

1ª Jornada actualización SUBIMN 2016

Actualización en Cáncer de Mama

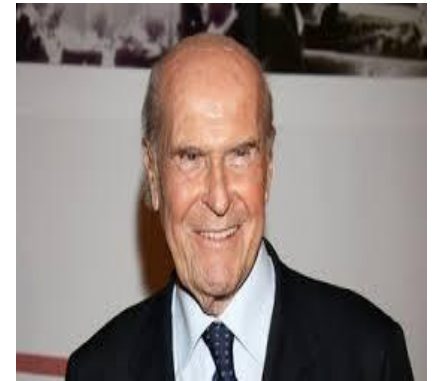
Tratamiento Quirúrgico

Dr. Enrique Folle

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

Evolución de la cirugía en el tiempo:

«Menos es más»



Umberto Veronesi

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

- Evolución de la cirugía:

Mama :

MR....MRM...QUART.....TUMORECTOMIA
(Lumpectomía)

RÖ

Márgenes

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

- **Cirujano Mastólogo:**

Conceptos diagnósticos: epidemiológicos
imagenológicos, anátomo-patológicos

Conceptos terapéuticos modernos vinculados a
las distintas situaciones que se presentan

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

- **Equipo multidisciplinario :**

Cirujano Mastólogo

Imagenólogo

Medicina Nuclear

Oncólogo

Patólogo

Citólogo

Cirujano Plástico Reparador

Sicólogo

Enf. Especializada

CIRUGIA DEL CANCER DE MAMA

La cirugía mamaria ha evolucionado desde las cirugías más radicales a las menos agresivas, menos mutilantes, obteniendo resultados oncológicos aún mejores con menor morbilidad.

Cirugia

- Mastectomía Radical
- Mastectomía Radical Modificada
- Lumpectomia (mastectomía sectorial)
- Biopsias

Cirugia para el cáncer de mama (I)

Mastectomía Radical

Mastectomía Radical

- 1894 :William S. Halsted – W. Meyer
- Concepto: ***resección sistematizada en bloque de la mama con inclusión de los músculos pectorales mayor y menor, así como los linfáticos regionales***
- Enfoque «halstediano» dirigido a la prevención de las recidivas locales y regionales de la enfermedad considerada en principio solo de importancia ***local***

Mastectomía Radical

- La MR permitió alcanzar tasas de recidiva local y regional de 6 y 22 % respectivamente
- Tasa de recidiva local estaba entre 51 y 82 % para las técnicas realizadas por los cirujanos europeos de la época
- La curación a 3 años era de 18 a 20 % y con la MR paso a mas del 40%

Mastectomía Radical

- ***Principios:***

- * Resección amplia de la piel cubriendo el defecto con injertos

- *Resección sistemática de ambos músculos pectorales

- *Vaciamiento axilar de rutina (niveles I a III)

- *Resección de todos los tejidos en bloque, extirpando lo más ampliamente posible hacia todas las direcciones del crecimiento

Mastectomía Radical

- La extensión del procedimiento quirúrgico puede disminuirse siendo las tasas de supervivencia equivalentes
- La mayor transición desde la era halstediana se produjo como resultado de la equivalencia evidente entre las tasas de control locorregional alcanzadas con los procedimientos conservadores y los radicales

Mastectomía Radical

HOY:

- Pese a la evolución de la cirugía para el cáncer de mama: menor radicalidad acompañada de radioterapia y quimioterapia(citorreducción) la MR aún conserva indicaciones
- La MR está indicada en la recidiva local después de un procedimiento conservador, en presencia de compromiso regional o sin él cuando la enfermedad compromete el músculo pectoral

Mastectomía Radical

Indicaciones relativas actuales

*enfermedad locoregional avanzada con fijación al músculo pectoral mayor (T2 T3 T4 a-c) resistente a la quimioterapia

*enfermedad localmente avanzada con ulceración de la piel (T4b; est IIIb) que no responde a la PQT

*para completar el procedimiento radical en caso de recidiva locoregional después de una MRM o MS cuando el tumor invade la pared torácica y es refractario a la PQT

*enfermedad recidivante locoregional avanzada (T2, T3, T4) después de la MS con fijación tumoral al músculo pectoral mayor (mastectomía de rescate)

*las lesiones periféricas altas avanzadas cercanas a la clavícula o al esternón con fijación tumoral al músculo (est Iia, Iib, IIIa, IIIb)

Mastectomía Radical

Técnica:

Los límites de la resección :

* **Arriba** borde inferior de la clavícula en el músculo subclavio

* **Afuera** borde anterior del Dorsal Ancho

* **Adentro** línea media del esternón

* **Abajo** : pliegue inframamario

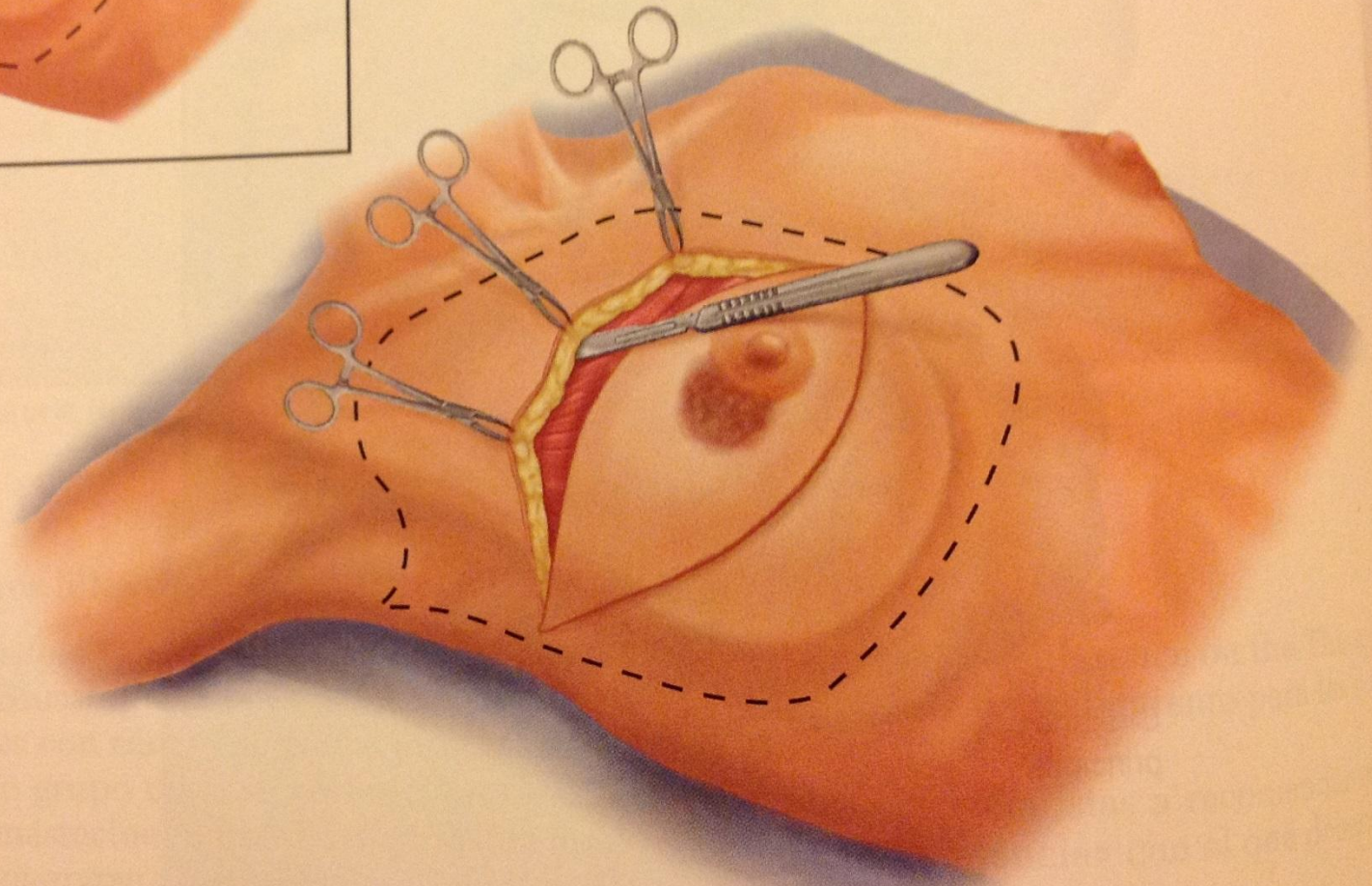
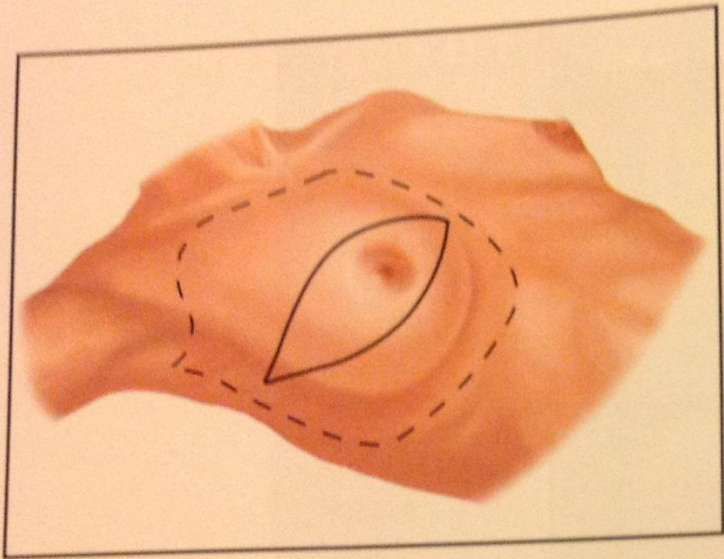


Figura 19-2. En el *recuadro* se muestran los límites de la mastoidectomía. ...ar del músculo

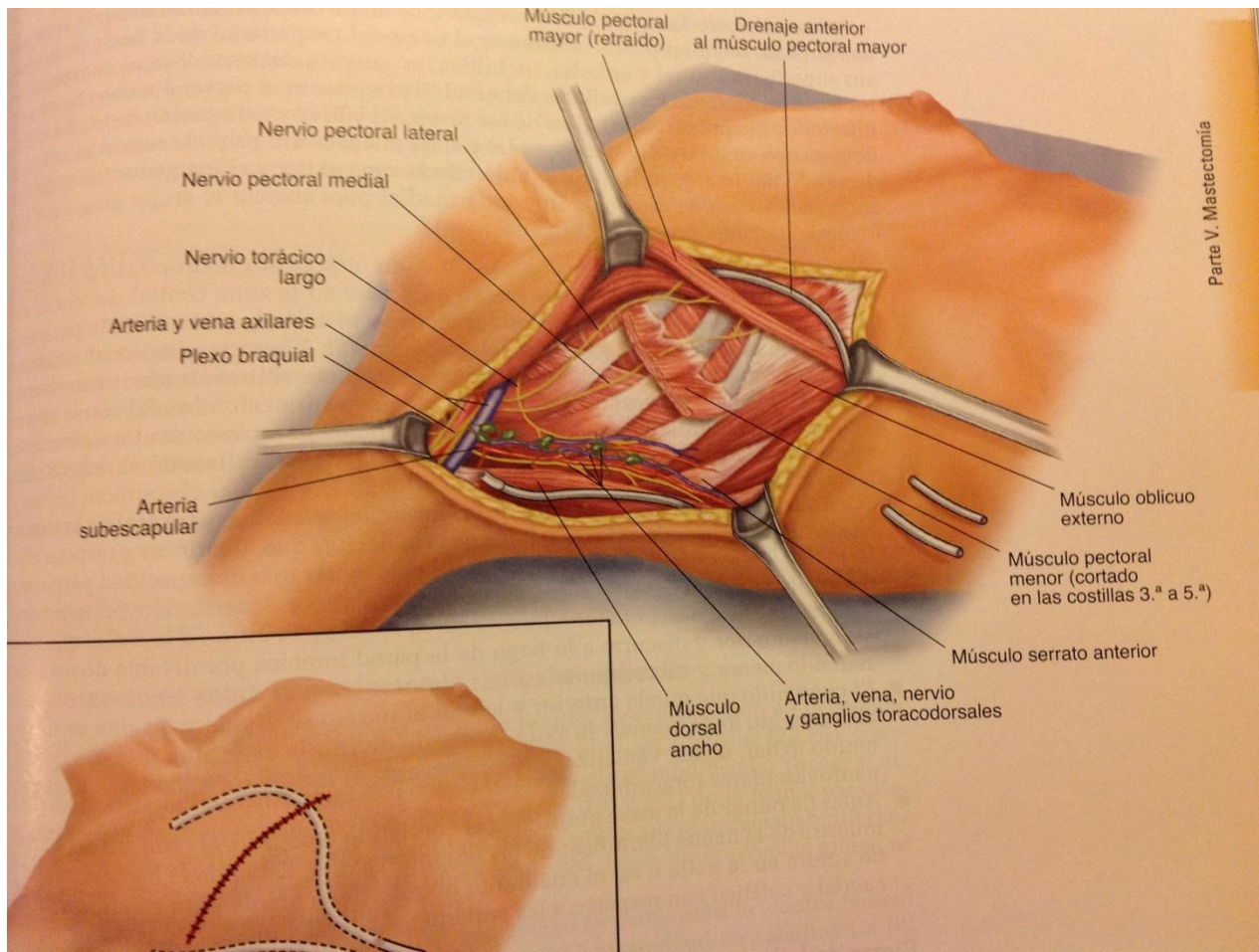
Mastectomía Radical

Técnica:

- Los colgajos de piel se diseñan para abarcar márgenes mas amplios que los logrados con las técnicas modificadas
- Para obtener márgenes adecuados que comprendan la neoplasia primaria y la piel comprometida, el cirujano puede necesitar disecar los colgajos cutáneos en la periferia de la mama
- Exige una resección en bloque de la mama la piel que rodea al tumor así como los pectorales mayor y menor y un vaciamiento ganglionar de los 3 niveles

Mastectomía Radical

Técnica:



Músculo pectoral mayor
(borde cortado)

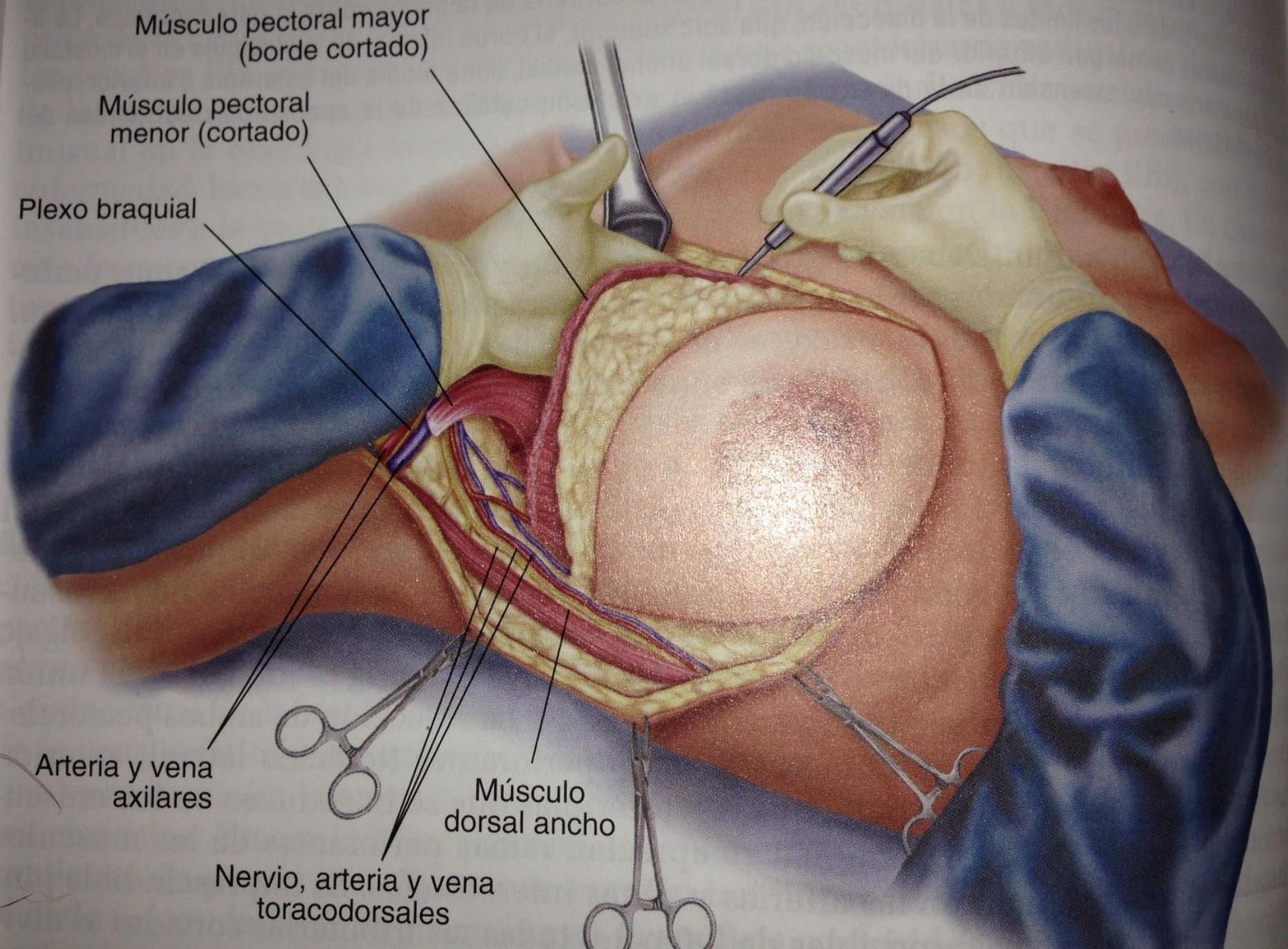
Músculo pectoral
menor (cortado)

