



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CÁNCER DE MAMA

19 y 20 de julio de 2024
Hotel Hilton Colón, Salón Bartolomé

🇨🇱 🇪🇨 🇪🇸 🇬🇧 🇲🇽 🇮🇹

Temas a tratar:

- Diagnóstico del cáncer de mama
- Manejo clínico del cáncer de mama
- Manejo quirúrgico del cáncer de mama
- Manejo radioterápico del cáncer de mama
- Manejo de complicaciones asociadas
- Seguimiento y control del cáncer de mama

Valor curricular:
20 horas académicas
Con certificado de asistencia y aprobación

Inversión:	
• Médicos Especialistas y Tratantes	\$200
• Médicos Residentes y otros profesionales de la salud	\$180
• Enfermeras y Posgradistas	\$150
• Estudiantes	\$50

Inscripciones:
Oficina de Docencia o al correo electrónico: docencia@solcaquito.org.ec

* Descuento a 3 meses al rol de pago

¡Juntos somos esperanza de vida!

Rol de la cirugía mamaria en enfermedad metastásica

Dra. M. Soledad Del Castillo

Unidad de mama IMGO-Córdoba- ARGENTINA



Temario

- 1) Introducción
- 2) Evidencia científica
- 3) Aspectos quirúrgicos
- 4) Conclusiones

1) Introducción

- ✓ Estadio IV del cáncer de mama puede ser:
 - por recurrencia sistémica de una enfermedad locorregional
 - **de novo** (hasta 3 meses del diagnostico)
- ✓ 6- 10% de los nuevos cánceres de mama diagnosticados en EEUU ocurre conjunto con enfermedad mts.
- ✓ La manera de **presentación es muy heterogénea**. Compromiso: local, regional, sistémico.
- ✓ La sobrevida global (OS) está determinada por la enf. sistémica más que por el compromiso locorregional.
- ✓ El pronóstico y la evolución de la paciente depende del **tipo de metástasis**, carga tumoral y la sintomatología.
- ✓ El **perfil molecular** condiciona las posibilidades de respuesta, de implementar diferentes líneas de tratamiento y la sobrevida de la paciente.

Objetivos terapéuticos en enfermedad metastásica

1

Prolongación de la sobrevida global y libre de progresión

2

Disminución de síntomas y complicaciones asociadas al cáncer

3

Mejorar la calidad de vida de las pacientes

Hasta el momento la **cirugía locorregional** está reservada para en estos escenarios:

- **Paliativa** por complicaciones locales: Tumores ulcerados, sangrantes, infectados o que cursan con dolor (8- 10% pacientes)
- Evitar progresión ante la falta de respuesta local.



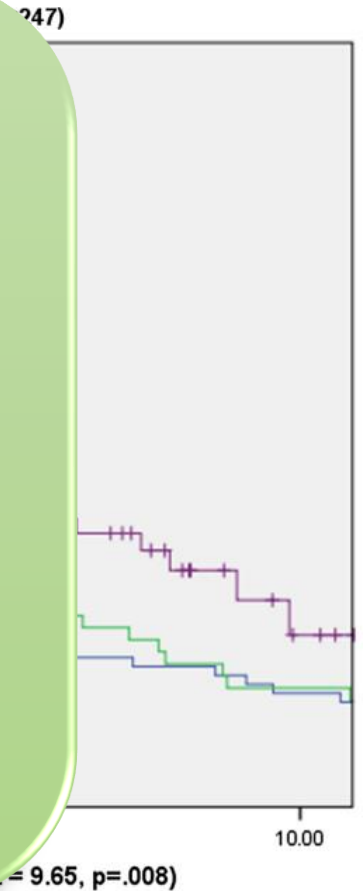
Sobrevida global a 3 años es del 27- 44% con una sobrevida media de 16 a 30 meses.

(Khan, J Surg Oncol 2014)

