

Manejo de las metástasis ganglionares axilares en pacientes con cáncer de mama temprano

Axillary Dissection vs No Axillary Dissection in Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis. A Randomized Clinical Trial.

Giuliano A y col. JAMA. 2011; 305(6):569-575.

Objetivos

Determinar el efecto de la disección de los ganglios linfáticos axilares (DLA) en la sobrevida de mujeres con cáncer de mama (CM) y metástasis en el ganglio centinela.

Diseño, lugar y pacientes

El Grupo del Colegio de Cirujanos Oncólogos de EE.UU. desarrolló entre 1999 y 2004 un ensayo clínico de fase tres de no inferioridad, prospectivo, aleatorizado y multicéntrico en el que participaron 115 centros. Incluyó mujeres con CM invasor (estadio T1-T2) sin adenopatías palpables y con no más de dos ganglios centinelas (GC) con metástasis identificadas por histología. Originalmente dirigido a 1.900 mujeres y con su análisis final planificado cuando hubieran ocurrido 500 muertes, el reclutamiento concluyó antes de tiempo debido a que la tasa de mortalidad fue menor a la esperada.

Intervención y medición de resultados principales

Todas las pacientes fueron sometidas a cuadrantectomía con irradiación tangencial de toda la mama. Aquellas con metástasis en el ganglio centinela fueron asignadas aleatoriamente a someterse a DLA, con la disección de diez o más ganglios axilares (n=445), o a ningún tratamiento axilar adicional al del ganglio centinela (GC; n=446). La eventual terapia sistémica quedó a criterio del médico tratante. La sobrevida global (SG) fue el punto final primario, y la libre de enfermedad (SLE), el secundario.

Resultados

Las características basales fueron similares en ambos grupos (ej. 96 a 97% recibió quimioterapia).

En las pacientes aleatorizadas a DLA, si bien el 27% presentó metástasis en ganglios no centinelas, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recurrencia axi-

lar a 5 años con el grupo GC (sin disección ganglionar posterior): 1,6% (IC95% 0,7% a 3,3%) en GC solo versus 3,1% (IC95% 1,7% a 5,2%) en el grupo DLA (p=0,11).. Los resultados principales se describen en la tabla 1.

Tabla1: Resultados luego de 6,3 años de seguimiento de las estrategias de disección de los linfáticos axilares vs. grupo sin tratamiento axilar adicional en pacientes con cáncer mamario invasor sin adenopatías palpables y con no más de dos ganglios centinelas metastásicos.

		Grupo	
		Disección de los linfáticos axilares	Sin tratamiento axilar adicional
Promedio de ganglios resecados (rango intercuartílico)		17(13 a 22)	2 (1 a 4)
Sobrevida a cinco años (IC95%)	Global	91,8% (89,1 a 94,5)	92,5% (90,0 a 95,1)
	Libre de enfermedad	82,2% (78,3 a 86,3)	83,9% (80,2 a 87,9)

Conclusiones

En pacientes con cáncer mamario metastásico limitado al GC tratado con conservación de la mama y terapia sistémica, el tratamiento exclusivo del GC solo, en comparación con la DLA, no dio lugar a una sobrevida inferior.

Palabras claves: cáncer mamario, ganglios linfáticos axilares, disección axilar, ensayo clínico.

Key words: breast neoplasms, axillary lymph node, axillary dissection, clinical trial.

Fuente de financiamiento: no referidos.

Comentario

El ensayo Z011 que hemos resumido¹ cuestiona como estándar de manejo a la DLA para las pacientes con cáncer de mama temprano con uno o dos ganglios centinelas positivos, atribuyendo los autores sus resultados a factores como la irradiación tangencial² y al uso de quimioterapia sistémica adyuvante³.

Los resultados de este ensayo coinciden con la información proveniente de estudios retrospectivos, que aún con sus sesgos y potenciales factores de confusión⁴, sugerían que la DLA no ofrecería mayores beneficios en esta población y que serían predictores de metástasis el tamaño y la invasión linfovascular

del tumor, el tamaño del depósito metastásico, el número de GC metastásicos y la extensión extraganglionar⁴⁻⁷.

Conclusiones de la comentadora

En subpoblaciones seleccionadas de pacientes con cáncer de mama, con metástasis en uno o dos ganglios centinelas que realicen tratamiento conservador y sistémico, se podría evitar la DLA.

Karina Pesce [Sección Patología Mamaria del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. karina.pesce@hospitalitaliano.org.ar]

Pesce, K. Manejo de las metástasis ganglionares axilares en pacientes con cáncer de mama temprano. Evid Act Pract Ambul 2011;14(3):93. Comentado de: Giuliano A y col. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA. 2011;305(6):569-575. PMID: 21304082.

Referencias

1. Giuliano A y col. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA. 2011;305(6):569-575.
2. Buchholz T y col. Impact of systemic treatment on local control for patients with lymph node-negative breast cancer treated with breast conservation therapy. J Clin Oncol. 2001;19(8):2240-2246.
3. Schlemm P y col. Relationship of sentinel and axillary level I-II lymph nodes to tangential fields used in breast irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2001;51(3):671-678.
4. Veronesi U y col. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study. Ann Surg. 2010; 251(4):595-600.
5. Hwang R y col. Low locoregional failure rates in selected breast cancer patients with tumor-positive sentinel lymph nodes who do not undergo completion axillary dissection. Cancer. 2007;110(4):723-730.
6. Naik A y col. The risk of axillary relapse after sentinel lymph node biopsy for breast cancer is comparable with that of axillary lymph node dissection: a follow-up study of 4006 procedures. Ann Surg. 2004;240(3):462-471.
7. Billmor K y col. Comparison of sentinel lymph node biopsy alone and completion axillary lymph node dissection for node-positive breast cancer. J Clin Oncol. 2009;27(18):2946-2953.