Plexo braquial

Arteria y vena
axilares

Nervio, arteria y vena
toracodorsales

Músculo
dorsal ancho



Mastectomía Radical

Técnica

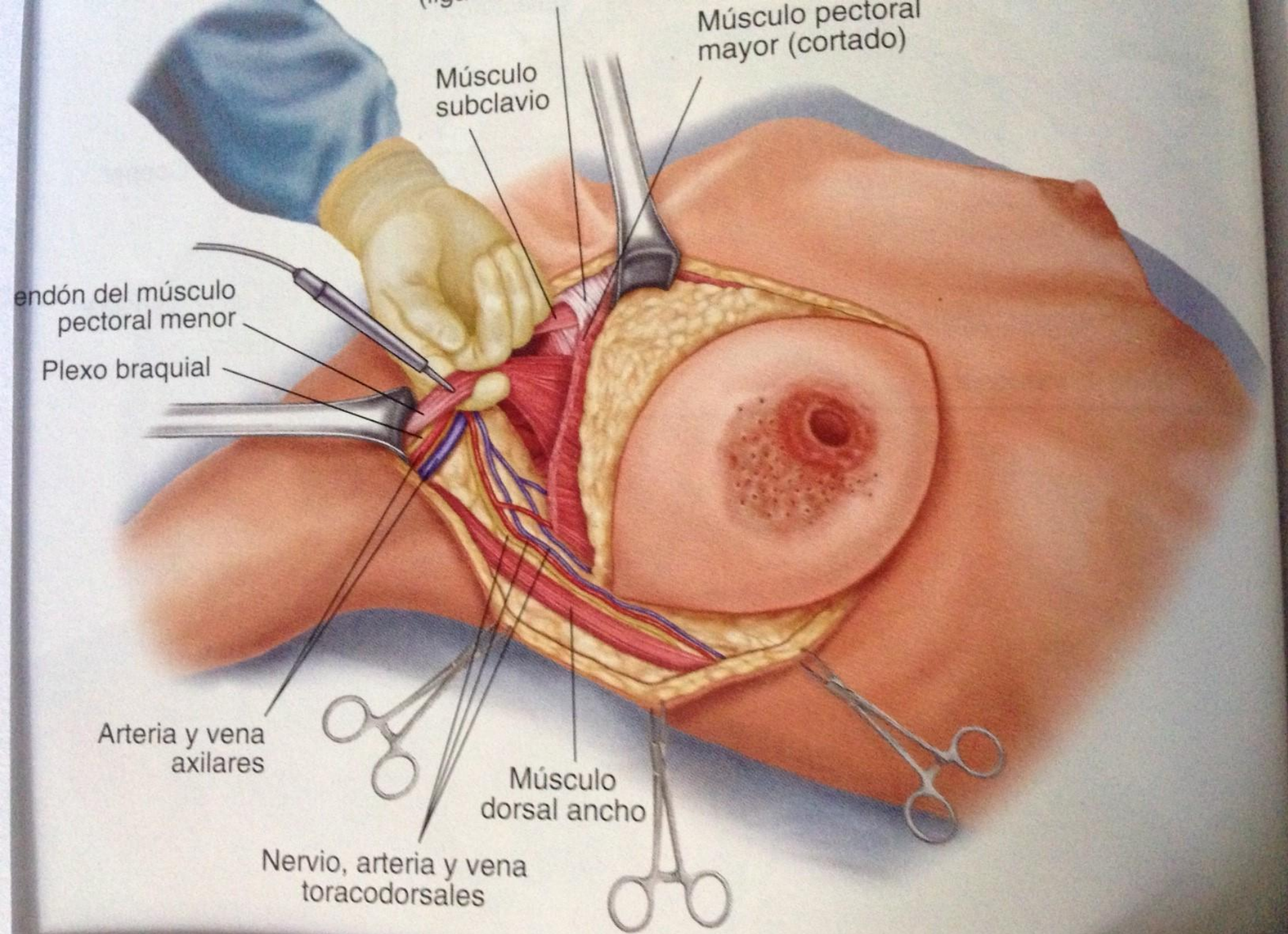


- Sección de la porción tendinosa del pectoral menor en su inserción en la coracoides de la escápula
- Se logra acceso directo a la axila
- Se continúa la disección en la cara supero medial y se seccionan las inserciones mediales del p.mayor en uniones costoesternales de las costillas 2^a a la 6^a

Mastectomía Radical

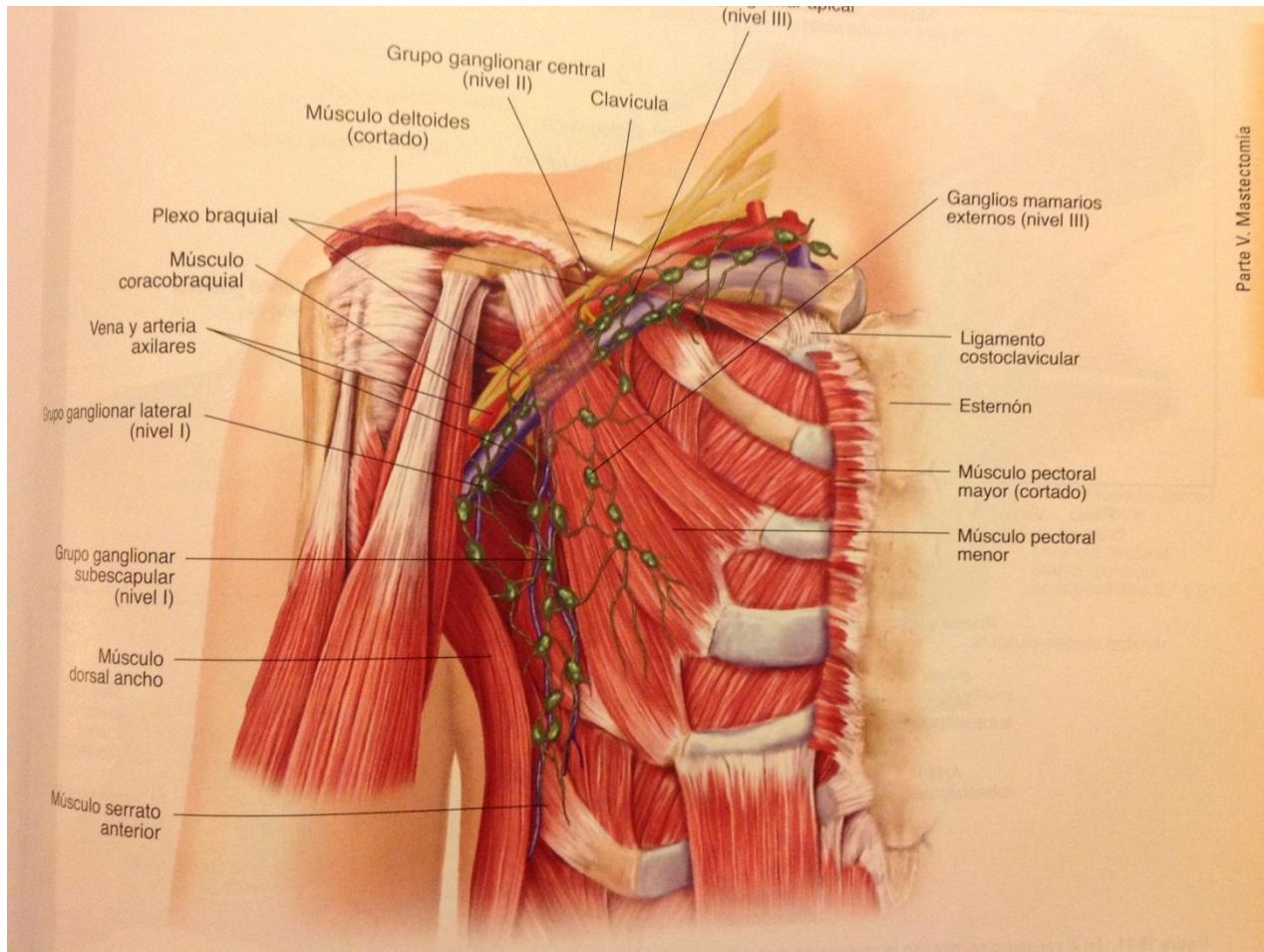
Técnica:

- Separados los pectorales quedan expuestos los contenidos de la axila
- Sección del p. menor en las costillas de la 2ª a la 5ª.
- Con esta maniobra se limpian los ganglios de Rotter o interpectoriales y se obtiene una visualización excelente de la vena axilar



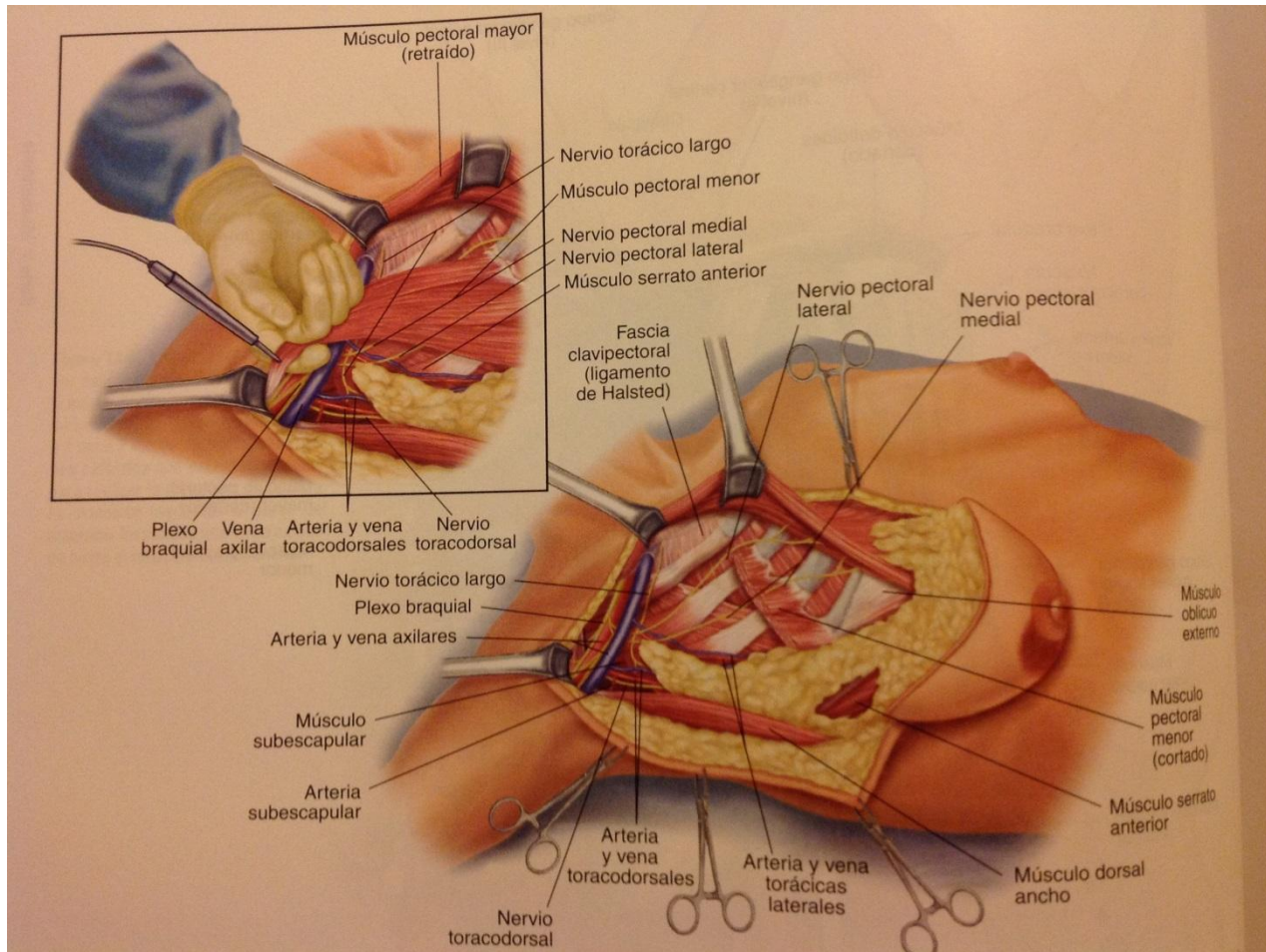
Mastectomía Radical

Técnica:



Mastectomía Radical

Técnica:



Mastectomía Radical

Técnica:

- Debe hacerse todo lo posible por conservar el Nervio Torácico largo para evitar incapacidad permante «escapula alada» y apraxia del hombro por la denervación del Serrato anterior
- Drenajes o catéteres de succión al vacío (2)

Cirugía para el cáncer de mama (II)

Mastectomía Radical Modificada

Mastectomía Radical Modificada

MRM

- La MRM se define como una ***cirugía de extirpación completa de la mama que incluye el tumor, la piel circundante y los ganglios axilares pero con conservando los músculos pectorales o al menos el mayor.***

Mastectomía Radical Modificada

MRM

Historia

- Murphy 1912: abandono de la MR para comenzar a conservar ambos músculos pectorales
- 1972: 30%
- 1981: 73%
- 1979: Estandar de Tratamiento para estadíos I y II
- La conservación del músculo pectoral mejora el aspecto estético de la pared torácica

Mastectomía Radical Modificada

MRM

- Estudios retrospectivos demostraron que :
 - *la linfadenectomía axilar total (n I, II y III) no era necesaria porque la extirpación de los primeros dos niveles con conservación pectoral lograba tasas de supervivencia idénticas que las radicales
 - *no hubo diferencias significativas en la incidencias de recidivas locorregionales en pacientes con Estadios I y II entre la MRM y la MR
 - *la MRM es el tratamiento de elección en paciente con estadíos TNM I y II
 - *en los estadios III la MR tiene mas probabilidades de control locorregional sin mejorar la supervivencia

Mastectomía Radical Modificada

MRM

- Estudios prospectivos demostraron :
 - *No hubo diferencia significativa en las tasas de intervalo libre de enfermedad, supervivencia y control locorregional
 - *Sin embargo existe una reducción significativa de la recurrencia local con la MR
 - *en tumores T2 T3 la supervivencia global fue mejor con la MR

Mastectomía Radical Modificada

MRM

- *Técnica*

*La MRM es una resección en bloque de la mama que incluye el CAP, los ganglios axilares la piel subyacente al tumor

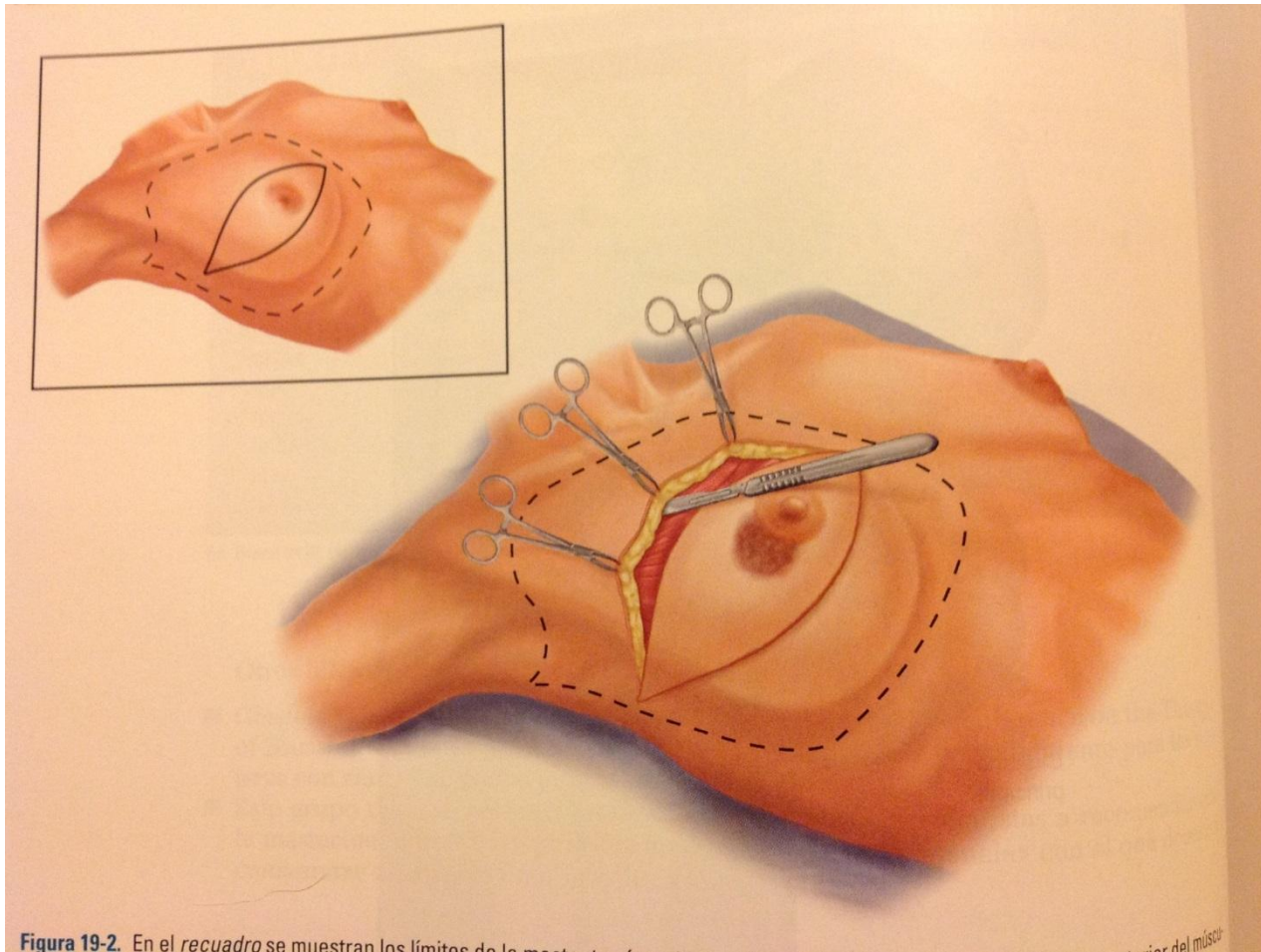
*Madden, Mérola , Patey

Mastectomía Radical Modificada

MRM

Técnica

- Los límites de la MRM son:
 - *afuera borde del D. Ancho
 - *adentro borde del esternón
 - * arriba la clavícula
 - * abajo a 3 o 4 cm del pliegue inframamario



Mastectomía Radical Modificada

MRM

Técnica

La incisión en la piel toma en cuenta el cuadrante donde se aloja la lesión para asegurar márgenes de seguridad adecuados logrando cierre de la herida

