

# Manejo de la axila en el cáncer de mama

*Management of the axilla in breast cancer*

Rivas Fidalgo S

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

## INTRODUCCIÓN

El manejo de la axila en el cáncer de mama ha ido cambiando paulatinamente en las últimas décadas. La disección de los ganglios linfáticos axilares ha sido una parte esencial del tratamiento del cáncer de mama y, durante mucho tiempo, fue el único método para poder evaluar el estado de los ganglios linfáticos axilares. Los beneficios que proporcionaba la linfadenectomía eran múltiples: la estadificación de la axila, proporcionando importante información pronóstica, el mejor el control regional axilar y la probable mejora de la supervivencia y del intervalo libre de enfermedad. Sin embargo, los efectos secundarios que pueden aparecer tienen importantes consecuencias en la calidad de vida de las pacientes. El linfedema,

que es la complicación más conocida después de una linfadenectomía axilar y que puede aparecer hasta en el 40% de los casos, a veces puede ser muy grave e incluso puede provocar la discapacidad del brazo, y puede aumentar cuando se asocia con radioterapia axilar. También pueden aparecer restricciones en los movimientos del brazo y del hombro. Y todo ello conlleva una importante reducción de la calidad de vida.

Sin embargo, gracias a una mejor comprensión de la metástasis del cáncer de mama y de los diferentes subtipos de la enfermedad, y al desarrollo de dianas terapéuticas cada vez más precisas, las indicaciones de linfadenectomía han disminuido drásticamente.

Históricamente la linfadenectomía axilar se consideraba el gold estándar de la cirugía axilar en el cáncer de mama. No es hasta la década de los 90 cuando aparecen los primeros trabajos de localización del ganglio centinela, considerando que el drenaje a la axila ocurre de una forma ordenada<sup>1</sup>, y que culminan con dos grandes

### CORRESPONDENCIA

Sonia Rivas Fidalgo  
Hospital Universitario Ramón y Cajal.  
28034 Madrid  
[sonjar.arrakis@gmail.com](mailto:sonjar.arrakis@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Rivas Fidalgo S. Manejo de la axila en el cáncer de mama . Cir Andal. 2022;33(3):353-355.DOI: 10.37351/202233.6.

ensayos (NSABP B-32<sup>2</sup>, ALMANAC<sup>3</sup>) que confirman que si el ganglio centinela es negativo no es necesario completar una linfadenectomía. Y desde este momento queda instaurado la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) como método de estadificación axilar en axilas clínicamente negativas con la consiguiente disminución el número de linfadenectomías axilares.

Años después, en el 2011, se produce un nuevo cambio de paradigma con la publicación del ensayo Z0011 de Giuliano<sup>4</sup>. En él se afirma que en los cánceres de mama en estadios precoces con uno o dos ganglios centinela (GC) positivos no es necesario completar la linfadenectomía axilar y no hay peores resultados en cuanto a recidivas, intervalo libre de enfermedad y supervivencia global. Este estudio supuso una convulsión en el mundo científico, pero a pesar de ello y a pesar de las críticas múltiples que recibió, 10 años después confirmó que estos buenos resultados se mantienen. Con este trabajo disminuyeron aún más las indicaciones de linfadenectomía axilar.

Por otra parte, las indicaciones de neoadyuvancia han cambiado en los últimos años. En un principio se indicaba para tumores localmente avanzados tratando de convertirlos en operables, e independiente del estadio axilar, se indicaba linfadenectomía. Pero con el tiempo se añadieron otras indicaciones: como marcador biológico de respuesta la quimioterapia, para intentar conseguir cirugías más limitadas tanto en mama como en axila consiguiendo más cirugías conservadoras e indicar menos linfadenectomías, y en la creencia que el tratamiento precoz de las micrometástasis mejoraría la supervivencia, aunque esto último no se llegó a demostrar. Y también se puede realizar BSGC con seguridad tras neoadyuvancia<sup>5</sup>, lo que ha traído una nueva disminución de linfadenectomías en la era de “menos es más”.

