

REUNION CONSENSOS ACTUALIZACION DE ESTADIOS I, II, III Y IV DEL CANCER DE MAMA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGIA

JORGE URIBE, LEOPOLDO MORENO,
ALBERTO CONTRERAS, YIHAD KHALEK, JOSÉ PRINCE,
MEDARDO BRICEÑO, ALEJANDRO BRICEÑO,
FELIPE SALDIVIA, CARLOS NÚÑEZ, JOSEPMILLY PEÑA,
CARLOS GADEA, AUGUSTO TEJADA, ÁLVARO GÓMEZ,
CARLOS PACHECO.

INTRODUCCION

El pasado 2 de Octubre de 2010 se realizó en la sede central de BADAN (Banco de Drogas Antineoplásicas), una reunión multidisciplinaria, convocada por la Sociedad Venezolana de Mastología, para llegar a un consenso en el tratamiento del cáncer de mama en estadios I al IV, como revisión de las Normas de Consenso publicadas en el año 2006.

Las conclusiones del consenso se han resumido en una forma muy esquemática, lo cual, lo convierte en una guía útil, fácil de utilizar por especialistas en el tema.

Finalmente, este consenso se une a otros, ya realizados por la Sociedad Venezolana de Mastología, con el fin de servir de guía en el tratamiento del cáncer de mama.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Definición de los estadios.

La definición clínica y patológica de los estadios I al IV del cáncer de mama se hará en base a la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer publicada en el año 2010.

En esta clasificación se establecen de la siguiente forma:

Estadio I

Estadio IA: T1 N0 M0
Estadio IB: T0 N1 mic M0
T1 N1 mic M0

Estadio II

Estadio II A: T0 N1 M0
T1 N1 M0
T2 N0 M0
Estadio IIB : T2 N1 M0
T3 N0 M0

Estadio III

Estadio IIIA: T0 N2 M0
T1 N2 M0
T2 N2 M0
T3 N1 M0
T3 N2 M0
Estadio IIIB : T4 N0 M0
T4 N1 M0

T4 N2 M0

Estadio IIIC : T1 N3 M0

T2 N3 M0

T3 N3 M0

T4 N3 M0

Estadio IV

Cualquier T, cualquier N con M1.

En esta nueva clasificación el T1 incluye al T1mic y el N1mic pasa a ser Estadio IB. No se deberán usar los términos de carcinoma temprano, carcinoma precoz de la mama, cáncer mínimo de la mama u otros que sean similares.

1. DIAGNÓSTICO

Consideraciones Generales:

- Clínico
- El diagnóstico clínico se realizará cuando la lesión sea palpable, basándose en las características semiológicas tanto del tumor como de las axilas. O imagenológico.
- El diagnóstico por imágenes se basará con Mamografía de alta resolución adecuada y Ecografía mamaria lineal de alta calidad. Otros estudios (como Resonancia Magnética, Sestamibi etc.) son opcionales y generalmente tienen indicación específica y en base a las recomendaciones del especialista en imágenes de la mama y/o del equipo mastológico.
- En los casos de axilas clínicamente negativas con diagnóstico histológico confirmado de tumor y con indicación de una disección del ganglio centinela, será útil la realización de Ecografía axilar y Citología por punción Ecoguiada del (los) ganglio(s).

1. A. ANATOMIA PATOLOGICA

El estudio Citológico será orientador del manejo preoperatorio, pero no concluyente para tratamiento definitivo. No se deberán tomar decisiones con Citología.

Es imperativo realizar estudio histológico previo a la intervención quirúrgica, para una adecuada planificación de la misma, preferentemente procedimientos percutáneos con biopsias de aguja de corte grueso de acuerdo a la experiencia y la disponibilidad.

Es necesario practicar Estudio Inmunohistoquímico previo (Receptores de Estrógenos, Progesterona, KI67 y HER 2/neu). Este aspecto es indispensable si la paciente va a recibir terapia sistémica primaria.

1. B. ESTUDIOS DE EXTENSIÓN (Exámenes de estadificación)

Laboratorio (pruebas funcionales hepáticas)

Radiografía del tórax (PA y Lateral)

Ecosonograma abdominal y pélvico (Estudio Basal)

Gamma grama óseo basal (en todos los casos).

