La afectación de la cadena ganglionar de la mamaria, ¿es un factor de mal pronóstico del carcinoma infiltrante de mama interna en una población de alta incidencia de cáncer asintomático?

Jaime Jimeno[1], Sergi Vidal-Sicart[2-3], Ángel Gallego[1], Inmaculada Alonso[4], Antoni Mestre[3], Jordina Munrós[4], Javier Sanz[5], Mar Vernet[6]

[1]Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar. Barcelona. [2]Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic. Barcelona. [3]Servicio de Medicina Nuclear. Hospital del Mar, IMIM. Barcelona. [4]Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínic. Barcelona. [5]Instituto de Oncología Radioterápica. Hospital de l'Esperança, Parc de Salut Mar. Barcelona. [6]Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción

Clásicamente se ha asociado el drenaje a la cadena de la arteria torácica interna o mamaria interna (ATI) a un peor pronóstico, aunque su linfadenectomía no parece mejorar ni el control locoregional ni la supervivencia. El impacto de la afectación de los ganglios de la cadena de la ATI es aún muy controvertido.

Objetivo

Valorar el impacto clínico de la infiltración del ganglio centinela de la cadena de la torácica interna (GCTI) en el cáncer de mama.

Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes operadas de cáncer de mama en dos centros universitarios entre 2001 a 2015 con indicación de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Se inyectó nanocoloide de albúmina marcado con 99mTc intratumoral y posteriormente se extirpó el GCTI en las pacientes con drenaje a ATI (Figura 1). Se registraron datos demográficos, localización y tamaño tumoral, su histología y del GCTI. Las variables resultado fueron recidiva local, regional y sistémica y muerte relacionada con el cáncer.

Criterios de inclusión en el estudio.

- Pacientes con indicación de biopsia selectiva de ganglio centinela que presentaron migración del radiotrazador a la cadena de la torácica interna.
- Indicación de biopsia selectiva de ganglio centinela en el momento del estudio
- Carcinoma infiltrante de mama cT1 - T2 N0
- Carcinoma ductal in situ que requiera mastectomía.
- Tumorectomía por Carcinoma ductal in situ con biopsia definitiva con focos de carcinoma infiltrante.
- Tumorectomía por Carcinoma ductal in situ de alto grado (hasta 2011).

Criterios de exclusión en el estudio.

- Pacientes con indicación de biopsia selectiva de ganglio centinela en el momento del estudio que no presentaron migración del radiotrazador.
- Pacientes que en la biopsia definitiva de la pieza de tumorectomía no se confirmó carcinoma infiltrante.

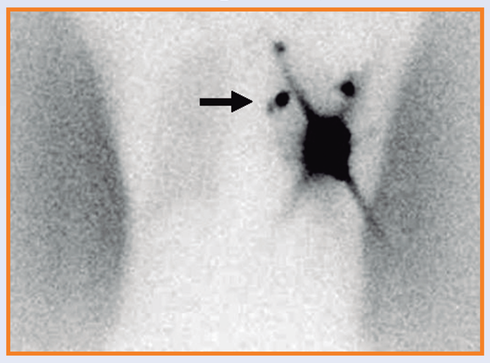


Figura 1. Linfografía con 99mTc-nanocoloide. Flecha ganglio de la cadena de la torácica interna izquierda.

Resultados

En 206 pacientes se objetivó migración a la ATI. Se excluyeron 39 (18,9%) sin resección del GCTI por localización retroesternal, quedando para análisis 167 pacientes. De ellos, en 19 (11,4 %) el GCTI fue positivo (Figura 2). La edad media fue de 56 (27-90) años. El 51% de las pacientes procedía de cribado poblacional. El diámetro mayor del tumor fue de 15,3±9mm y el seguimiento postoperatorio fue de 80,5±43 meses . La localización fue: CSE: 17%, CSI: 22,3%, CIE: 13,6%, CII: 6,8% y retroareolares: 10% . Las pacientes con mayores tumores tuvieron mayor tendencia a la afectación GCTI (18,1±8,7 vs. 14,3±8,5 mm; P=0,068) (Tabla 1) sin asociación con el fenotipo tumoral, grado histológico (Tabla 2), recidiva locoregional ni sistémica ni mortalidad relacionada con el cáncer. En cambio la afectación del GC axilar asoció mayor tasa de recidiva y un menor periodo libre de enfermedad (log Rank; p<0,001) (Figura 3) y menor supervivencia (log Rank; p=0,001) (Figura 4). Además, la negatividad del GC axilar se asoció a menor porcentaje de afectación del GCTI (9,3% vs. 90,7%; p=0,028) (Tabla 2).