## DISCUSIÓN

En el momento actual el manejo axilar del cáncer de mama se ha vuelto cada vez más complejo y multidisciplinario. Las opciones quirúrgicas pasan por ninguna cirugía, BSGC, BSGC con/ sin linfadenectomía axilar o linfadenectomía axilar únicamente. El oncólogo tiene diferentes opciones para el tratamiento sistémico, adyuvante o neoadyuvante. El oncólogo radioterápico puede no ofrecer radioterapia, ofrecer radioterapia de la mama/pared torácica y puede estar asociada o no a irradiación de campos ganglionares. Esta complejidad se ve agravada por el progreso en cada subespecialidad, con avances en la terapia sistémica y radioterápica que permiten una reducción selectiva en la extensión de la cirugía. Finalmente, los médicos deben basarse en una extensa literatura que comprende estudios observacionales, ensayos aleatorios, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Todo esto hace que sea muy complejo la elaboración de guías estandarizadas y protocolos.

Cuando nos enfrentamos a una paciente con cáncer de mama tenemos que conocer su estado axilar y valorar si tiene indicación de neoadyuvancia, entre otras cosas. Todo ello implicará decisiones de tratamientos diferentes en la axila.

Nos podemos encontrar diferentes situaciones con diferentes indicaciones según las guías actuales<sup>6,7</sup>, y se podría resumir en el siguiente esquema:

### 1.- Si comenzamos con **cirugía de inicio**

-Axila clínica negativa (cN0): indicada BSGC como estadiaje axilar

- Ganglio centinela negativo: no cirugía axilar.
- 1-2 ganglios centinelas positivos: no cirugía axilar salvo que no se añade radioterapia posterior o afectación extracapsular >2mm.
- > 2 ganglios positivos: linfadenectomía.
- Mastectomía con dos ganglios positivos: no linfadenectomía (en debate).
- No se localiza ganglio centinela: linfadenectomía.

-Axila clínicamente positiva (cN+): linfadenectomía axilar.

### 2.- Si comenzamos con **neoadyuvancia**

- En cN0: BSGC tras neoadyuvancia.
- En cN1: marcar ganglio afecto y valorar BSGC si hay respuesta patológica completa (ypN0).
- En cN2-3: linfadenectomía independiente de la respuesta axilar.

Según el resultado de la BSGC tras neoadyuvancia:

- BSGC (-): no linfadenectomía y valorar radioterapia axilar.
- BSGC (+) con baja carga tumoral: linfadenectomía/no linfadenectomía (en debate aunque la mayor parte de las guías recomiendan completar la linfadenectomía axilar en espera de resultados de diversos ensayos). Radioterapia axilar.
- BSGC (+) con macrometástasis: linfadenectomía y radioterapia axilar.

Para disminuir falsos negativos en la localización del ganglio centinela tras neoadyuvancia se recomienda usar doble trazador, obtener al menos 3 ganglios y extirpar el clipado si lo hubiere. En caso de no cumplir estos requisitos, la axila estaría infraestadiada y se debería considerar linfadenectomía

Pero la aplicación de este esquema no es sencilla por varios motivos: porque se siguen debatiendo muchas de las indicaciones: por ejemplo, en el caso de 1-2 GC (+) tras mastectomía todavía se duda de no indicar linfadenectomía y admitir la aplicación del Z0011 en estos casos; el papel de la radioterapia en el manejo de la axila, sobre todo tras neoadyuvancia, también está en revisión (y se habla de desescalar también en las indicaciones de radioterapia<sup>8,9</sup>); las diferentes guías de distintas sociedades científicas no coinciden exactamente y pueden generar confusión entre los profesionales; existe muchas diferencias en la aplicación de estas indicaciones en el día a día entre los facultativos como se puede comprobar en diferentes encuestas publicadas, en parte por la resistencia al cambio de paradigma, en parte por las peculiaridades de cada centro; y también por la cantidad ingente de publicaciones que aparecen continuamente y que hacen difícil estar permanentemente actualizado. Por otra parte, estamos pendientes de los resultados de algunos ensayos clínicos que nos pueden ayudar a dar luz a muchas de las dudas que se nos plantean en el manejo de la axila, como es el POSNOC, el SENOMAC, el TAXIS, el NSABP B-51/RTOG1304 y el Alliance A011202, entre otros.

