



Recidivas locorregionales del cáncer de mama

P.-E. Colombo, P. Rouanet

Las recidivas locales (RL) y locorregionales (RLR) de los cánceres de la mama se caracterizan por su heterogeneidad. Las situaciones clínicas de presentación, evolución y pronóstico son muy distintas. En este artículo se detallan los diversos factores asociados al riesgo de RLR después del tratamiento de un cáncer de mama (CM). También considerará el efecto de los tratamientos sistémicos iniciales sobre el control locorregional de la enfermedad. A continuación, se expondrán los elementos que permiten determinar el pronóstico en presencia de una RLR y orientar las estrategias principales del tratamiento.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer de mama; Recidiva locorregional; Cirugía; Radioterapia; Quimioterapia; Pronóstico

Plan

■ Introducción	1
■ Definiciones	2
Recidivas locales homolaterales en la mama inicialmente tratada	2
Recidivas locorregionales después de mastectomía total	3
Otras recidivas regionales	3
Casos especiales	4
■ Factor de riesgo de las recidivas locorregionales	7
Factores de la paciente	7
Características del tumor inicial	7
Efecto del tratamiento inicial	8
■ Pronóstico de la recidiva locorregional	9
Intervalo libre entre el tratamiento inicial y la recidiva local	9
Características de la paciente	9
Características del tumor inicial	9
Características clínicas e histopatológicas de la recidiva	9
■ Tratamiento de las recidivas locorregionales del cáncer de mama	10
Generalidades	10
Tratamiento locorregional	10
■ Conclusión	12

■ Introducción

El cáncer de mama (CM) es, con mucho, el más frecuente en la mujer. Por ejemplo en Francia, la incidencia se estimó en 53.000 nuevos casos en 2011^[1]. Se ha calculado que el 5-20% de las pacientes inicialmente tratadas

por un CM desarrollará una recidiva local (RL) o locorregional (RLR) como primer foco de recaída en los 10 años siguientes al tratamiento inicial de la enfermedad^[2-8]. Las RLR de los CM son, por tanto, situaciones clínicas relativamente frecuentes que plantean diversos problemas terapéuticos en la práctica diaria.

Aunque la presentación clínica es variable y el pronóstico heterogéneo, la RLR imprime un viraje decisivo a la evolución de las pacientes tratadas por un CM pues el 5-10% de las RLR aparentemente aisladas se asocia a una recidiva metastásica en el momento del diagnóstico, hecho que justifica la realización sistemática de un estudio de extensión^[5,9]. Además, la RLR aislada (es decir, sin metástasis a distancia detectable) tiene un pronóstico desfavorable y constituye un factor de riesgo de evolución metastásica y de fallecimiento, independientemente de que el tratamiento inicial haya sido conservador o se tratara de una mastectomía^[6-12]. En estudios extensos de larga data se ha demostrado que el riesgo relativo de aparición de metástasis a distancia tras una RLR se multiplicaba por un factor de 3,4-4,5 en comparación con pacientes que nunca tuvieron una RLR^[12,13]. Así, los índices medios de supervivencia global (SG) tras una RLR rondan el 60% a 5 años, aunque con grandes variaciones (45-80%) en función de los parámetros histológicos y clínicos y de las series publicadas^[6,7,14-16].

El valor del control local sobre el pronóstico a distancia de los CM ha sido revelado por el metaanálisis de Oxford, en el que se demostró por primera vez una relación directa entre el índice de RL y la mortalidad específica^[17]. Este metaanálisis de 78 ensayos aleatorizados, con inclusión de una serie relevante de 48.000 pacientes tratadas por un CM y seguidas durante un período mínimo de 15 años, ha puesto de manifiesto que una disminución del 20%

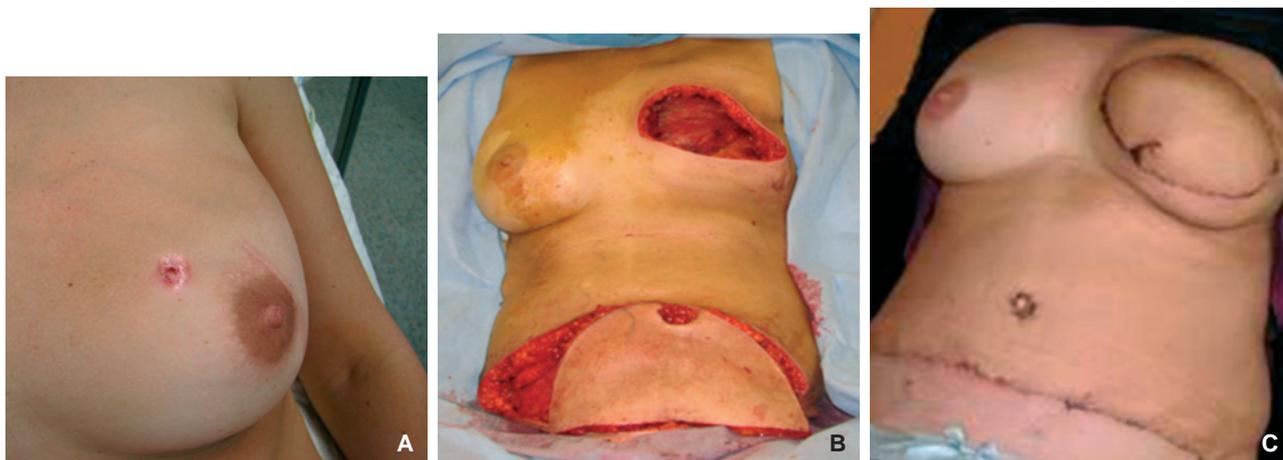


Figura 1. Recidiva local después de un tratamiento conservador.

