

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA LA INVESTIGACIÓN AXILAR

Eduardo Armanasco *

Agradezco a las autoridades de este curso que me permitieron dar esta charla. Vamos a hablar de los métodos de diagnóstico para la investigación axilar.

En toda paciente a la cual se le diagnostica un cáncer de mama, ya sea en estadios iniciales o a veces en estadios avanzados, es muy importante recabar la mayor cantidad de información del estado de las regiones ganglionares y en especial de la axila.

Para ello contamos con diferentes métodos. La historia clínica y el examen físico es lo primero. Lógicamente la clasificación que se usa es el TNM. Del examen físico tenemos que hablar que presenta falsos negativos importantes, de 30% a 45%. Eso se debe muchas veces a varios factores, principalmente entre ellos el antecedente de una biopsia previa cercana, ganglios que pueden estar aumentados por reemplazo adiposo, ganglios no palpables que tienen metástasis.

Luego pasamos a los estudios por imágenes, de los cuales vamos a hacer hincapié en la ecografía y en el PET y tomografía computarizada. Los tradicionales, como la mamografía, son estudios que nos dan imágenes groseras y no podemos evaluar exactamente la axila. El centellograma si bien es un estudio donde se aplica una sustancia que se concentra donde hay mayor actividad celular, aporta datos importantes a nivel de la glándula mamaria pero no de la axila.

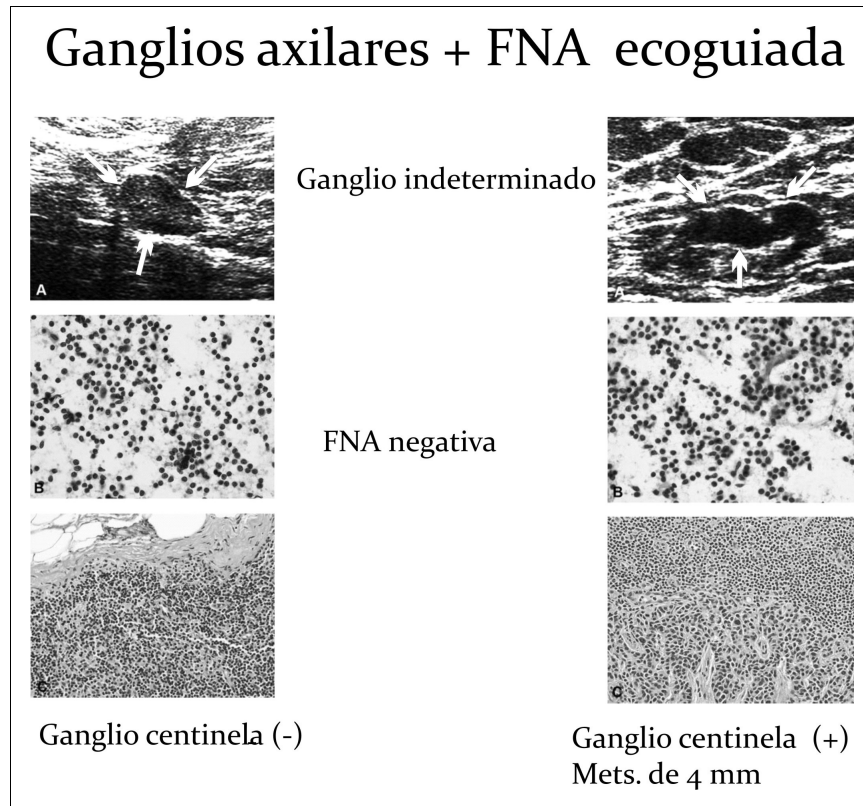
La ecografía mamaria es un estudio que, a lo largo de los años, ha ido adquiriendo cada vez más importancia. En un principio se podía

determinar un nódulo sólido o un nódulo quístico; eso es grosero. Después se empezó a utilizar más. Nosotros la empezamos a pedir más y empezamos a detectar lesiones no palpables y evaluarlas. Muchas veces cuando en la resonancia encontramos una imagen sospechosa, usamos la ecografía para marcar esa lesión, descubriéndola. A medida que iba pasando el tiempo le hemos ido sacando más provecho.

