

## CARTA AL DIRECTOR

# ¿Es siempre necesaria la biopsia de los ganglios centinelas en la cadena mamaria interna en el cáncer de mama?

*Sr. Director:*

La introducción de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el manejo de los estadios precoces del cáncer de mama ha supuesto el resurgimiento del controvertido tema de la exploración quirúrgica de la cadena mamaria interna (1), a efectos de estadificación. El empleo de la linfogammagrafía preoperatoria permite ocasionalmente visualizar ganglios de drenaje mamario fuera del territorio axilar. Este drenaje extra-axilar es muy dependiente del lugar donde se realice la inyección (2), y probablemente también del tipo de radiocoloide empleado. Actualmente, tanto la última revisión TNM, (la afectación tumoral de la mamaria interna supone un cambio de estadio) como la ASCO recomiendan su biopsia, esta última con un grado de evidencia limitada.

El principal argumento a favor de la exploración quirúrgica de la mamaria interna es su valor pronóstico, la estadificación más exacta de las pacientes y en consecuencia, el hecho de que en los casos positivos se cambiará el tratamiento posterior. Estos datos parecen de especial relevancia en las pacientes con axila negativa. De hecho se ha comunicado la afectación tumoral extra-axilar con axila libre de enfermedad, aunque se trata de casos puntuales (3-6). En el lado contrario, están los que opinan que el impacto clínico de los ganglios centinelas en la cadena mamaria interna es mínimo (7), por la baja incidencia de metástasis aisladas fuera de la axila y porque normalmente las características del tumor primario determinan el tratamiento posterior.

¿Cuántas intervenciones quirúrgicas de la mamaria interna, no exenta de complicaciones (3,5), se han de realizar para beneficiar a un número considerable de pacientes, sin olvidar que estamos hablando de una técnica diagnóstica, ya que está demostrado que la disección de estos ganglios no aumenta la supervivencia? Nos planteamos un sencillo cálculo hipotético, aplicando los porcen-

tajes promedio extraídos de la bibliografía (3-7). Partamos de un supuesto grupo de 1.000 casos de cáncer mama en estadios I y II, que cumplan criterios de BSGC. El porcentaje de migración a mamaria interna en la linfogammagrafía preoperatoria muestra una gran variabilidad en las distintas series, entre 9-25%, aunque la extirpación quirúrgica de dichos ganglios se consigue sólo en el 45-88% de ellos (220 casos máximo en nuestra serie hipotética). La afectación tumoral de la mamaria interna oscila en las distintas publicaciones entre el 9-26% de los ganglios extirpados (en nuestro caso 57 pacientes como mucho), aunque sólo en el 2-4% de ellos la axila está libre de enfermedad (serían 8 casos a lo sumo en nuestra serie). Restemos por fin a esas ocho pacientes con metástasis en cadena mamaria y axila sana, aquellas pre-menopáusicas, sin receptores estrogénicos o con cualquier otra característica del tumor primario que ya indique, *per se*, el tratamiento adyuvante posterior. ¿Queda algún caso en que se indicaría tratamiento quimioterápico únicamente en base a la afectación de la cadena mamaria interna?

En las series publicadas con una casuística amplia, la intervención quirúrgica de la cadena mamaria interna ha supuesto la modificación del tratamiento posterior sólo en el 0-2% de las pacientes (3,4,6,7). Además, en muchos casos únicamente se añadió radioterapia de dicha cadena linfática, lo cual podría quizá indicarse ya en base a la observación de migración gammagráfica, sin necesidad de biopsia. De hecho, en ausencia de información histopatológica, este tratamiento se establece si existen factores clínicos relacionados con la afectación tumoral de esta cadena linfática. ¿Es rentable en términos riesgo-beneficio la extirpación de todos los ganglios centinelas extra-axilares? ¿O la indicación se basa exclusivamente en las recomendaciones TNM-ASCO? ¿Cómo se puede justificar, ante una paciente afectada por la morbilidad de la intervención quirúrgica paraesternal, que se le practicó sólo con fines diagnósticos, y a sabiendas de que la probabili-

dad de que su afectación indicara el tratamiento posterior era alrededor del 1%?