En las 2 últimas
aumentado

- Nuevas mo
- Detección p

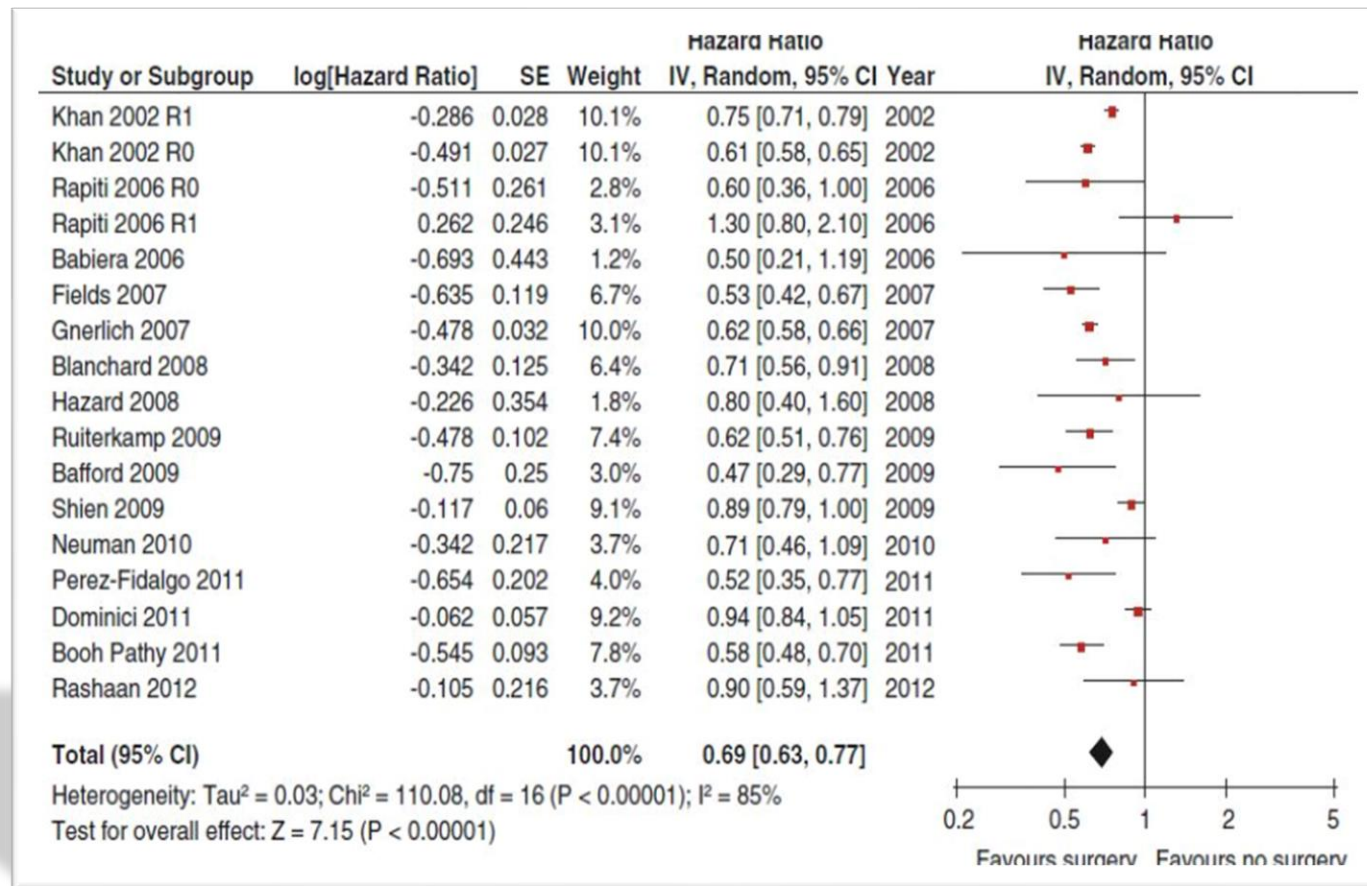
**En este contexto de mayor sobrevida ...
la cirugía locorregional del tumor
primario que rol tiene?**



2) Evidencia científica

Estudios retrospectivos

Resección del tumor primario en pacientes con enfermedad metastásica de novo se asocia a **mayor sobrevida**.
HR 0.69 (95% CI 0.63-0.77)

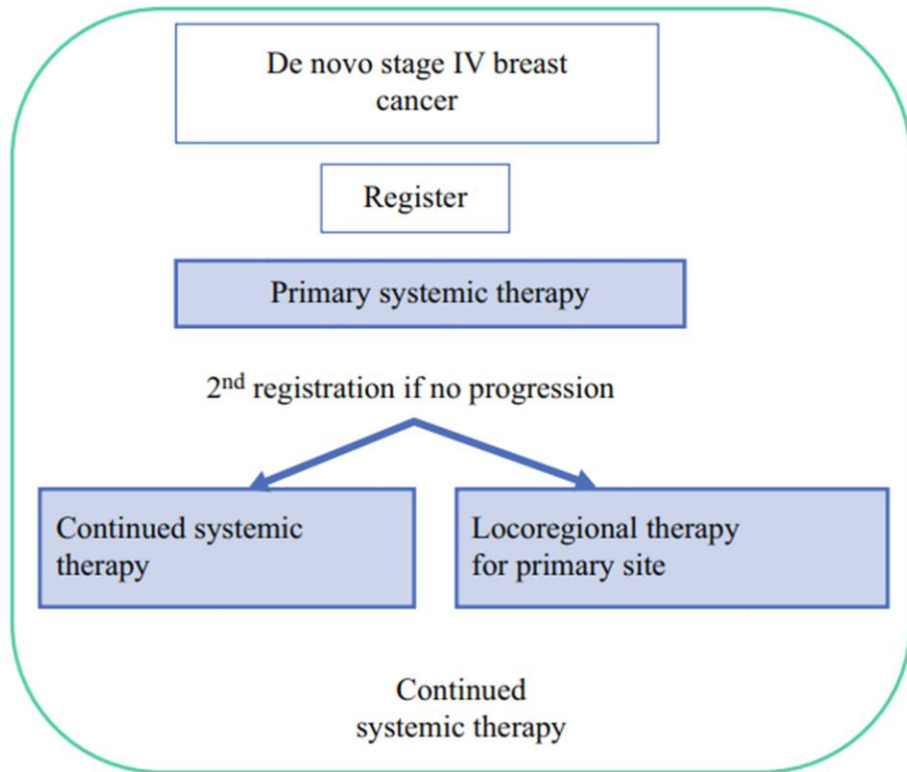


*Estudios tienen muchos sesgos:

Cirugía realizada en mujeres más jóvenes, tumores menor tamaño, mayor RE +, menor carga metastásica, etc. Falta de datos patológicos y del tipo de tratamientos recibidos.