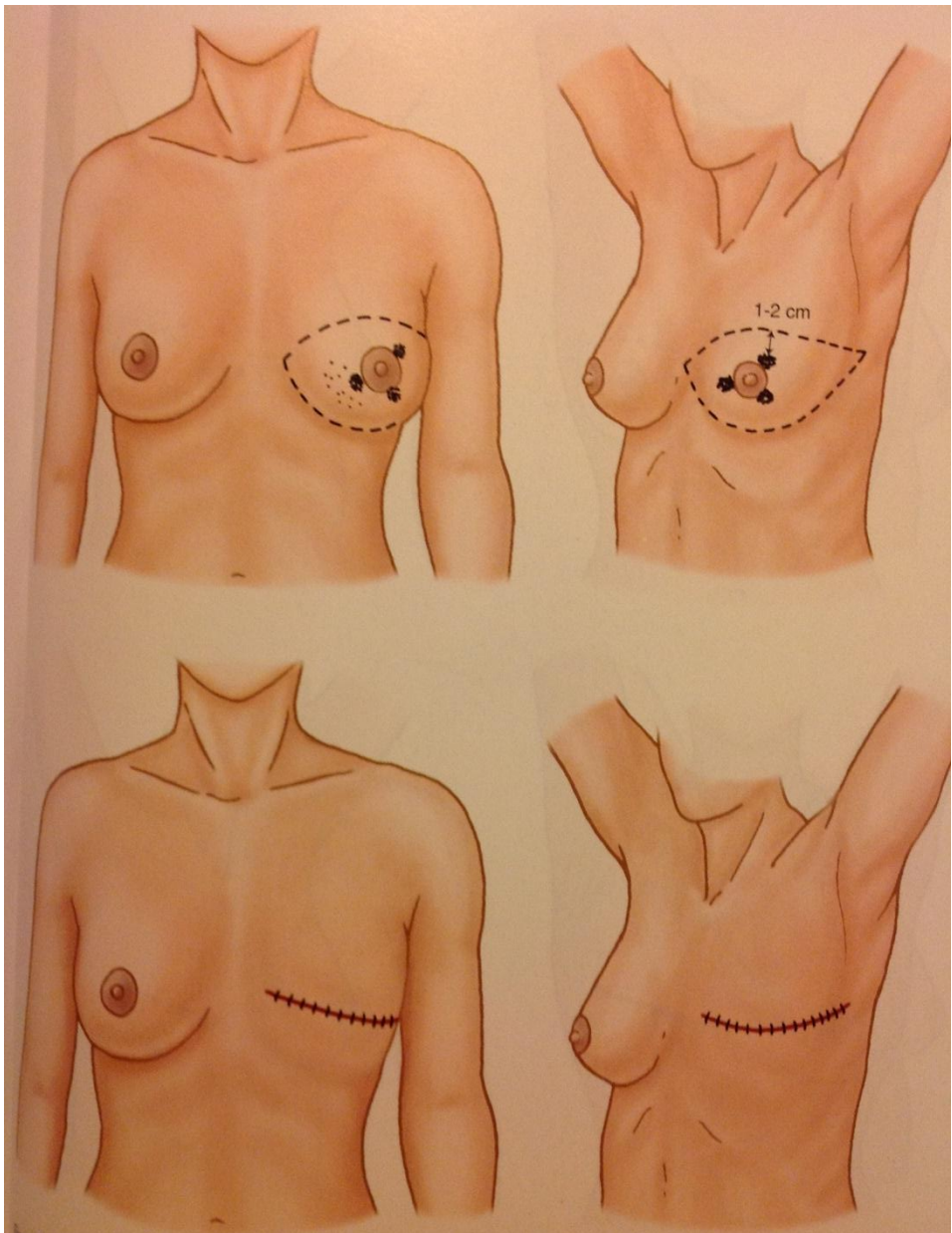
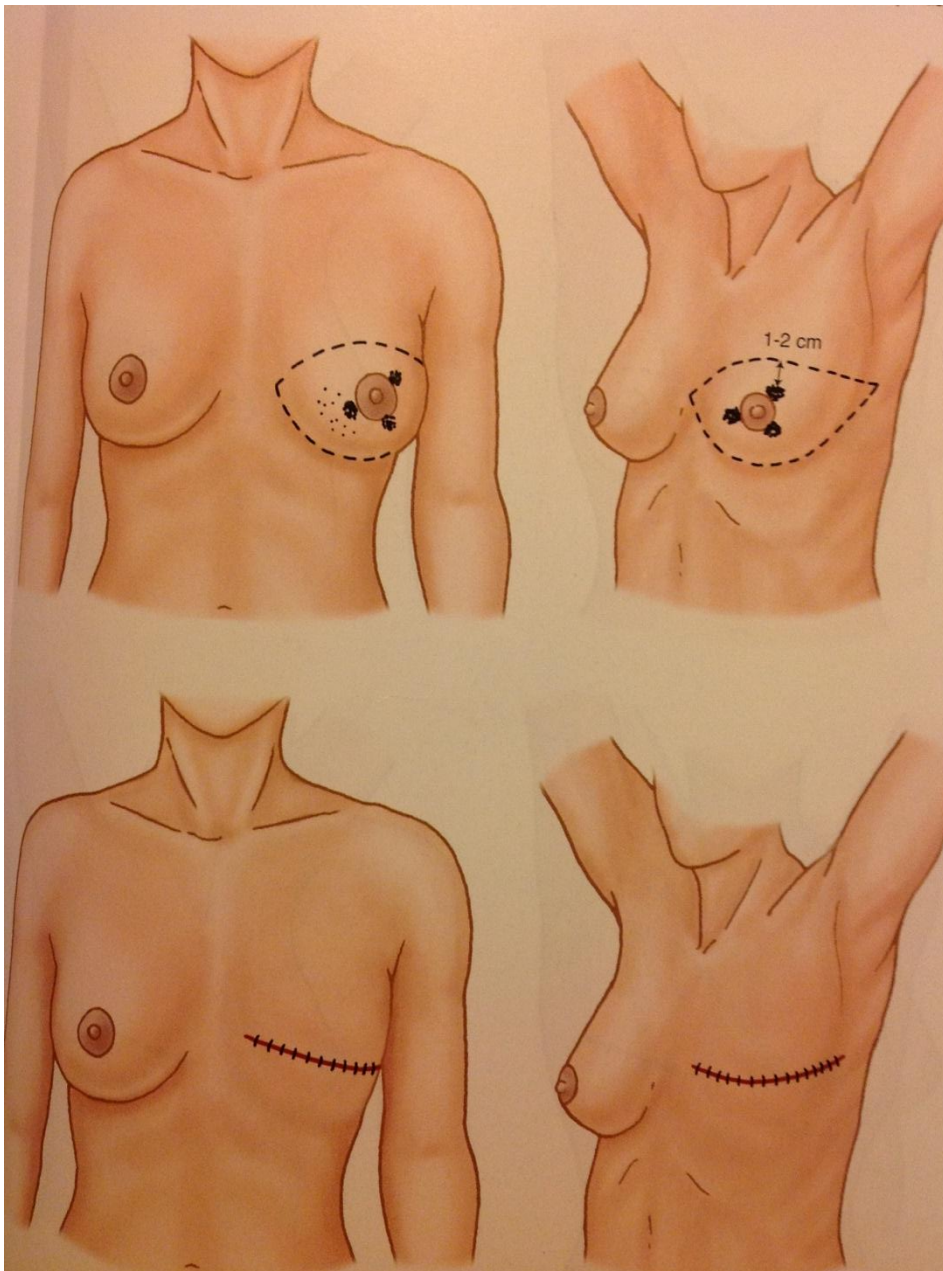
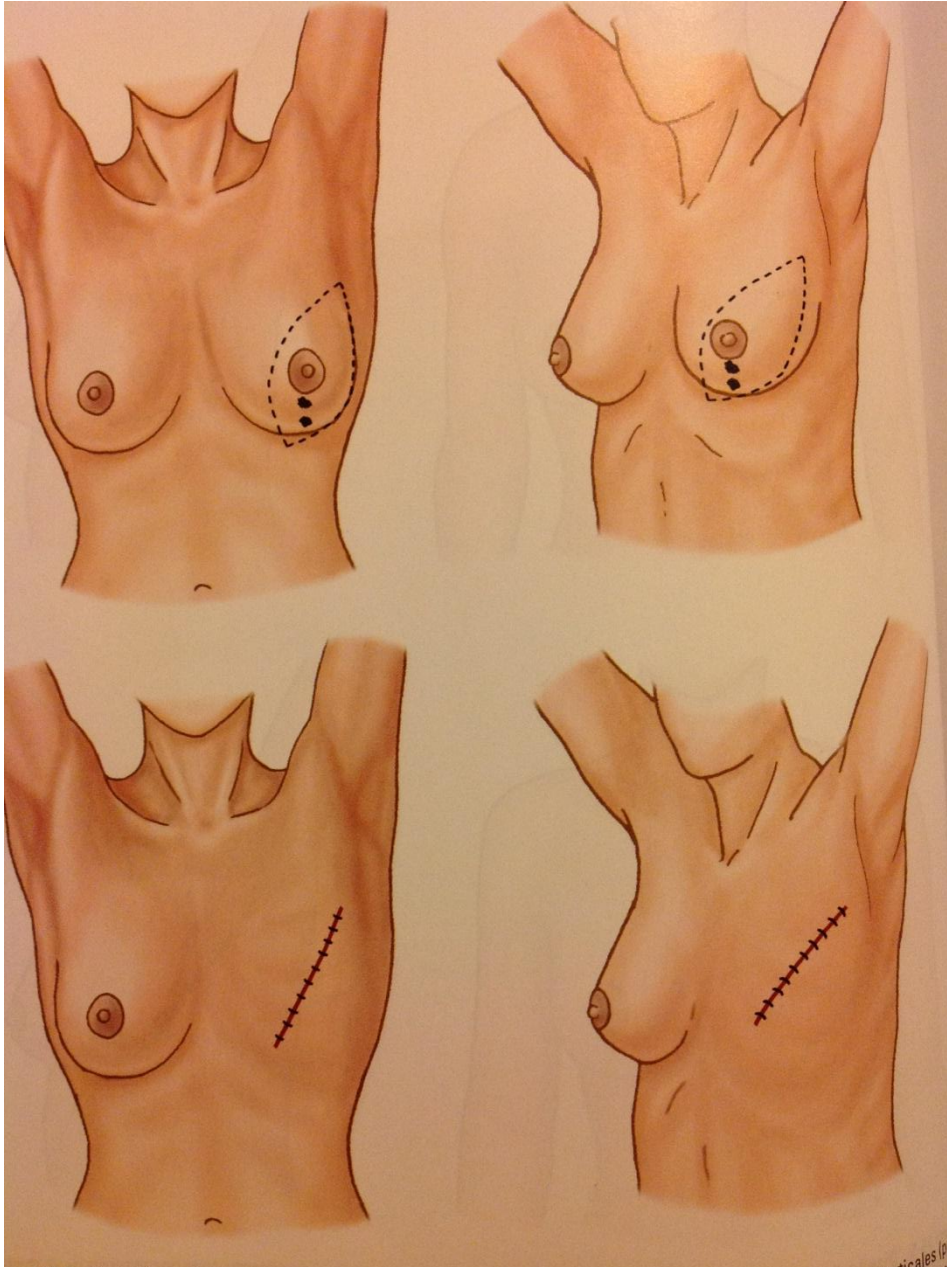
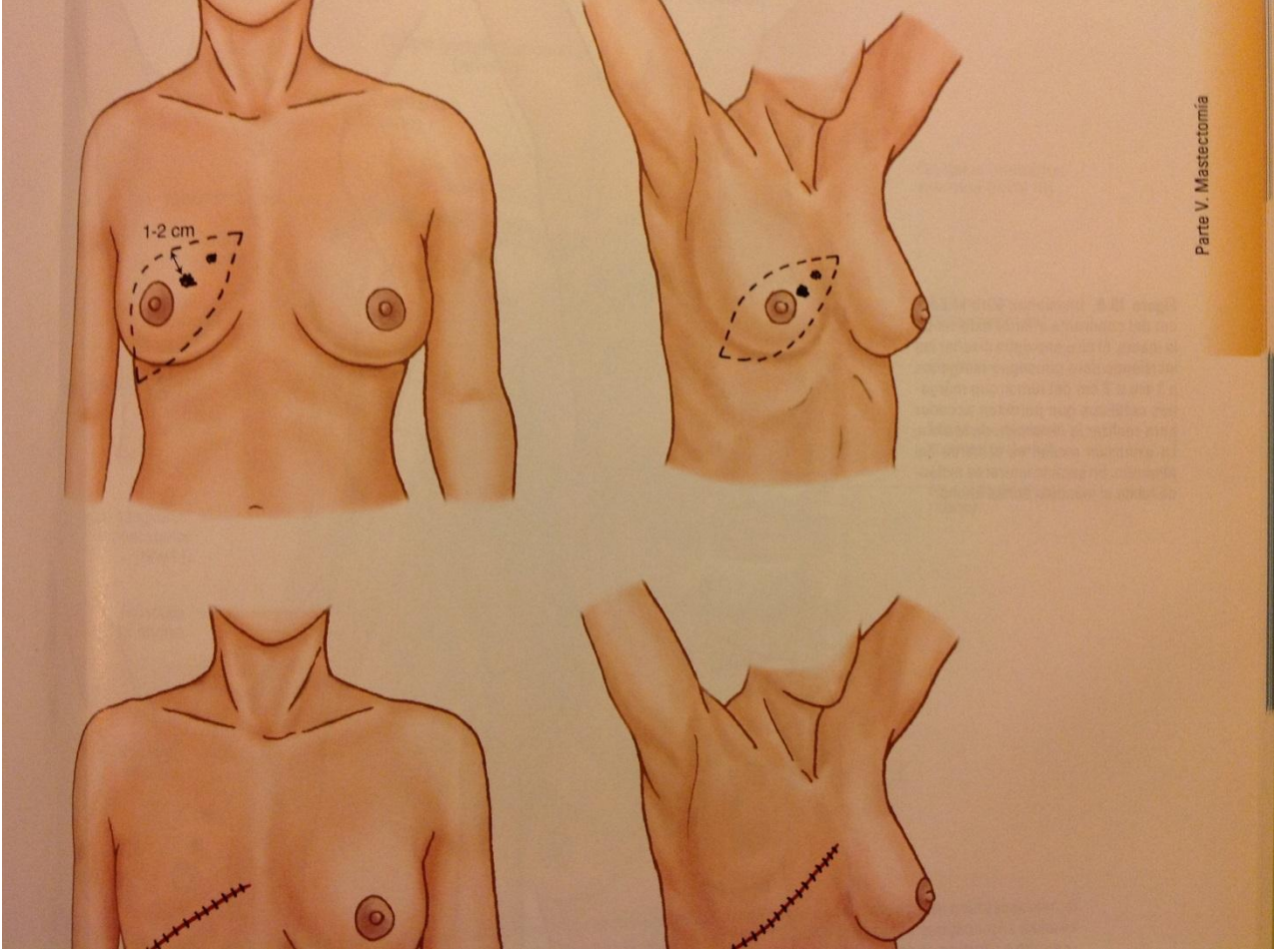


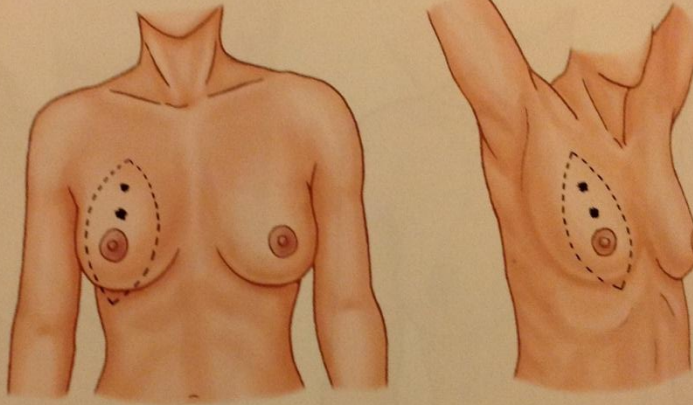
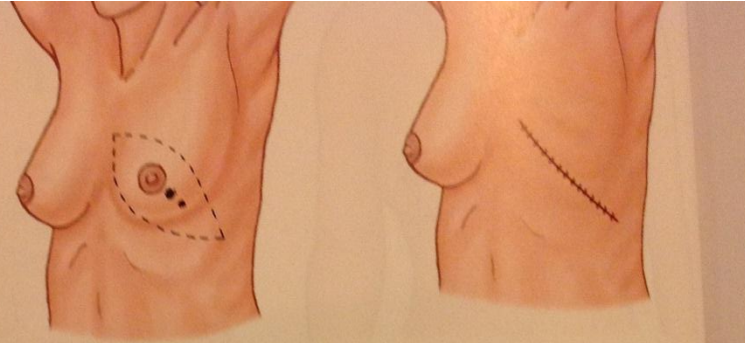
Figure 19-3. Diagram of breast reduction.



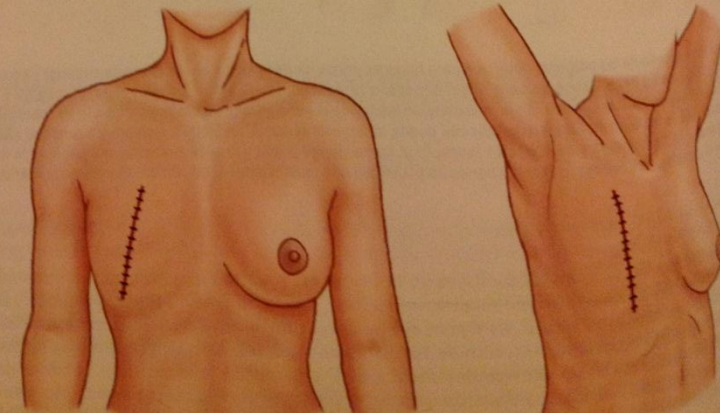




cisiones para el cán-
 te inferior externo de
 gano debe diseñar las
 s conseguir márgenes
 del tumor con márgenes
 que permitan acceder
 disección de la axila.
 medial es el borde del
 ntido lateral se exten-
 sculo dorsal ancho.



