

CONSENSO

CRITERIOS Y OBSERVACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

II Foro de Expertos en Mastología

Pilar (Buenos Aires), noviembre de 2009

COORDINADORES

Núñez De Pierro, Aníbal - Allemand, Daniel

SECRETARIO

Billinghurst, Roberto

EXPERTOS

Ábalo, Eduardo	Díaz Cantón, Enrique	Mc Lean, Ignacio
Audi, Raúl	Elizalde, Roberto	Montoya, Diana
Bensadon , Miguel	Ferreira, Héctor	Müller Perrier, Gerardo
Bernardello, Edgardo	Focaccia, Guillermo	Noblía, Cristina
Cáceres, Valeria	Frahm, Isabel	Novelli, Jorge
Cassab, Luciano	Lorusso, Antonio	Pollina, María Angélica
Cogorno, Lucas	Maciel, Alejandra	Rives, Luis
Coló, Federico	Margossian, Juan	Schwam, Raúl
Cúneo, Nicasio	Martín, Jorge	Terrier, Francisco
Dávalos Michel, José		Urrutia, Alejandro

RESUMEN

En noviembre de 2009, la SAM organizó con el patrocinio de Laboratorios Roche el II Foro de Expertos en Mastología. Durante la reunión se formuló a los participantes el cuestionario que se reseña a continuación, referido a tópicos de la práctica cotidiana en Mastología. El método semejó al utilizado en el tradicional consenso de St. Gallen: preguntas, discusión, y respuestas a través de un sistema interactivo. La ponderación de las respuestas permite obtener una imagen de los consensos y controversias vigentes en el escenario nacional.

SUMMARY

In November 2009, the SAM with the sponsoring of Laboratorio Roche organized the II Experts Forum in Mastology. During the meeting the following questions, referred to issues of the daily clinical practice, were presented to the experts. The method resembled to that used in the traditional consensus of St. Gallen: questions, discussion, and answers using an interactive system. By weighting the answers it is possible to depict a figure of the national consensus and controversies on those topics.

1. Si no tuviera limitaciones, ¿usaría rutinariamente RMI? a) Sí 22% b) No 74% c) No tengo aún opinión formada 4%	4. Si el patólogo le informa en una BRQ: hiperplasia atípica con margen comprometido, ¿qué indica quirúrgicamente? a) Nada 55% b) Ampliar los márgenes 45% c) Adenomastectomía subcutánea 0%
2. ¿Con qué frecuencia estimativa indica biopsia en BR3? a) Nunca 5% b) 10% 48% c) 30% 29% d) 50% 10% e) 80% 5% f) Siempre 5%	5. Cáncer invasor. ¿Indica estadificación prequirúrgica? a) Siempre, para tener imágenes de base 30% b) Sólo en localmente avanzado 65% c) Lo dejo a criterio del oncólogo clínico 5% d) Nunca 0%
3. Si el patólogo le informó en una BRQ: CLIS con margen comprometido, ¿qué indica quirúrgicamente? a) Nada 91% b) Ampliar los márgenes 9% c) Adenomastectomía subcutánea 0%	6. ¿Con qué frecuencia dispone de información sobre RE/RP? a) Nunca 4% b) 30% 0% c) 50% 4% d) 80% 0% e) Siempre 92%

7. ¿Con qué frecuencia dispone de información sobre HER-2? a) Nunca 4% b) 30% 0% c) 50% 0% d) 80% 9% e) Siempre 87%	11. Si le informan micrometástasis en GC, ¿hace linfadenectomía? a) Siempre 62% b) Nunca 5% c) Sólo si son varias o afectan GNC 10% d) Depende de la razón entre ganglios afectados y extraídos 24%
8. No dispone la determinación sistemática del HER-2, ¿por qué? a) No es accesible en su ambiente de trabajo 4% b) La pide el oncólogo clínico 0% c) Sólo la indica en casos de alto riesgo 4% d) No aplicable porque usted la dispone siempre 92%	12. Si le informan ITC en GC, ¿hace linfadenectomía? a) Siempre 0% b) Nunca 62% c) Sólo si son varias o afectan GNC 29% d) Depende de la razón entre ganglios afectados y extraídos 10%
9. En casos de quimioterapia primaria (CM NoLA), ¿prefiere GC antes o después? a) Antes 74% b) Después 26% c) Me es indiferente 0%	13. A su criterio, ¿pN1mi debe considerarse para tratamiento adyuvante como N negativo o N positivo? a) N negativo 14% b) N positivo 81% c) N positivo, pero sólo para ETP 5%
10. En caso de tratamiento neoadyuvante (CMLA), ¿prefiere GC antes o después? a) Antes 11% b) Después 5% c) Me es indiferente 0% d) No hago GC en esos casos 84%	14. A su criterio, ¿pN0(i +) debe considerarse para tratamiento adyuvante como N negativo o N positivo? a) N negativo 90% b) N positivo 5% c) N positivo, pero sólo para ETP 5%

