

Cáncer de Mama Localmente Avanzado y Cáncer de Mama Inflamatorio

COORDINADOR
DR. CÉSAR DEL CASTILLO.

INTEGRANTES
DR. MIGUEL MATURANA,
DR. OCTAVIO PERALTA,
DR. CARLOS RENCORET,
DR. ANTONIO SOLÁ,
DR. JUAN SOLÉ.

El Cáncer de Mama Locorregionalmente Avanzado, esta definido por la AJCC como los estadios III A, B y C, incluyendo tumores que pueden ser resecables o no resecables. El cáncer de mama inflamatorio (T4d) es una categoría de cáncer localmente avanzado, que por tener un curso clínico distinto, será analizado en forma separada.

1. Guía para la etapificación

1. Anamnesis y examen físico completo.
2. Mamografía bilateral c/s ecotomografía
3. Diagnóstico histológico: Se sugiere punción con aguja gruesa (Trucut, Biopsia *Core*, mamotome, etc.) y Receptores Hormonales por Inmunohistoquímica.
5. Hemograma completo
6. Orina completa
7. Perfil Bioquímico
8. Radiografía de tórax y/o TAC
9. Cintigrama óseo en presencia de síntomas, elevación de fosfatasa alcalina y estadio III B y C
10. TAC abdominal y/o ecotomografía
11. Electrocardiograma
12. Evaluación de la Fracción de eyección por ecocardiograma o MUGA (si se planifica terapia con antraciclinas)

2.- Tratamiento

El objetivo primario es la curación (sobrevida libre de enfermedad y supervivencia global). Tiene cuatro propósitos básicos:

1. Remover toda enfermedad macroscópica.
2. Erradicar la enfermedad microscópica.
3. Evitar la diseminación a distancia.
4. Conseguir la mejor calidad de vida.

Por lo tanto, el tratamiento es una modalidad combinada, en la que participan la cirugía, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia.

Los objetivos secundarios son el control locorregional, el efecto cosmético y la prevención de secuelas.

Recomendaciones de tratamiento

A.- Tumor primario

a) Resecable:

T_{0-2}	N_{2a} móvil
T_3	N_{1-2a} móvil
T_4	pequeño volumen N_0-N_{2a} móvil (tumor del surco submamario, pared muscular del músculo serrato, pezón y/o areola)

Cirugía: (opción de acuerdo a lo más adecuado y teniendo en cuenta las preferencias razonables de la paciente).

a) Cirugía Radical:

- Mastectomía Total Extendida a niveles axilares I y II.
- Mastectomía Radical Modificada: (MRM)

b) Cirugía Conservadora:

- Si resultado esperado fuera estéticamente adecuado
- Si resultado esperable, no es estéticamente adecuado.

- Quimioterapia u hormonoterapia neoadyuvante:

Cumplido el esquema, según el grado de respuesta logrado:

Cirugía Conservadora

MRM con reconstrucción mamaria post-radioterapia.

c) Reconstrucción Mamaria:

- No se recomienda reconstrucción mamaria inmediata
- Es recomendable realizar reconstrucción mamaria diferida, posterior al tratamiento de radioterapia.

Tratamiento complementario adyuvante: Según etapificación patológica.

Radioterapia:

- Pared torácica o glándula mamaria
- Pared torácica o glándula mamaria y linfáticos periféricos.

Tratamiento Sistémico:

- Quimioterapia: *FAC, AC, AC+CMF, y / o Hormonoterapia (tamoxifeno o inhibidores de aromatasas)

Si la hormonoterapia se combina con quimioterapia se indica una vez finalizada la quimioterapia.

b) No resecable

Tumor de gran tamaño no resecable:

- T_4 Gran volumen, ulcerado
- T_4 Adherido a pared costal o esternón
- Nódulos satélites
- Desproporción tumor /mama, para reparación simple de pared.

