

VII FORO NACIONAL

VII Foro Nacional de Expertos en Mastología 7 de noviembre de 2014



PRESIDENTE

Dr. Roberto Elizalde

CRITERIOS Y OBSERVACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

COORDINADOR

Dr. Aníbal Núñez De Pierro

SECRETARIAS

Dra. Sabrina G. Barchuk - Dra. María Ángela Avegno

Evento independiente sostenido por una subvención para educación médica continua de Laboratorio Roche

INTRODUCCIÓN

El Foro Nacional de Expertos en Mastología es una actividad de la SAM que se ha desarrollado una vez por año, en forma ininterrumpida desde 2008. El 7 de noviembre de 2014 tuvo lugar su séptima convocatoria. Es un evento independiente sostenido por una subvención para educación médica continua de Laboratorio Roche Argentina. Se trata de una reunión con asistencia por invitación de la SAM, a la que concurren más de un centenar de mastólogos expertos de todo el país, y numerosos especialistas de áreas afines a la problemática del cáncer de mama.

Desde sus inicios, la actividad de cierre de estas reuniones ha consistido en una sesión interactiva en la que se desarrolla una compulsa de opinión sobre decenas de aspectos puntuales de la oncología mamaria. Esta modalidad tiene por efecto disponer de un panorama nacional de los criterios con los cuales se manejan los especialistas del tema. Con el convencimiento de la utilidad que este producido tiene para la práctica clínica, la SAM ha resuelto publicar el material usado en dicha sesión, las respuestas obtenidas ponderadas por su grado de consenso, y comentarios de síntesis.

Para la mejor interpretación de la información que a continuación se presenta, caben las siguientes aclaraciones:

Los porcentajes que acompañan a cada respuesta representan la proporción de expertos que se identificó con la misma.

Las preguntas rotuladas con una R indican que éstas habían sido planteadas en foros anteriores sin que las respuestas marcaran una tendencia claramente definida y, por lo tanto, se reiteraron en esta edición. Podrá observarse en estos casos, que habrá más de una columna de porcentajes de opiniones, con indicación del año en que se formularon.

Debe señalarse que los criterios no reflejan necesariamente la posición institucional de la SAM, sino que son las expresiones de los expertos participantes. En el anexo podrá consultarse el listado de los mismos.

En los últimos 5 años
¿Cómo describiría la evolución de la frecuencia con que ha indicado un estudio oncogenético?

1. Ha aumentado significativamente	17 %	
2. Ha aumentado, pero muy poco	53 %	←
3. No ha cambiado	7 %	
4. Ha disminuido	0 %	
5. Indico estos estudios sólo por excepción	23 %	

Comentario conjunto: ver al final de este título

En el presente interactivo algunas preguntas están marcadas con **R** arriba y a la derecha. Ello indica que la misma ya fue formulada en un foro previo y se pretende mostrar la evolución del criterio.

Luego de contestada, aparecerán las respuestas dadas en esa/s reunión/es anteriores. El fondo corresponde a 2010 y el fondo a 2012.

En los últimos 5 años
¿Cómo describiría la evolución de la frecuencia con que ha indicado tomosíntesis?

1. Ha aumentado significativamente	18 %	
2. Ha aumentado, pero muy poco	29 %	←
3. No ha cambiado	20 %	
4. Ha disminuido	0 %	
5. Indico tomosíntesis sólo por excepción	34 %	←