Representación de los
 aneos para lesiones de
 e se encuentran altas,
 are o fijadas al mús-
 al mayor. La fijación al
 la pared torácica obliga
 na mastectomía radical
 con márgenes cutáneos
 1 cm. Se necesitan injer-
 os cuando se resecan
 randes de piel para tu-
 T4. A menudo es posible
 imario para los tumores
 en



Mastectomía Radical Modificada

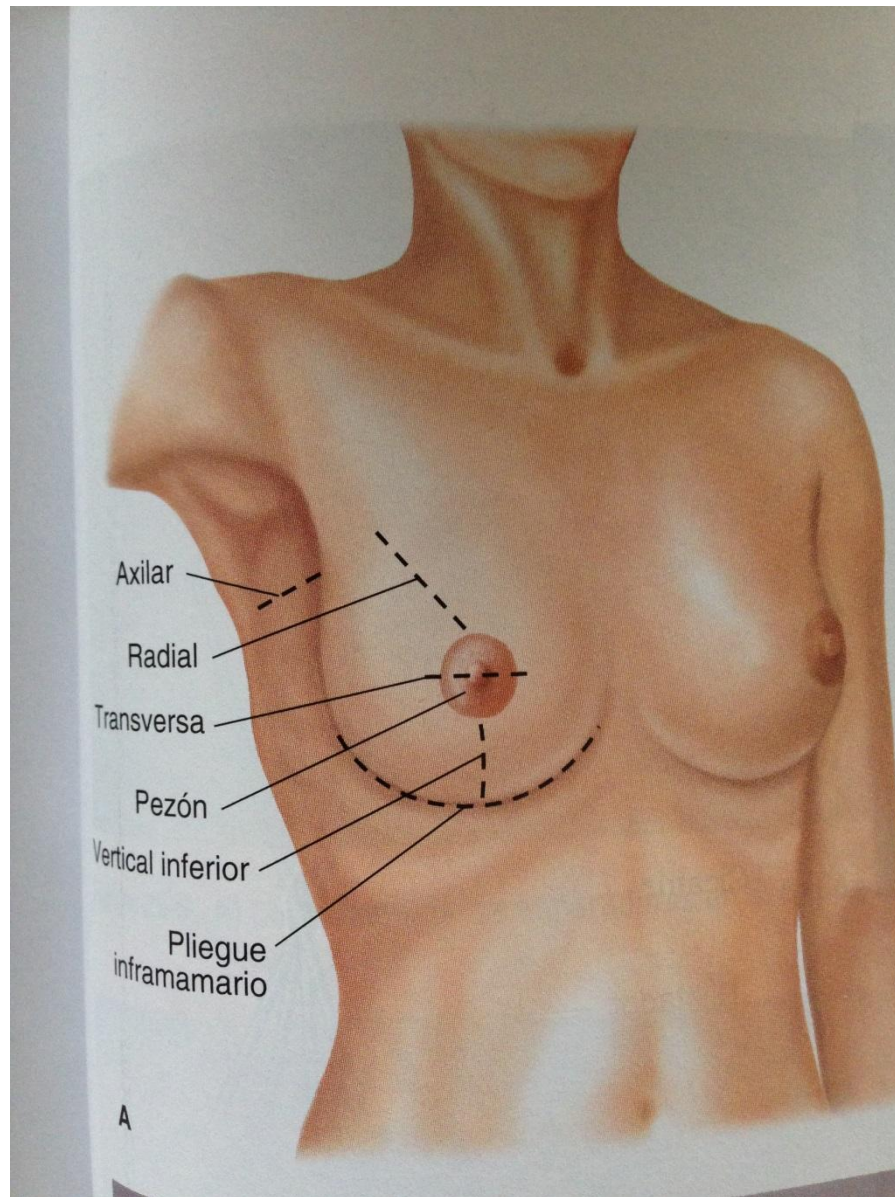
MRM

Técnica

- La extirpación de la mama se efectúa de arriba hacia abajo e incluye la aponeurosis del pectoral mayor
- La mama, la piel circundante y la aponeurosis deben resecarse en bloque
- En las técnicas que incluyen la resección del pectoral menor se logra una mejor exposición del nivel III de los ganglios de la axila y una completa visión de la vena axilar en todo su recorrido
- El vaciamiento axilar es similar que en la MR

Mastectomía Simple

- También denominada Mastectomía Total, se diferencia de las MRM y MR que no se realiza el vaciamiento axilar.
- Ha sido sustituida por la Mastectomía con conservación de piel (Skin-Sparing Mastectomy) st en las mastectomías de reducción de riesgo por cáncer de mama genético (BRCA 1 – 2)



Cirugia para el Cáncer de mama (III)

CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA

Cirugía para el Cáncer de mama (III)

- Cirugía conservadora:

CUADRANTECTOMIA

MASTECTOMÍA SECTORIAL

LUMPECTOMÍA

margenes

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

Historia

- 1924 : Sir G.Keynes (Londres)
- 1939: M.Vera Peters RÖ (Toronto)
- 1970: Varios ensayos prospectivos : lumpectomía+ RÖ proporciona una supervivencia equivalente a la MRM con bajas tasas de recurrencia y excelentes resultados cosméticos
- 1985: Fisher NSABP (USA) equivalencia a los 5 años entre MRM y CC
- Veronessi, Milan
- 1990: NIH Concensus Development Conference establece que la MC es un método apropiado para el tratamiento primario de la mayoría de las mujeres en est. I y II

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- La mayoría de las mujeres que se presentan con cáncer de mama no tienen contraindicaciones para la cirugía conservadora

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- *Indicaciones:*

- *pacientes sin contraindicaciones a recibir radioterapia

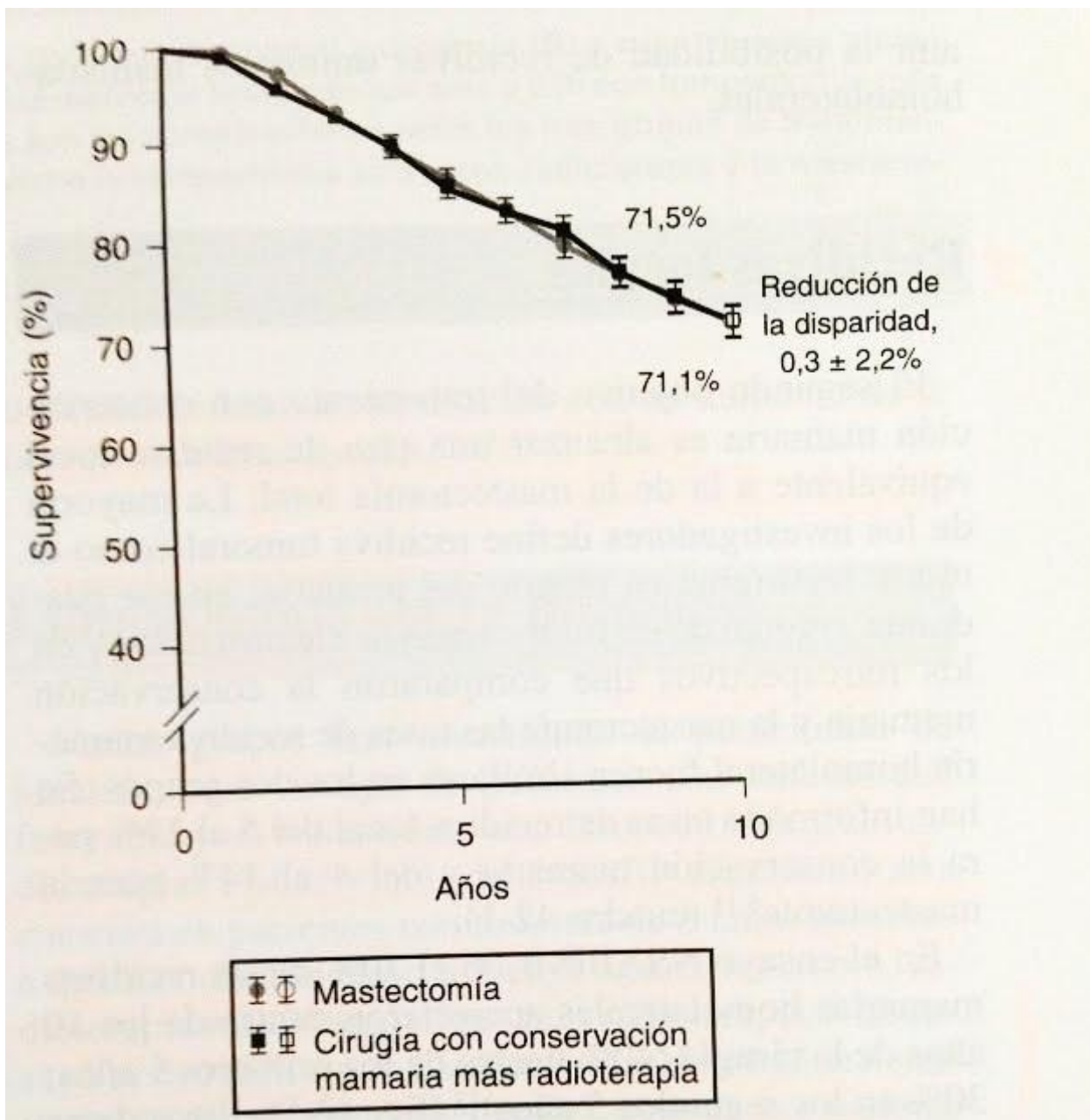
- *proporción razonable entre la mama y el tamaño tumoral que permita un aceptable resultado estético

- *enfermedad localizada valorada mediante pruebas de imagen y exploración clínica (enfermedad limitada a un cuadrante)

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

El primer objetivo de la CC es alcanzar una supervivencia equivalente a la de la mastectomía

- Varios estudios prospectivos aleatorizados compararon la CC y la Mastectomía
- No se hallaron diferencias significativas en la supervivencia global o en la libre de enfermedad



Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- *El segundo objetivo de la CC es la de alcanzar una tasa de recidiva local similar a la Mastectomía*

*Ensayos prospectivos y en los retrospectivos compararon la MRM Y la CC la tasa de recidiva mamaria homolateral fueron similares

*Lo principal para reducir el riesgo de recaída en las pacientes que se les realiza una CC es que la cirugía sea adecuada y se aplique posteriormente RÖ

*Deben existir márgenes negativos confirmados por histología

*El estado anatomopatológico de los márgenes es el factor más importante asociado con la recaída tumoral

*La radioterapia no compensa una cirugía inadecuada

*Las paciente con márgenes positivos corren un riesgo mayor de recaída (5 a 25 %)

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- Otros factores de riesgo para la recaída local:

*juventud

*componente intraductal extenso

*tipo histológico (agresivos)

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- *El tercer objetivo de la CC es lograr una estética aceptable*

*la selección cuidadosa de las pacientes es importante para asegurar el objetivo

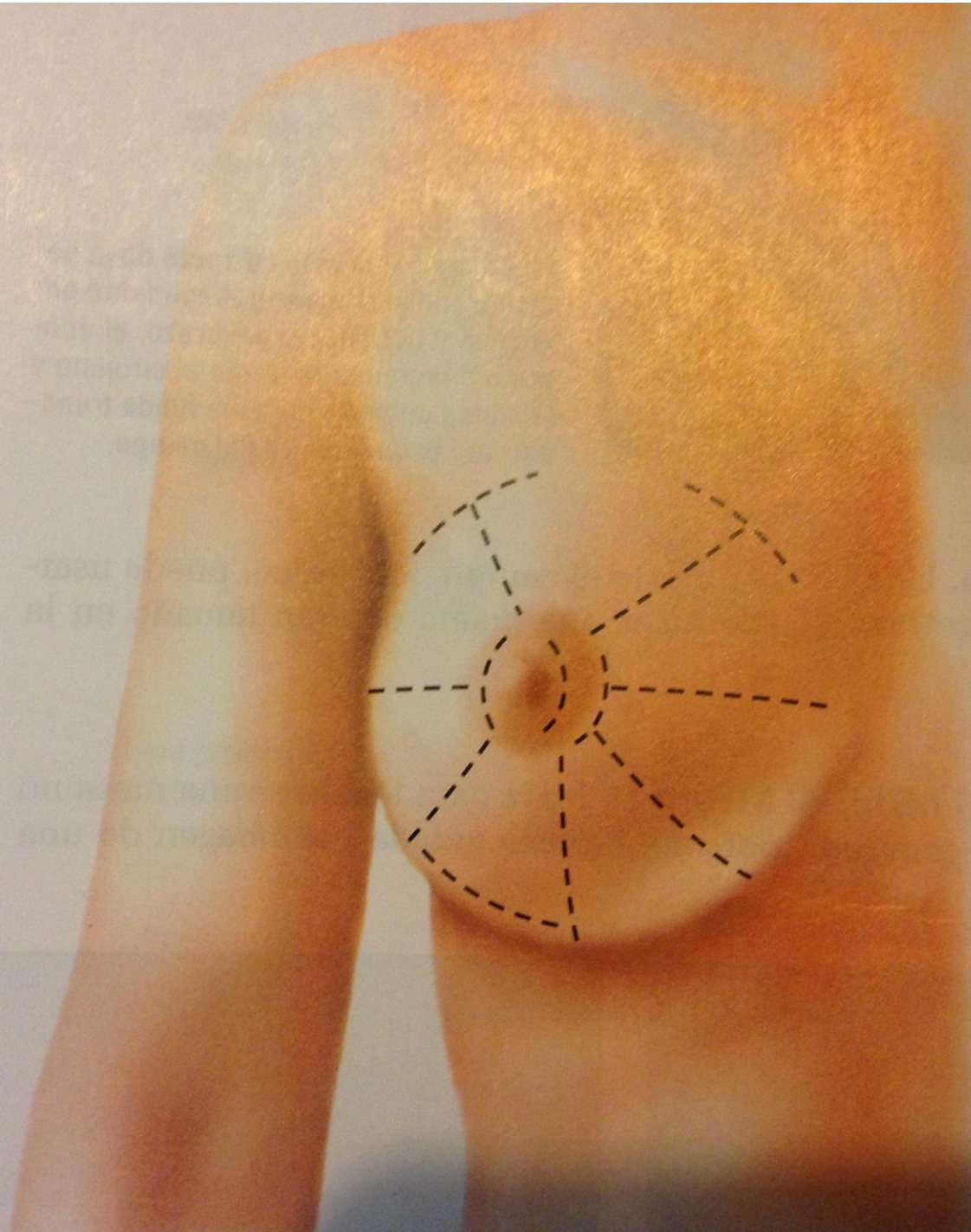
***Contraindicaciones:** embarazo(RÖ), tumores multicéntricos, calcificaciones difusas de aspecto maligno, AP de radioterapia en la región, y las que mantienen márgenes positivos luego de una extirpación estéticamente aceptable

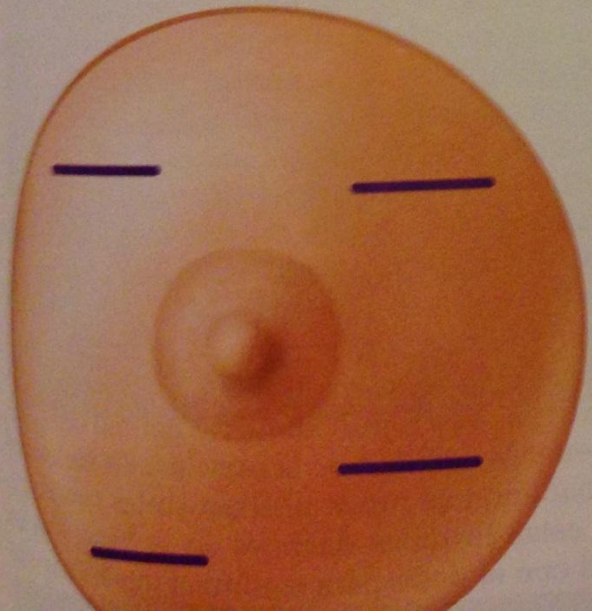
*Otras: colagenopatías vasculares, relación tamaño mama/tumor, varios tumores en el mismo cuadrante

Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- *Técnica:*

- *la LUMPECTOMÍA (Mastectomía segmentaria o sectorial, tilectomía) es la forma mas común de cirugía con conservación de la mama
- *Es el método preferido de la CC en USA
- *Incisión curvilínea siguiendo las líneas de Langer, algunos prefieren las verticales o radiadas st h: 3,6 y 9
- *Debe ser emplazada sobre el tumor
- *No se extirpa la piel sobre la lesion, salvo cuando es muy superficial
- *Extirpación completa del tumor rodeado de tejido mamario o subcutáneo (grasa)
- *Evaluación macroscópica de los márgenes : IMPORTANTE
- *Marcado de la pieza con fines de orientación (M.A.S.)
- *Ampliación o radicalización de los márgenes inadecuados





Cirugía conservadora en el cáncer de mama

- *Técnica:*

*La CUADRANTECTOMÍA es una forma alternativa popularizada por Veronesi en Milan

*Requiere la extirpación de la neoplasia a través de una incisión radiada de los tumores T1 con un manguito de tejido normal, piel y aponeurosis del pectoral alrededor del tumor

*En los CSE de la mama éste abordaje se completa con un vaciamiento axilar en bloque

*Actualmente el estándar de la estadificación axilar es la BGC

Cirugía Mamaria

Biopsias

- Las lesiones mamarias pueden ser clínicas o subclínicas (palpables o no)
- Las biopsias de estas lesiones pueden ser a su vez por vía percutánea o por escisión

Cirugía Mamaria

Biopsias

- ***Las biopsias escisionales de las lesiones palpables se realizan en :***
 - *lesiones que no pueden detectarse con estudios de imagen
 - *discordancia entre la biopsia percutánea y la imagen
 - *lesiones altamente sospechosas de ser compatibles con fibroadenomas
 - *lesiones localizadas desfavorablemente para la biopsia percutánea (implante, cerca de la pared del torax)
 - *en pacientes con alteraciones de la crasis