A. Recidiva intramamaria con lesión tumoral en el trayecto de la biopsia inicial.

B. Mastectomía de recuperación con necesidad de una exéresis cutánea amplia que incluya todo el trayecto de la biopsia inicial.

C. Reconstrucción inmediata con colgajo musculocutáneo transverso del recto del abdomen. Resultado postoperatorio inmediato a los 15 días.

del índice de RLR tiene una relación estadística con un aumento del 5% de la SG. Estas pruebas han dado origen a la fórmula siguiente: «un fallecimiento por cáncer de mama podría evitarse mediante la prevención de cuatro RLR»^[17]. Además, ponen de relieve el beneficio de un control local óptimo durante el tratamiento del CM. Con todo, estos datos son teóricos, de modo que una RLR se considera más como un fuerte indicador de evolución desfavorable de un CM biológicamente agresivo que como el origen indudable de esta evolución metastásica.

Además, una RLR produce un impacto psicofísico con ansiedad y desaliento en pacientes que han experimentado la enfermedad y fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos y médicos más o menos complejos, incluso mutilantes, en ocasión del tratamiento inicial.

■ Definiciones

Las RLR de los CM incluyen situaciones clínicas sumamente heterogéneas en términos de presentación y riesgo evolutivo local y a distancia. En este sentido, las RL en la mama contralateral después de un tratamiento conservador (asociación de cirugía conservadora y radioterapia adyuvante), denominadas IBTR (*ipsilateral breast tumor recurrence*) por los anglosajones, deben distinguirse de las *recidivas parietales* posmastectomía y de otras *recidivas regionales* (RR), ya sean ganglionares o cutáneas (es decir, recidivas a distancia de la piel de la mama), que pueden desarrollarse después de un tratamiento conservador o mutilante. Las recidivas en la mama opuesta del primer cáncer tratado y los nódulos de permeación, hoy considerados como verdaderas metástasis cutáneas, suelen presentarse como dos entidades distintas en los estudios y en las publicaciones específicas sobre RLR.

■ Recidivas locales homolaterales en la mama inicialmente tratada (Fig. 1)

Los índices de RL pura señalados luego del tratamiento conservador de un CM varían, en función de las series consideradas, entre el 5-20% a largo plazo (seguimiento de 20 años)^[13, 18-22]. Aunque agrupan a las mujeres inicialmente tratadas hace más de 30 años, los resultados de los grandes ensayos aleatorizados iniciados a finales de la década de 1970, comparativos entre tratamiento conservador y mastectomía por CM invasivo, permiten estimar el riesgo global de RL después de una conducta

conservadora a partir de amplias cohortes de pacientes (Cuadro 1). El NSABPB-06 (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) ha señalado un índice de RL del 14,3% tras 20 años de seguimiento de 626 pacientes tratadas mediante cirugía conservadora y radioterapia por CM localizado^[13].

La incidencia de las RL homolaterales se mantiene relativamente estable, con un índice anual del 1-2%^[12]. Cabe señalar que el riesgo de RL no desaparece tras 5-10 años de seguimiento y que más del 25% de las RL se diagnostica después del período de vigilancia usual de 5 años^[17].

Debido a los adelantos continuos en el diagnóstico y tratamiento de los CM, es probable que los índices de RL a largo plazo que se observan en pacientes tratadas recientemente o en la actualidad sean inferiores a los índices señalados en los ensayos precitados. Varios factores podrían contribuir a disminuir de forma progresiva los índices de RL en los años venideros:

- la detección organizada, que permitirá diagnosticar tumores subclínicos de menor tamaño;
- la cartografía precisa de ambas mamas con métodos de estudio por imagen (ecografía y quizá resonancia magnética [RM]) antes del tratamiento inicial, lo que podría revelar la presencia de lesiones subclínicas adicionales;
- la exéresis quirúrgica y el estudio anatomopatológico de mejor calidad;
- la indicación más frecuente de tratamientos adyuvantes sistémicos (quimioterapia y/u hormonoterapia), con un efecto significativo sobre el riesgo de evolución metastásica y de RL.

Sin embargo, el control local óptimo en el tratamiento de un CM y los problemas diagnósticos y terapéuticos de las RLR son una preocupación constante de los médicos cirujanos, radioterapeutas y senólogos.

Con relación a las RL, después de un tratamiento conservador es necesario, aunque a veces difícil, distinguir las *recidivas locales verdaderas* que se desarrollan a partir de células tumorales residuales en la mama inicialmente tratada a pesar de la resección, la irradiación y la posible indicación de tratamientos sistémicos, de un *cáncer primario de novo* desarrollado en la mama homolateral a partir del tejido glandular mamario restante luego de una cirugía conservadora^[23-27]. Las características espaciales (localización en la mama a proximidad de la resección inicial) y temporales (intervalo libre corto o largo), así como la comparación de los parámetros histológicos e inmunohistoquímicos (receptores hormonales [RH] y receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano [HER2]) de la RL y del CM inicial, pueden dar una orientación clínica,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918925>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918925>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)