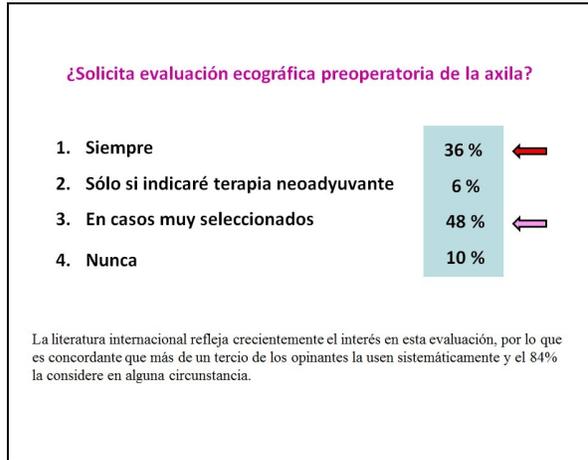
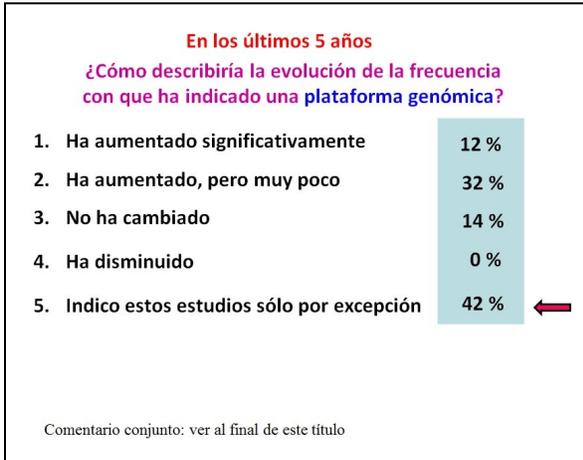
Comentario conjunto: ver al final de este título

En los últimos 5 años ...

En los últimos 5 años
¿Cómo describiría la evolución de la frecuencia con que ha indicado RMN?

1. Ha aumentado significativamente	53 %	←
2. Ha aumentado, pero muy poco	42 %	←
3. No ha cambiado	2 %	
4. Ha disminuido	0 %	
5. Indico RMN sólo por excepción	3 %	

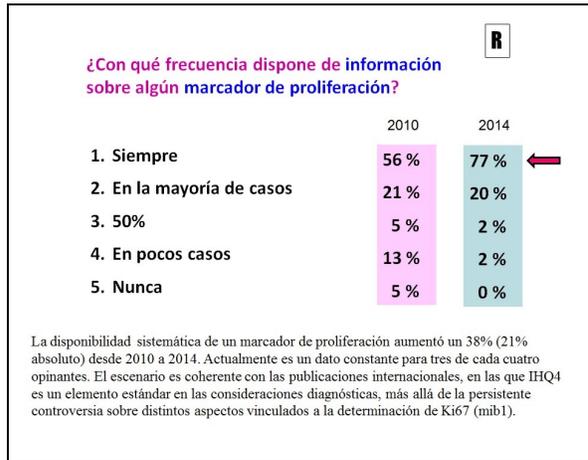
Comentario conjunto: ver al final de este título



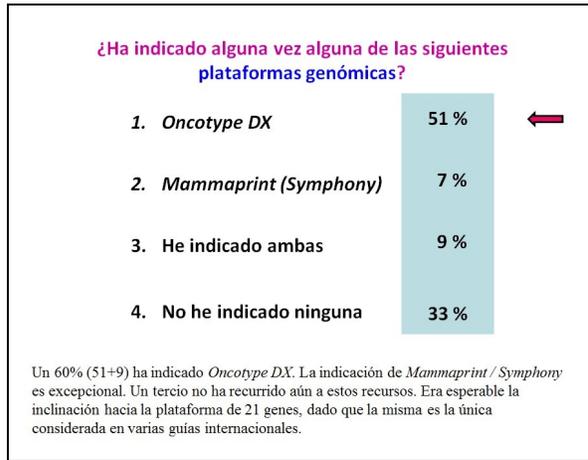
Comentario conjunto

Evolución en los últimos 5 años:

- Más de la mitad de los opinantes manifiesta un incremento significativo en la indicación de resonancia de mama.
- No así en la de tomosíntesis, respecto a la cual el 49% señala aumentos menores o nulos, y un tercio sostiene que la indica "sólo por excepción".
- Para los estudios genéticos se registra una leve tendencia al aumento de indicación, mientras que los estudios genómicos se mantienen como indicación de excepción. En este último caso y como surge por respuestas a preguntas ulteriores, no se trata de una controversia conceptual, sino que la limitante primordial se ubica en los costos.



