

Señor Director:

Actualmente nadie pone en duda que la técnica de la biopsia del ganglio centinela ha supuesto un avance en el pronóstico y en el tratamiento del cáncer de mama. El poder determinar las vías de propagación de la enfermedad y el estudio minucioso de uno o dos ganglios mediante técnicas inmunohistoquímicas son sin duda los logros más relevantes. Pero cara a la opinión pública lo más importante de la biopsia del ganglio centinela es que evita realizar vaciamientos axilares innecesarios en un alto porcentaje de casos y por tanto disminuye la morbilidad y mejora la calidad de vida de las pacientes.

Basados precisamente en este último punto, se han publicado recientemente algunos artículos en los que se valora la morbilidad del vaciamiento axilar completo (VA) frente a la biopsia del ganglio centinela (BGC) ya en una fase postoperatoria o a largo plazo.

El departamento de Cirugía Oncológica del Centro Sinai de Los Angeles (California) realiza un estudio que analiza las complicaciones a largo plazo (más de 1 año) del vaciamiento axilar completo.(1)

Su impresión es que con el entusiasmo por la técnica del ganglio centinela, los aspectos negativos de la misma y su posible morbilidad ha sido infravalorada mientras que las complicaciones y la morbilidad del vaciamiento axilar han sido magnificadas..

EL estudio se realizó sobre 144 mujeres, 94 con mastectomía radical modificada y 50 con segmentectomía más radioterapia. El promedio de ganglios extirpados fue de 25 (niveles I-III) Posteriormente recibieron tratamiento con hormonoterapia y/o quimioterapia según valoración individual.

Para valorar el posible linfedema subyacente se efectuaron mediciones en la parte proximal del brazo y en la parte distal. En el 95% de pacientes el diámetro de la parte superior del brazo era 2cms más grande que en el brazo contralateral y en 90% en la parte distal. Pero el 96% de pacientes consideraban la movilidad del brazo buena o excelente, sin limitaciones. Su principal queja era el entumecimiento de la parte proximal interna del brazo (25% de las pacientes).

Como conclusión los autores sostienen que a largo plazo realizar un vaciamiento axilar completo no supone una gran morbilidad..

También el Departamento de Cirugía del Memorial

de Nueva York ha realizado un estudio comparativo de la morbilidad entre el vaciamiento axilar completo y la biopsia del ganglio centinela(2)

El estudio se realizó sobre 294 mujeres, 214 con tratamiento conservador y 80 con mastectomía radical modificada. Se practicaron 197 BGC y 97 BGC más VA. En este estudio la prevalencia y la severidad del disconfort fue superior en el VA pero un cierto grado de morbilidad existe en ambas técnicas. Entumecimiento del brazo en el VA y pérdida de sensibilidad en la BGC por lo menos durante dos años.

Un artículo de la revista *Lymphology* (3) analiza sobre una muestra de 102 mujeres, el riesgo de linfedema en función del tratamiento axilar. Se consideró linfedema el aumento de la circunferencia del brazo en 2 o más cms. El 43% de pacientes con VA presentaron linfedema frente al 22% de BGC y 25% de BGC más VA. Sorprendentemente un 22% sin vaciamiento axilar también lo presentaron. Aunque la incidencia fue más alta y con más sintomatología en el grupo de VA, todos los grupos mostraron entumecimiento, tirantez en el brazo. (aunque el número de pacientes analizado es reducido).

En Marsella en el Instituto Paoli-Calmettes analizan la morbilidad postoperatoria de la BGC y del VA, comparando además la valoración de los médicos y de las pacientes al año del tratamiento. La conclusión del trabajo es que la morbilidad postoperatoria es menor en la BGC frente al VA, pero las apreciaciones frente al dolor, movilidad del brazo y sensibilidad difieren entre médicos y pacientes.(4)

Otro trabajo del hospital Princess Grace de Londres (5) ha realizado un estudio de opinión que plantea a las propias pacientes la posibilidad de elegir el tratamiento axilar. A 200 pacientes se les pasó un cuestionario con dos posibles tratamientos: BGC frente a VA con riesgos y beneficios para ambos tratamientos. Riesgo de morbilidad asociada con el VA completo (10%) frente a una posible reducción de la supervivencia a 5 a. (1 entre 1000) en la BGC debido a un 2-5% de falsos negativos.