Cirugía Mamaria

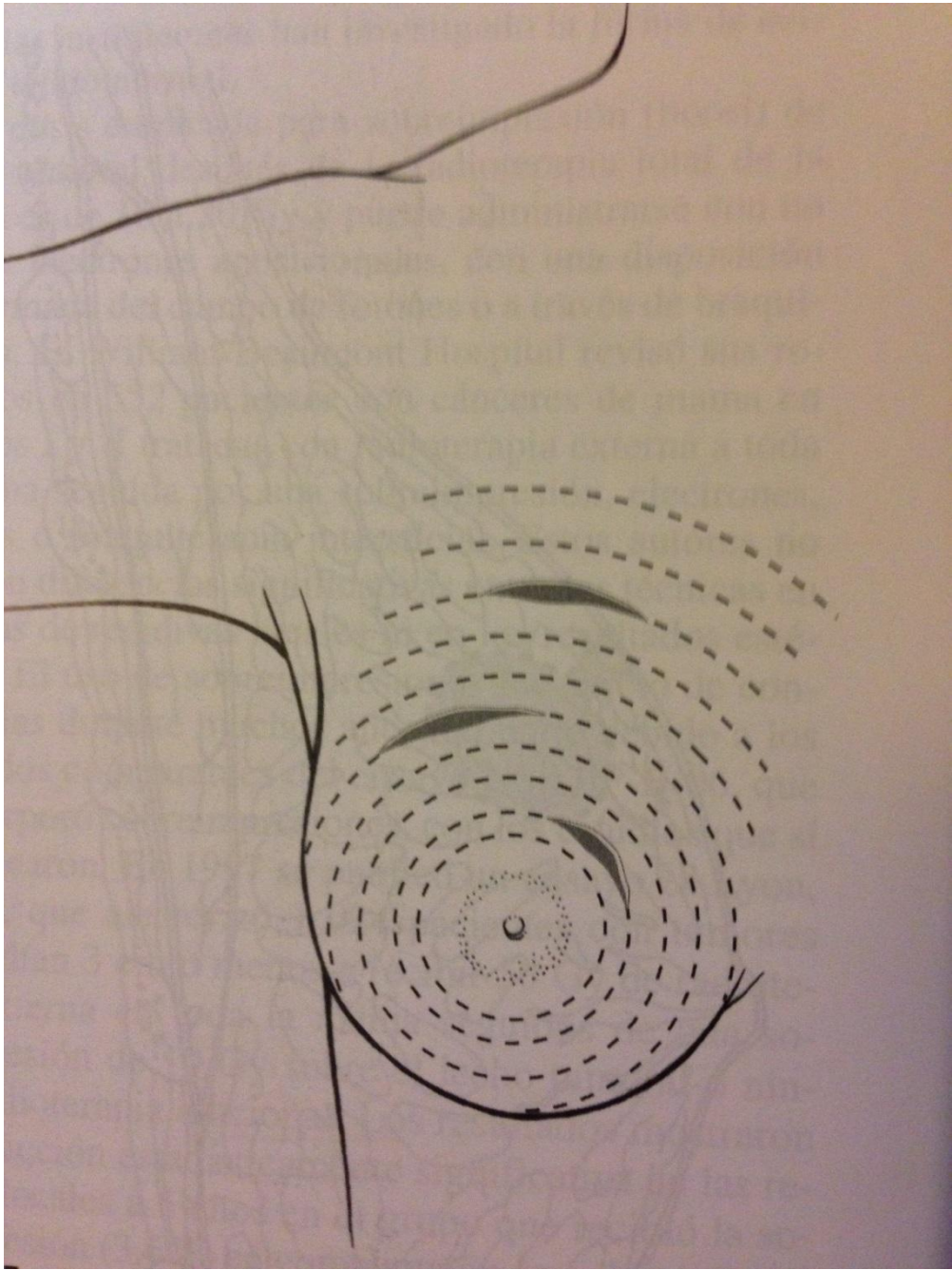
Biopsias

- A su vez en las lesiones no palpables de la mama debemos recurrir a algún método que nos guie para realizar la exéresis.
- Existen distintos métodos para topografiar la lesión en el preoperatorio (o intraoperatorio) :

**Arponaje o marcado con guía metálica*

**R.O.L.L.*

**guia ecográfica*



Lesiones no palpables

ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA

- Requiere experiencia del cirujano en manejo de la ecografia
- Curva de aprendizaje
- Dificultades en CDIS Y CLI

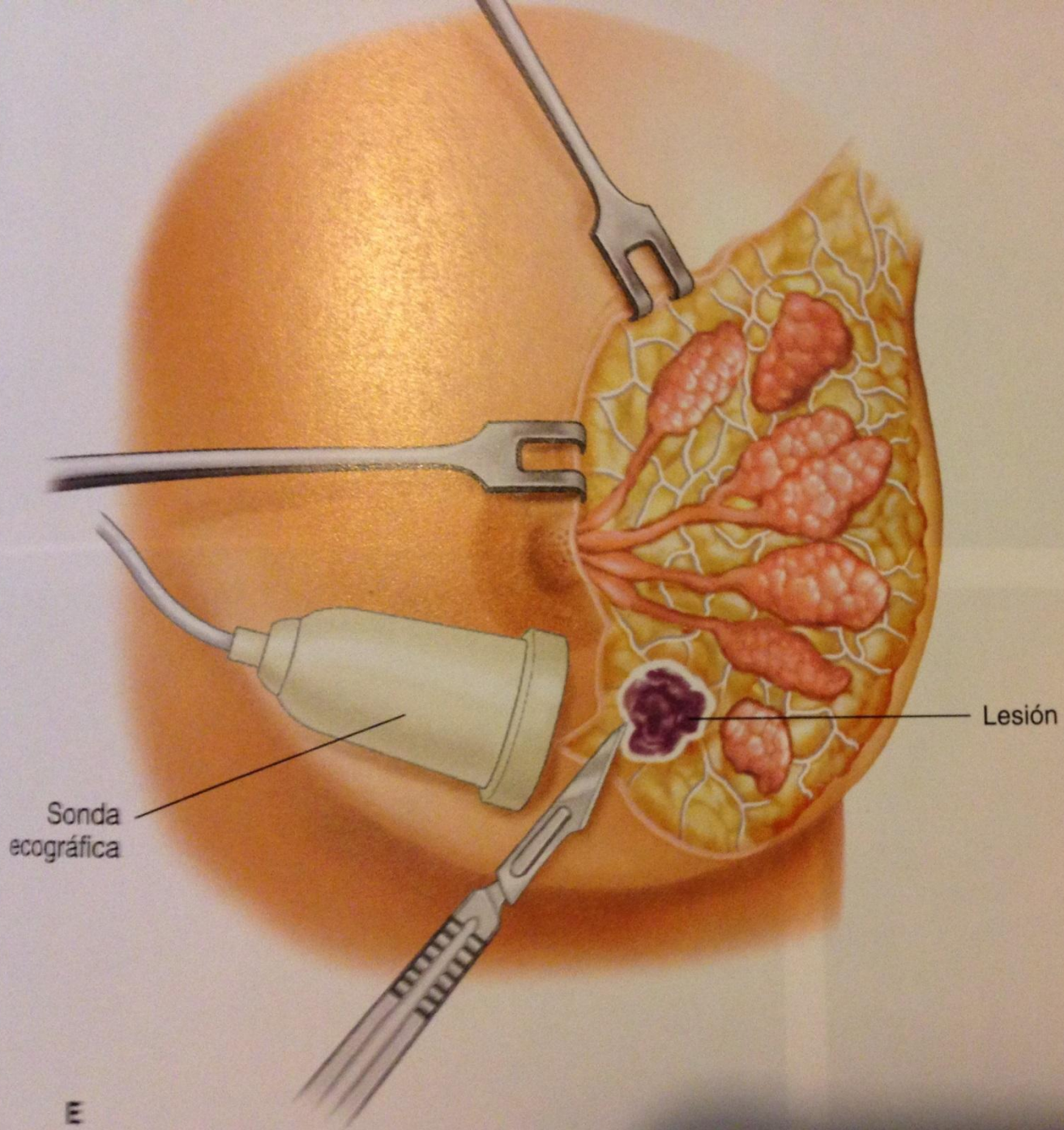


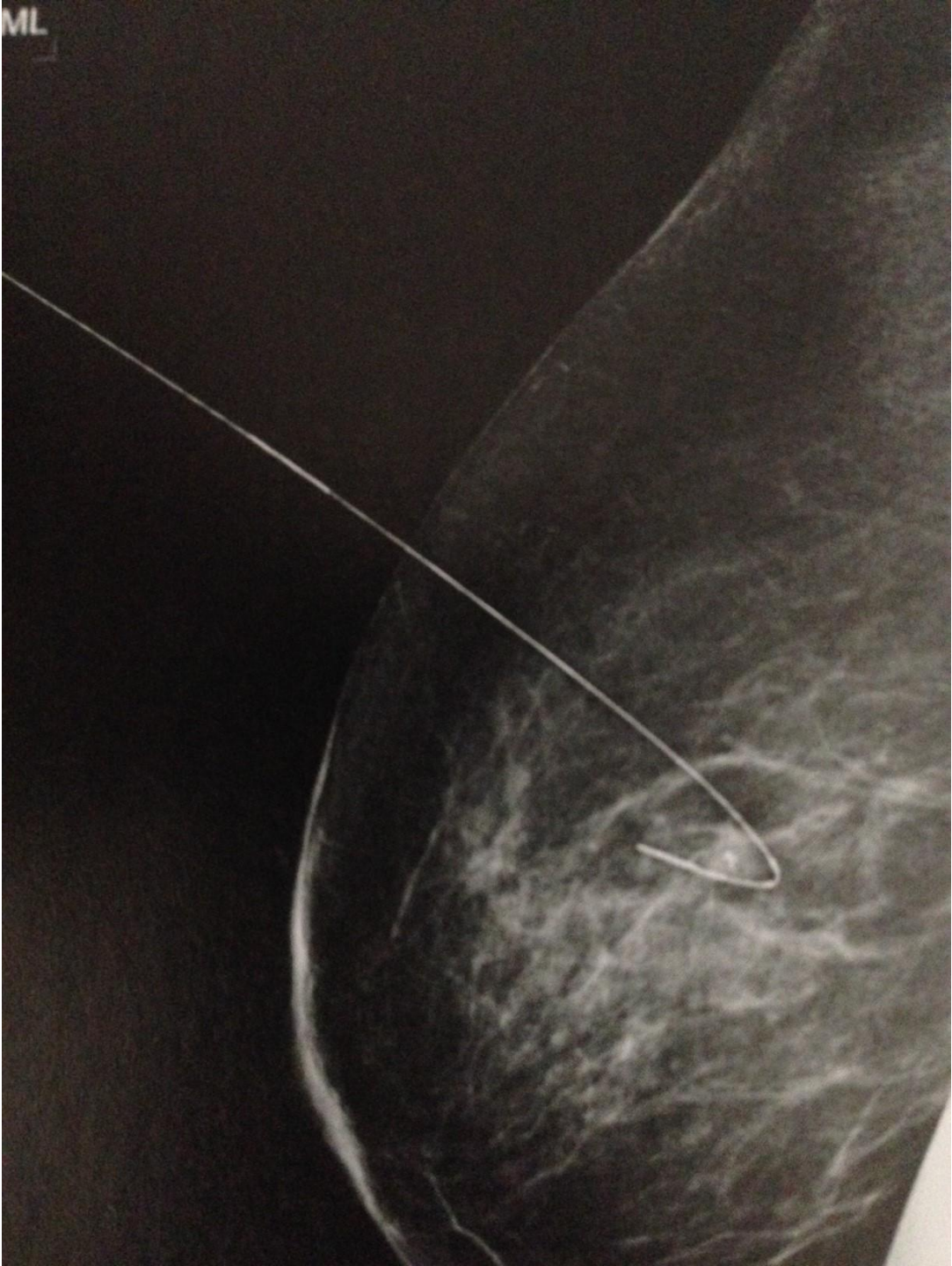
Figura 8-10. (Continuac

Lesiones no palpables

Cirugía guiada por marcador metálico:

“ARPONAJE”

ML



Lesiones no palpables

R.O.L.L

SNOLL



Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

- Evolución de la cirugía

Axila:

Vaciamiento axilar de 3 niveles...I y II...Ganglio Centinela.....????? Z11

Abandono de BGC.....??

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- La estadificación axilar es uno de los pilares fundamentales del tratamiento del cáncer de mama
- Es uno de los factores pronósticos mas importantes contribuyendo a la elección del tratamiento adyuvante
- El examen clínico axilar tiene un falso negativo y positivo de hasta un 30 %

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

Se han investigado métodos no invasivos para la evaluación axilar siendo el más usado :

la ***ECOGRAFÍA***.

(otros:RM , PET/CT)

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- La sensibilidad de la ecografía axilar varía entre un 26.4 a un 76 % , siendo la especificidad entre un 88 y un 98 %
- Al asociarle la PAAF la especificidad llega cerca del 100% (no así la sensibilidad)
- Cada vez se utiliza más la ecografía axilar como método complementario para la estadificación axilar

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- La baja sensibilidad de las imágenes preoperatorias hace que la biopsia del ganglio centinela (BGC) sea el procedimiento más seguro para la estadificación axilar
- En la actualidad la BGC es el método utilizado para la estadificación axilar en las pacientes con cáncer de mama estadio I y II con axila clínicamente negativa
- En las axilas «dudosas» la punción cito/histológica previa (bajo ecografía) se utiliza para determinar quienes van a la disección o vaciamiento axilar o a la BGC

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

BGC

Situaciones especiales

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- ***Biopsia de ganglio centinela y cadena mamaria interna (CMI):***

La CMI constituye la segunda vía de drenaje linfática de la mama

El porcentaje de metástasis en dicha cadena es del 18 al 30% de las pacientes que tienen axila positiva

Las metástasis exclusivas en la CMI se manifiestan entre el 2 y el 11 % de las pacientes

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y cadena mamaria interna (CMI):*

Desde la introducción de la BGC hubo una reaparición del rol de la CMI

Sin embargo la implicancia clínica de la migración a la CMI permanece incierta

Su investigación serviría para la indicación de RT

Su utilización es un tema de controversia

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y Carcinoma Intraductal CDIS:*

Por definición el CDIS no atraviesa la membrana basal por lo que no tiene compromiso axilar (no indicado el vaciamiento axilar)

Sin embargo se recomienda :

*cuando se realiza una Mastectomía (NCCN/Guias ASCO 2015)

*lesiones mamográficas extensas (5 cm) donde se existe la sospecha de microinvasión (ESMO)

*lesiones palpables (ESMO/ASCO 2014)

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia*

Varios protocolos han demostrado que la BGC es confiable en las pacientes con axila clínicamente negativa que realizan neoadyuvancia (NA)

Sigue siendo controversial se la misma debe realizarse antes o después de la NA

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia*

Ventajas de la BGC antes de la NA:

- *verdadera estadificación axilar
- *sirve para evaluar el pronóstico
- *sirve para evaluar el tratamiento

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia

BGC antes de la NA

NCCN 2015 la aconseja

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia*

Desventajas de la BGC antes de la NA:

- *dos tiempos quirúrgicos
- *retraso de la NA
- *no se obtiene un % preciso de falsos negativos (FN)
- *la paciente no se beneficia del «downstaging» axilar

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia*

Ventajas de la BGC después de la NA:

- *no requiere segunda cirugía
- *no retrasa la NA
- *el «downstaging» axilar (del 20 al 40%) permitiría no hacer el vaciamiento

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia*

Desventajas de la BGC después de la NA:

*la quimioterapia puede dañar y cambiar el drenaje linfático del tumor

*la quimioterapia produce cambios histológicos en los ganglios(fibrosis, necrosis grasa, etc)

*la quimioterapia puede erradicar los focos metastásicos en el GC pero no en los otros ganglios: mayor índice de FN

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia*

BGC después de la NA

St.Gallen 2013 la aconseja

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Biopsia de ganglio centinela y neoadyuvancia

Las pacientes con axila positiva el vaciamiento o disección axilar sigue siendo el tratamiento standard

En lo referente a la técnica del GC el método combinado (colorante/radiocoloide) permite mayor tasa de identificación

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela y cirugias anteriores:*

No existen contraindicaciones para realizar la BGC en pacientes con cirugias mamarias y axilares previas

(Guías ASCO 2014)

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Biopsia de ganglio centinela y embarazo

No existen datos suficientes para indicarla. De hacerlo debe estudiarse cada caso individual y siempre luego de las 30 semanas.