Metaanálisis Petrelli 2012

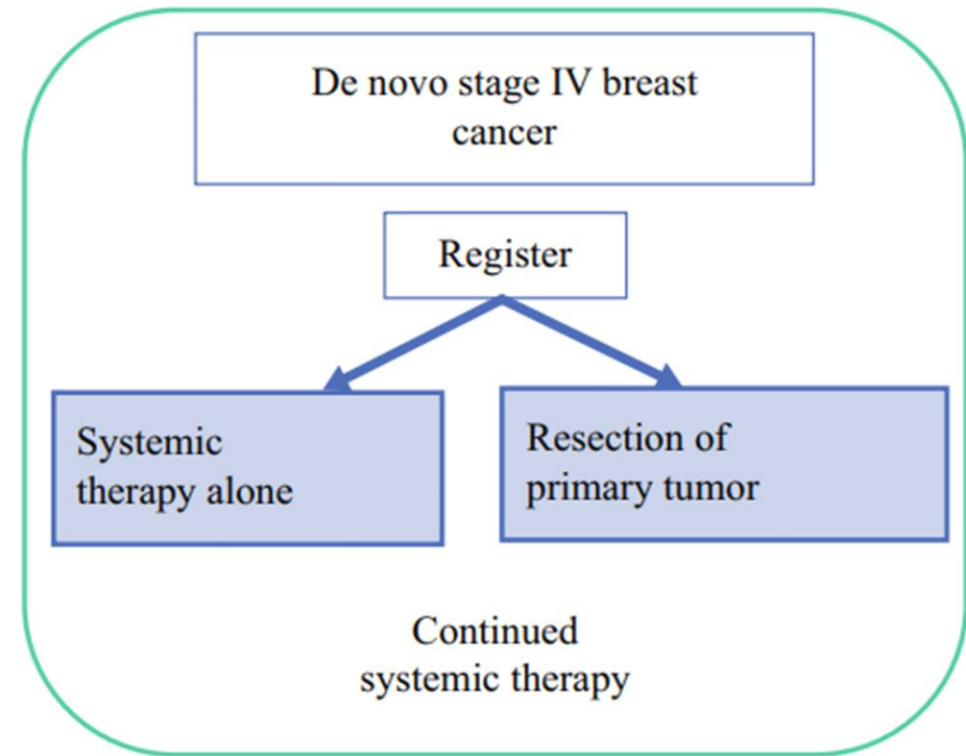
Estudios prospectivos



Trials: - TATA (2015, India)

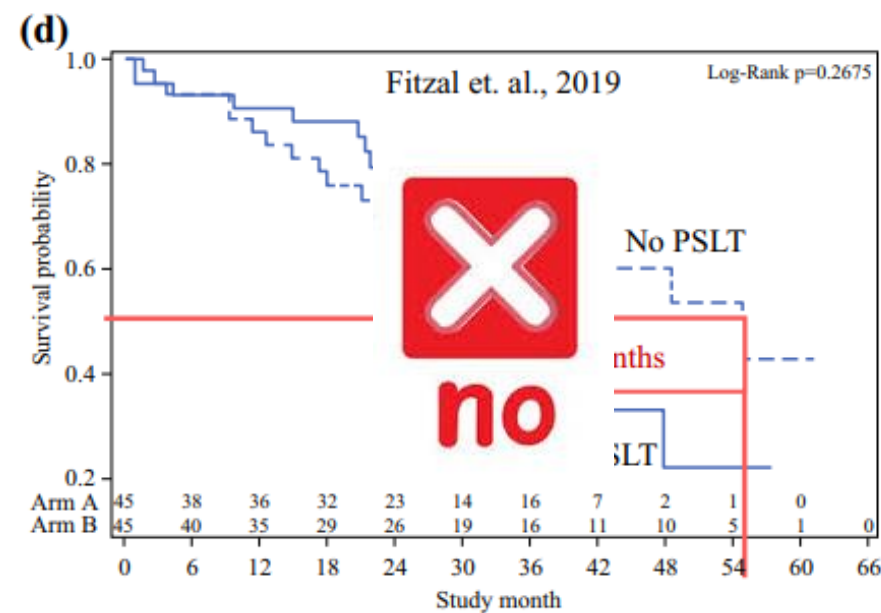
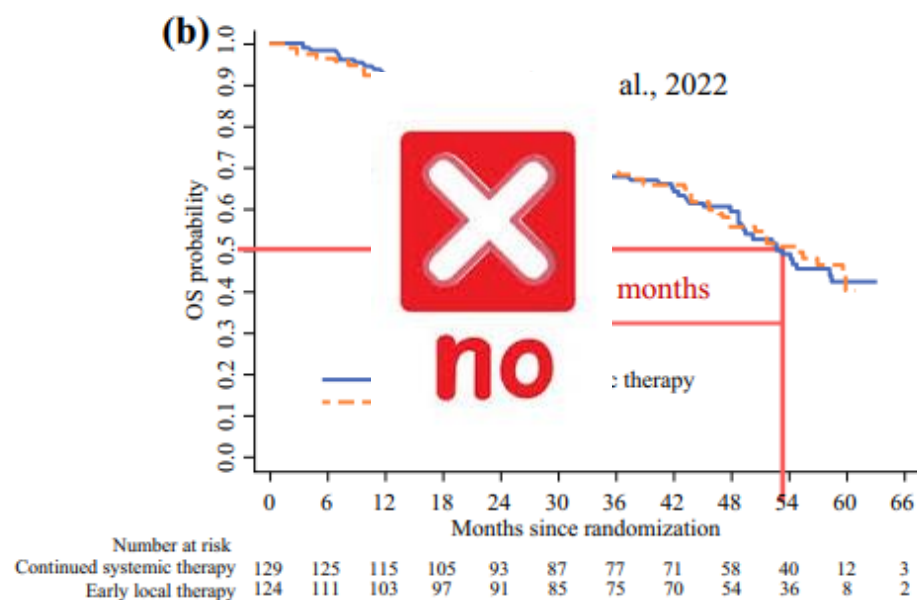
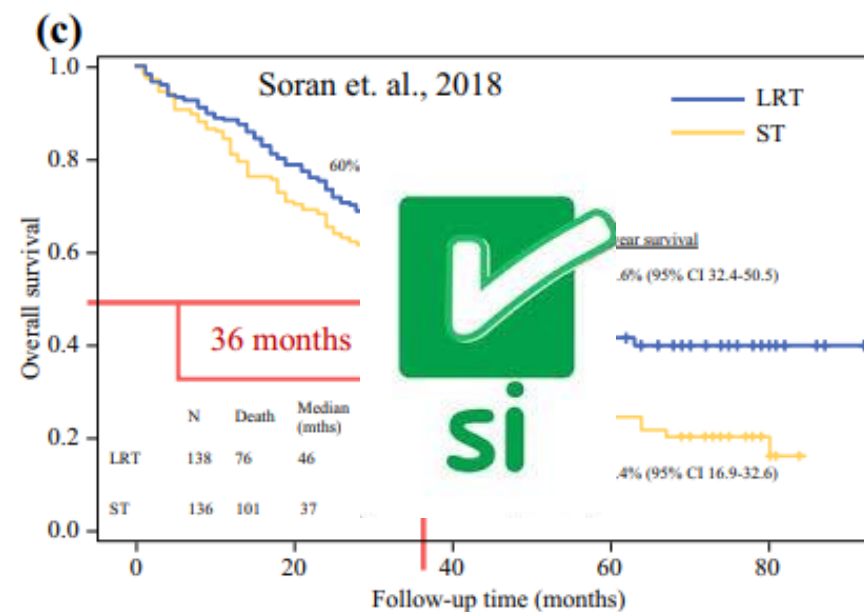
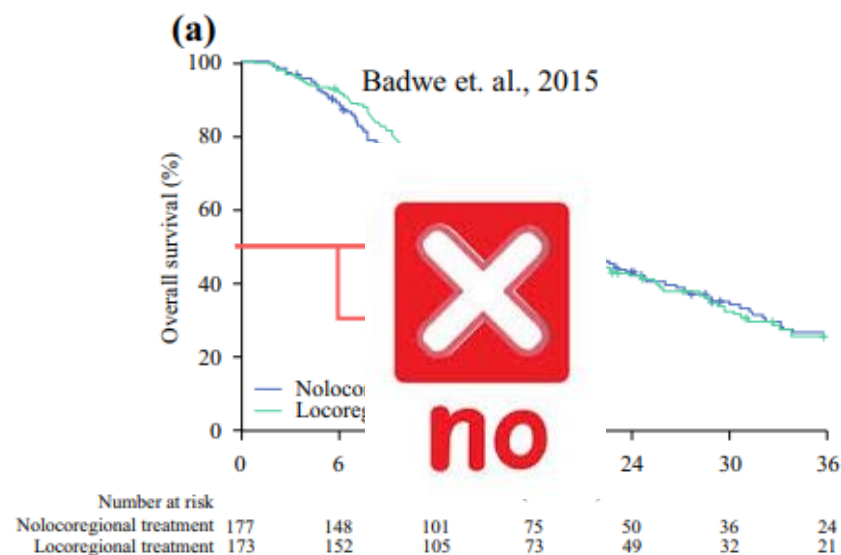
- E2108 (2020, USA / Canada)