Prácticamente la elección de uno u otro tratamiento fue similar(50%). En la elección no influyó la edad, ni los antecedentes personales, aunque en las tablas se aprecia un discreto aumento de VA en pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama. Las conclusiones indican que la aceptación de la BGC es cada vez mayor a pesar del pequeño riesgo asociado pero debe ofrecerse a la mujer de elegir de manera individual y personalizada.

Comentarios:

1º- La técnica del ganglio centinela se consolida como tratamiento axilar aunque evidentemente aún está en proceso de desarrollo y mejora. Después de 14 años se pueden dar datos más concluyentes de las ventajas y también de sus contraindicaciones o riesgos. Los continuos trabajos publicados sobre el tema lo confirman. Menor morbilidad axilar, aunque no despreciable asociada a un pequeño número de falsos negativos (2-5%)

2ª- Cara a la opinión pública se ha hecho tanto hincapié en las bondades del ganglio centinela frente al vaciamiento axilar cara a una menor morbilidad, que cuando se precisa realizar VA tras BGC por ser este positivo o por causas inherentes a la paciente o al tumor, los más entusiastas del BGC están empezando a reconocer que la morbilidad del VA tampoco es tan elevada y así deben comunicárselo a sus pacientes (principalmente para tranquilizarlas y además valorar lo positivo: no será necesario un control axilar posterior)

3ª- Cuando no se pueda realizar la BGC por dificultades técnicas o por no disponer los medios adecuados, realizar un VA no supone condenar a la paciente a secuelas importantes (linfedema, dificultad en la movilización del hombro..etc.) siempre que se haga con las condiciones adecuadas. El VA completo bien realizado requiere más minuciosidad en la técnica quirúrgica, (para evitar seromas, hematomas, conservar algunos nervios y paquetes vasculo-nerviosos de la axila) más control postoperatorio, (drenajes, movilización precoz del brazo) y más tiempo para hablar con la paciente.(cuidados, controles..).

4º- Y un último comentario, también las mujeres tienen derecho a escoger el tratamiento que deseen. Algunas preferirán aceptar ese pequeñísimo riesgo de falsos

negativos de GC con menor morbilidad y otras mujeres preferirán asumir una mayor morbilidad con el máximo control de su enfermedad a nivel locoregional. Que duda cabe que factores personales, sociales o incluso culturales pueden influir en la decisión, pero el médico debe informar, escoger a veces no es fácil. Quizás en un futuro próximo ya no sea preciso realizar la biopsia del ganglio centinela o los planteamientos sean distintos, pero esto ya es otro tema (6)

1-Silberman AW, McVay C, Cohen JS, Altura JF,Brackert S, Sarna Palmer D and cols.-**“Comparative morbidity of axillary lymph node dissection and sentinel lymph node technique:implications for patients with breast cancer”** Ann.Surg. 2004 240(1):1-6

2- Baron RH **«Eighteen sensations after breast cancer surgery: a two –years comparison of sentinel lymph node biopsy and axillary lymph node dissection»** Oncol.Nurs Forum.2004 13,31:691-8.

3- Armer J, Wainstock JM, Zagar E, Jacobs LK-**“Lymphedema following breast cancer treatment, including sentinel lymph node biopsy”**.Lymphology 2004 37(2):73-91.

4-Arnaud S,Houvenaeghel G,Moutardier V, Butarelli M,Martino Mbraud AC and cols.**“Patients´ and surgeons´ perspectives on axillary surgery for cancer”** Eur.J.Surg. Oncol. 2004 30(7): 735-753.

5-Assad M,Tamer M, Mokbel K. **“British women´s choise between sentinel node biopsy and axilar node clearance for breast cancer”** Curr Med Res Opin. 2003; 19(6):570-4.

6.Naik AM, Fey J, Gemignani M, Heerd A, Montgomery L, Petrek J and cols. **”The risk of axillary relapse after sentinel lymph node biopsy for breast cancer is comparable with that of axillary lymph node disecction :A follow-up study of 4008 procedures”**. Ann.Surg.2004 240(3):462-471.

DRA. MONTSERRAT HERRANZ