

Radioterapia en el cáncer de mama temprano

Dr. Antonio Sola V.
Instituto Oncológico,
Clínica Las Condes.

Resumen

Resumen

La cirugía conservadora seguida de radioterapia post operatoria constituye el procedimiento estándar para el manejo del cáncer de mama temprano. Su equivalencia con la mastectomía radical ha sido demostrada en ensayos con largo seguimiento. Las técnicas utilizadas en la actualidad permiten evitar la mortalidad por toxicidad cardíaca descrita en ensayos anteriores. Algunos estudios con corto seguimiento sugieren que pacientes jóvenes, con factores de bajo riesgo podrían abstenerse de irradiación después de cirugía conservadora. Existen nuevos enfoques experimentales, usando irradiación parcial de mama, con radioterapia conformada 3D o braquiterapia, cuya validación está pendiente. La intensidad modulada, puede mejorar la dosimetría y, en algunos casos, reducir las complicaciones, sin modificar el control tumoral.

La mastectomía radical constituyó el primer tratamiento estándar del cáncer de mama. Descrita por Halsted a fines del siglo XIX, permaneció durante más de 60 años como la única opción terapéutica aceptada.

Desde los años 70 se generalizó el uso de cirugía conservadora con radioterapia postoperatoria, constituyendo en la actualidad el procedimiento más utilizado en el tratamiento del cáncer de mama

temprano (1), manteniéndose la mastectomía radical modificada, con o sin reconstrucción mamaria, como una alternativa para los pacientes con contraindicación de manejo conservador.

La equivalencia entre cirugía conservadora de mama con radioterapia y mastectomía radical ha sido demostrada en varios ensayos randomizados con evaluación a largo plazo (2-10), con resultados similares en sobrevida y riesgo de diseminación en pacientes con tumores de hasta 5 cm. y axila (+) o (-).

Así, el manejo conservador estándar actual del cáncer de mama temprano incluye mastectomía parcial, disección axilar o biopsia de linfonodo centinela con o sin disección, radioterapia sobre toda la mama con o sin linfonodos según etapa (11-15) y sobreimpresión en lecho tumoral, según edad, bordes e invasión (16-19).

La radioterapia reduce el riesgo de recurrencia local en 70%, y el riesgo de muerte en 8,1% en pacientes con axila comprometida y en 4% si la axila es negativa. Es decir, previene un muerte por cáncer por cada cuatro recurrencias locales evitada (20-21). Este efecto es igual en todas las pacientes, independiente de la edad, de las características tumorales, de las terapias sistémicas y de la época del estudio.