2. TRATAMIENTO QUIRURGICO LOCAL:

ESTADIO I

T1 NO MO subclínica:

Resección previa localización por imágenes usando el método que maneje el equipo quirúrgico. Actualmente existen métodos percutáneos para resección de tumores, los cuales deben ser evaluados en protocolos de trabajo.

Radiografía de la pieza operatoria para verificar la lesión.

Orientación y marcaje adecuado de la pieza operatoria en común acuerdo entre el cirujano y el patólogo.

La pieza quirúrgica debe llegar intacta al patólogo. No ser cortada en quirófano.

Considerar test genético de acuerdo a la indicación del caso.

Evaluación intraoperatoria de márgenes según criterio y experiencia del patólogo.

Se sugiere obtener márgenes libres de preferencia mayor a 1 cm.

Cuando se requieran márgenes adicionales, estos deben ir orientados y marcados.

Colocar clips metálicos para posterior identificación radiológica del lecho quirúrgico.

Manejo de la axila:

La técnica de elección será la disección del ganglio centinela, de no existir contraindicaciones.

La conducta en micro metástasis es controversial.

En los casos de T1 NO MO multicéntrico, se sugiere mastectomía total glandular con disección axilar según técnica de ganglio centinela.

T1 NO MO Clínico

Tratamiento Preservador de acuerdo a la relación de volumen de mama-tumor.

Radiografía de la pieza operatoria para verificar la lesión.

Orientación y marcaje adecuado de la pieza operatoria en común acuerdo entre el cirujano y el patólogo.

La pieza quirúrgica debe llegar intacta al patólogo. No ser cortada en quirófano.

Considerar test genético de acuerdo a la indicación del caso.

Evaluación intraoperatoria de márgenes según criterio y experiencia del patólogo.

Se sugiere obtener márgenes libres de preferencia mayor a 1 cm.

Cuando se requieran márgenes adicionales, estos deben ir

orientados y marcados.

Colocar clips metálicos para posterior identificación radiológica del lecho quirúrgico.

Manejo de la axila:

La técnica de elección será la disección del ganglio centinela, de no existir contraindicación.

ESTADIO II

Se podrán plantear las siguientes recomendaciones quirúrgicas:

Tratamiento conservador con disección del ganglio centinela (cuando este indicado)

Tratamiento preservador de acuerdo a la relación de volumen de mama tumor.

Radiografía de la pieza operatoria para verificar la lesión.

Orientación y marcaje adecuado de la pieza operatoria en común acuerdo entre el cirujano y el patólogo.

La pieza quirúrgica debe llegar intacta al patólogo. No ser cortada en quirófano.

Considerar test genético de acuerdo a la indicación del caso.

Evaluación intraoperatoria de márgenes según criterio y experiencia del patólogo.

Se sugiere obtener márgenes libres de preferencia mayor a 1 cm.

Cuando se requieran márgenes adicionales, estos deben ir orientados y marcados.

Colocar clips metálicos para posterior identificación radiológica del lecho quirúrgico.

Manejo de la axila:

La técnica de elección será la disección del ganglio centinela, de no existir contraindicaciones.

T2 NO MO: 3 cm – 5 cm:

Cuando la relación mama-tumor no permita conservar la mama.

Mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción inmediata, con o sin conservación de piel. Se considera la terapia sistémica primaria (quimioterapia/hormonoterapia) para reducir el tamaño tumoral y buscar la preservación de la mama.

Estadio IIB

T2 N1 MO – T3 NO MO

Tratamiento preservador si lo permite la relación mama-tumor, más la disección axilar de los niveles I – II.

En casos T3 NO MO considerar ganglio centinela pre/post tratamiento neo adyuvante en protocolos de estudio.

Mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción inmediata.

MANEJO DE LAS RECIDIVAS LOCOREGIONALES EN TRATAMIENTO CONSERVADOR:

Mastectomía total, considerar la posibilidad de reconstrucción inmediata.

En casos muy seleccionados realizar una reescisión, si lo permite la relación mama-tumor y el resultado estético es aceptable.

Se realizará disección del ganglio centinela cuando haya sido

inicialmente negativo.

En recidiva axilar con ganglio centinela previo negativo, deberá practicarse disección axilar.

En aquellos casos de recidiva axilar posterior a disección axilar, deberá intentarse escisión de la lesión (cirugía de rescate).