Contraindicado el colorante (azul patente)

(NCCN 2015)

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Biopsia de ganglio centinela en cáncer inflamatorio*

Contraindicado por la presencia de embolias linfáticas

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *Conducta frente al resultado de la BGC:*
 - I. Ganglio sin metástasis
 - II. Ganglio con micrometástasis o ITC
 - III. Ganglio con macrometástasis

Cáncer de Mama

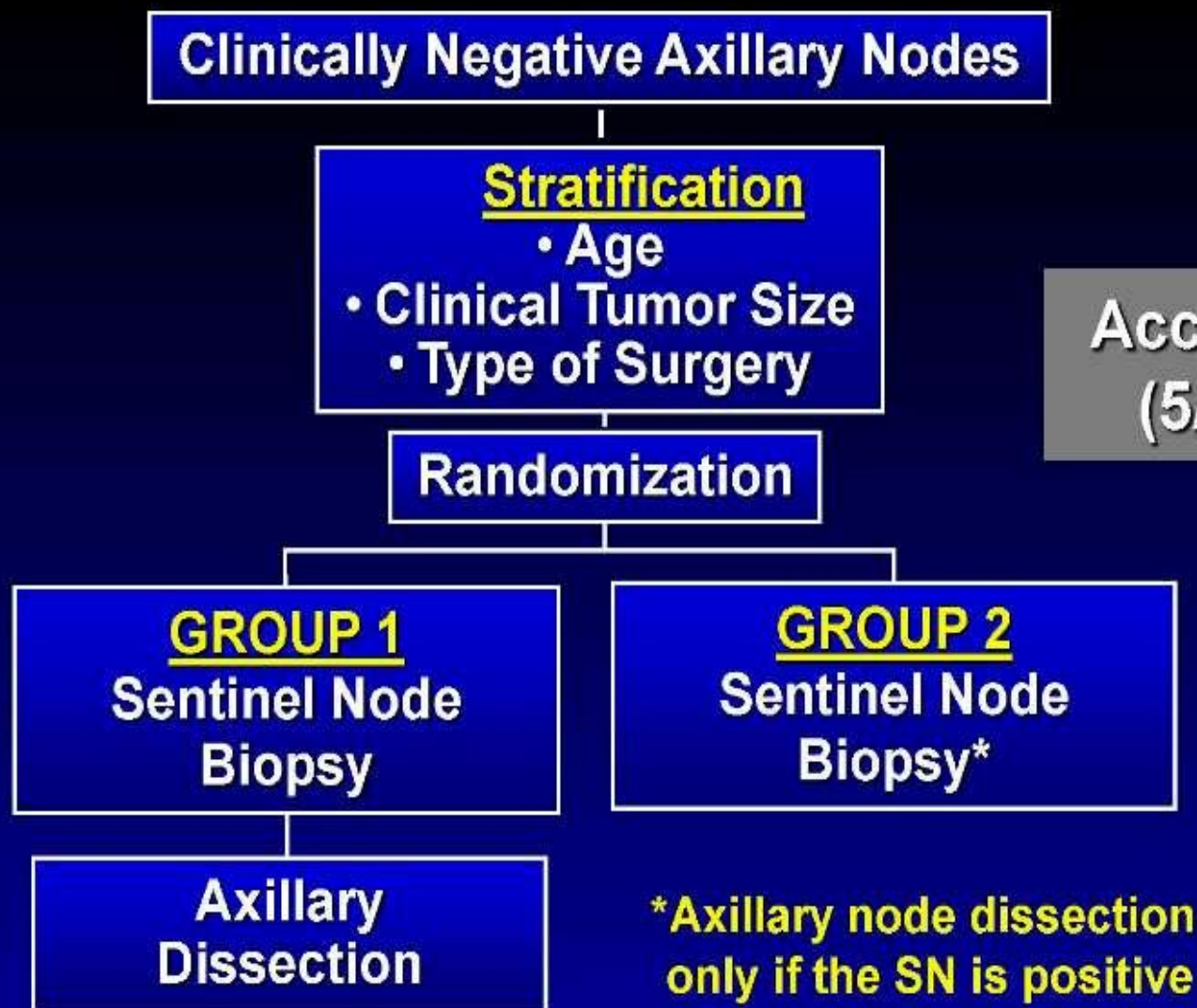
Manejo de la axila

- I. Ganglio centinela sin metástasis:

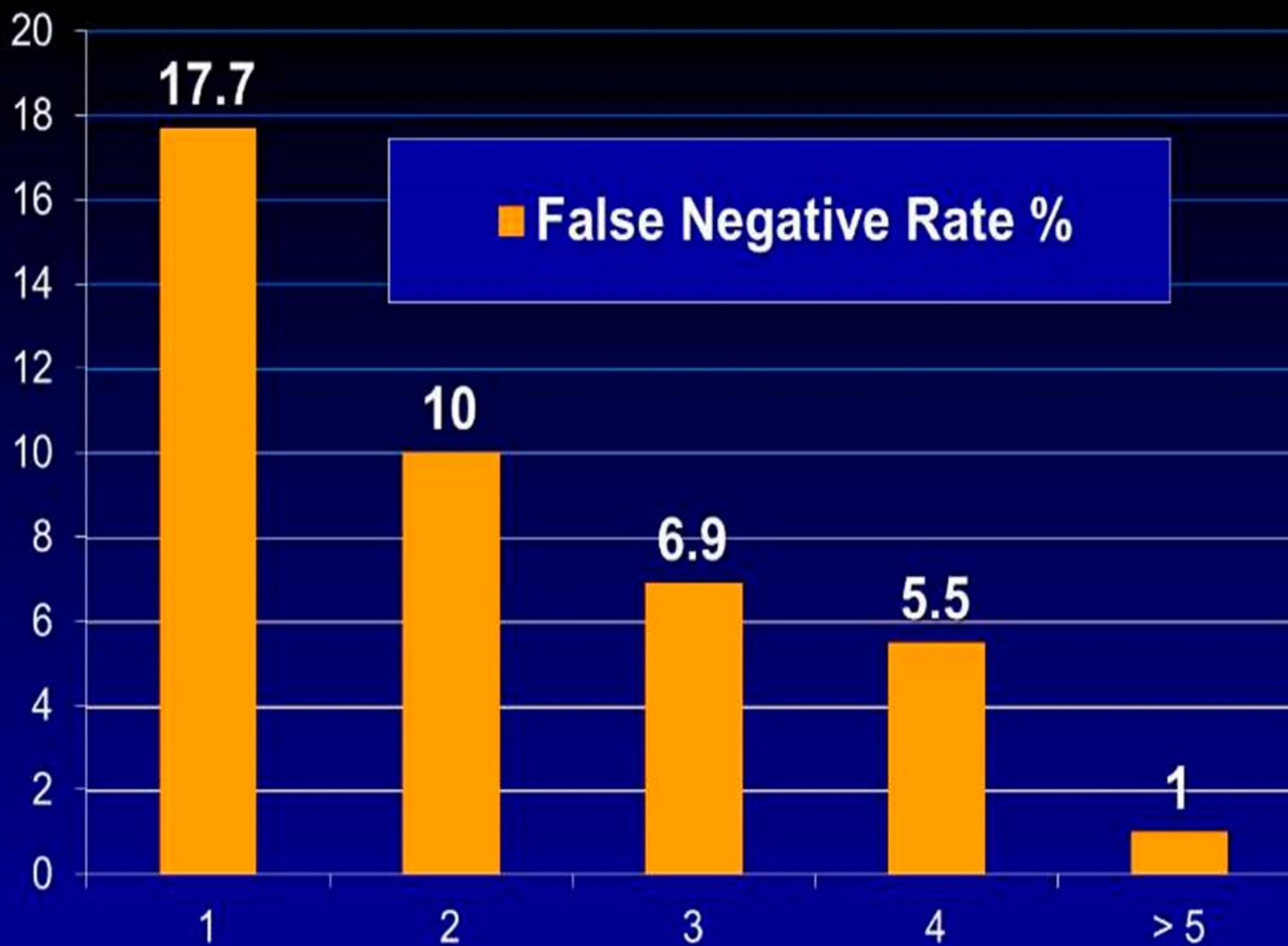
Cinco protocolos aleatorizados demostraron que la recurrencia axilar y a distancia es igual con vaciamiento o sin él cuando el GC no presenta metástasis

NSABP-B 32/ALMANAC/RACS-SNAC/Sentinella-GIVOM/Veronesi trial

NSABP B-32 Schema



NSABP B-32: False-Negative Rate According to Number of Removed SNs



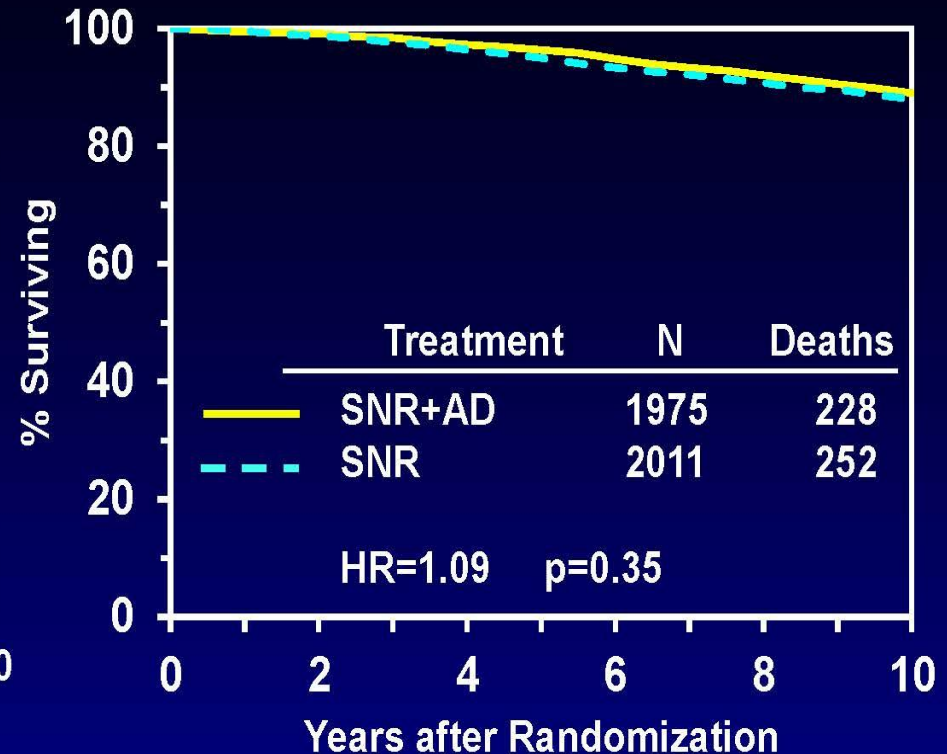
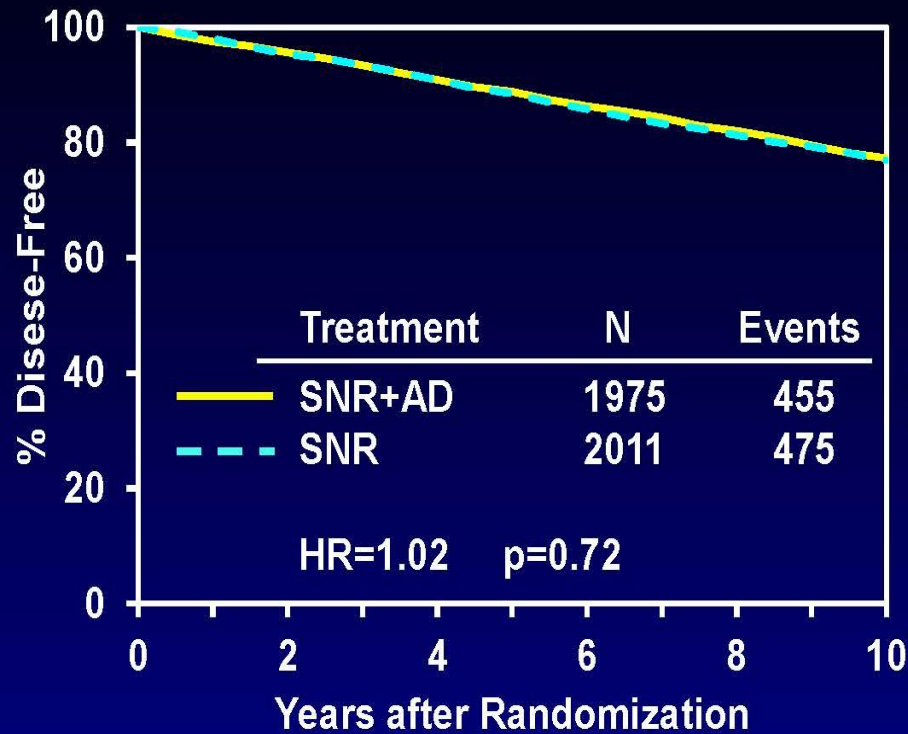
NSABP B-32

Technical Results

- Identification Rate: **97%**
- False Negative Rate: **9.7%**
- Average number of SNs: **2.9**
- Factors significantly affecting ID rate:
 - Age, Tumor Size and Tumor Location
- Factors significantly affecting FN rate:
 - Type of Biopsy and Number of Removed SNs

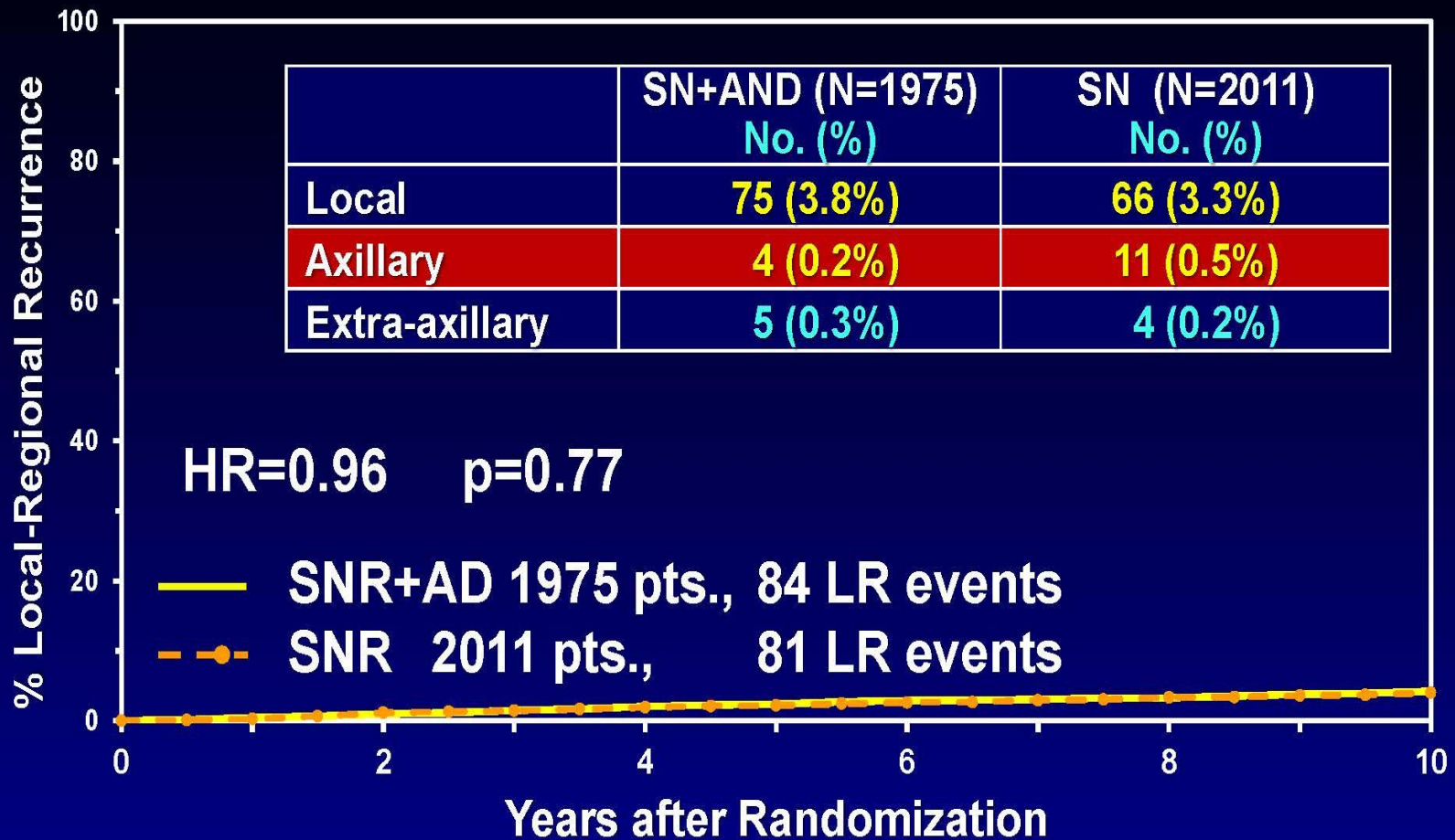
NSABP B-32 Sentinel Node-Negative Patients

Disease-Free and Overall Survival

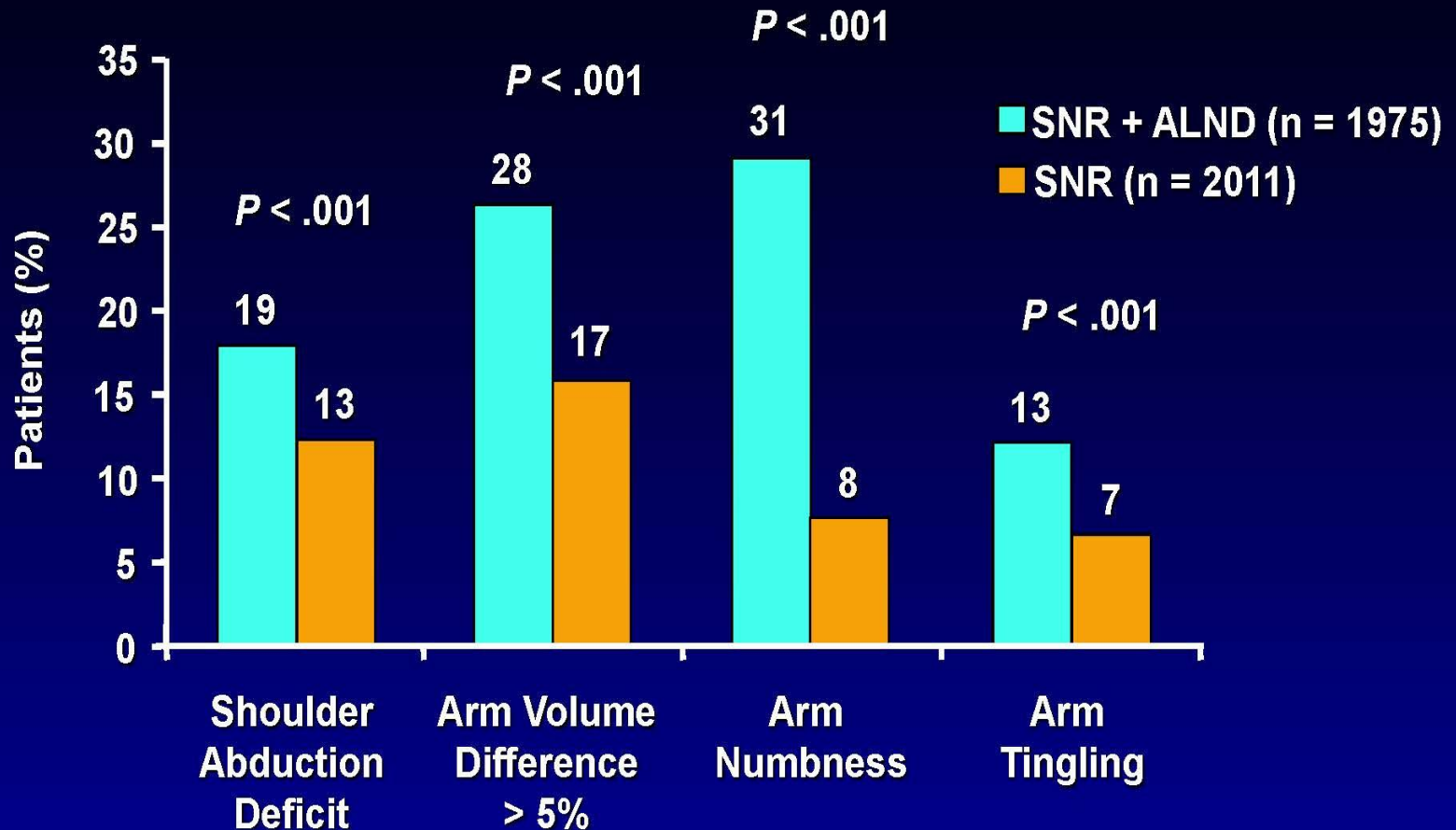


NSABP B-32 Cumulative Incidence

Local-Regional Recurrences



NSABP B-32: Morbidity With vs. Without ALND



Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- El Ganglio centinela con células tumorales aisladas o con micrometástasis

