

## Mesa redonda. Controversias y nuevos retos en la cirugía de mama.

# Actualización de manejo de la axila ¿Tiene algún valor terapéutico la linfadenectomía en la actualidad?

*Update on axillary management: does lymphadenectomy have any therapeutic value today?*

Calzado Baeza S

Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

En las últimas décadas el tratamiento del cáncer de mama ha evolucionado y exige una perspectiva multidisciplinar que proporcione un adecuado control sistémico de la enfermedad, un enfoque quirúrgico conservador y una mayor preocupación por la satisfacción y calidad de vida de estas mujeres. En este contexto, los procedimientos de estadificación y tratamiento axilar también se han modificado y la indicación sistemática de una linfadenectomía axilar ha sido sustituida por procedimientos fácilmente reproducibles y con menor morbilidad. De esta manera, el manejo de la axila ha ido cambiando paulatinamente en las últimas décadas. La disección de los ganglios linfáticos axilares ha sido una parte esencial del tratamiento del cáncer de mama y, durante mucho tiempo, fue el único método para poder evaluar el estado de los ganglios linfáticos axilares.

### CORRESPONDENCIA

Salvador Calzado Baeza  
Hospital Santa Ana  
18600 Motril, Granada  
[s.calzadobaeza@gmail.com](mailto:s.calzadobaeza@gmail.com)

XREF

En la siguiente línea temporal podemos entender mejor ese desescalamiento:

A finales del s.XIX y hasta mediados del s.XX el gold estándar de la cirugía axilar en el cáncer de mama era la linfadenectomía axilar para un correcto control de la enfermedad locorregional (defendida por Haldsted). Los beneficios que proporcionaba la linfadenectomía eran múltiples: la estadificación de la axila, proporcionando importante información pronóstica, el mejor el control regional axilar y la probable mejora de la supervivencia y del intervalo libre de enfermedad. Sin embargo, los efectos secundarios que pueden aparecer tienen importantes consecuencias en la calidad de vida de las pacientes.

Llegados los años 80, surge el nuevo paradigma de Fisher, el cual defiende que el cáncer de mama puede ser una enfermedad sistémica o generalizada desde el principio cuestionando el “valor de la radicalidad de la cirugía” ya que no aportaban más supervivencia. De esta manera, junto con los estudios de Veronesi, comienza a surgir la cirugía conservadora de la mama.

### CITA ESTE TRABAJO

Calzado Baeza S. Actualización de manejo de la axila ¿Tiene algún valor terapéutico la linfadenectomía en la actualidad?. Cir Andal. 2024;35(3):308-310. DOI: 10.37351/2024353.5

En los años '90, Armando Giuliano concibió la idea de Ganglio Centinela considerando que el drenaje a la axila ocurre de una forma ordenada, heredada del melanoma, donde cambiaría el concepto de enfermedad axilar en el cáncer de mama y su cirugía de manera que si el ganglio centinela es negativo, no es necesario completar una linfadenectomía, obviando de esta manera las complicaciones de esta cirugía.

Abandonando el s.XX y comenzado el s.XXI se realiza otro avance más en el manejo de la axila realizado de nuevo por A. Giuliano con el estudio Z0011. En dicho estudio y en su afán de desescalar la cirugía axilar mostró que la supervivencia de mujeres con cáncer de mama T1 - T2, sin enfermedad axilar clínica, y uno o dos ganglios centinelas positivos para la malignidad sin completar linfadenectomía axilar era la misma que aquellas a las que sí se les realizaba.

## BSGC

Como ya conocemos, la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) se ha instaurado como método de estadificación axilar en axilas clínicamente negativas y esto fue debido a los ensayos (NSABP B-32, ALMANAC) que confirman que si el ganglio centinela es negativo no es necesario completar una linfadenectomía.

El paso siguiente es el demostrado por los estudios ACOSOG Z0011, en el cual se afirma que en los cánceres de mama en estadios precoces (T1-T2) con uno o dos ganglios centinelas (GC) positivos no es necesario completar la linfadenectomía axilar y no hay peores resultados en cuanto a recidivas, intervalo libre de enfermedad (ILE) y supervivencia global (SG), y el AMAROS en el que se demuestra que, en cánceres precoces (T1-T2) con GC positivos, la radioterapia axilar es similar a linfadenectomía en términos de SG y ILE aportando menor morbilidad y más calidad de vida. Por último, tenemos recientemente publicado los resultados del estudio SENOMAC el cual demuestra que, en tumores T3 (>5cm) con uno o dos GC positivos, la omisión de linfadenectomía axilar no es inferior en resultados a practicar una cirugía más extensa.

## DISECCIÓN AXILAR DIRIGIDA (DAD)

La estadificación de la axila después de tratamiento neoadyuvante es posible con la BSGC, pudiendo evitar disecciones axilares innecesarias. En las pacientes con cN0 la técnica de la BSGC es similar a la de las pacientes con cánceres precoces. Si bien existe una disminución de la identificación en las pacientes con cN1, la exactitud de la prueba es adecuada. Surgiendo diferentes ensayos:

- **Ensayo ACOSOG Z1071:** marcar el ganglio patológico y resección durante BSGC disminuye la TFN (6,8%).
- **Ensayo SENTINA:** doble trazador en BSGC tras TSP disminuye la TFN 8,6%. Mejora si obtenemos 3 o más GC (7,3%).
- **TSN FNAC:** Obtienen resultados entorno al 5% de TFN con uso de 2 trazadores y 2 o más GC.

Con estos ensayos, se ha conseguido ser más precisos en la estadificación axilar, disminuyendo las complicaciones secundarias a la linfadenectomía axilar.