No cabe duda de que estamos en un momento de cambio, en el que se están produciendo grandes avances en las terapias sistémicas gracias a las diferentes terapias diana y a la aplicación

de la biología molecular, en los métodos diagnósticos y en el tratamiento local de la enfermedad, para intentar obtener un buen control de la enfermedad con mínimas repercusiones que permitan la mejor calidad de vida para nuestras pacientes. Para ello los profesionales que nos dedicamos al cáncer de mama debemos tener paciencia y esperar los resultados de los distintos estudios que nos pueden aclarar muchas de nuestras dudas. Pero también debemos estar atentos y actualizados para ofrecer el tratamiento más preciso e individualizado a cada una de nuestras pacientes, formar parte de comités multidisciplinares y, por supuesto, las decisiones tienen que estar compartidas con nuestras pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tanis, P.J., Nieweg, O.E., Valdés Olmos, R.A. et al. History of sentinel node and validation of the technique. *Breast Cancer Res* 3, 109 (2001). <https://doi.org/10.1186/bcr281>.
2. Krag D.N., Julian T.B., Harlow S.P., Weaver D.L., Ashikaga T., Bryant J., et al: NSABP32: phase III, randomized trial comparing axillary resection with sentinel lymph node dissection: a description of the trial. *Ann Surg Oncol* 2003; 11: pp. 208S-210S.
3. Mansel R.E., Fallowfield L., Kissin M., Goyal A., Newcombe R.G., Dixon J.M., et al: Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC trial. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: pp. 599-608.
4. Giuliano A.E., Hunt K.K., Ballman K.V., Beitsch P.D., Whitworth P.W., Blumencranz P.W., et al: Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized trial. *JAMA* 2011; 305: pp. 569-575.
5. Mamounas E.P., Brown A., Anderson S., Smith R., Julian T., Miller B., et al: Sentinel node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in breast cancer: results from national surgical adjuvant breast and bowel project protocol B-27. *J Clin Oncol* 2005; 23: pp. 2694-2702 .
6. NCCN Guidelines Version 3.2022 Invasive Breast Cancer . [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf). Última entrada: junio 2022.
7. Brackstone M, Baldassarre FG, Perera FE, Cil T, Chavez Mac Gregor M, Dayes IS, Engel J, Horton JK, King TA, Kornecki A, George R, SenGupta SK, Spears PA, Eisen AF. Management of the Axilla in Early-Stage Breast Cancer: Ontario Health (Cancer Care Ontario) and ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2021 Sep 20;39(27):3056-3082. doi: 0.1200/JCO.21.00934. Epub 2021 Jul 19. PMID: 34279999.
8. Senkus E, Cardoso MJ, Kaidar-Person O, Łacko A, Meattini I, Poortmans P. Deescalation of axillary irradiation for early breast cancer - Has the time come? *Cancer Treat Rev*. 2021 Dec;101:102297. doi: 10.1016/j.ctrv.2021.102297. Epub 2021 Oct 8. PMID: 34656018.
9. Timothy Joseph Whelan, Sally Smith, Torsten O. Nielsen, Sameer Parpia, Anthony W. Fyles, Anita Bane, Fei-Fei Liu, Laval Grimard, Christiaan Stevens, Julie Bowen, Sawyna Provencher, Eileen Rakovitch, Valerie Theberge, Anna Marie Mulligan, Mohamed A. Akra, K. David Voduc, Tarek Hijal, Ian S. Dayes, Gregory Russell Pond, and Mark Norman Levine. LUMINA: A prospective trial omitting radiotherapy (RT) following breast conserving surgery (BCS) in T1N0 luminal A breast cancer (BC). *Journal of Clinical Oncology* 2022 40:17\_suppl, LBA501-LBA50.