Por último pasamos a la ecografía que se llama de alta resolución. En realidad, los equipos han ido mejorando, nos han permitido obtener cada vez mejores imágenes. Estamos en la etapa donde si bien no es costumbre pedir que se haga una ecografía de la axila de rutina, ya paulatinamente eso se está empezando a usar. Con respecto a lo que es el tejido glandular y la glándula mamaria, la ecografía nos da un montón de beneficios. Con respecto a la axila, eso es lo que quizás a partir de todo este tiempo tengamos que intensificar.

Cuando se observa la axila y se intenta buscar ganglios, de acuerdo a los trabajos presentados, se trata de buscar determinadas características. Esas características muchas veces están basadas en el tamaño y en la forma. La mayoría de los trabajos que se han presentado, en donde se han hecho exámenes ecográficos de la axila y punción con aguja fina, tomaron como patrón el tamaño y la forma. Con respecto al tamaño hablaron muchas veces de tamaños mayores a 5 mm; entonces, hablan de ganglios que tienen cierta característica de benignidad. Todas estas características están muy discutidas. Todavía no está bien uniformemente presentado como po-

* Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Universidad de Buenos Aires.



Cuadro 1

dría ser el BI-RADS, pero son puntos de partida que en la actualidad podemos empezar a darle más importancia.

Con respecto a las características de los ganglios, se debe observar la cortical delgada, que sea homogénea y simétrica, el hilio hiperecogénico, las lobulaciones simétricas; y con respecto a los ganglios sospechosos, lobulaciones excéntricas, cortical engrosada, el hilio con desplazamiento o compresión, el reemplazo por tejido hipoeicoico y el tamaño.

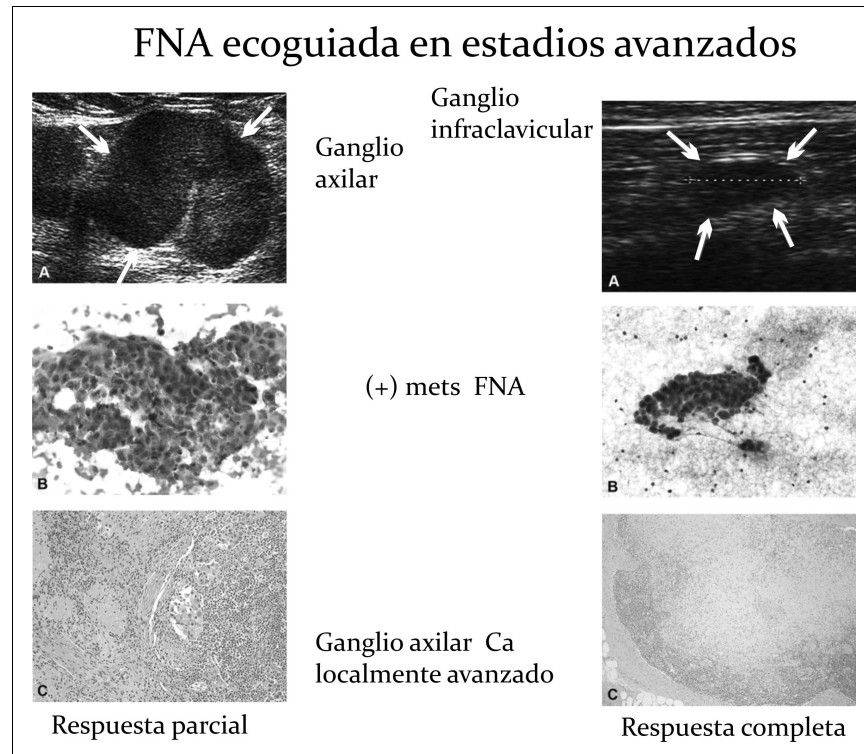
La ecografía en las regiones axilares unida a la punción con aguja fina, tiene como objetivo aumentar la información y evaluar mejor los grupos de pacientes que van a ser sometidas a ganglio centinela o a un vaciamiento axilar.

