



# Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



## CO055 - MARCAJE AXILAR EN EL CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO ¿QUÉ PODRÍAMOS HACER MEJOR?

**Catalina Sampol Bas**<sup>1,2</sup>, Laia Vila<sup>3</sup>, Lourdes Carrillo<sup>3</sup>, Gabriel Matheu<sup>4</sup>, Pau Camarasa<sup>5</sup>, Carmen Reyes<sup>5</sup>, Camila Soledad Salomón<sup>1</sup>, Alessandra Repetto<sup>1</sup>, Antonia Perello<sup>2,6</sup> y Cristina Peña<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>2</sup>Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares (IdISBa), Palma de Mallorca, España. <sup>3</sup>Servicio de Ginecología, UFCM, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>5</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>6</sup>Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.

### Resumen

**Objetivo:** Análisis de tasa de respuesta patológica completa (RPC)axilar tras QTNA en pacientes PAAF axilar+. Valoración de la respuesta ecográfica axilar y aplicación de la disección axilar dirigida (DAD)en pacientes con RC tras QTNA. Análisis de coincidencia de ganglio+ marcado con semilla 125I y BSGC.

**Material y métodos:** Se revisan PAAF axilares+ (2020-2023) clasificándose en 2 subgrupos: cN2-N3 (LA pos-QTNA) vs. cN1 (clipaje ganglio PAAF+) tras estadificación con 18FDG-PET-TC y ecografía axilar. Tras QTNA se reevalúa con RM y ecografía axilar la respuesta; si es positiva, se coloca semilla 125I en ganglio clipado. Si no hay respuesta, se realiza linfadenectomía. Para cirugía se realiza linfogammagrafía con SPECT/CT tras inyección de 99mTc-nanocoloide (BSGC). Se extirpa el ganglio clipado-semilla y el Centinela mediante gammasonda. Se deriva a estudio APAio, con LA si algún ganglio afecto.

**Resultados:** Se incluyeron 140 p (edad media 54 años [31-85]), con diagnóstico de CMLA. De las 140 axilas+, 63p fueron cN2-N3 derivándose a LA pos-QTNA (17% M1 excluidas) y 77p fueron cN1, con una tasa de respuesta ecográfica del 67,5% (52/77). De estos 52p, un 29,8% obtuvieron RPC tras DAD. La tasa de detección del GC fue 96,1%, con una media 2,6GC/p. En 45p la búsqueda del clip fue ecoguiada con tasa detección del 83% y en 32p se colocó semilla 125I consiguiéndose extirpación del 100%. Hubo discordancias entre el ganglio clipado y GC en 28,8%. Se realizaron 47 linfadenectomías, con un ahorro del 46,15% de la misma en el grupo de la DAD y en un 19% de los casos el ganglio clipado/GC era el único afecto. La tasa axilar de RPC (pN0) fue del 32,4% tras la QTNA. Se realizó linfadenectomía innecesaria en 10p del grupo cN2-N3 (70% HER2enrich) y en 4p del grupo 2 (ecografía no respuesta).

**Conclusiones:** La tasa de RPC axilar es elevada, sobre todo en el subtipo histológico HER2enrich, donde podrían evitarse LA innecesarias en cualquier cN. La respuesta ecográfica axilar es imprescindible y a pesar de los FN se han evitado un 46% de LA. La aplicación de DAD es segura y

nos permite extirpar los ganglios inicialmente afectados, con elevada tasa de coincidencia con el GC (71,2%).