- JCOG (2023, Japón)

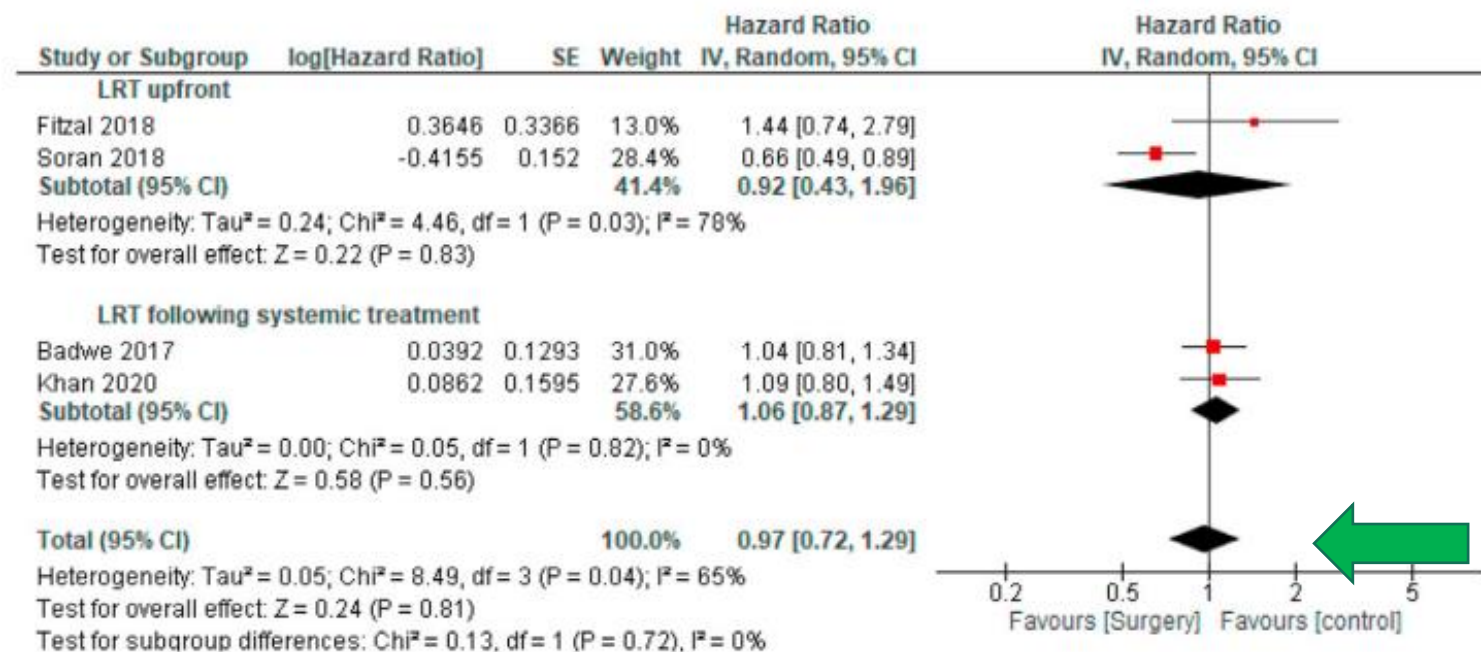


Trials: - TURKISH MF 07-01 (2018, Turquía)

