma evolutiva desde el año 2001 se han ido publicando consensos multidisciplinarios del manejo del CM considerándose desde hace más de 10 años como la mejor técnica de estadificación axilar sustituyendo al vaciamiento axilar sistemático¹.

Es una realidad, a raíz de los estudios NSABP B-32 y ACO-SOG 20011 publicados en el año 2010, este último recientemente actualizado, que en el tratamiento del CM en estadios precoces la biopsia del GC permite una adecuada estadificación ganglionar y que incluso va más allá al no ser necesario realizar una linfadenectomía posterior en aquellos casos con afectación ganglionar limitada a uno o 2 ganglios subsidiarios de cirugía conservadora de la mama²⁻⁴.

Conscientes de la relevancia de obviar vaciamientos axilares evitables en pacientes con CM las Unidades de Patología Mamaria progresivamente han ido ampliando las indicaciones del GC a tumores de mayor tamaño, multicéntricos y/o multifocales⁵. Estos tumores implican una mayor resección de tejido mamario que en ocasiones conlleva realizar una mastectomía completa con el consiguiente daño funcional y emocional de la mujer. Es un hecho la posibilidad de realizar tratamientos previos a la cirugía para conseguir la preservación de la mama, de manera que el empleo de agentes quimioterápicos en neoadyuvancia son cada vez más frecuentes.

En base al mayor conocimiento de los subtipos moleculares del tumor con el objetivo no solo de conseguir la conservación de la glándula mamaria, sino también alcanzar una mayor proporción de respuesta patológica completa (pCR), la neoadyuvancia se ha convertido en una opción cada vez más extendida como paso previo a la cirugía en la mayoría de los centros de nuestro país. Y en este contexto, con un papel predominante de los servicios de Medicina Nuclear, la valoración axilar mediante biopsia del GC también se ha incorporado al proceso de estadificación del CM.

Indicaciones de la biopsia selectiva del ganglio centinela

La biopsia selectiva del GC está indicada en todos aquellos CM, excepto en los carcinomas de tipo inflamatorio, donde se objetive de forma específica la ausencia de afectación axilar en el momento del diagnóstico o tras el tratamiento neoadyuvante. Esta premisa es fundamental para realizar el procedimiento con las máximas garantías en un contexto asistencial.

Indicación pre- o posquimioterapia neoadyuvante

En la mayoría de los centros de nuestro país se realiza la biopsia del GC en el momento de la cirugía tras la neoadyuvancia, sin embargo existen centros que prefieren realizarla en el momento de estadificación inicial. Ambas estrategias resultan válidas, puesto que cumplen con el objetivo principal de la biopsia del GC que es evitar linfadenectomías axilares innecesarias en mujeres con ausencia de enfermedad ganglionar, aunque es obvio que existen diferencias importantes a considerar.

La más relevante es la presencia o no de afectación clínica axilar previa a la neoadyuvancia. Es evidente que ante la confirmación histológica mediante punción de un ganglio metastásico la técnica del GC previa a la QTN está contraindicada y únicamente se podría realizar al finalizar la misma. Sin embargo, cuando no hay sospecha clínica ni ecográfica de afectación ganglionar la biopsia del GC se puede plantear tanto antes como después de la quimioterapia.

La realización previa a la neoadyuvancia permite conocer la afectación ganglionar antes de la quimioterapia y saber si habrá

que realizar un vaciamiento axilar en el momento de la segunda cirugía y si existirá indicación de radioterapia adyuvante axilar. Esto permite una mejor planificación del tipo de intervención quirúrgica a realizar especialmente si está previsto realizar alguna técnica de reconstrucción inmediata cuyos resultados pueden verse alterados si posteriormente se practica radioterapia mamaria y/o axilar⁶.

Por el contrario, en este supuesto existe la desventaja de someter a las pacientes a 2 cirugías, una para realizar la exéresis del GC, y la segunda tras la neoadyuvancia a nivel mamario y a nivel axilar en aquellos casos en que el GC resulte afectado.

Otra desventaja es que las pacientes nunca se beneficiarán del efecto de la quimioterapia a nivel ganglionar, puesto que en todos los casos con afectación del GC al diagnóstico se realizará el vaciamiento de los ganglios axilares, incrementando la morbilidad asociada al procedimiento. La opción de realizar un segundo GC en este supuesto no es una estrategia viable ni segura⁷. Además esta renuncia a la posibilidad de una respuesta completa axilar implica la paradoja de tener que realizar la linfadenectomía axilar en pacientes con una pCR tras QTN a nivel mamario, que ocurre en un 33,6% de los tumores triple negativos y hasta en un 50% de los HER2 positivos tratados con trastuzumab⁸.

La segunda opción es realizar la biopsia del GC a final de la neoadyuvancia. En este caso la primera ventaja es que el procedimiento se lleva a cabo en un solo acto quirúrgico siendo factible utilizar la técnica OSNA intraoperatoria para el estudio del GC⁹. Aparte de esta ventaja, se añade la posibilidad de rescatar a aquellas mujeres con afectación ganglionar al diagnóstico que han respondido completamente a la quimioterapia, que ocurre en un 33-50% de las pacientes^{8,10}.

Cabe señalar que desde el punto de vista metodológico de la técnica con isótopos radiactivos no existen grandes diferencias pre- o posQTN, si bien como veremos más adelante la inyección del trazador y la tasa de detección sí se pueden ver modificadas en un supuesto u otro.

En el contexto actual del manejo quirúrgico del CM priorizándose el tratamiento conservador de la glándula y una mayor preservación de la axila parece más coherente realizar la técnica de la biopsia del GC tras la neoadyuvancia.

No obstante, como se ha señalado, ambas posibilidades existen y es decisión de los comités multidisciplinarios de cada hospital el ofrecer a sus pacientes la opción que mejor se ajuste a cada caso particular y dejarlo reflejado en el consentimiento informado firmado por la paciente.

Valoración axilar

Para concretar y conseguir que el proceso sea lo más efectivo posible es preciso una valoración exhaustiva de los ganglios de la axila tanto en el momento del diagnóstico como tras la neoadyuvancia.

Es ampliamente conocido que la posibilidad de afectación axilar guarda relación directa con el tamaño del tumor primario, de manera que es esperable que en tumores T1 menores de 1 cm la proporción de metástasis axilares esté en torno al 15%, en T1c del 20%, en T2 menores de 3 cm en un 30-35%, y que en tumores mayores de 3 cm lo esté en un 45-50%^{11,12}. Es por ello que en el contexto de un tumor de gran tamaño que condiciona la necesidad de neoadyuvancia la valoración de la axila ha de realizarse de forma exhaustiva incluyendo exploración física y técnicas de imagen.

Valoración axilar prequimioterapia neoadyuvante

La ecografía es la técnica de imagen de elección en el momento del diagnóstico para detectar enfermedad axilar, presentando una

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8825786>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8825786>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)