

EDITORIAL

LA AXILA HOY

En el avance para lograr definitivamente la tercera etapa en la reducción del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama —no operar la axila— y la repentina aceleración para alcanzarla, obliga a hacer un pequeño paréntesis para discernir sobre lo hecho, las perspectivas y el tiempo necesario para definirlo, pues, fuera de los centros que manejan ensayos supervisados y protegidos por entes internacionales, en la práctica diaria no se sabe si ha llegado el momento de tomar la decisión, pues desalienta la aseveración final de los trabajos: "Longer-term follow-up is needed to verify that this remains true with time" (*Ann Surg Oncol* 2012; 19(10): 3185-91) al referirse los autores a las recurrencias y supervivencia de las pacientes con centinela positivo sin vaciamiento axilar, o "... but whether SLNR alone should replace ALND is yet to be determined" (*Clin Exp Metastasis*. 2012 Aug 29 [MEDLINE]), aseverado por Giuliano después de los comentarios hechos al protocolo ACOSOG Z0011. Pareciera que la mastología necesita todavía un tiempo no definido para aceptar las conclusiones de protocolos que están a las puertas de reducir cada vez más la cirugía.

Ante un cáncer de mama invasivo razonable (para no usar el término "centímetros"), con axila clínicamente negativa, el cirujano tiene la opción de no investigar axila (cáncer tubular puro), reemplazar una investigación por radioterapia (*Ann Oncol* 2005; 16(3): 383-8); con biopsia del ganglio centinela negativo no completar el vaciamiento axilar (*N Engl J Med* 2003; 349(6): 546-53); con biopsia positiva completar el vaciamiento (tratamiento estándar); con biopsia positiva hasta dos ganglios no realizar vaciamiento axilar si la paciente recibirá tratamiento conservador (*Ann Surg* 2010; 252(3): 426-32), pero sí realizar vaciamiento si se efectuó una mastectomía (*Annu Rev Med*. 2012 Sep 27 [MEDLINE]). El no completar el vaciamiento axilar con hasta dos ganglios centinela positivos, tornaría sólo académica y no con proyección terapéutica la discusión sobre cuándo informar un compromiso ganglionar de bajo volumen, como células tumorales aisladas o como micrometástasis (*J Clin Oncol* 2010; 28(9): 999-1004) (*Eur J Cancer* 2011; 47(6): 887-94).

Con ganglio centinela negativo, preservar la axila presupone la posibilidad de un 4,7% de ganglios no centinela positivos (*Eur J Cancer* 2009; 45(8): 1381-8), cifra que llega al 17,7% en 2005 en el caso de micrometástasis (*Arch Surg* 2010; 145(2): 161-6), y tiene que ser mayor aún si el ganglio centinela

tenía macrometástasis, pero las recurrencias regionales están por debajo de esas cifras. Una revisión de 30 artículos de recurrencias axilares con ganglio centinela positivo sin vaciamiento axilar, sobre 3.468 pacientes con micrometástasis en los que no se completó el vaciamiento axilar, las recurrencias axilares variaron entre el 0,0% y el 3,7%, y sobre 3.268 con macrometástasis entre el 0,0% y el 7,1% (Ann Surg Oncol 2012 Aug 14 [MEDLINE]).

A pesar del valor de esas cifras, el cirujano confía a nivel regional en la radioterapia, en la quimioterapia y menos en la hormonoterapia. En la mayoría de los protocolos la mama recibió tratamiento conservador más radioterapia, que en campos tangenciales, alcanza aunque sea parcialmente la axila. Tal es el valor de la radioterapia axilar, que se plantea como imperativa en casos de ganglio centinela positivo sin vaciamiento axilar [Breast Care (Basel) 2011; 6(5): 353-358].

Preservar la axila con ganglio centinela negativo, con ganglio centinela con micrometástasis y hasta dos ganglios centinela positivos, enfrenta al cirujano con disyuntivas totalmente opuestas: una axila con ninguna o muy poca posibilidad de otros ganglios positivos por una lado y por otro, una axila con casi la seguridad de más ganglios positivos. Si bien las estadísticas no encuentran todavía una diferencia estadísticamente significativa en recurrencia y supervivencia global entre ambas situaciones, las medias de seguimiento no alcanzan un número razonable de años que nos permita asimilar en forma definitiva los resultados de los últimos ensayos con centinela positivo sin vaciamiento axilar.

Cabe preguntarse cuántos años de seguimiento se necesitan ahora para valorar los resultados de una nueva modalidad de tratamiento, en la que no sólo juega la disminución de la morbilidad del planteo quirúrgico frente al vaciamiento axilar, sino que distintos y agresivos enfoques del tratamiento adyuvante no nos permiten valorar en su justo medio el real aporte de haber resecaado dos ganglios positivos sin completar el vaciamiento. ¿Tienen el mismo peso 5 años de seguimiento en el siglo XXI, que 5 años en la época de los setenta? Mi opinión es negativa.

El estudio por ultrasonografía de la axila en pacientes con carcinoma de mama invasivo, para predecir el compromiso axilar con la ayuda de la aspiración con aguja fina, llega al 100% como factor de predicción positivo, pero apenas al 54% como predicción negativa (Ultrasound Med Biol. 2012 Sep 10 [MEDLINE]). A pesar de los valores de predicción negativos de la conjunción expuesta, la aceleración de la marcha para evitar el vaciamiento axilar está intentando dejar atrás la investigación del ganglio centinela, confiando para cánceres invasivos de hasta 2 cm de tamaño con la axila negativa clínica y ecográfica o, en caso de imagen ganglionar dudosa, con la punción negativa con aguja fina (Breast 2012; 21: 678-681). Pero siempre en pacientes que se van a

someter a tratamiento conservador, como si no se quisiera perder la propiedad "correctora" de la irradiación de la mama, que inexorablemente llegará a la parte baja de la axila.

Cabe preguntarse qué porcentaje de falsos negativos va a llegar a tener la punción con aguja fina bajo guía ecográfica en un centro especializado, aunque no lo sabremos hasta que tengamos realmente gran número de casos, mucho tiempo y la población control. Si el protocolo es exitoso, los porcentajes de falsos negativos históricos van a potenciar los resultados que se obtengan en el grupo sin investigación de ganglio centinela ni vaciamiento.

Comenzó este Editorial para hacer un enfoque que permita discernir sobre lo hecho, las perspectivas y el tiempo necesario para definirlo. Ya expusimos de lo hecho, hay quienes con dos ganglios positivos no realizan vaciamiento axilar. Ya mencionamos las perspectivas, muy cerca de no hacer vaciamiento, aun con punción con aguja fina de ganglio positivo. Ya hablamos de tiempo, no es momento todavía de adoptarlo como estándar. El mastólogo se resiste a no adoptar la tercera etapa *vide supra* en determinados tumores y en pacientes seleccionadas.

Edgardo T. L. Bernardello

Prof. Consulto Asociado de Mastología, UBA