No se realiza vaciamiento axilar:

NCCN 2015/ESMO2014/ASCO Guideline 2014

*Internacional Breast Cancer Group 23-01 protocolo aleatorizado T1T2N0 con microM en GC. Una rama con vaciamiento y una de control: sin diferencias estadísticas significativas en cuanto a recurrencias locales, axilares y a distancia

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- II Ganglio centinela con células tumorales aisladas o con micrometástasis

ACOZOG Z0010: 5210 pacientes T1-2N0 tratadas con cirugía conservadora y BGC---- 10.5% de metástasis ocultas---No diferencias en SLE y SG

(Diagnóstico por IHQ)

NSABP-B32-----15.9 % de metástasis ocultas---no diferencias en SG

A partir de estos datos no se recomienda uso rutinario de la IHQ

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- III Ganglio centinela con macrometástasis
Por el momento se realiza Vaciamiento axilar

Sin embargo en muchos lugares, en casos seleccionados se evalúa la posibilidad de no realizarlo: si la paciente cumple con los criterios del ACOZOG 2001

Se trata de un protocolo aleatorizado que incluyó pacientes T1T2 N0 clínico con hasta 2 GC + a los que se les realizó una tumorectomía con márgenes libres, a las que se le realizaría PQT y RT

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Una rama ----- VA
- Otra rama----- control
- Seguimiento por 6.3 años

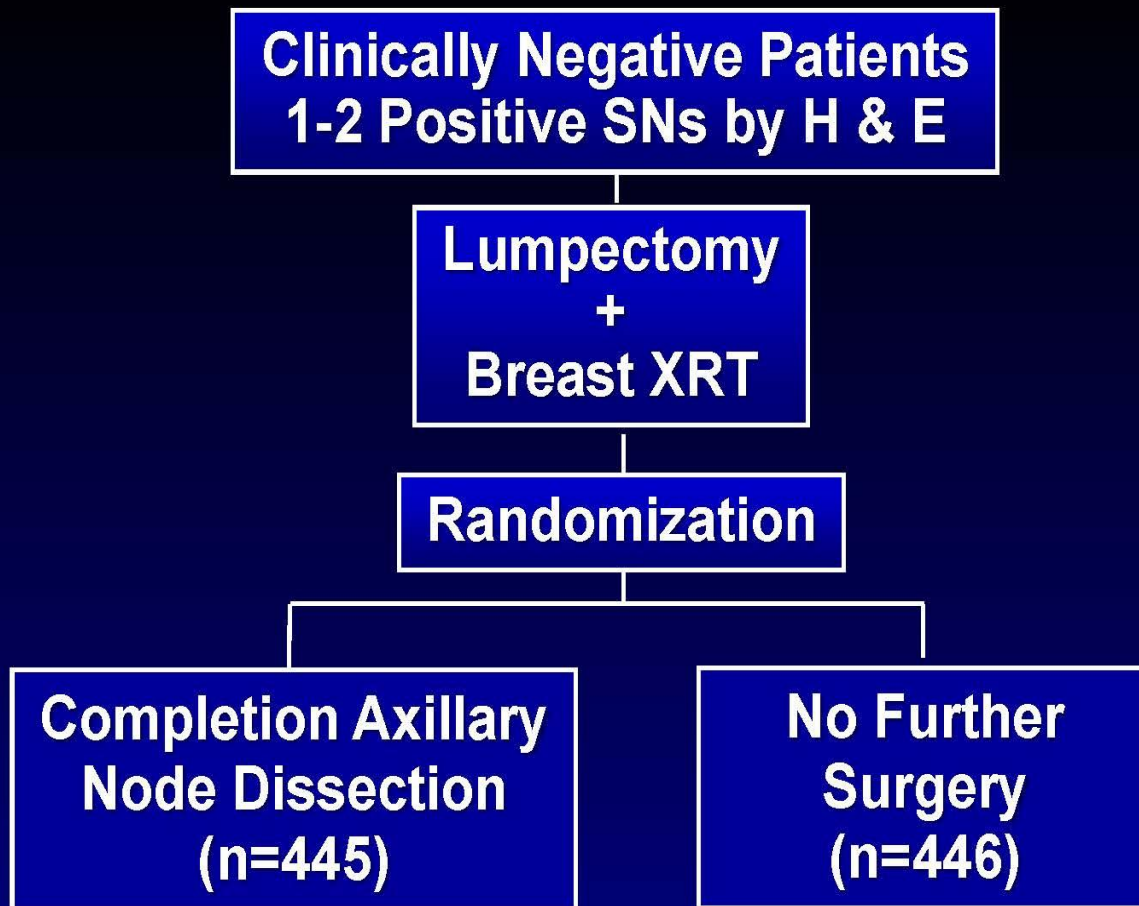
Resultados:

*la recurrencia LR axilar

*SLE y SG

} iguales

ACOSOG Z0011



N=420

N=436

Included in Primary Analysis

**Target Accrual:
1900 women
(500 deaths)
Actual Accrual:
991 pts
(94 deaths)**

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Z 11 : conclusiones

En pacientes con axila clínicamente negativa y con uno o dos ganglios centinelas positivos, que reciben terapia sistémica y radioterapia, parece no estar justificada la disección o el vaciamiento axilar de rutina

Giuliano

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Z 11 Protocolo en revision y controversial:

Criticas:

- *reclutamiento menor de lo esperado

- *seguimiento corto

- *factores pronósticos mas favorables en la rama con GC solo

- *no aplicable a mujeres jóvenes

- *no aplicable a tumores con RRHH –

- *pérdida de pacientes en el seguimiento

- *no bien definidos los campos de Rt y probablemente la axila esté tratada

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- *A pesar de ser un tema controversial :*

Guías ASCO 2014, ESMO 2014 Y NCCN 2015 recomiendan considerar la no linfadenectomía en pacientes T1T2 N0 con no mas de 2 GC + con tratamiento conservador y a las cuales se le realizará Rt en toda la mama

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Existen otros protocolos que se están llevando a cabo como por ej:

AMAROS

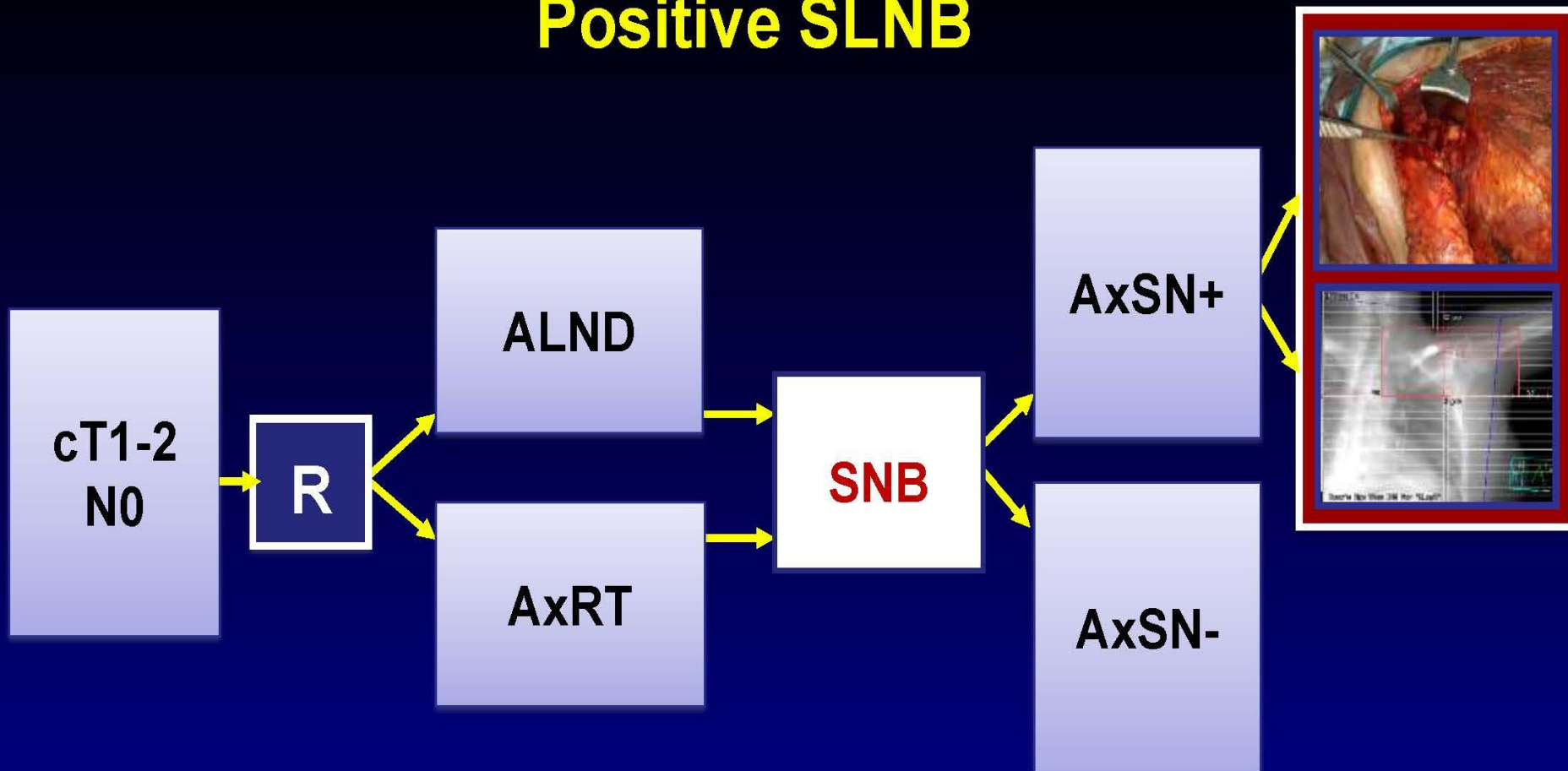
Incluye en la rama sin cirugía la radioterapia axilar

Seguimiento de mas de 6 años sin diferencias en lo referente a la SLE Y SG

ACOSOG Z0011: Results

Endpoint	SNB Alone	Completion AND	P value
3 or More Positive Nodes	5%	17.6%	<0.001
Additional Positive Nodes on AND	N/A ??	27.3% 97 pts	
5-Year In-Breast Recurrence	2.1%	3.7%	0.16
5-Year Axillary Nodal Recurrence	1.3%	0.6%	0.44
5-Year Overall Survival	92.5% (90-95.1)	91.8% (89.1-94.5)	HR: 0.87 0.25
5-Year DFS	83.9% (80.2-87.9)	82.2% (78.3-86.3)	HR: 0.88 0.14

AMAROS Trial: Axillary Dissection vs. Axillary XRT After Positive SLNB



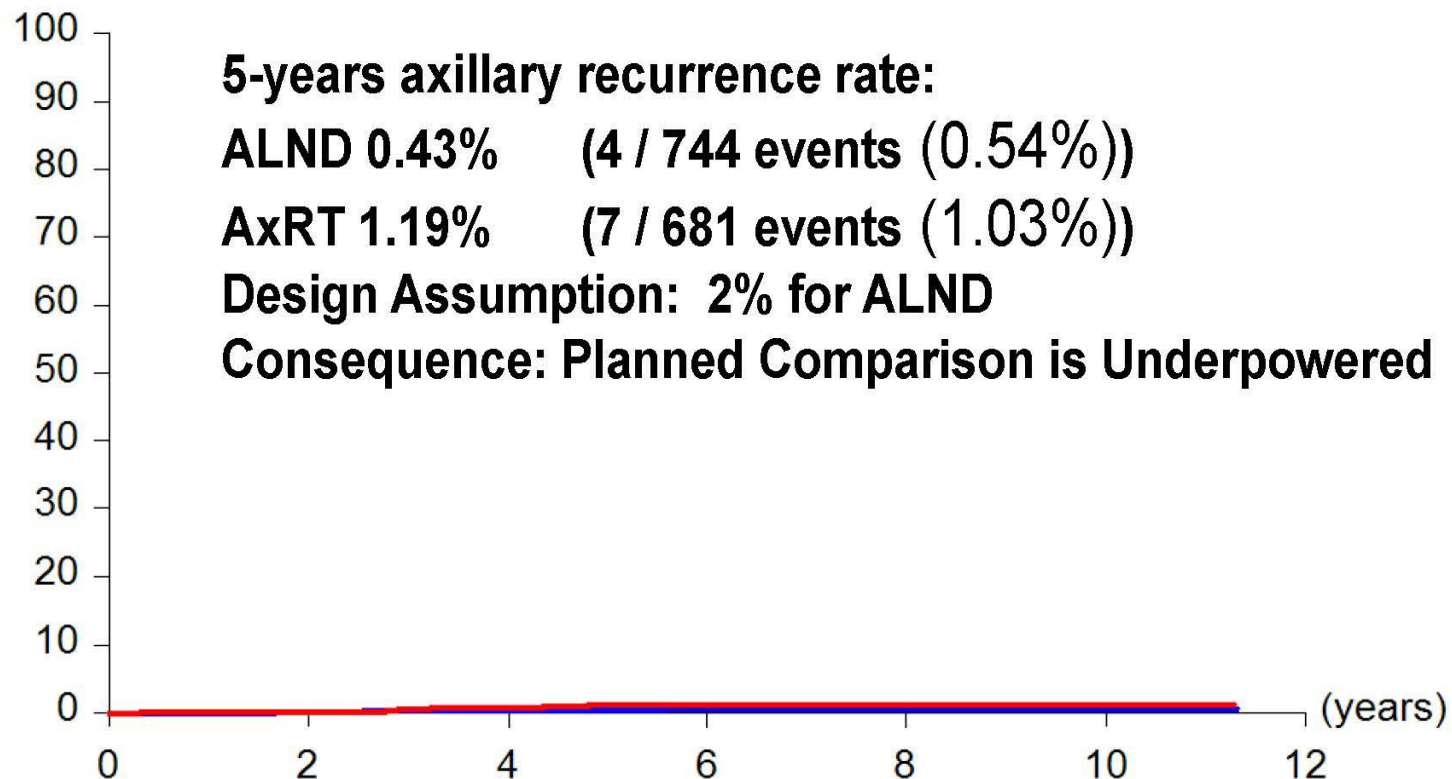
- **Primary Objective:** To demonstrate non-inferiority in axillary recurrence rate with axillary XRT compared to ALND

AMAROS:

Tumor and Treatment Characteristics

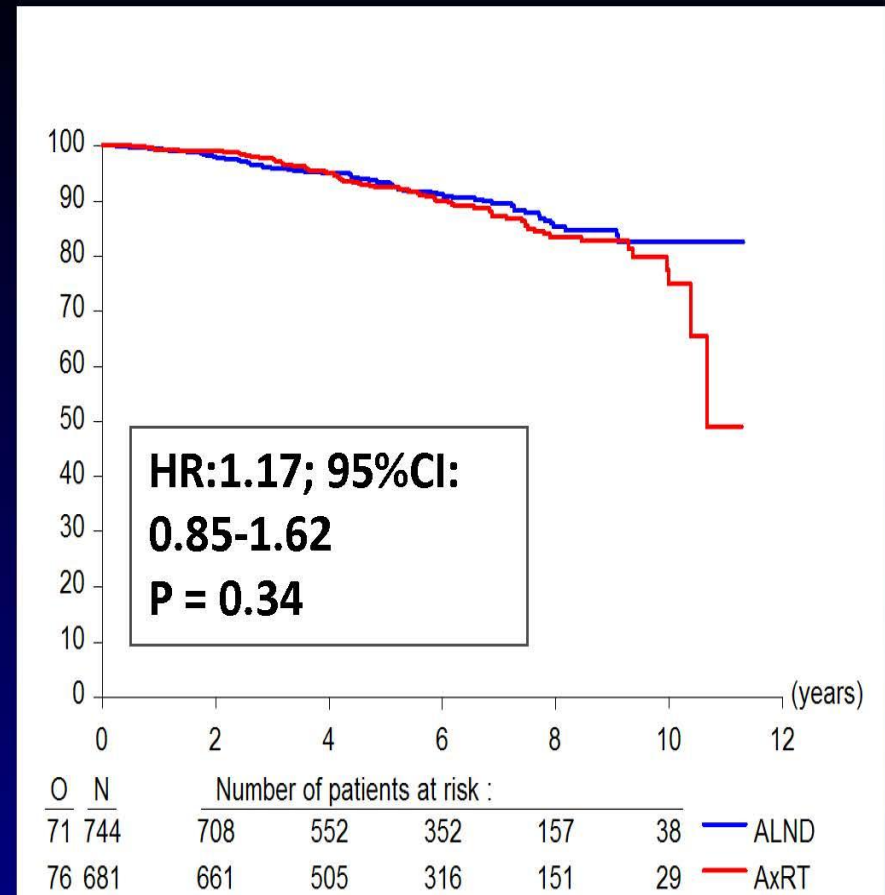
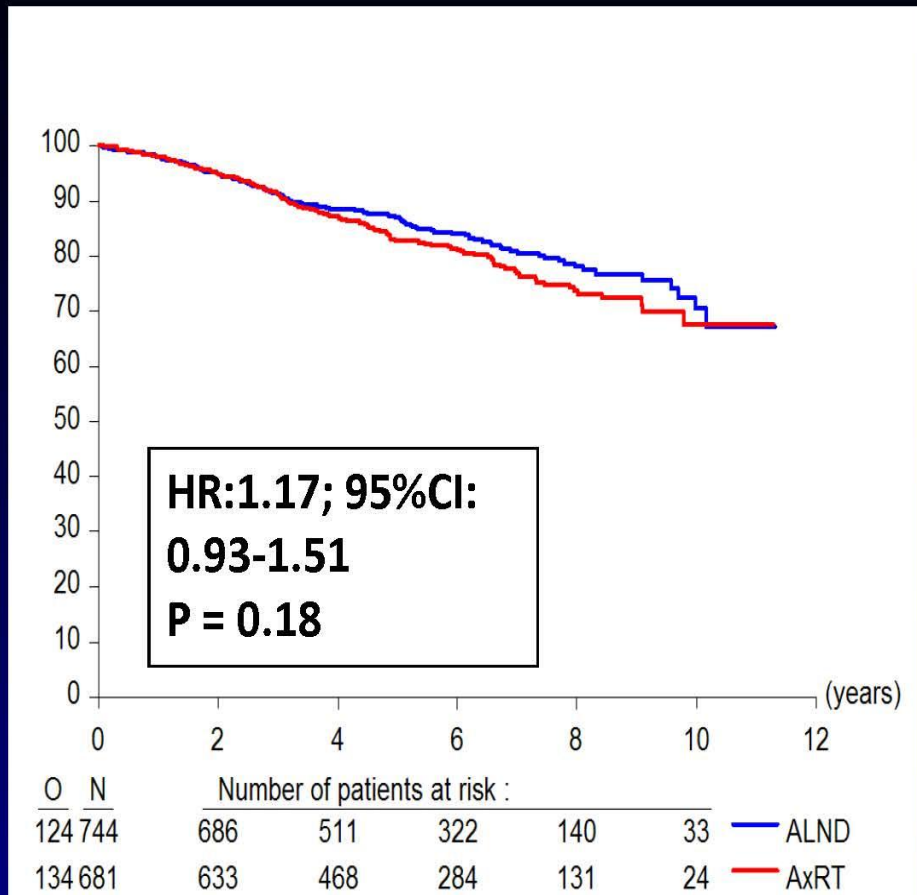
	ALND (744 pts)	AxRT (681 pts)
Size of metastases in SN		
macrometastases	59.4 %	61.5 %
micrometastases	28.9 %	28.6 %
ITC	11.7 %	9.8 %
Breast surgery		
BCS	81.9 %	81.8 %
Mastectomy	17.1 %	17.8 %
Number of additional (+) nodes		
0	67.1 %	
1-3	25.0 %	} 33%
≥ 4	7.8 %	