Figura 2. Diagrama de Flujo

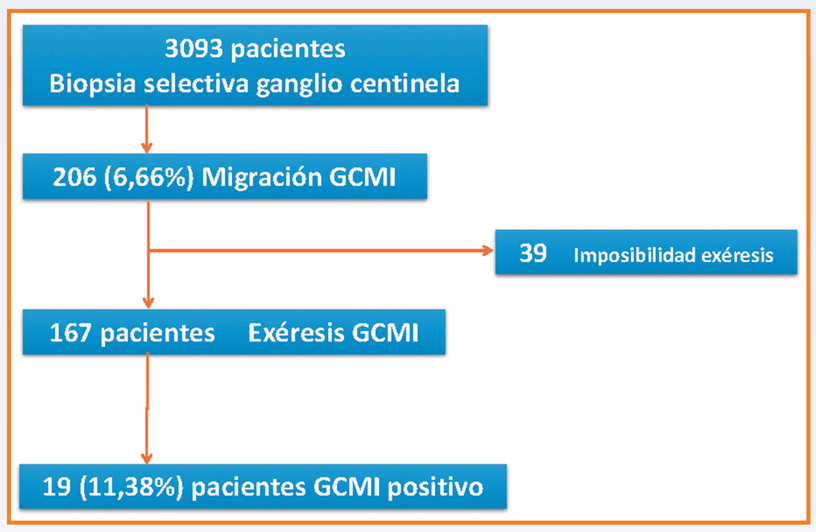


Tabla 1. Diferencias en el tamaño tumoral, la afectación del ganglio centinela axilar y del tratamiento adyuvante tras cirugía según la afectación del ganglio centinela de la cadena torácica interna.

	GCMI positivo	GCMI negativo	p
Tamaño tumoral	**18,1 ± 9**	**14,3 ± 8**	**0,066**
GC axilar positivo	**42,10%**	**18,80%**	**0,027**
GC axilar negativo	**57,90%**	**81,20%**	**0,027**
Radioterapia	89,50%	86,40%	0,52
Quimioterapia	**83,30%**	**45,50%**	**0,002**
Hormonoterapia	77,80%	79,90%	0,521

Tabla 2. Comparación de fenotipos tumorales, recidiva y supervivencia según la afectación del ganglio centinela de la cadena torácica interna.

	GCMI positivo	GCMI negativo	p
Receptores Éstrógeno	84,20%	84,10%	0,64
Receptores Progresterona	73,70%	66,90%	0,38
CerB2/Her2-neu	15,80%	12,80%	0,47
Expresión p53	18,20%	18,20%	0,63
Grado histológico (GIII)	31,60%	25,80%	0,53
Recidiva local	5,30%	3,40%	0,52
Recidiva ganglionar	5,30%	0,70%	0,22
Recidiva sistémica	8,33%	10,10%	0,66
Mortalidad relacionado	0%	7,60%	

Figura 3. Los pacientes con afectación del GCTI presentaron un tiempo libre de enfermedad similar (izquierda) mientras que los pacientes con afectación del ganglio centinela *axilar* asociaron un menos tiempo libre de enfermedad (derecha).