N_2 a fijo
 N_{2b} , $N_{3a,b}$ y c

Recomendación

Tratamiento preoperatoria con quimioterapia neoadyuvante y/o radioterapia.

- Sin respuesta suficiente: Terapia paliativa sintomática.

- Con respuesta suficiente: Mastectomía Total + Disección Axilar y radioterapia complementaria (si no se ha usado previamente).
- Evaluar para continuar con terapia sistémica

3.- Cáncer inflamatorio de la mama

Definición

- I. Signos clínicos: Eritema, calor, piel de naranja con solevantamiento y palpación de los bordes que compromete más de un tercio de la mama, historia de rápido crecimiento y tiempo de doblaje tumoral de menos de 4 meses.
- II. Compromiso histológico de los linfáticos dérmicos (émbolos tumorales).

El diagnóstico es esencialmente clínico y la confirmación histológica del compromiso de los linfáticos dérmicos es deseable, pero no imprescindible. Siempre es necesario el diagnóstico histológico de cáncer.

Recomendaciones de Tratamiento

Se inicia con quimioterapia neoadyuvante, con antraciclinas (FAC, AC, CAMFV) por un mínimo de 3 ciclos:

Luego de este paso, se proponen 2 alternativas: según la cantidad de masa tumoral residual post quimioterapia:

- 1.- Mastectomía Radical Modificada, seguida de radioterapia sobre la pared y linfonodos + quimioterapia adyuvante c/s hormonoterapia. (se debe considerar una ooforectomía quirúrgica o radiante en premenopáusicas u otra terapia hormonal si tiene REN (+)).
- 2.- Radioterapia con fraccionamiento acelerado, seguido de 2 alternativas:

- 2.1. Mastectomía radical modificada + quimioterapia adyuvante con o sin hormonoterapia.
- 2.2. Ooforectomía en premenopáusicas seguida de 1 ciclo de FAC + sobreimpresión de radioterapia, complementada con quimioterapia de mantención.

Nota: Se estima que la cirugía tendría importancia en pacientes que presentan una masa tumoral palpable o visible en las imágenes mamarias.

4. Cáncer de mama localmente avanzado o inflamatorio en pacientes con edad avanzada

Se recomienda tratamiento equivalente a lo anterior, siempre y cuando las condiciones médicas del paciente lo permitan; en caso contrario, tratamiento sintomático paliativo.

Bibliografía

1. Balch, CM, et al. Breast In: Greene FL., Page D.L, Fleming I.D., et al AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition. New York: Springer-Verlag, 2002:223-240.
2. Singletary E et al. Revision of the American JCC Staging System for Breast Cancer. J Clin Oncol 20:3628-3636,2002.
3. Loprinzi C: It is now the age to define the appropriate follow up of primary breast cancer patients. JCO 12:881-883,1994.
4. Hortobagyi G.N. et al. Treatment of locally advanced and inflammatory breast cancer in: Harris J.R. et al.Diseases of the Breast, -599.Philadelphia. Lippincott-Raven. 1996.
5. Givio Investigators: Impact of the follow up testing on survival and health related quality of life in breast cancer patients: A multicenter randomized controlled trial. J AMA 271:1587-1592,1994.

6. Roselli del Turco M. et al. Intensive diagnostic follow up alter treatment of primary breast cancer. A randomized trial. *JAMA* 271:1593-1597,1994.
7. Grace WR et al. Inflammatory breast cancer. *Surg Clin North Am* 65:151-160,1985.
8. Zylberberg B et al. Initial chemotherapy in inflammatory breast carcinoma: A study of 230 cases. *The IGR. J Clin Oncol* 4:1765-1771,1986.
9. Booser D. et al. Treatment on Locally Advanced Breast Cancer. *Sem Oncol* 19:278-285,1992.
10. Jornadas de Consenso en Cáncer de Mama 127-131,1999.
11. Fisher B, et al. Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer. *J Clin Oncol* 15:2483-2493,1997.