



## O-332 - MINIMIZANDO LA AGRESIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA DE LA MAMA: DISECCIÓN AXILAR DIRIGIDA, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Diego Alonso, Elisa Angela<sup>1</sup>; Eguía Larrea, Marta<sup>1</sup>; Sánchez García, Carmen<sup>2</sup>; Silva Benito, Isabel<sup>1</sup>; Juan Fernández, Andres<sup>1</sup>; Ramos Grande, Teresa<sup>1</sup>; Muñoz Bellvis, Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca; <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los avances en las terapias sistémicas del cáncer de mama han posibilitado que pacientes en estadios localmente avanzados se beneficien de tratamientos quirúrgicos conservadores. En pacientes con axila positiva al diagnóstico, el tratamiento era la linfadenectomía axilar pero las actuales recomendaciones indican realizar una disección dirigida del ganglio centinela cuando existe respuesta clínica y radiológica a la neoadyuvancia, disminuyendo la morbilidad asociada a la cirugía de la axila.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han recibido neoadyuvancia, intervenidas en nuestro centro entre 2014-2019. Se realiza estudio estadístico descriptivo recogiendo la clasificación inmunohistoquímica y el estado de la axila previo al inicio de la neoadyuvancia, el tratamiento quirúrgico de la axila y sus resultados.

**Resultados:** Se incluyen 131 pacientes de sexo femenino cuya edad media fue de 50,88 años (DE 10,97), con edades comprendidas entre 28 y 78 años. Las características histológicas de los tumores y la afectación axilar se definen en la tabla 1. En las 65 pacientes que tenían inicialmente afectación ganglionar, tras la neoadyuvancia, se indicó disección axilar dirigida en 29 casos y linfadenectomía axilar en 36 casos. En 17 de las 29 pacientes con disección axilar dirigida fue necesario completar la linfadenectomía por los motivos y con los resultados que se exponen en la tabla 2.

Tabla 1

		Frecuencia	%
HER 2+	N0	5	3,84
	N1	7	5,38
	Total	12	9,2
HER 2+. RE+	N0	11	8,46
	N1	10	7,69
	Total	21	16
RE +	N0	34	26,15
	N1	30	23,07
	Total	65*	49,6

	N0	15	11,53
Triple negativo	N1	17	13,07
	Total	32	24,4
Total		130	

Tabla 2

		Frecuencia	N Post-IQ	
			N0 (%)	N1 (%)
Motivo linfadenectomía	< 3 GC	5	3 (60)	2 (40)
	Micrometástasis	8	4 (50)	4 (50)
	Macrometástasis	4	0	4 (100)
Total		17	7	10

**Conclusiones:** La disección axilar dirigida es actualmente el tratamiento de elección en pacientes con afectación ganglionar al diagnóstico que, tras neoadyuvancia, presentan una respuesta clínica y radiológica en la axila. El alto riesgo de falsos negativos y de persistencia de células tumorales resistentes a quimioterapia obliga a usar criterios más estrictos para completar la linfadenectomía. En nuestra serie, la linfadenectomía reveló afectación axilar en 50% y 100% de los casos en los que se identificaron respectivamente micrometástasis y macrometástasis en el estudio de los ganglios centinela. Actualmente, están en curso ensayos clínicos para valorar si la realización de linfadenectomía en pacientes con persistencia de actividad tumoral en los ganglios centinela de la disección axilar dirigida puede ser sustituida por otras líneas de tratamiento, fundamentalmente radioterapia. 1. Si se aseguran criterios estrictos de calidad, la disección axilar dirigida es una técnica segura en el tratamiento axilar de las pacientes sometidas a neoadyuvancia. 2. La persistencia de actividad tumoral en los ganglios aislados en la disección axilar dirigida obliga, según las guías actuales, a completar la linfadenectomía. 3. Se están realizando estudios para valorar alternativas de tratamiento que eviten realizar la linfadenectomía.