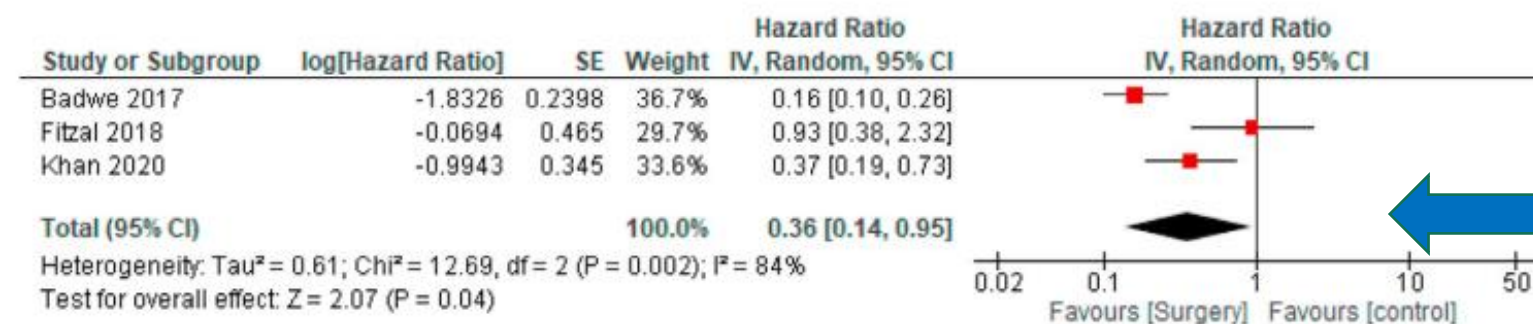
- POSYTIVE (2019, Austria)



A Sobrevida global



B Sobrevida libre de progresión locorregional

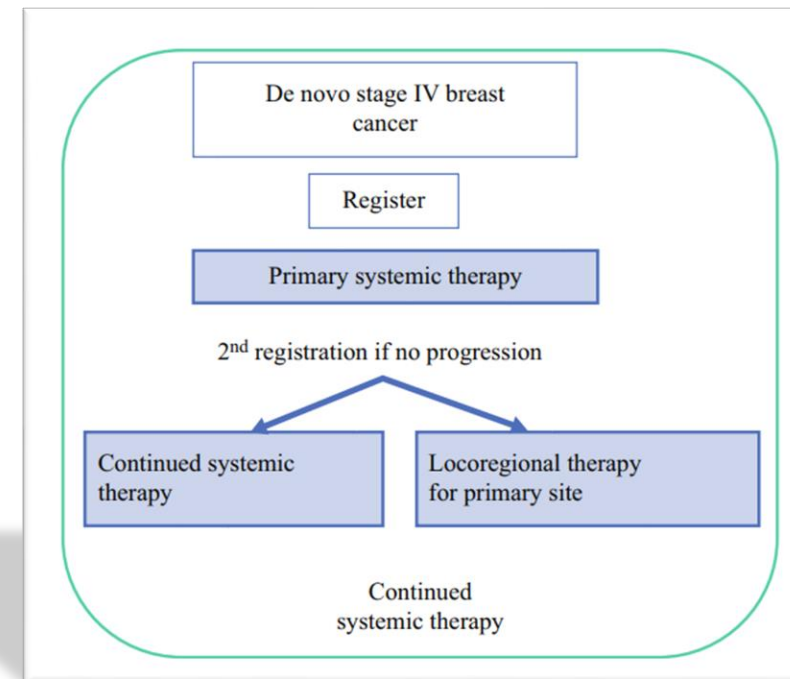


A randomized controlled trial comparing primary tumor resection plus systemic therapy with systemic therapy alone in metastatic breast cancer (PRIM-BC): Japan Clinical Oncology Group study JCOG1017.

Authors: [Tadahiko Shien](#), [Fumikata Hara](#), [Kenjiro Aogi](#), [Yasuhiro Yanagita](#), [Michiko Tsuneizumi](#), [Naohito Yamamoto](#), [Hiroshi Matsumoto](#), ... [SHOW ALL](#) ...

1er objetivo: sobrevida global.

	TS SOLA (n: 205)	Cirugia + TS (n:202)	
Sobrevida global	69 meses	75 meses	NS
Sobrevida libre de enf. local	20 meses	63 meses	P=0.0014



* En un subgrupo de pacientes la sobrevida mejoro con el TLR.
Pacientes RH (+), pre menopáusicas y metastasis en un solo órgano.

Conclusión: La cirugía del tumor primario no esta recomendada en todas las pac con EIV pero logra controlar la enfermedad a nivel local y es aceptable en un grupo seleccionados

Análisis de subgrupos



Diferentes autores de los estudios retrospectivos y de los prospectivos empiezan encontrar que ciertas características se relaciona con una mejor sobrevida.

Edad joven
Subtipo molecular: Luminal
Sitio de la MTS: óseas
Cantidad de focos: oligomttts

Is there a role for locoregional treatment of the primary tumor in de novo metastatic breast cancer in the era of tailored therapies?

