

CANCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO Y CANCER INFLAMATORIO

Drs.: César Del Castillo, Juan Carlos Acevedo,
Octavio Peralta y Antonio Solá.

El Cáncer de Mama Locoregionalmente Avanzado, esta definido por la AJCC/ UICC como los estadios III (gran tumor en mama c/s tumor axilar, incluyendo tumores que pueden ser resecables o irresecables (Haagensen's). El Cáncer de mama inflamatorio (T4d) es una categoría de cáncer localmente avanzado, que por tener un curso clínico distinto, será visto por separado.

Etapificación:

Estadio clínico IIIA.

To N2 M0
T1 N2 M0
T2 N2 M0
T3 N1 M0
T3 N2 M0

Estadio clínico IIIB:

T4a, b, c cualquier N, M0
Cualquier T, N3, M0.

Guía para la Etapificación:

- Anamnesis y examen físico completo.
- Mamografía bilateral c/s ecotomografía.
- Diagnóstico histológico: Se sugiere punción con aguja gruesa (Trucut o biopsia core).
- Determinación de receptores hormonales por inmunohistoquímica.
- Hemograma.
- Orina completa.
- Perfil bioquímico.
- Radiografía de tórax y/o TAC.
- Cintigrama óseo en presencia de síntomas, elevación de fosfatasa alcalina y estadio III B.
- TAC abdominal y/o ecotomografía.
- Electrocardiograma.
- Evaluación de Fracción de eyección por ecocardiograma o MUGA. (si se planifica terapia con antraciclinas).

Tratamiento:

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

1. Remover toda enfermedad macroscópica.
2. Erradicar la enfermedad microscópica.

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

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

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO:

Pacientes con enfermedad resecable:

-T0-2, N2.

Tratamiento: Se plantean dos opciones:

1. Mastectomía parcial + disección axilar + radioterapia + quimioterapia c/s hormonoterapia.
2. Mastectomía total con disección axilar I-II (nivel III según compromiso) + radioterapia + quimioterapia c/s hormonoterapia (considerar quimioterapia neoadyuvante según relación tumor/mama. Considerar reconstrucción mamaria).

Nota: Actualmente después de la cirugía, se analiza el resultado del estudio histológico. Si existe compromiso metastásico en los linfonodos axilares se prefiere realizar primero quimioterapia y finalmente la radioterapia.

-T3, N1-2.

Tratamiento: Se plantean dos opciones:

1. Mastectomía total más disección axilar (nivel I/II) más radioterapia, más quimioterapia c/s hormonoterapia (se debe considerar la reconstrucción mamaria).

Nota: Puede ser la quimioterapia antes de la radioterapia.

2. Quimioterapia neoadyuvante con doxorubicina más mastectomía total o parcial, con disección axilar de los niveles I y II, más radioterapia, más quimioterapia (es posible invertir la secuencia), c/s hormonoterapia. Se debe considerar la reconstrucción mamaria en mastectomía total.

Paciente con enfermedad irresecable (Signos graves de Haagensen's).

Tratamiento:

Quimioterapia neoadyuvante con doxorubicina:

1. Paciente con respuesta: se propone una Mastectomía total o parcial con disección axilar nivel I/II, seguida de radioterapia y quimioterapia c/s hormonoterapia.
2. Paciente sin respuesta: se inicia Radioterapia seguida de Mastectomía total con disección axilar, quimioterapia c/s hormonoterapia. Se debe considerar reconstrucción mamaria.

HORMONOTERAPIA:

Se indica **tamoxifeno** oral, 20mg al día, en mujeres premenopáusicas RH(+) y todas las postmenopáusicas.

Mujeres sobre 70 años, preferentemente tamoxifeno adyuvante.