15. En cáncer invasor, considera que la linfadenectomía es:

- | | |
|---|-----|
| a) Sólo diagnóstica y pronóstica | 21% |
| b) Es diagnóstica, pronóstica y terapéutica | 63% |
| c) Sólo es además terapéutica en CMLA | 16% |

18. En CDIS con TC, ¿indica radioterapia?

- | | |
|-----------------------------------|------|
| a) Sí, salvo excepción puntual | 100% |
| b) Sigo los criterios de Van Nuys | 0% |
| c) Habitualmente no irradio | 0% |

16. ¿Qué valor atribuye a la investigación quirúrgica de la cadena mamaria interna?

- | | |
|---|-----|
| a) Imprescindible | 5% |
| b) Prescindible pues gravita muy poco en las conductas y resultados finales | 95% |

19. En CM invasor y TC, ¿indica *boost*?

- | | |
|------------------------------------|------|
| a) Siempre | 100% |
| b) Nunca | 0% |
| c) Depende del margen | 0% |
| d) Depende de la edad | 0% |
| e) Depende del margen y de la edad | 0% |

17. ¿Qué proporción de sus pacientes puede tratar con conservación mamaria?

- | | |
|------------------|-----|
| a) Más del 80% | 39% |
| b) 60% al 80% | 55% |
| c) 40% al 60% | 6% |
| d) 20% al 40% | 0% |
| e) Menos del 20% | 0% |

20. Mastectomía radical en CM invasor N0 localmente avanzado, ¿en qué casos indica radioterapia?

- | | |
|---|-----|
| a) Siempre | 0% |
| b) pT>4-5 cm o 4 o más ganglios comprometidos | 53% |
| c) pT>4-5 cm o 1 o más ganglios comprometidos (sólo si macrometástasis) | 35% |
| d) Ídem al anterior pero aún si son micrometástasis | 12% |
| e) Nunca | 0% |

21. Mastectomía radical en CM invasor N0 localmente avanzado, ¿qué indica irradiar?

- | | |
|--|-----|
| a) Nada | 28% |
| b) Colgajos cutáneos (CC) | 50% |
| c) CC más mamaria interna | 0% |
| d) CC más supraclavicular | 11% |
| e) CC más axila | 0% |
| f) CC más todas las áreas ganglionares citadas | 6% |
| g) CC más todas esas áreas menos axila | 6% |

24. Para indicar ETP:

- | | |
|--|-----|
| a) Mantendré los criterios clásicos de hormono respondedora (>10%) | 65% |
| b) Utilizaré los nuevos criterios de St. Gallen (>1%) | 35% |
| c) Utilizo un score (Allred) | 0% |
| d) Aún no lo he decidido | 0% |

22. Mastectomía radical en CMLA, ¿qué indica irradiar?

- | | |
|--|-----|
| a) Nada | 0% |
| b) Colgajos cutáneos (CC) | 0% |
| c) CC más mamaria interna | 0% |
| d) CC más supraclavicular | 7% |
| e) CC más axila | 7% |
| f) CC más todas las áreas ganglionares citadas | 60% |
| g) CC más todas esas áreas menos axila | 26% |

25. En su práctica, ¿qué proporción de pacientes N0 recibe tratamiento adyuvante sistémico?

- | | |
|------------------------|-----|
| a) Casi ninguna | 81% |
| b) 10% al 20% | 13% |
| c) 20% al 40% | 0% |
| d) No puedo precisarlo | 6% |

23. Cuando reconstruye prefiere:

- | | |
|---|-----|
| a) Inmediata | 39% |
| b) Diferida | 0% |
| c) Según la probabilidad y calidad de los tratamientos adyuvantes | 61% |

