



RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN de la MAMA (SEDIM) PARA EL MANEJO DE MUJERES CON ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN PARA COVID-19 RECIENTE.

Marina Álvarez Benito, Carmen Carreira Gómez, María Martínez Gálvez, Ana Rodríguez Arana, Cristina Romero Castellano

El enfoque diagnóstico de la adenopatía axilar unilateral en pacientes con vacunación reciente para COVID-19 está basado en el consenso de la opinión de expertos.

1.- INTRODUCCIÓN

Los ganglios axilares aumentados de tamaño en mujeres que acuden a una revisión mamaria, sin que existan hallazgos patológicos en la mama, son poco frecuentes (0,02-0,04%)⁽¹⁻³⁾, sin embargo, se trata de un hallazgo que nos pone en alerta y en ocasiones, dependiendo de la situación clínica pueden requerir biopsia y realización de RM de mama complementaria, para excluir malignidad en la mama o descartar un carcinoma de mama oculto.⁽¹⁻⁶⁾

Tras el inicio de la campaña de vacunación COVID-19, estamos viendo cada vez con más frecuencia en las revisiones mamarias cuadros de linfadenitis reactiva (mujeres con ganglios axilares aumentados de tamaño) que refieren vacunación reciente⁽⁷⁻⁸⁾. Esto es algo que traduce el proceso de inmunización, no exclusivo de las vacunas contra la COVID-19.⁽⁹⁻¹¹⁾

Las fichas técnicas de las vacunas aprobadas hasta el momento por la FDA, recogen la posibilidad de aumento de tamaño de los ganglios axilares a la palpación, con una frecuencia variable dependiendo de la vacuna, siendo muy frecuente para la vacuna de Moderna, y poco frecuente con las de Pfizer y Astrazeneca.⁽¹²⁻¹⁴⁾

El Centro de control y prevención de enfermedades refiere el aumento de tamaño de los ganglios de la axila a la palpación en el lado de inyección de la vacuna, como el segundo efecto adverso local más frecuente. Con la vacuna de Moderna, este efecto está presente hasta en un 11% de los casos con la primera dosis y en un 16.0% tras la segunda dosis, siendo más frecuente en personas jóvenes, y fundamentalmente en la axila del lado donde se ha inoculado la vacuna, si bien se describen casos en ambas axilas, y en niveles II y III de Berg⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Hay que tener en cuenta, además, que los datos obtenidos se refieren a la palpación clínica, y es esperable que el porcentaje aumente al observarlos mediante técnicas de imagen.

Generalmente, la hiperplasia de los ganglios comenzará a partir del segundo día tras la vacunación, manteniéndose al menos 10 días clínicamente, pudiendo persistir en las pruebas de imagen varias semanas.⁽¹²⁻¹⁶⁾

Con la extensión de la vacuna a la población general se prevé que, en ocasiones, coincidan en el tiempo las revisiones mamarias con la vacunación, por lo que es necesario establecer un protocolo de manejo adecuado.⁽¹⁷⁾



2.- MANEJO RECOMENDADO ANTE GANGLIOS AXILARES AUMENTADOS DE TAMAÑO Y ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN RECIENTE

2.1.- RECOMENDACIONES GENERALES

1. En primer lugar, para evitar alarma y ansiedad innecesaria, debe explicarse a los pacientes que la hiperplasia de los ganglios linfáticos tras una vacuna es algo esperable, no exclusivo de las vacunas contra la COVID-19, ya que también se ha descrito con otras vacunas como la de la influenza, el papiloma humano, la BCG... y traduce que el proceso de inmunización se está llevando a cabo. Por tanto, no hay que alarmarse si a los pocos días de vacunarse notamos bultos en las axilas o en el cuello, fundamentalmente en el lado en el que se ha vacunado.
2. No se considera indicada ninguna consulta médica específica ni ninguna prueba de imagen a no ser que el aumento de tamaño de los ganglios **persista en el tiempo más de 6 semanas** ⁽¹⁸⁾, sin observar disminución progresiva de los mismos, en cuyo caso **deberá consultar con su médico de Atención Primaria.**
3. Por otra parte, se recomienda que, en pacientes con antecedente personal de “cáncer de mama”, se administre la vacuna en el lado opuesto a la mama intervenida.

2.2.- RECOMENDACIONES EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

a) MANEJO EN EL CRIBADO POBLACIONAL

Se recomienda mantener del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) sin modificaciones.

El personal encargado de la recogida de datos deberá registrar la siguiente información detallada sobre la vacuna en los sistemas habituales de identificación e informe de la mamografía del PDPCM.

- Antecedente de vacunación reciente.
- Tipo de vacuna.
- Fecha de vacunación.
- Lado en el que se puso la vacuna.

Ante una mamografía negativa para “cáncer de mama” pero con presencia de adenopatías axilares, ipsilaterales al lado vacunado, el manejo dependerá del tiempo transcurrido desde la administración de la vacuna ⁽¹⁸⁾:

- **Menos de 6 semanas desde la vacunación:** en el caso de una *mamografía positiva* por presencia de una adenopatía, en un contexto reciente de vacunación (menos de 6 semanas) e ipsilateral, se ha de considerar un hallazgo benigno, BI-RADS 2 y no requiere *recitación* ni *control avanzado*
- **Más de 6 semanas desde la vacunación:** en el caso de una *mamografía positiva* por presencia de una adenopatía detectada después de 6 semanas de la vacunación se



recomienda *recitación* y estudio mediante *protocolo habitual* de adenopatía axilar (ecografía mamaria y axilar; +/-PAAF/BAG).