Probablemente, las distintas vías de drenaje mamario no son independientes. Se ha sugerido que la afectación metastásica de la vía linfática principal (axilar), provocaría un bloqueo de la misma, derivando la migración del radiocoloide hacia otras cadenas alternativas (mamaria interna). De hecho, como hemos visto, en la mayoría de los casos la afectación tumoral extra-axilar coincide con la existencia de enfermedad axilar. Cuando excepcionalmente se hallan metástasis en mamaria interna, con ganglio axilar sano, ¿será este el verdadero ganglio centinela, o en algunos casos podría tratarse quizá de un falso negativo de la técnica en la axila? En las pacientes en que sólo aparece migración a la mamaria interna y esta es negativa, existe controversia sobre la realización de vaciamiento axilar o bien el empleo de otras armas (reinyección del radiocoloide, uso de colorante) para “forzar” la aparición de un ganglio en la axila. ¿Deberíamos intentar lo mismo a nivel extra-axilar en la gran mayoría de casos en que sólo existe migración a axila y es negativa (aproximadamente 70% de los pacientes) para evitar un posible defecto de estadificación, principal intención de la técnica de BSGC? Por último, ¿cuál ha de ser la actitud ante las otras vías “aberrantes” de drenaje, que aparecen ocasionalmente? (8). ¿Hemos de suponer que su importancia diagnóstico-pronóstica es la misma, con lo que su exéresis se debe recomendar con el mismo interés?

En conclusión, creemos que los resultados de las distintas publicaciones no justifican la biopsia sistemática de la cadena mamaria interna. En nuestra opinión debería realizarse únicamente en aquellas pacientes en las que su afectación sea determinante en la indicación del tratamiento posterior, las que cumplan los siguientes requisitos: a) migración gammagráfica a mamaria interna; b) ausencia de localización del ganglio centinela en axila o

centinela axilar localizado y benigno en la biopsia intraoperatoria; y c) tumor primario que no presenta ninguna de las indicaciones de tratamiento adyuvante.

**I. Blanco, C. Moriyón**

*Clínica de Medicina Nuclear Géminis.  
Servicio de Cirugía General. Hospital Cabueñes.  
Unidad de Mama Bruno Salvadori. Gijón*

## BIBLIOGRAFÍA

1. San Román JM, Díaz-Faes J. El papel de la cirugía en el estudio del ganglio centinela. En: Díaz-Faes J, Ruiñbal A, editores. *Cáncer de Mama: avances en diagnóstico, tratamiento e investigación*. León: Fundación de Estudios Mastológicos; 2006.
2. Krynycky BR, Chun H, Kim HH, Eskandar Y, Kim CK, Machac J. Factors affecting visualization rates of internal mammary sentinel nodes during lymphoscintigraphy. *J Nucl Med* 2003; 44: 1387-93.
3. Carcoforo P, Sortini D, Feggi L, et al. Clinical and therapeutic importance of sentinel node biopsy of the internal mammary chain in patients with breast cancer: A single-center study with long-term follow-up. *Ann Surg Oncol* 2006; 13: 1338-43.
4. Paredes P, Vidal-Sicart S, Zanón G, et al. Clinical relevance of sentinel lymph nodes in the internal mammary chain in breast cancer patients. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2005; 32: 1283-7.
5. Hong J, Chog E, Soni N, Carmalt H, Gillett D, Spillane AJ. Extra-axillary sentinel node biopsy in the management of early breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2005; 31: 942-8.
6. Galimberti V, Veronesi P, Arnone P, et al. Stage migration of internal mammary chain lymph nodes in breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2002; 9: 924-8.
7. Victorzon M, Hamalainen E, Svartback M, Lantto A. Extra-axillary sentinel node biopsy in breast cancer staging—is it necessary? *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 604-6.
8. Van Rijk MC, Tanis PJ, Nieweg OE, et al. Clinical implications of sentinel nodes outside the axilla and internal mammary chain in patients with breast cancer. *J Surg Oncol* 2006; 94: 281-6.