26. En su práctica, ¿qué proporción de pacientes menores de 35-40 años recibe QTP?

- | | |
|-------------------------------|-----|
| a) Todas | 41% |
| b) La gran mayoría | 53% |
| c) La edad no es determinante | 0% |
| d) No puedo precisarlo | 6% |

27. En su práctica, ¿qué proporción de pacientes pN negativo recibe QTP?

- | | |
|--|-----|
| a) Todas | 0% |
| b) La gran mayoría | 33% |
| c) Sólo si los RE/RP son negativos o positivos menos del 50% | 67% |

30. CM invasor hormono-sensible, ¿indica SFO?

- | | |
|--|-----|
| a) Nunca | 6% |
| b) En pacientes de alto riesgo | 6% |
| c) En pacientes de alto riesgo <40 años | 31% |
| d) En las pacientes que No quedan en amenorrea | 19% |
| e) d) más b) | 19% |
| f) d) más c) | 19% |

28. En su práctica, ¿qué proporción de pacientes pN positivos recibe QTP?

- | | |
|--|-----|
| a) Todas | 47% |
| b) La gran mayoría | 47% |
| c) Sólo si los RE/RP son negativos o positivos menos del 50% | 6% |

31. Cuando indica SFO prefiere:

- | | |
|---------------------------------|-----|
| a) Farmacológica por 2 a 3 años | 71% |
| b) Farmacológica por 5 años | 23% |
| c) Quirúrgica | 6% |
| d) Radiante | 0% |

29. En general, ¿indica ETP adyuvante en todas las pacientes con CM invasor, RH +?

- | | |
|--|------|
| a) Sí, salvo excepción muy puntual | 100% |
| b) No, sólo en casos de riesgo alto o intermedio | 0% |
| c) No, sólo en casos con RE/RP >30% | 0% |

32. ¿Qué pacientes posmenopáusicas RH + considera deben recibir un inhibidor de aromatasa?

- | | |
|------------------------------------|-----|
| a) Todas | 24% |
| b) Las de riesgo intermedio o alto | 29% |
| c) Las de riesgo alto | 29% |
| d) Ninguna | 6% |
| d) No puedo precisarlo | 12% |

33. En caso de posmenopáusicas RH + y HER-2 +, ¿considera que la ETP debe contener un IA?

- | | |
|---|-----|
| a) Sí, porque creo que son TAM resistentes | 44% |
| b) Sí, y de inicio por ser de alto riesgo | 39% |
| c) No, pueden tratarse igual que la HER-2 - | 6% |
| d) Indico tratamiento adyuvante extendido | 11% |

37. ¿Qué pacientes N + considera que deben recibir taxanos?

- | | |
|----------------------|-----|
| a) Todas | 25% |
| b) Sólo pN2 o pN3 | 0% |
| c) Todas las RH - | 6% |
| d) Todas las HER-2 + | 0% |
| e) b) y c) o d) | 69% |

34. ¿Considera que ante indicación de IA debe agregarse bifosfonatos?

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| a) Siempre | 0% |
| b) Según Tscore | 75% |
| c) Nunca | 6% |
| d) No he formado criterio definitivo | 19% |

38. En su práctica, ¿qué pacientes HER-2 + reciben trastuzumab?

- | | |
|---------------------|-----|
| a) Todas | 44% |
| b) pN + | 0% |
| c) pT >0,5 a 1,0 cm | 0% |
| d) b) y c) | 33% |
| e) b) o c) | 11% |
| f) Muy pocas | 11% |

35. Si indica bifosfonatos, en general, prefiere:

- | | |
|----------------------|-----|
| a) Ácido zoledrónico | 19% |
| b) Ibandronatos | 50% |
| c) Alendronatos | 25% |
| d) Residronatos | 6% |

39. En su práctica, las pacientes tratadas con trastuzumab lo reciben:

- | | |
|---------------------------|-----|
| a) Concurrente con la QTP | 28% |
| b) Después de la QTP | 56% |
| c) No puedo precisarlo | 17% |

36. En su práctica, ¿observa que aún hay indicaciones de CMF?

- | | |
|------------------------|-----|
| a) Sí | 67% |
| b) No | 22% |
| c) No puedo precisarlo | 11% |

40. En su práctica, las pacientes tratadas con trastuzumab lo reciben:

- | | |
|---------------------------|-----|
| a) Durante menos de 1 año | 0% |
| b) Durante 1 año | 89% |
| c) Por más de 1 año | 0% |
| d) No puedo precisarlo | 11% |