Evidences, unresolved questions and a practical algorithm

E. Pons-Tostivint^{a,*,1}, E. Alouani^{a,1}, Y. Kirova^b, F. Dalenc^a, C. Vayssé^c

Critical Reviews in Oncology / Hematology 157 (2021) 103146

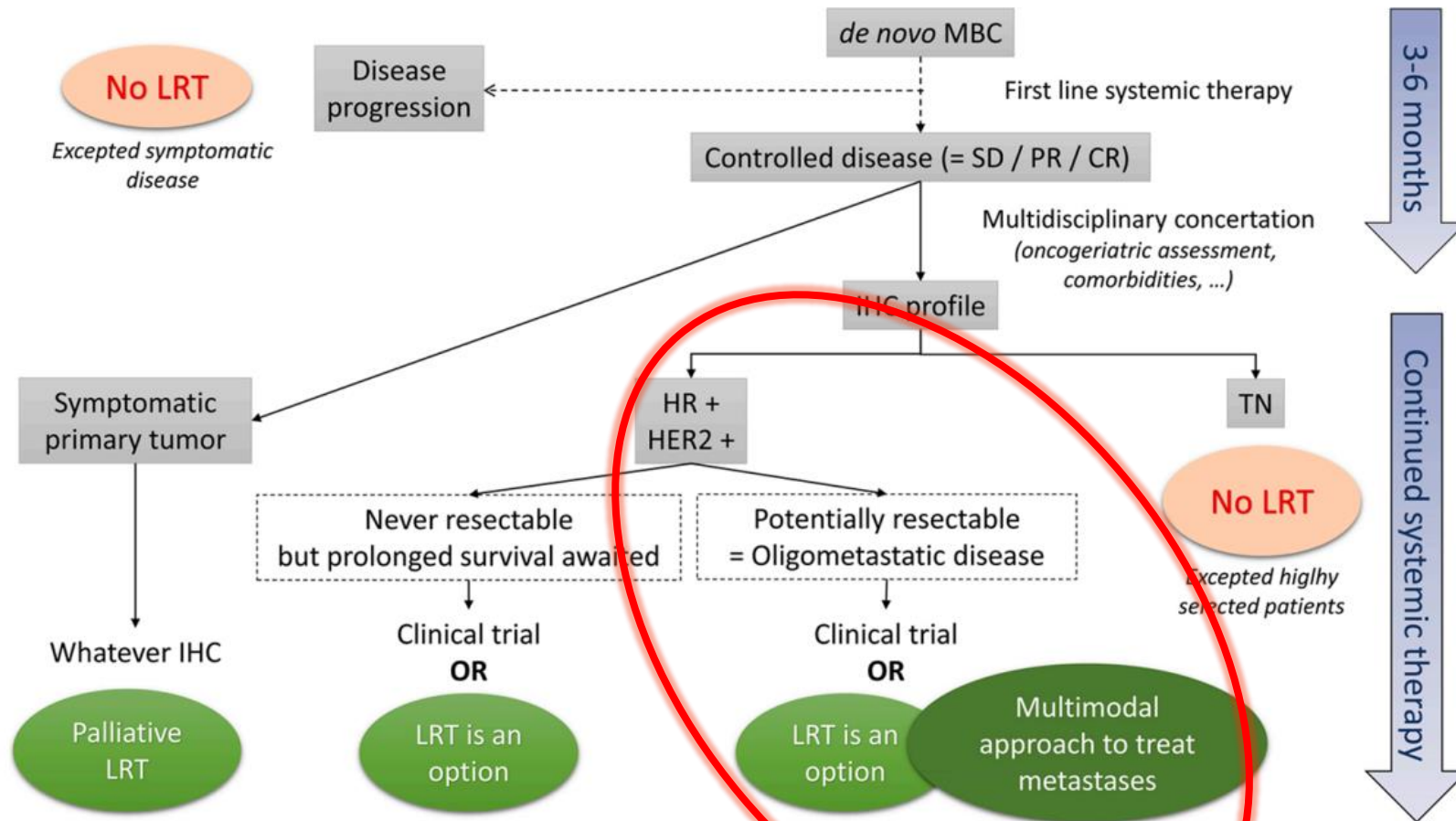


Fig. 1. Decision algorithm to select the optimal candidates for LRT in dnMBC.

The prognostic role of surgery and a nomogram to predict the survival of stage IV breast cancer patients

Xinran Liu^{1#^}, Chengshi Wang^{1,2#}, Yu Feng¹, Chaoyong Shen³, Tao He¹, Zhu Wang¹, Linjie Ma², Zhenggui Du¹

Objetivo: crear un modelo de predicción de pronóstico e identificar a las pacientes con cáncer de mama metastásico que se beneficiarían de la cirugía.

Se identificaron **13 factores de riesgo potenciales**:

Edad, Raza, Estado de convivencia, Ingresos, Grado tumoral, Tamaño, compromiso axilar, Tipo histológico, Subtipo molecular, sitio de la Metástasis Quimioterapia, tiempo de sobrevida a 3 y a 5 años.

Clasificados en diferentes Grupos: **Alto y Bajo riesgo**

Se calculó la mortalidad específica por cáncer y la global en ambos grupos.

Table 4 Univariable hazard ratios of OM and BCSM among patients in the non-surgery group, stratified by risk group, compared to patients in the surgery group

Mortality	Non-surgery group		Surgery group		Hazard ratio (95% CI)	P value
	N	MR	N	MR		
OM						0.002
Low-risk group	975	20.3	vs	10.5	0.52 (0.46–0.58)	
High-risk group	1,840	53.1	vs	33.1	0.63 (0.59–0.69)	
BCSM						0.014
Low-risk group	845	17.6		420 9.3	0.53 (0.47–0.59)	
High-risk group	1,661	47.9		822 29.6	0.63 (0.58–0.68)	

Gland Surgery, Vol 11, No 7 July 2022

Conclusiones:

La cirugía de mama podría mejorar la supervivencia global y mortalidad específica por cáncer de mama en las pacientes con CMM en el grupo de bajo riesgo.

El nomograma establecido podría proporcionar una herramienta para seleccionar pacientes candidatas a cirugía.

