

## EDITORIAL

## A propósito del Consenso de Ganglio Centinela Positivo

La primera operación que vi en mi residencia de Cirugía Oncológica fue una mastectomía de Urban, donde se extraían no solo los dos pectorales y los tres niveles axilares sino también los ganglios de la cadena mamaria interna. Desde esa operación realizada en el año 1983 –prácticamente ya en desuso en esa época– hasta la fecha, se produjeron cambios sustanciales en el manejo de la axila.

Con la aparición en el año 1985 de los resultados del protocolo NSABP B 04, ya se vislumbraba el comienzo de los cambios de paradigma. Creo que el más importante de esos cambios fue la aparición de la técnica de ganglio centinela (GC). En la Argentina, entre los años 1994 y 1997, se comenzó a realizar en centros calificados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Plata, Córdoba, Mendoza y Rosario. Pido disculpas si me olvido de alguno.

La Argentina fue pionera en Latinoamérica en emplear esta técnica. Fue así como, en el año 2004, la Sociedad Argentina de Mastología junto con la Sociedad Argentina de Patología llevaron a cabo el Consenso de Técnica de Ganglio Centinela dando las pautas necesarias para efectuarla. El GC se impuso rápidamente en nuestro país.

Hasta la aparición en 2011 de los resultados del protocolo ACOSOG Z0011, no se discutía que cuando el GC era positivo debíamos realizar la linfadenectomía axilar. El Z0011 causó una revolución en el manejo de la axila. Este protocolo fue sumamente criticado. Es más, creo que fue uno de los más criticados en el ámbito de la mastología, con planteos tales como: que si el seguimiento era corto, que si el número de pacientes era escaso, que si estuvieron irradiadas en forma no convencional, etcétera, etcétera..

Sin embargo, a pesar de todas las críticas, ya en 2013 las guías NCCN avalaron la no realización de la linfadenectomía axilar en las pacientes que cumplieran con los criterios del ACOZOG Z0011: T1T2, axila clínicamente negativa, 1 o 2 GC positivos, cirugía conservadora más radioterapia y adyuvancia sistémica.

También otras guías se sumaron a esta conducta: ASCO, ESMO, American Society of Surgical Oncology, etcétera.

En nuestro país, a pesar de la existencia de estas guías, pocos centros dejaron de hacer la linfadenectomía axilar en las pacientes que cumplían con los criterios del Zoo11. El Dr. Federico Coló realizó una encuesta a 12 Unidades de Mastología para saber cuáles no realizan la linfadenectomía axilar con 1 o 2 GC positivos y solamente la mitad no lo hace. Es así como, durante su presidencia, se decide efectuar la segunda reunión de Consenso de Ganglio Centinela en la Academia Nacional de Medicina: “Ganglio Centinela Positivo en estadios iniciales de cáncer de mama”.

Debo aclarar qué significa la palabra Consenso y para qué sirve. Consenso deriva del latín *consensus*. Según la Real Academia Española, consenso es el acuerdo producido por consentimiento entre todos los miembros de un grupo o entre varios grupos.

A mi entender, un consenso no es igual que una guía pero, sin embargo, nos va a servir como tal.

Este nuevo Consenso de Ganglio centinela se caracteriza por no ser rígido en las conclusiones de cada capítulo. Veamos ejemplos: en el capítulo de imágenes queda claro que la ecografía es el estudio imagenológico de elección para investigar la axila “siempre y cuando el profesional disponga de este recurso”; en el capítulo de anatomía patológica se plantea la opción de realizar la biopsia del ganglio “intraoperatoria o diferida”. Asimismo, en las conclusiones del capítulo de cirugía se utilizan las palabras “puede ser omitida la linfadenectomía axilar” y no “*debe* ser omitida”.

Uno de los capítulos más discutidos fue el de radioterapia. En sus conclusiones, deja en claro que “cada radiooncólogo debe decir cómo manejar mejor la axila”. Esto se debe a que no existe en la actualidad claro consenso acerca de las indicaciones de radioterapia en pacientes con ganglios axilares negativos y 1 a 2 ganglios positivos.

La decisión de hacer o no la linfadenectomía axilar con GC positivo se va a tomar de acuerdo con las características de la paciente y, por supuesto, con la intervención de un equipo multidisciplinario.

Con este aval científico (Consenso de la Academia Nacional de Medicina), se incrementarán los grupos de trabajo que dejen de realizar la linfadenectomía axilar en las pacientes que cumplan con los criterios del Zoo11.

*Dra. Cristina Noblía*

Instituto de Oncología Ángel Roffo