De esta manera, aquellas pacientes con <4 ganglios positivos (cN1) que tras TSP consiguen una respuesta axilar completa (ycN0) se puede realizar esta técnica con seguridad.

## LINFADENECTOMÍA AXILAR

Atendiendo a esta desescalada, la linfadenectomía axilar, la cual fue considerada como el tratamiento gold estándar de la axila en el cáncer de mama, actualmente esta siendo relegada a la última opción dada la morbilidad que presenta, disminuyendo cada vez más sus indicaciones. El linfedema, que es la complicación más conocida después de una linfadenectomía axilar y que puede aparecer hasta en el 40% de los casos, llegando a ser muy grave e incluso provocando la discapacidad del brazo. También pueden aparecer limitaciones en la movilidad miembro superior. Todo ello conlleva una importante reducción de la calidad de vida.

Con todo, sigue teniendo sus indicaciones para la evaluación y estadiaje de la enfermedad axilar y establecer un pronóstico como el caso de pacientes en los cuales se presupone una carga tumoral importante. Estos casos son:

- cN0 con  $\geq 3$  ganglios positivos.
- Imposibilidad de realizar BSGC en perfiles de alto riesgo.
- cN2-3.
- Pacientes cN+ no candidatos a TSP o no hayan tenido respuesta a esta, carcinoma inflamatorio o recidiva axilar.
- Afectación axilar macroscópica durante cirugía.

De esta forma surge el siguiente algoritmo para la cirugía axilar **PASANDO DE ESTO a ESTO.**

Esta es la última guía de cirugía axilar en cáncer de mama de la NCCN. Se diferencian dos escenarios iniciales:

- Axila clínicamente negativa
- Axila clínicamente positiva

Es de mención la situación de la linfadenectomía a la cual se llega de manera excluyente.

Esta siguiente es la guía de abordaje axilar según la SESP...

### ¿Y como hemos llegado hasta aquí?

Pues tres hechos han condicionado este cambio. En primer lugar el paradigma de enfermedad sistémica propuesto por Fisher que minimiza la importancia del tratamiento locorregional. En segundo lugar, la introducción de los programas de detección precoz, con diagnósticos más tempranos. Y finalmente la descripción de los subtipos tumorales permitiendo una terapia sistémica más específica atendiendo a las características del tumor.

### ¿Tiene algún valor terapéutico la linfadenectomía en la actualidad?

En el momento actual el manejo axilar del cáncer de mama se ha vuelto cada vez más complejo y multidisciplinario. Las opciones quirúrgicas pasan por ninguna cirugía, BSGC con / sin linfadenectomía axilar, disección axilar dirigida con / sin linfadenectomía axilar o linfadenectomía axilar únicamente. El oncólogo tiene diferentes opciones para el tratamiento sistémico, adyuvante o neoadyuvante. El oncólogo radioterápico puede no ofrecer radioterapia, ofrecer radioterapia de la mama / pared torácica y puede estar asociada o no a irradiación de campos ganglionares. Esta complejidad se ve agravada por el progreso en cada subespecialidad, con avances en la terapia

sistémica y radioterápica que permiten una reducción selectiva en la extensión de la cirugía. Todo ello nos obliga a estar actualizados en una extensa literatura que comprende estudios observacionales, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis, complicando la elaboración de guías estandarizadas y protocolos.

Respondiendo a la pregunta... NO.

#### En espera de resultados

Actualmente estamos a la espera de varios estudios en los cuales de continúa con la desescalada en la terapéutica axilar, como el POSNOC (valora no tratamiento axilar si  $\leq 2$  ganglios positivos), SENOMAC (valora la necesidad de LA en cualquier T  $\pm$  TSP), TAXIS (estudio de no inferioridad cirugía axilar dirigida + Rt axilar VS LA + Rt mama, mejoría de morbilidad), NSABP-B51 (omitir Rt axilar si ypN0) y Alliance A011202 (LA VS Rt axilar en ycN0 ypN+) entre otros muchos (SOUND, NAUTILUS, BOOG, etc.).

#### ¿Y el futuro de la linfadenectomía?

Atendiendo a el valor de estadificación de la linfadenectomía y su elevado coste de morbilidad, han surgido técnicas para intentar disminuir las complicaciones propias de esta cirugía. Los estudios publicados son en general de baja calidad y un con un alto riesgo de sesgo, e impiden la formulación de recomendaciones sólidas a favor

de la preservación linfática, a pesar de que los informes preliminares indican teóricamente que la inclusión de estos procedimientos puede disminuir significativamente la incidencia del linfedema. Los primeros resultados son prometedores y el seguimiento a largo plazo puede hacer que el procedimiento sea una rutina.

Solo por mencionarlas: ARM (mapeo axilar retrógrado, reconstrucción inmediata de linfáticos y linfadenectomía endoscópica).

## CONCLUSIONES

Estamos en un tiempo de cambio, con grandes avances en terapias sistémicas gracias a las diferentes terapias diana y a la aplicación de la biología molecular, en los métodos diagnósticos y en el tratamiento local de la enfermedad, para intentar obtener un buen control de la enfermedad con mínimas repercusiones que permitan la mejor calidad de vida para nuestras pacientes. Esta evolución en el tratamiento del cáncer de mama ha disminuido la indicación de la LA .

Por todo esto, debemos estar atentos y actualizados para ofrecer el tratamiento más preciso e individualizado a cada una de nuestras pacientes, formar parte de comités multidisciplinares y, por supuesto, la toma de decisiones compartidas con nuestras pacientes.