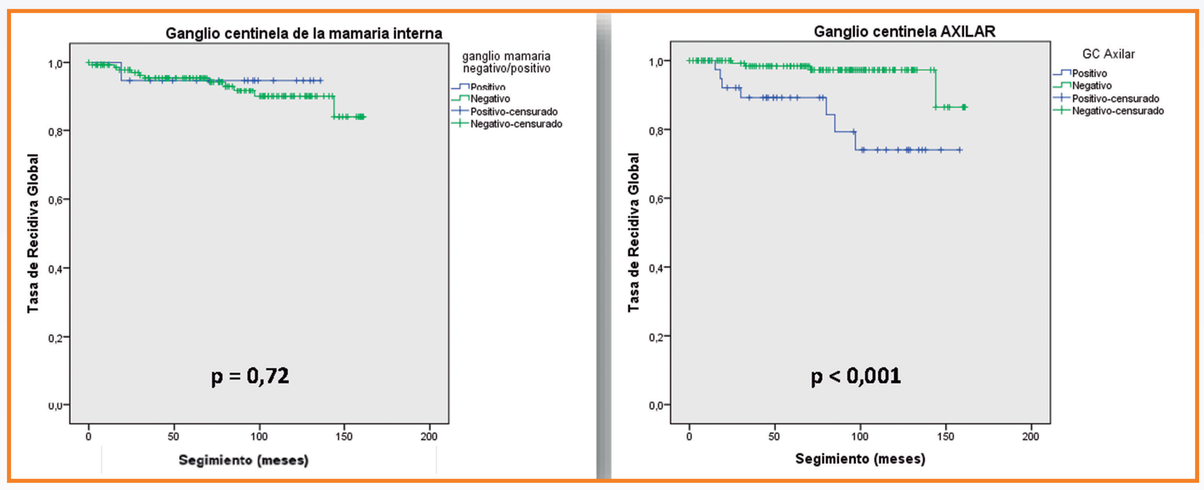
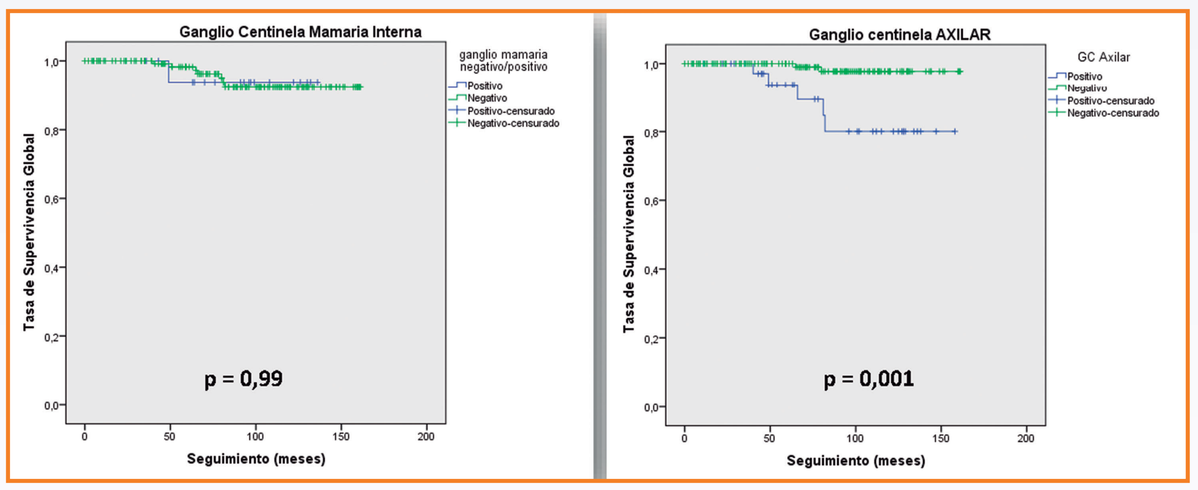


Figura 4. Los pacientes con afectación del GCTI presentaron una supervivencia global similar (izquierda) mientras que los pacientes con afectación del ganglio centinela *axilar* asociaron un menos tiempo libre de enfermedad (derecha).



Conclusiones

En las pacientes con indicación de BSGC, la infiltración del ganglio centinela de la torácica interna no se asoció de forma significativa a otros factores de riesgo ni presentaron un peor pronóstico. En cambio, la afectación del ganglio centinela axilar parece ser el factor predictivo dominante para recidiva global y supervivencia. Con estos resultados se podría omitir la realización de la biopsia del GCTI de forma sistemática, reservándose para los casos de no migración axilar del radiotrazador.