SEGUIMIENTO:

| | 1er. y 2do. año | 3 al 5to. año | + 5 años |
|------------------------|---|----------------------|-----------------|
| Anamnesis / ex. físico | c / 3-4 meses. | c / 6 meses. | c / 12 meses. |
| Mamografía | c / 12 meses. | c / 12 meses. | c / 12 meses. |
| Químico sanguíneo | c / meses. | c / 6 meses. | c / 12 meses. |
| Rx. Tórax | En sospecha de recidiva - | | |
| C. óseo y TACs. | Confirmación histológica en metástasis única. | | |

Bibliografía

1. Loprinzi C: It is now the age to define the appropriate follow up of primary breast cancer patients. *JCO* 12:881-883.1994.
2. Hortobagyi G.N. et al. Treatment of locally advanced and inflammatory breast cancer, in Harris J.R. et al (ed): *Diseases of the Breast*, pp 585-599. Philadelphia, Lippincott-Raven. 1996.
3. 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. *JAMA* 271:1587-1592, 1994.
4. Roselli Del Turco M. et al. Intensive diagnostic follow up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. National Research Council project on Breast Cancer Follow up. *JAMA* 271:1593-1597,1994.

CANCER INFLAMATORIO DE LA MAMA

Es la forma de presentación más letal y fulminante. Su definición depende de su historia clínica (primario o secundario), de las características histológicas (compromiso de linfáticos dérmicos) y mamográficas (presencia o ausencia de tumor). Existe consenso del pobre pronóstico, cuando sólo se usan terapias locoregionales. Una revisión de la literatura revela que sólo 12/499 (2.4%) de las pacientes tratadas con mastectomía, entre 1924 y 1968, han sobrevivido 5 años (sobrevivida media 18 meses); 4/203 (1.9%) de las pacientes tratadas con radioterapia exclusiva, sobreviven 5 años (sobrevivida media 15 meses). En contraste, aquellas pacientes tratadas con métodos combinados de cirugía, radioterapia y quimioterapia, han acusado una sobrevivida del 23 a 74% a 4-5 años. A pesar de los nuevos protocolos europeos, que combinan radioterapia y quimioterapia sin mastectomía, en EEUU aún se considera que el tratamiento es la quimioterapia neoadyuvante seguido de mastectomía, radioterapia y quimioterapia de mantención. Algunos centros están investigando la radioterapia en esquemas de fraccionamiento acelerado.

Definición:

1. 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 4 meses.
2. Compromiso histológico de los linfáticos dérmicos. (émbolos tumorales). El diagnóstico es esencialmente clínico y la confirmación histológica es deseable, pero no patognomónica. Según TNM la UICC 1992 AJC clasifica el cáncer inflamatorio como T4d.

Guía de etapificación:

Similar a la del cáncer locoregionalmente avanzado.

Recomendaciones de tratamiento: Sólo T4d, cualquier N, M0.

Se inicia con quimioterapia neoadyuvante, con antraciclinas (CAF, AC, CAMFV). Por un mínimo de 3 ciclos. A continuación, se proponen 2 alternativas:

1. Mastectomía radical modificada, seguida de radioterapia sobre pared y linfonodos más quimioterapia adyuvante c/s hormonoterapia. (Se debe considerar una ooforectomía quirúrgica o radiante en menopáusicas u otra terapia hormonal).
2. Radioterapia con fraccionamiento acelerado, seguido de 2 alternativas:
 - 2.1. Mastectomía radical modificada, más quimioterapia adyuvante con o sin hormonoterapia
 - 2.2. Ooforectomía en premenopáusicas seguida de 1 ciclo de CAF + sobreimpresión de radioterapia, completada 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.

Recomendaciones generales:

El uso de catéter subcutáneo es recomendable en todas las pacientes que reciben quimioterapia.

Bibliografía

1. Grace WR. et al. Inflammatory breast cancer. *Surg Clin North Am* 65:151-160,1985.
2. Zylberberg B. et al. Initial chemotherapy in inflammatory breast carcinoma: A study of 230 cases from the IGR. *J Clin Oncol* 4:1765-1771,1986.
3. Booser D et al. Treatment of Locally Advanced Breast Cancer. *Sem Oncol* 19:278-285. 1992.
4. Kuske R. Inflammatory Breast Cancer. Ochner center for Radiation Therapy. New Orleans, Louisiana.