- El panel reconoce **la necesidad de más datos de ensayos clínicos aleatorios** que aborden los riesgos y beneficios de la terapia local para los pacientes con enfermedad en estadio IV, al tiempo que eliminan los sesgos de selección.
 - * Aunque los datos disponibles no apoyan ampliamente la consideración de la terapia local con cirugía y / o RT, esto puede ser razonable en pacientes seleccionados que responden a la terapia sistémica inicial.
-



- * La cirugía del tumor primario en ausencia de enfermedad local sintomática no conduce a un beneficio de la OS y, por lo tanto, no se recomienda de forma rutinaria [II, D].
- Puede considerarse para pacientes **con metástasis óseas solamente, tumores HR positivos, tumores HER2 negativos, menores de 55 años, con oligometástasis y buena respuesta al tratamiento sistémico.** [II, B].

3) Aspecto quirúrgico



La cirugía mamaria con fines curativos se debe ajustar al tumor intentando márgenes libres y que no retrase los próximos tratamientos sistémicos y actínicos .



Khan et al. 2002

T1 21.9% T2 34.3% T3 14.1% T4 24.9%
38.3% cirugía conservadora, 59.5% mastectomía

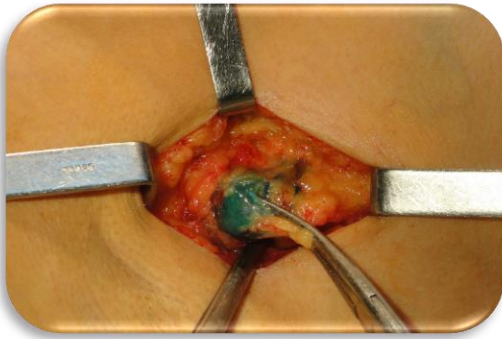
Conclusión: Similar sobrevida independientemente del tipo de cirugía

Márgenes quirúrgicos

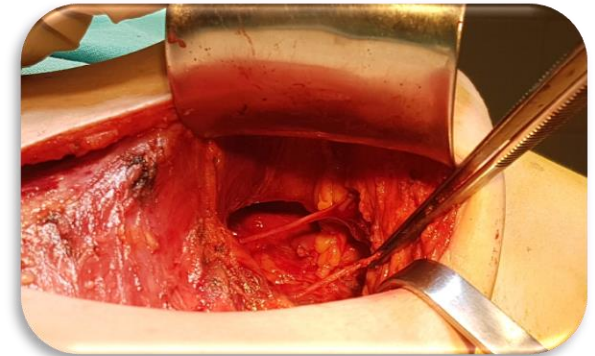
Meta-análisis de Gera et al. 2020
42 trabajos retro y prospectivos

La incidencia de márgenes de resección positivos difirió entre los estudios y no se informó de manera uniforme,
por lo que no fue posible evaluar su efecto en la sobrevida global.

Sin embargo, cabe señalar que la negatividad del margen tendía a *mejorar significativamente* la SVG.



Cirugía axilar



No hay evidencias de su real beneficio en sobrevida global.

En el contexto de cirugía curativa, el abordaje de la axila debería ser según su presentación inicial y respuesta al tratamiento

“desescalar en función de la respuesta”

Objetivo: dejar la axila libre de enfermedad

Axillary management

Stage IV disease

**17TH ST.GALLEN INTERNATIONAL BREAST CANCER CONFERENCE 2021**
Primary Therapy of Early Breast Cancer. Evidence, Controversies, Consensus.
BCC 2021 17 - 21 March 2021, online worldwide

st.galleroncology
conferences

- Four published RCTs¹⁻⁴ investigated the impact of locoregional therapy on survival
 - Three of four showed no benefit on survival
- **All four used curative standards for axillary management (SLNB / ALND)**

¹Khan SA, et al. J Clin Oncol. 2022;40(9):978–87. // ² Badwe R, et al. Lancet Oncol. 2015 Oct;16(13):1380-8. // ³Fitzal F, et al. Ann Surg. 2019 Jun;269(6):1163-1169. // ⁴Soran A, et al. Ann Surg Oncol. 2018 Oct;25(11):3141-3149.

Reconstrucción mamaria

La reconstrucción mamaria inmediata (RMI) en pacientes con CMM es controvertida y puede considerarse innecesaria.

Sin embargo, con tratamientos sistémicos más efectivos, la supervivencia metastásica se ha extendido notablemente con una buena calidad de vida (QoL)

Hay evidencias que las pacientes con reconstrucción mamaria tienen mejor satisfacción y QoL

El avance de las técnica de RMI permiten considerarla como una opción si la paciente lo desea.



Immediate Breast Reconstruction in De Novo Metastatic Breast Cancer: An Analysis of 563 Cases Based on the SEER Database