AMAROS: Axillary Recurrence Rate



O	N	Number of patients at risk :						
4	744	707	550	349	156	38	— ALND	
7	681	659	503	314	151	29	— AxRT	

AMAROS: Disease-Free and Overall Survival



Cáncer de Mama

Manejo de la axila

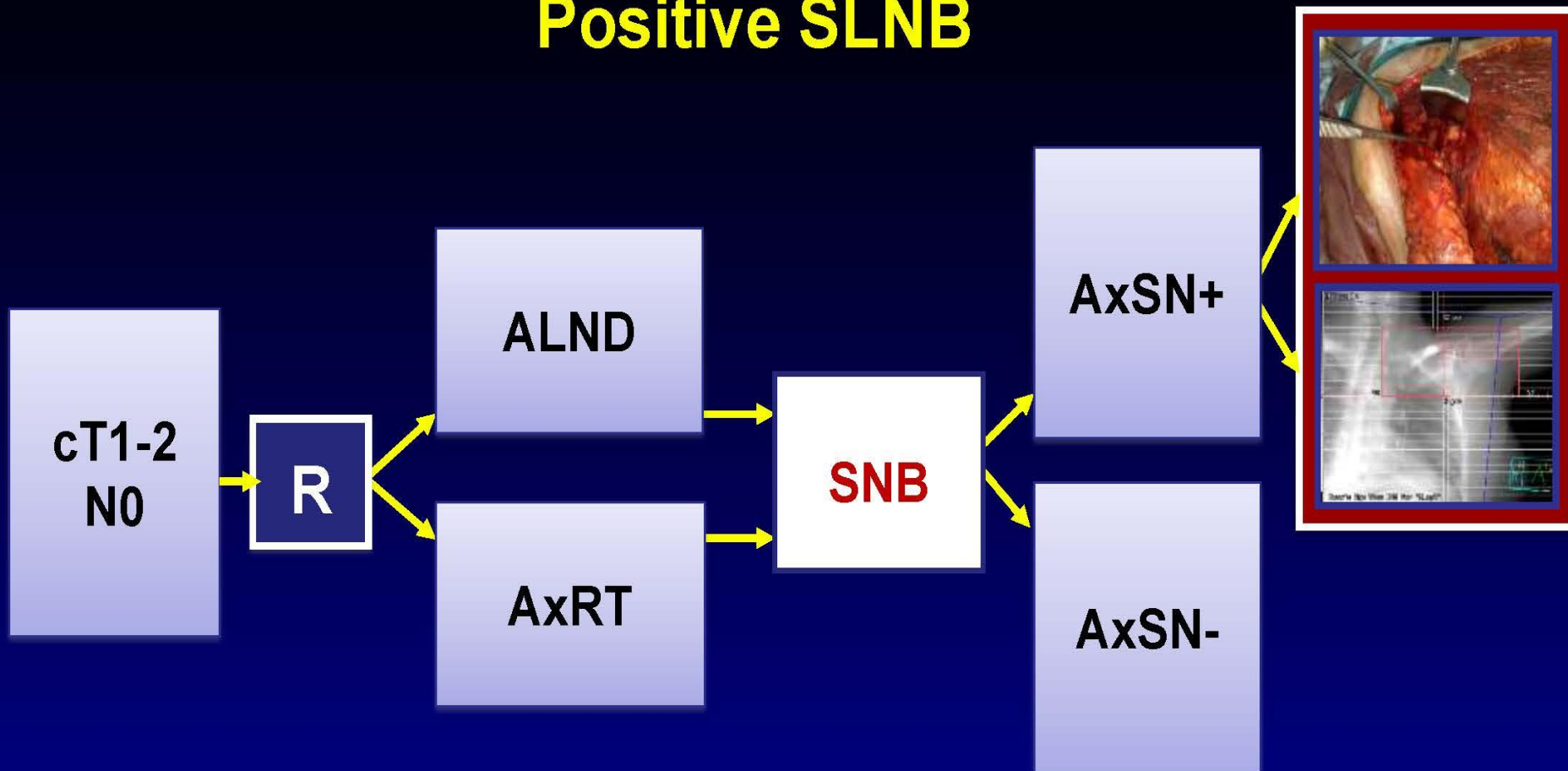
- Existen otros protocolos que se están llevando a cabo como por ej:

AMAROS

Incluye en la rama sin cirugía la radioterapia axilar

Seguimiento de mas de 6 años sin diferencias en lo referente a la SLE Y SG

AMAROS Trial: Axillary Dissection vs. Axillary XRT After Positive SLNB



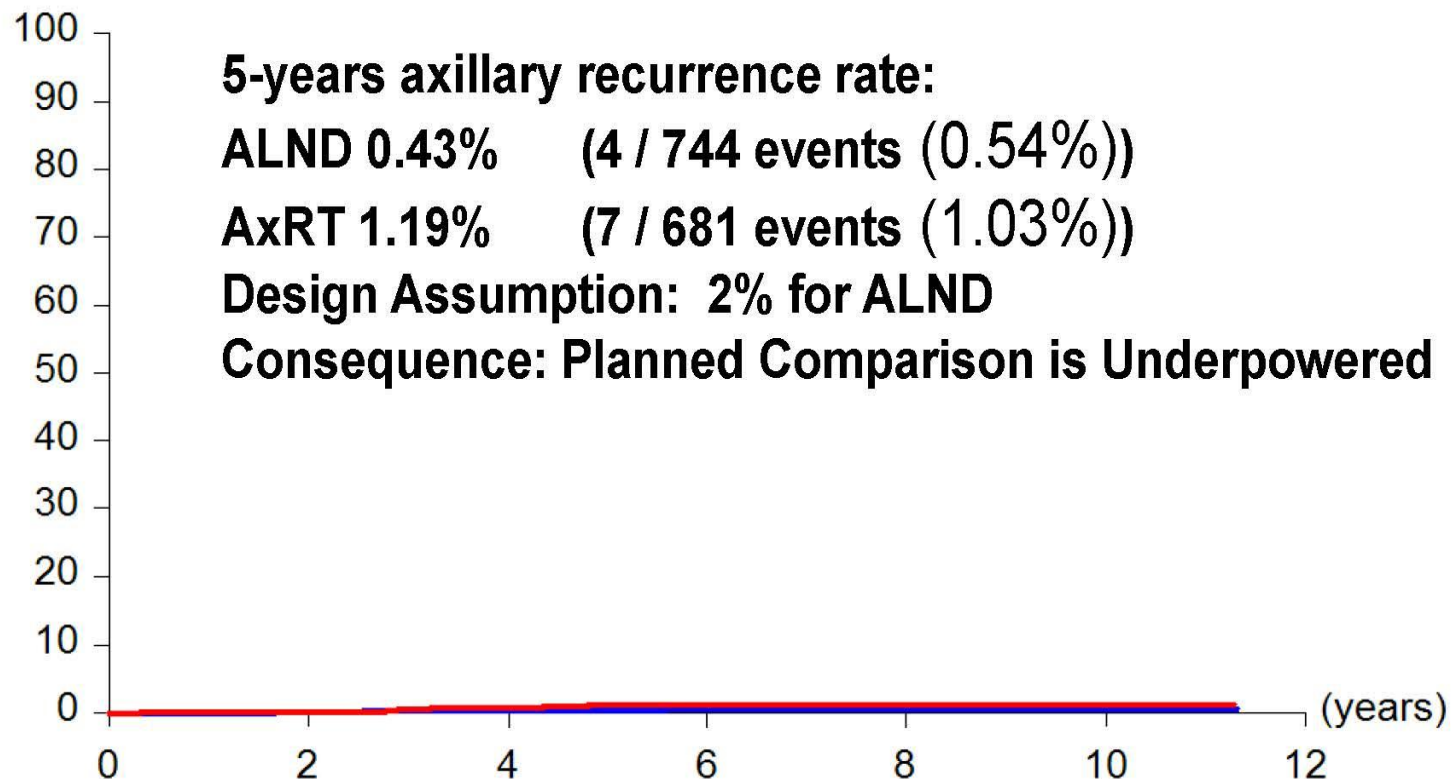
- **Primary Objective:** To demonstrate non-inferiority in axillary recurrence rate with axillary XRT compared to ALND

AMAROS:

Tumor and Treatment Characteristics

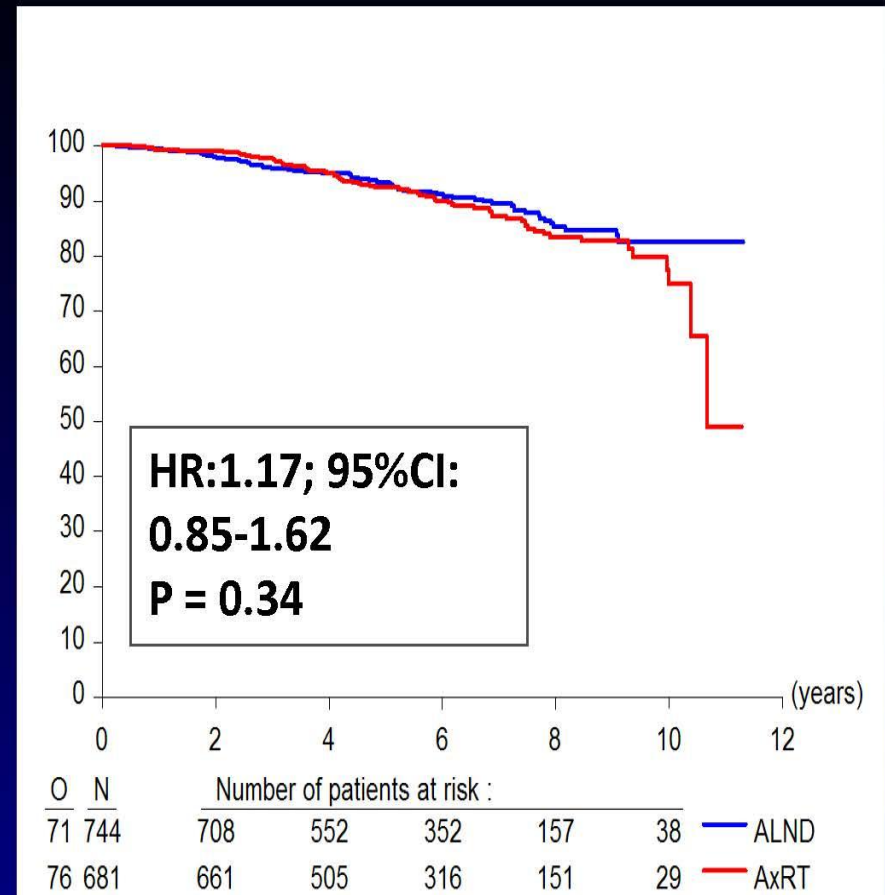
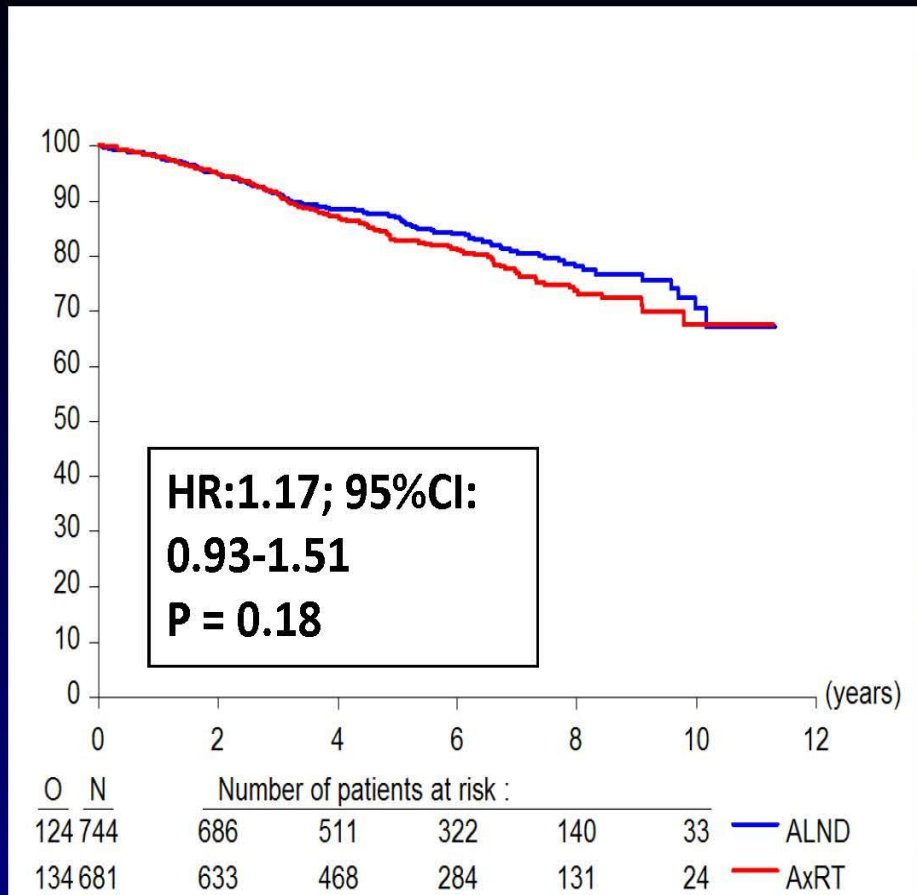
	ALND (744 pts)	AxRT (681 pts)
Size of metastases in SN		
macrometastases	59.4 %	61.5 %
micrometastases	28.9 %	28.6 %
ITC	11.7 %	9.8 %
Breast surgery		
BCS	81.9 %	81.8 %
Mastectomy	17.1 %	17.8 %
Number of additional (+) nodes		
0	67.1 %	} 33%
1-3	25.0 %	
≥ 4	7.8 %	

AMAROS: Axillary Recurrence Rate



O	N	Number of patients at risk :						
4	744	707	550	349	156	38	— ALND	
7	681	659	503	314	151	29	— AxRT	

AMAROS: Disease-Free and Overall Survival



Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- FUTURO DEL GC

Dado los resultados de los últimos protocolos de GC(no tratar la axila con poca carga tumoral, irradiar la axila con ganglios positivos, etc)

Dado el beneficio del tratamiento sistémico en la enfermedad axilar

Dado el uso de la biología tumoral en la decisión del tratamiento adyuvante

Realmente:¿necesitamos la información que nos proporciona el GC?

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- Dos protocolos en curso probablemente contesten esta pregunta:

SOUND

INSEMA trial

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- SOUND trial: *Sentinel node vs Observation after axillary ultrasound*

Prospectivo aleatorizado y multicèntrico: incluye pacientes T1 N0 clínico, candidatas a cirugía conservadora. Se efectúa Ecografía axilar: si es normal (o si la punción es normal) se componen dos grupos de manera aleatoria:

BGC : si es positiva-----VA

Observación (sin cirugía)

Cáncer de Mama

Manejo de la axila

- INSEMA trial: Intergroup Sentinel Mamma

Estudio prospectivo aleatorizado y multicéntrico que incluye pacientes T1T2 N0 clínico con ecografía axilar normal o punción axilar negativa candidatas a tratamiento conservador.

Dos ramas:

*Observación

*BGC: si es positivo y no mas de 2 g: se vuelen a aleatorizar: a) no cirugía b) VA

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

- Cirugía en Grupos de alto riesgo

Estudios genéticos...BRCA 1 -2



Cirugía de reducción de riesgo:

Mastectomía conservadora de piel/del CAP

Concepto: pacientes sanas

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

Cirugía Oncoplástica:

El término fue ampliado incluyendo todas las técnicas de reconstrucción inmediata postmastectomía parcial o total (RMI), la corrección de secuelas (RMD), y reparación inmediata de las cirugías por tumores localmente avanzados y recurrencias que involucran la pared torácica

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

Cirugía Oncoplástica:

«todos los abordajes quirúrgicos tendientes a lograr en el tratamiento conservador una resección oncológica con márgenes satisfactorios, en el que se trata de minimizar las posibles deformidades y obtener mejores resultados cosméticos»

Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. Nuevos conceptos

Cirugía Oncoplástica y BGC

- No se recomienda para la cirugía de reducción de riesgo en pacientes BRCA sanas
- Si se plantea en la reducción de riesgo de mama contralateral en pacientes operadas de Cáncer de mama.

GRACIAS !!!!!