



P-562 - DISECCIÓN AXILAR DIRIGIDA PARA ESTADIFICACIÓN AXILAR TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y AXILA POSITIVA AL DIAGNÓSTICO

Perelló Llabres, Damia¹; Utrilla Fornals, Alejandra¹; Latorre Tomey, Raúl¹; Buch Vila, Elvira²

¹Hospital General San Jorge, Huesca; ²Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: La linfadenectomía axilar (LA) es el tratamiento estándar en cáncer de mama y enfermedad axilar al diagnóstico. El aumento exponencial en las tasas de respuesta completa tras quimioterapia neoadyuvante (QTNA) pone en entredicho la LA en estas pacientes, proponiéndose técnicas con menor morbilidad, como la disección axilar dirigida (DAD), para la valoración axilar. La DAD implica el marcaje de adenopatías axilares sospechosas al diagnóstico (GM, para ver su respuesta a la QTNA y posteriormente localizarlas y resecarlas junto con el ganglio centinela (GC).

Objetivos: Evaluar si la DAD es suficiente para la valoración axilar tras neoadyuvancia. Conocer las técnicas de marcaje axilar tanto al diagnóstico como preoperatorias. Valorar si existe una disminución en la tasa de falsos negativos de la DAD vs. únicamente GC más GM.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica, de acuerdo con la declaración PRISMA, que incluye 10 estudios observacionales analíticos.

Resultados: De 730 pacientes con afectación axilar y ganglio marcado (GM) al diagnóstico, se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) con tecnecio 99 metastable (Tc99m) en el 87,13% de pacientes, ascendiendo al 90,45% con el GM que coinciden en un 76,58%. Un 23,42% de GM no se localizaría por BSGC, reduciendo la TFN al 3,23% combinando ambas técnicas vs. el 11,67% de la BSGC.

Autores	Marcaje GC		Marcaje diagnóstico	Azul		Marcaje preoperatorio	Detección del GM n marcado/n (%)	Coincidencia entre GC y GM n marcado/n (%)
	Tc ^{99m}	Azul de metileno		n marcado/n (%)	n marcado/n (%)			
Donker <i>et al.</i> ¹⁶	-	-	I ¹²⁵	-	-	I ¹²⁵	97/100 (97)	-
Boughey <i>et al.</i> ¹⁵	1	1	Clip	101/130 (78)		Rx	141/170 (82,94)	127/170 (74,7)
Caudle <i>et al.</i> ¹³	1	1	Clip	118/134 (88)	-	I ¹²⁵	85/96 (88,54)	103/134 (77)
Diego <i>et al.</i> ¹⁷	1	1	Clip	20/30 (66,66)		I ¹²⁵	29/30 (97)	20/22 (91)

Siso <i>et al.</i> ¹⁸	1	1	Hydromark	30/35 (85,7)		Eco o aguja	44/46 (95,65)	27/35 (77)
Balasubramanian <i>et al.</i> ¹⁹								
G1: GC.	1	1	G1: no GM	G1:21/22 (95,4)		G1: no aplicable	G1: no aplicable	G1: no aplicable
G2: GC +GM			G2: Hydromark	G2: 25/25 (100)		G2: arpón	G2: 23/25 (92)	G2: 20/23 (86,96)
Flores-Funes <i>et al.</i> ²⁰	1	0	Hydromark: 1 Tumark: el resto	19/23 (80,6)	-	Arpón	22/23 (95,7)	14/23 (60,9)
Kanesalingam <i>et al.</i> ²¹	1	1	Clip	24/29 (83)	17/29 (58,6)	Arpón o I ¹²⁵	29/37 (78)	25/29 (86,2)
Natsiopoulos <i>et al.</i> ²²	1	1	Carbón	70/75 (93,3)		Carbón	71/75 (94,6)	53/70 (75,7)
Rebollo Aguirre <i>et al.</i> ²³	1	0	I ¹²⁵ : 10 Hidrogel: 3 Tridimensional: 3	15/16 (93,7)	-	I ¹²⁵	15/16 (93,7)	10/15 (66,6)
	-	-	-	87,13%	85,17%	I ¹²⁵ : 90,84% Arpón: 88,56%	90,45%	76,58%

Conclusiones: La DAD es una técnica factible para la estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama con afectación axilar que respondan a la QTNA. Las técnicas de marcaje axilar más utilizadas son: clips metálicos, semillas de I 125 y partículas de carbón. El I 125 y el arpón han sido los marcadores más utilizados para localizar preoperatoriamente adenopatías positivas. La DAD reduce significativamente la TFN frente a BSGC.