De las series publicadas en los trabajos, generalmente hablan de una sensibilidad que va del 25% al 90%, una especificidad que va del

97% al 100%. Tiene limitaciones que son los falsos negativos, que van de un 5% a un 48%; generalmente eso está asociado a que las lesiones pequeñas no pueden ser evaluadas ni detectadas, pasan desapercibidas.

En el Cuadro 1 tenemos un ejemplo. Ambos ganglios tienen imágenes indeterminadas, no son características, ambos ganglios fueron punzados, ambas punciones dieron negativas (las células). Posteriormente estas pacientes que tenían el diagnóstico de cáncer de la mama, fueron sometidas a ganglio centinela. En la columna izquierda el ganglio centinela dio negativo y en la columna derecha el ganglio centinela habla de una metástasis de 4 mm. Por eso hablamos que este método tiene sus limitaciones.

Lo mismo podemos utilizarlo en pacientes con enfermedad localmente avanzada, (Cuadro 2). Tenemos en la columna izquierda las ca-



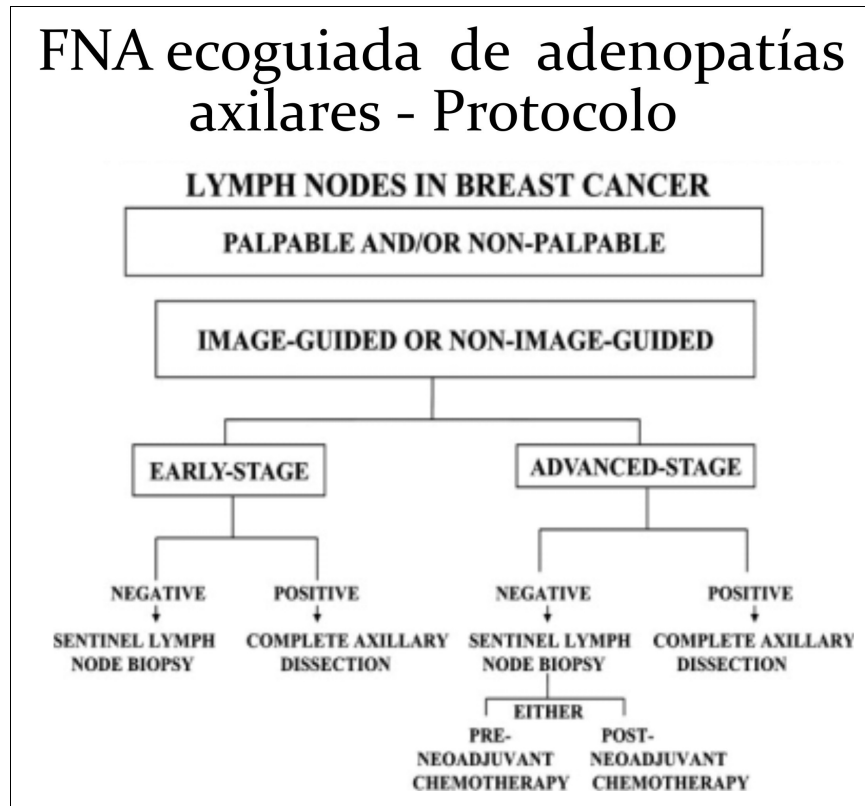
Cuadro 2

racterísticas de ese ganglio, no sólo el aumento de tamaño, el engrosamiento, la homogeneidad, la alteración del hilio. Se realizó una punción citológica que dio positiva. Esa paciente fue sometida a tratamiento neoadyuvante y finalmente en la escisión apareció la imagen del ganglio con una respuesta parcial. En la imagen de la derecha es un ganglio infraclavicular al cual se le realizó también una punción, dando positiva. Esa paciente fue llevada a tratamiento neoadyuvante y posteriormente en la cirugía se resecó ese ganglio. Se vio una respuesta completa.

