



# Radiología



## ESTUDIO POR IMAGEN DE LA AXILA (NIVEL II)

*M. Mellado Rodríguez*

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.*

### Resumen

**Objetivos docentes:** Estadificación axilar mediante ecografía y punción percutánea en casos sospechosos; utilidad de otras técnicas de imagen (RM, PET o TC). Distinguir afectación limitada o avanzada de la axila y su implicación terapéutica. Estadificación axilar antes y después de la QT neoadyuvante. ¿Somos capaces de aportar información válida del estado axilar para evitar linfadenectomías innecesarias?

**Discusión:** La valoración del estado axilar es importante para la estadificación, planificación terapéutica y orientación pronóstica en el cáncer de mama. Habitualmente el estudio preoperatorio de la axila se realiza mediante ecografía, aunque también son útiles la RM y el PET. Si se detectan ganglios patológicos se puede realizar la punción percutánea (BAG o PAAF) con guía ecográfica. Hasta la década pasada el estándar habitual era la linfadenectomía axilar (LA) ante cualquier grado de afectación axilar metastásica diagnosticada por punción o tras BSGC. Sin embargo en los últimos años, tras la publicación de los ensayos ACOSOG Z0011 y AMAROS, la atención se centra en minimizar la cirugía axilar al valorar que el control de la enfermedad o la supervivencia no se afectan por no realizar vaciamiento axilar en algunos casos de afectación limitada de la axila. Además, la mejora en los tratamientos de radioterapia o la decisión de QT adyuvante basada más en el estudio biológico del tumor que en el resultado de la LA, ha llegado a cuestionar el papel de la estadificación axilar mediante ultrasonidos. El cambio en el algoritmo del manejo quirúrgico de la axila con la omisión de la LA cuando la afectación axilar es mínima ha llevado a considerar que la ecografía axilar con punción podría tener menor utilidad o incluso ser contraproducente. En un lado de la balanza está la posibilidad de sobretratamiento (en determinados casos de afectación axilar mínima detectada por punción ecográfica), y en el otro lado el riesgo de no realizar la cirugía adecuada cuando el grado de afectación axilar es mayor ( $\geq 3$  ganglios positivos). Debemos tener en cuenta que hay mayor grado de afectación axilar cuando la metástasis se detecta por punción ecográfica que cuando es tras la BSGC. El manejo de la axila en pacientes sometidas a QT neoadyuvante y la decisión de realizar el estudio del ganglio centinela antes o después de la QT también es un tema controvertido. De acuerdo con la guía NCCN<sup>®</sup> de 2016, se puede realizar re-estadificación de la axila con BSCG después de la QT neoadyuvante en casos ycN0. Necesitamos por ello conocer la seguridad diagnóstica de las técnicas de imagen en la valoración de la respuesta completa axilar.

### Referencias bibliográficas

1. Lee S, Jain PA, Jethwa SC. Role in Breast Cancer Staging: Providing Key Information for

- Clinicians. *RadioGraphics*. 2014;34:330-42.
2. Verheuvel NC, Ooms HW, Tjan-Heijnen VC, Roumen RM and Voogd AC. Predictors for extensive nodal involvement in breast cancer patients with axillary lymph node metastases. *Breast*. 2016;27:175-81.
  3. Anderson TL, Glazebrook KN, Murphy BL, Viers LD, Hieken TJ. Cross-sectional imaging to evaluate the extent of regional nodal disease in breast cancer patients undergoing neoadjuvant systemic therapy. *Eur J Radiol*. 2017;89:163-8.
  4. Farrell TPJ, Adams NC, Stenson M, Carroll Pa, Griffin M, Connolly EM, O’Keeffe A. The Z0011 Trial: Is this the end of axillary ultrasound in the pre-operative assessment of breast cancer patients? *Eur Radiol* 2015; 25:2682-7.
  5. Boughey JC, Ballman KV, Hunt KK, McCall LM, Mittendorf EA, Ahrendt GM, Wilke LG and Le-Petross HT. Axillary Ultrasound After Neoadjuvant Chemotherapy and Its Impact on Sentinel Lymph Node Surgery: Results From the American College of Surgeons Oncology Group Z1071Trial (Alliance). *J Clin Oncol*. 2015;33:3386-93.