ESTADIO III

En estadio III recomendamos el tratamiento sistémico neoadyuvante o de inducción previa evaluación en conjunto del equipo multidisciplinario. El tratamiento sistémico de inducción será establecido por el oncólogo médico.

Antes de iniciar el tratamiento sistémico de inducción se deberá realizar marcaje del tumor y de la piel con el método disponible (tatuaje, clip metálico). En aquellos casos con presencia de microcalcificaciones, puede no ser necesario el marcaje preoperatorio.

Recomendamos la evaluación del paciente por el cirujano oncólogo mastólogo y el oncólogo médico de forma periódica para evaluar respuesta y efectividad del tratamiento, beneficio de continuar con el tratamiento o ir a rescate quirúrgico.

La respuesta será determinada con evaluación clínica, mamográfica, ecográfica, y/o resonancia magnética para evaluar respuesta postquimioterapia para decidir tratamiento preservador de la glándula mamaria. El método imagenológico de control será de preferencia el método que se usó al momento del diagnóstico. Los criterios para expresar el porcentaje de respuesta serán los siguientes:

Progresión de la enfermedad: aumento del tamaño tumoral en más de un 20% bajo tratamiento sistémico primario.

Enfermedad estable: el tumor mantiene el mismo tamaño, o disminuyó menos del 50%.

Respuesta parcial: el tumor disminuyó un 50% o más.

Respuesta completa clínica: el tumor en mama y en axila desaparece por completo (clínica e imagenológicamente).

Respuesta completa patológica: no hay evidencia de lesión residual en el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria y de los ganglios linfáticos examinados, con presencia de carcinoma in situ en la pieza, se considera respuesta patológica completa.

Tratamiento loco regional:

Posterior al tratamiento sistémico primario o de inducción, recomendamos que el paciente deba llevar algún tipo de tratamiento quirúrgico de acuerdo a la respuesta del tumor y su relación con la mama.

1. Si no hay respuesta o hay progresión de la enfermedad deberá practicarse una reevaluación por el equipo multidisciplinario para considerar la conducta a seguir.

Tumor operable: Recomendamos cirugía: mastectomía radical modificada con / sin reconstrucción inmediata.

Tumor no es operable, se individualiza el tratamiento (radioterapia y/o cambio de esquema de tratamiento sistémico).

2. Casos con respuesta: se recomienda cirugía, la cual puede ser:

- Mastectomía radical modificada tipo Madden, con/ sin reconstrucción inmediata o diferida.
- Tratamiento conservador/preservador de la mama. Consideraciones generales del tratamiento conservador/preservador de la mama:
- La mastectomía parcial oncológica es una opción en aquellas lesiones en que la relación tamaño tumoral y tamaño de la mama lo permite.
- Orientación y marcaje adecuado de la pieza operatoria en común acuerdo entre el cirujano y el patólogo.
- La pieza quirúrgica debe llegar intacta al patólogo, no seccionar en quirófano.
- Evaluación intraoperatoria de márgenes libres según criterio y experiencia del patólogo.
- Cuando se requieran márgenes adicionales, estos deben ir orientados y marcados.
- Colocar clips metálicos para posterior identificación radiológica del lecho quirúrgico.
- Aquellos pacientes a los que se les recomienda tratamiento preservador deben tener algún tipo de marcaje.
- La respuesta al tratamiento debe ser medible desde el punto de vista imagenológico.
- La extirpación de la lesión residual debe realizarse con márgenes libres de enfermedad y buen resultado estético.
- Recomendamos realizar mamografía a la pieza operatoria.
- Axila: disección axilar nivel I-II (10 o más ganglios).
- La multifocalidad será indicación cuando estén presentes 2 focos en un área que permita resección con márgenes negativos.
- Deseo de la paciente.

Contraindicaciones para realizar tratamiento conservador / preservador.

- No realizar radioterapia.
- Compromiso de piel extensa o pared torácica ni carcinoma inflamatorio.
- Evidencia de microcalcificaciones sospechosas extensas en la mamografía.
- Evidencia de multicentricidad.

Cáncer de mama estadio IV

La cirugía sólo debe ser considerada con carácter paliativo para aquellos casos con enfermedad sistémica estable y controlada pudiendo efectuarse en estos casos mastectomía parcial y/o total, con o sin extirpación de ganglios axilares, dependiendo de cada caso en particular.

Seguimiento

De acuerdo a las normas de Consenso de Seguimiento del año 2009.