Clinical Breast Cancer, Vol. 19, No. 1, e135-41 2018

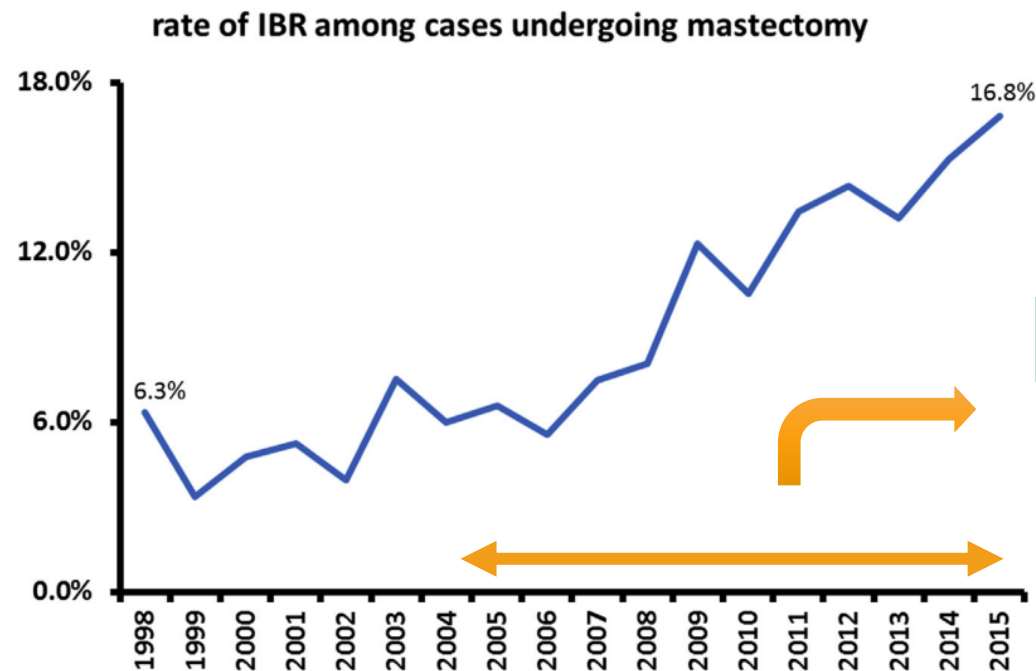
Hongliang Chen, Mingdi Zhang, Maoli Wang, Peng Zhang, Fang Bai, Kejin Wu

Estudio retrospectivo que utilizó los datos de SEER desde 1998 a 2015

33,5% de los cuales se sometieron a mastectomía → **5,2% se le realizó Reconstrucción mamaria inmediata**



Figure 1 Immediate Breast Reconstruction Rates in Patients With De Novo Metastatic Breast Cancer Undergoing Mastectomy, 1998-2015



Según el T:

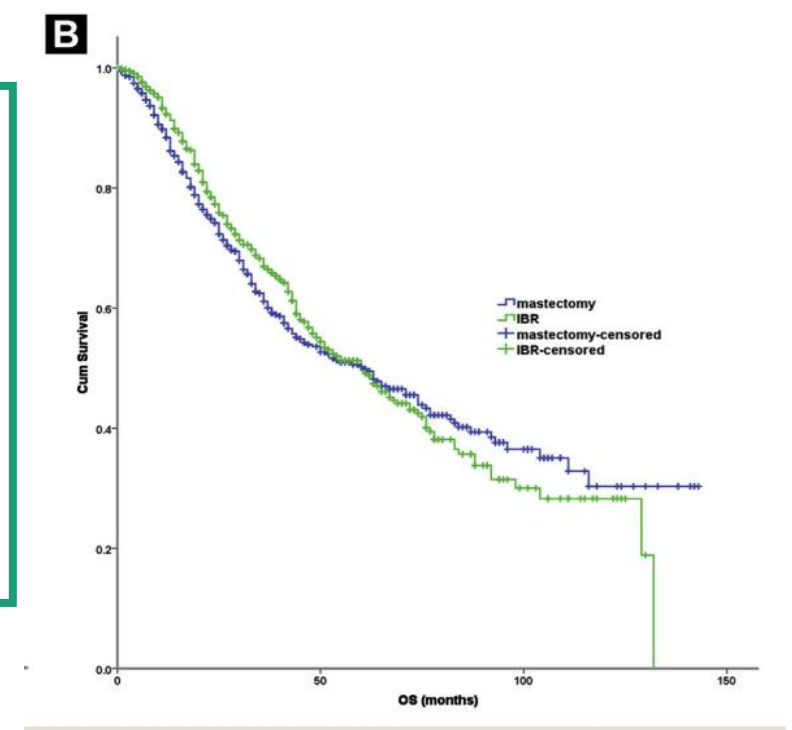
T4mas frecuente RMI c/ tej. autólogo,
T1-3... mas frecuente RMI c/ implantes

RMI con implantes aumentó del 25% al 56,5%

RMI con tej. autólogo disminuyó del 54 % al 26 %

La RMI no afecta la sobrevida global ni específica por cáncer en comparación con la mastectomía.

Las pacientes con mayor esperanza de vida, características favorables, mejor estado de salud y mejor estatus socioeconómico tenían más probabilidades de someterse a RMI



Hoy la indicación de RMI se discute caso a caso, en un equipo multidisciplinario y debe equilibrarse entre la QoL y los riesgos oncológicos.

Se necesita una mayor investigación prospectiva sobre este tema para comprender completamente sus verdaderos riesgos y beneficios.



Temario

- 1) Introducción
- 2) Evidencia científica
- 3) Aspectos quirúrgicos
- 4) Conclusiones

Rol de la cirugía mamaria en enfermedad metastásica de novo

Con fines curativos hay muchas publicaciones que muestran una mejora en sobrevida, pero no aún hay evidencias sólidas como para indicarla de rutina.

Por ahora... ***se discute en equipo multidisciplinario caso a caso.***



¿A quien operar?

- Pacientes con buena respuesta al tto inicial
- Pac con factores de buen pronóstico (edad joven, buen status, oligometts, mts oseas, luminales y Her 2 +)



¿Cuándo operar?

Luego del tratamiento sistémico con buena respuesta



¿Qué tipo de cirugía realizar?

- Mama: adaptada al tumor con márgenes libres
- Axila: En función de compromiso.
- Reconstrucción: no esta contraindicada, se adapta a tumor, riesgo oncológico y al deseo de la paciente.

A background image of a forest with tall, thin trees and sunlight filtering through the canopy, creating a bright, dappled light effect.

Recordar...

El objetivo de la atención en el entorno metastásico debe siempre ser mantener la calidad de vida más alta mientras, se optimiza el control local de la enfermedad y la **discusión con la paciente** sobre el balance riesgo/beneficio es fundamental.

Muchas gracias

soledc1105@gmail.com



BREAST CENTRES NETWORK
Synergy among Breast Units

IMGO Breast Unit. Instituto Modelo Privado de Ginecología y Obstetricia - Cordoba, Argentina