En un metaanálisis que se hizo en el 2006, se consideraron una serie de trabajos donde se asoció la punción con aguja fina a ganglios axilares y donde se tomaron como elección para determinar entre ganglios sospechosos el tamaño, la forma de la cortical, el hilio, etc. Estos trabajos no son todos muy homogéneos; en algunos se hicieron lesiones palpables y no palpa-

bles, en otros se hicieron solamente lesiones no palpables, pero en general y resumiendo dan una sensibilidad del 25% al 90%, una especificidad del 97% al 100%. Los falsos negativos del 5% al 48%, donde muchas veces está asociado el carcinoma lobulillar como predisponente a dar falsos negativos.

En los estadios iniciales del cáncer de mama, lógicamente la técnica del ganglio centinela es el estándar. Tiene algunas observaciones que podemos o no estar de acuerdo. Por ejemplo, cuando se aplica el colorante puede dejar una coloración en la piel por un tiempo importante; está descrita la reacción alérgica, que a veces puede ser mínima y a veces puede ser importante y asustar. Y lo que es en sí el implemento del método: la inyección del color, que es 12 a 24 horas antes; la radiación a la piel; la necesidad de realizar una segunda cirugía cuando el ganglio centinela es positivo en diferido; y el



Cuadro 3

costo.

El Cuadro 3 muestra un protocolo que podría comenzar a usarse para asociar la punción con aguja fina a los ganglios axilares. La ventaja es que es de menor costo con respecto a algunos otros estudios que se hacen, específicamente con respecto al PET.

Finalmente con respecto al PET, en el Instituto Roffo se hizo una experiencia donde se eligió a un grupo de pacientes. La idea principalmente era comparar la capacidad del PET para la detección de metástasis axilares. Realizar el PET en pacientes con axila clínicamente dudosa, para decidir con este método, en el futuro, la realización de la técnica del ganglio centinela.

Los criterios de inclusión fueron estadios iniciales, T1, T2 N0, pacientes con ganglios axilares palpables, que clínicamente eran dudosos. El total era de 48 pacientes; se estudiaron 44 casos,

11 tumores fueron no palpables, 9 tumores tenían biopsia previa.

La axila clínicamente negativa representó 38 pacientes (86%) y dudosa 6 pacientes (14%). El PET dio positivo en 8 pacientes. En todos el ganglio centinela era positivo, por lo tanto obtuvimos 0% de falso positivo, una especificidad del 100% y un valor de predicción del 100%.

El PET dio negativo en 36 pacientes, de esas hubo 4 casos que tenían metástasis; esas metástasis estaban asociadas a carcinomas lobulillares. El falso negativo fue del 33%, una sensibilidad del 67% y un valor de predicción del 89%.

La conclusión del trabajo fue, una de las tantas, que el PET no aporta ventajas para estadificación axilar en los estadios iniciales, debido a que no logra identificar metástasis de 5 mm o menos. Muy similar a los trabajos presentados con respecto a lo que es la punción con aguja

fina de los ganglios axilares. La sensibilidad en axila era del 67%.

Un PET negativo en la axila no reemplaza a la técnica de ganglio centinela. El falso negativo que obtuvimos fue del 33%. Un PET positivo en la axila indicaría la necesidad de realizar un vaciamiento axilar, aun en axilas clínicamente negativas.

Con respecto a las conclusiones, es que existen limitaciones, principalmente para estos dos métodos, para poder obtener datos cuando las lesiones son menores de 5 mm. Tanto el PET como la ecografía dan resultados similares. Hay

que hacer la salvedad que en nuestro medio no es de rutina hacer punciones de ganglios de axila, con lo cual debemos incrementar por eso el uso de la ecografía y la punción de aguja fina en los ganglios de los territorios linfáticos. Comparado con el PET tiene un bajo costo y es mucho más accesible. De todos modos nosotros necesitamos tener una curva de aprendizaje y experiencia. El carácter positivo de estos métodos indica la necesidad de realizar vaciamiento axilar. Su condición negativa, por ahora, no reemplaza a la técnica del ganglio centinela.

Muchas gracias.