

Mesa redonda. Controversias y nuevos retos en la cirugía de mama.

El papel de la cirugía en paciente con respuesta completa tras neoadyuvancia. ¿Es posible desescalar en el tratamiento del cáncer de mama?

The role of surgery in patients with complete response after neoadjuvant therapy: is it possible to de-escalate breast cancer treatment?

Martos Rojas N

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

QUIMIOTERAPIA EN NEOADYUVANCIA

Desde que se empezó a aplicar la quimioterapia en el ámbito neoadyuvante (QTNA) se observó una tasa significativamente más alta de cirugía conservadora de la mama (CCM) (65%), apreciando tasas de conversión del 23-27%.

La comprensión de la biología tumoral y el subtipo del receptor ha permitido detectar que la respuesta tumoral a la QTNA es diferente según el subtipo tumoral, teniendo unos de ellos mejor respuesta que otros y, por ende, un mayor beneficio de la QTNA para la disminución de la estadificación de la mama.

Las tasas de Respuesta Completa patológica (RCp) de mama son más altas en pacientes con cáncer de mama triple negativo y HER2+ en comparación con el cáncer HR+/HER2-, al igual que las tasas de CCM. En cuanto a las tasas de conversión a CCM, las más altas corresponden a pacientes con cáncer de mama triple negativo (84%) y HER2+ (79%) en comparación con el cáncer de mama HR+/HER2- (62%).

Un factor importante que contribuye al éxito de la QTNA en la mama es que, a diferencia de la axila en la que se requiere una RCp ganglionar para evitar la linfadenectomía axilar (LA), no se requiere una RCp de mama para evitar la mastectomía.

CORRESPONDENCIA

Noemí Martos Rojas
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
noemimartosrojas@gmail.com

XREF

TERAPIA ENDOCRINA NEOADYUVANTE

Con respecto a los tumores luminales, la aparición de ensayos genómicos para informar el pronóstico y predecir el beneficio de la quimioterapia ha permitido identificar subgrupos de "riesgo bajo" que no se benefician de la quimioterapia sistémica en el entorno

CITA ESTE TRABAJO

Martos Rojas N. El papel de la cirugía en paciente con respuesta completa tras neoadyuvancia. ¿Es posible desescalar en el tratamiento del cáncer de mama?. Cir Andal. 2024;35(3):311-312. DOI: 10.37351/2024353.6

adyuvante o neoadyuvante. En estos casos, la Terapia Endocrina Neoadyuvante (TENA) es una alternativa menos tóxica que también puede utilizarse para facilitar la conservación de la mama. La evidencia indica que las tasas de conversión a CCM con TENA entre las pacientes con cáncer de mama HR+/HER2- que se consideran no aptas para CCM en el momento de la presentación son similares a las tasas de conversión observadas con QTNA.

SEGURIDAD ONCOLÓGICA. ¿CUÁNDO OPERAR TRAS FIN DE QTNA? EXTENSIÓN DE LA TUMORECTOMÍA.

Esta desescalada ha demostrado ser oncológicamente segura, tomando como referencia la tasa de recurrencia local. No se han descrito diferencias estadísticamente significativas entre aquellas pacientes candidatas a CCM, las pacientes no candidatas a CCM en las que se redujo el estadio y eligieron CCM, y las que redujeron estadio y eligieron la mastectomía. Además, en aquellas pacientes con CCM que alcanzan la RCp después de la QTNA, las tasas de Supervivencia Libre de Recidiva Local (SLRL) y Supervivencia Libre de Recidiva a Distancia (SLRD) son significativamente más bajas sin diferencias estadísticamente significativas en la Supervivencia Global (SG).

Tras la finalización de la QTNA, las pacientes deben ser intervenidas en ≤ 8 semanas, apreciando una mejoría de la Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) y una mejoría de la SG.

Con respecto a la extensión de la cirugía, en pacientes con enfermedad unifocal que tienen una reducción suficiente en el volumen tumoral para permitir la conservación de la mama, la extensión de la enfermedad en las imágenes posteriores a la QTNA y no el volumen tumoral inicial debe guiar el volumen de resección.

RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA: ¿DESESCALADA HASTA LA OMISIÓN DE LA CIRUGÍA?

Estudios recientes sobre la doble obstrucción de HER2 y los regímenes de carboplatino en tumores triple negativos revelaron tasas de RCp de hasta 68 % y 80 %, respectivamente, las llamadas "excelentes respondedoras". Se ha planteado que, en pacientes con RCp después de QTNA, puede ser razonable dejar, o al menos posponer, la cirugía de mama y adoptar un enfoque de "watch-and-wait".

Sin embargo, si no se realiza la cirugía de mama, no es posible determinar la respuesta a la QTNA según el método estándar, que es el examen patológico de la muestra quirúrgica. Más bien, la respuesta debe estimarse sobre la base de herramientas no quirúrgicas, como las imágenes o la biopsia con aguja guiada por imágenes mínimamente invasiva o una combinación de métodos y predictores, pero estos enfoques podrían ser menos confiables que la cirugía.

En un estudio del MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas se realizó un análisis de subgrupos de 76 pacientes que tenían una anomalía residual en las imágenes < 2 cm y se realizaron al menos 6 biopsias con aguja gruesa asistidas por vacío (BAV), y se demostró una TFN del 3,2 %. Sobre la base de estos resultados, los autores han comenzado un ensayo multicéntrico de fase II de un solo grupo (NCT02945579 <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02945579>).

Las consecuencias de la enfermedad residual perdida tienen el mayor impacto en el resultado en pacientes con cáncer de mama

triple negativo y HER2+, donde los datos de ensayos aleatorizados han mostrado una mejora en la supervivencia en pacientes triple negativo con enfermedad residual que reciben capecitabina adyuvante y en pacientes HER2+ que cambian de trastuzumab y pertuzumab (HP) a trastuzumab emtansina (TDM-1).

Aunque la reducción de la estadificación quirúrgica en muchos escenarios puede mejorar significativamente la calidad de vida, siendo el ejemplo principal evitar la Linfadenectomía Axilar, es poco probable que evitar la tumorectomía, con su baja morbilidad, resulte en una mejora en la calidad de vida, particularmente dada la necesidad de una vigilancia más intensa.

CONCLUSIONES

- La desescalada en el tratamiento quirúrgico en pacientes que se han sometido a QTNA ya es un hecho y un éxito.
- A diferencia de la axila, no es preciso una RCp tras la QTNA para poder desescalar el tratamiento quirúrgico en la mama, convirtiendo a pacientes no aptas para CCM en candidatas a la misma, de forma oncológicamente segura.
- Las terapias sistémicas dirigidas actuales han mostrado altas tasas de RCp en pacientes con neoplasias HER2+ y Triples Negativos, lo que puede plantear la omisión completa de la cirugía y adoptar un enfoque "Watch and Wait".
- La morbilidad de la cirugía mamaria es muy baja en comparación a otras neoplasias que sí consideran el "Watch and Wait" como son los cánceres de esófago y recto.
- La enfermedad residual perdida implica tasas significativamente más altas de recurrencia local, así como una peor supervivencia, cuando actualmente existen tratamientos adyuvantes (capecitabina, TDM-1) que han mostrado una mejora en la supervivencia.
- El diagnóstico de RCp tras QTNA mediante biopsias guiadas por imagen ha mostrado ser prometedor, pero aún se necesitan más estudios para alcanzar una seguridad oncológica.