- El hallazgo será categorizado según lo requiera la organización de cada unidad, garantizando la derivación y manejo posterior de la paciente.
- Las pruebas complementarias serán realizadas en las unidades de referencia, una vez derivada la paciente, o en el propio hospital cuando el contexto del cribado sea intrahospitalario.

b) MANEJO EN EL CRIBADO DE RIESGO FAMILIAR Y GENÉTICO

- Recomendable planificar la revisión de la paciente, postponiéndola 6 semanas tras la vacunación.

c) ESTUDIO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE SINTOMÁTICA

- Ante mamografía negativa para cáncer de mama y cambios axilares en el contexto de vacunación reciente contra la COVID-19, ipsilaterales al lado de la vacunación, la información y las recomendaciones de manejo a la paciente variarán según el tiempo transcurrido desde la vacunación (< 6 semanas, > 6 semanas).

- Ante una paciente con diagnóstico de cáncer de mama y antecedente reciente de vacunación (con probabilidad de cuadro de linfadenitis reactiva), ipsilateral al lado vacunado, se procederá a la estadificación ecográfica axilar habitual. La semiología de los cambios hiperplásicos tras la vacuna y los metastásicos son similares, aunque el cuadro de linfadenitis reactiva en general es extenso, implicando los tres niveles de Berg y el hueco supraclavicular. Se recomienda la realización de biopsia (no PAAF) del/los ganglios dominantes más caudales de nivel I (con un máximo de 2). Ante sospecha de cáncer de mama localmente avanzado ganglionar y nivel I metastásico comprobado se procederá al estudio de niveles superiores cuando dicha información sea determinante para el manejo clínico de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray ME, Given-Wilson RM. The clinical importance of axillary lymphadenopathy detected on screening mammography. Clin Radiol. 1997;52(6):458-61.
2. Patel T, Given-Wilson RM, Thomas V. The clinical importance of axillary lymphadenopathy detected on screening mammography: revisited. Clin Radiol. 2005;60(1):64- 71.
3. Lim ET, O'Doherty A, Hill AD, Quinn CM. Pathological axillary lymph nodes detected at mammographic screening. Clin Radiol. 2004;59(1):86-91.
4. Sickles E, D'Orsi C, LW B, et al. BI-RADS: Mammography. Breast Imaging Reporting and Data System: ACR BI-RADS – Breast Imaging Atlas. 5th ed. Reston, VA: American College of Radiology, 2013.
5. Chetlen A, Nicholson B, Patrie JT, Harvey JA. Is screening detected bilateral axillary adenopathy on mammography clinically significant? Breast J. 2012;18(6):582-7.



6. Bergkvist L, Frodis E, Hedborg-Mellander C, Hansen J. Management of accidentally found pathological lymph nodes on routine screening mammography. *Eur J Surg Oncol*. 1996;22(3):250-3.
7. Mehta N, Sales RM, Babagbemi K, et al. Unilateral axillary Adenopathy in the setting of COVID-19 vaccine. *Clin Imaging*. 2021 Jan 19;75:12-15
8. Ahn RW, Mootz AR, Brewington CC, Abbara S. Axillary Lymphadenopathy After mRNA COVID-19 Vaccination. *Radiol Cardiothorac Imaging*. 2021;3(1):e210008.
9. Newfield L, Naschitz JE, Yeshurun D. [BCG-induced axillary lymph-adenitis in the adult]. *Harefuah*. 1990;119(7-8):199-200.
10. Studdiford J, Lamb K, Horvath K, Altshuler M, Stonehouse A. Development of unilateral cervical and supraclavicular lymphadenopathy after human papilloma virus vaccination. *Pharmacotherapy*. 2008;28(9):1194-7.
11. Shirone N, Shinkai T, Yamane T, et al. Axillary lymph node accumulation on FDGPET/CT after influenza vaccination. *Ann Nucl Med*. 2012;26(3):248-52.
12. [FICHA TECNICA COMIRNATY CONCENTRADO PARA DISPERSION INYECTABLE \(aemps.es\)](https://www.aemps.es/documentos/ficha-tecnica-comirnaty-concentrado-para-dispersion-inyectable)
13. [FICHA TECNICA COVID-19 VACCINE MODERNA, DISPERSION INYECTABLE \(aemps.es\)](https://www.aemps.es/documentos/ficha-tecnica-covid-19-vaccine-moderna-dispersion-inyectable)
14. [FICHA TECNICA COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA SUSPENSION INYECTABLE \(aemps.es\)](https://www.aemps.es/documentos/ficha-tecnica-covid-19-vaccine-astazeneca-suspension-inyectable)
15. Local Reactions, Systemic Reactions, Adverse Events, and Serious Adverse Events: Moderna COVID-19 Vaccine. Centers for Disease Control and Prevention; [January 16, 2021]; Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-byproduct/moderna/reactogenicity.html>.
16. Local Reactions, Systemic Reactions, Adverse Events, and Serious Adverse Events: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. Centers for Disease Control and Prevention; [January 16, 2021]; Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-byproduct/pfizer/reactogenicity.html>.
17. Lars Grimm SD, Basak Dogan, Brandi Nicholson, Brian Dontchos, Emily, Sonnenblick HM, JoAnn Pushkin, John Benson, Katia Dodelzon, Neha Modi, Roger, Yang VD, Vidushani Perera SBI Recommendations for the Management of Axillary Adenopathy in Patients with Recent COVID-
18. Lehman CD, Lamb LR, D'Alessandro HA. Mitigating the Impact of Coronavirus Disease (COVID-19) Vaccinations on Patients Undergoing Breast Imaging Examinations: A Pragmatic Approach. *AJR Am J Roentgenol*. 2021 Feb 22. doi: 10.2214/AJR.21.25688. Epub ahead of print. PMID: 33617288