DIAGNÓSTICO ...



Si tuviera fácil acceso, indicaría la plataforma de 21 genes en casos

1. RH+, HER2-, N-	36 %	←
2. RH+, HER2-, N+ (1-3)	7 %	
3. RH+, HER2-, N+ (≥4)	2 %	
4. En casos 1 y 2	46 %	←
5. En todos los casos citados	8 %	
6. Sólo por excepción	2 %	

En total 98% lo indicaría aunque con diferencias en las condiciones de aplicabilidad. En suma 63% (7+2+46+8) lo indicaría para casos RH+, HER2 neg., con N0 o N+. Más de un tercio, precisó que se limitaría a los casos N0. Este nivel de aceptación refuerza lo comentado más arriba respecto a que la mayor limitación para la prescripción radica actualmente en los costos.

Cirugía conservadora
Ca. invasivo, márgenes comprometidos en diferido: ¿En qué casos reopera para ampliar?

1. En todos los casos	75 %	←
2. No reopero si el compromiso es focal limitado	25 %	
3. Nunca reopero	0 %	

En el escenario descrito, tres de cada cuatro expertos reoperan sistemáticamente y el resto evalúa la magnitud del compromiso para tomar decisiones.

CIRUGÍA ...

Cirugía conservadora
CDIS, márgenes comprometidos en diferido: ¿En qué casos reopera para ampliar?

1. En todos los casos	64 %	←
2. No reopero si el compromiso es focal limitado	19 %	
3. 2 + CDIS bajo grado	15 %	
4. Nunca reopero	2 %	

Ante situación similar a la anterior, pero ahora en casos de CDIS, sólo dos tercios reopera y un tercio lo hace sujeto a evaluaciones particulares del caso.

Tratamiento quirúrgico: ¿Debe adecuarse al tipo molecular de la lesión?

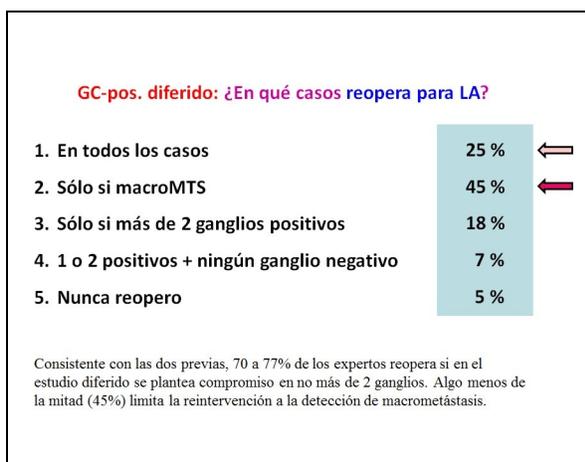
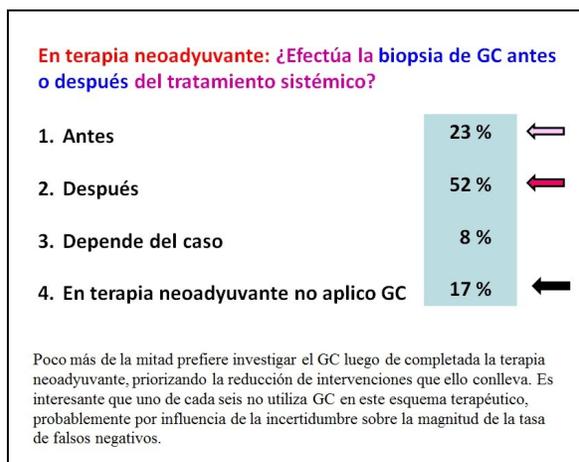
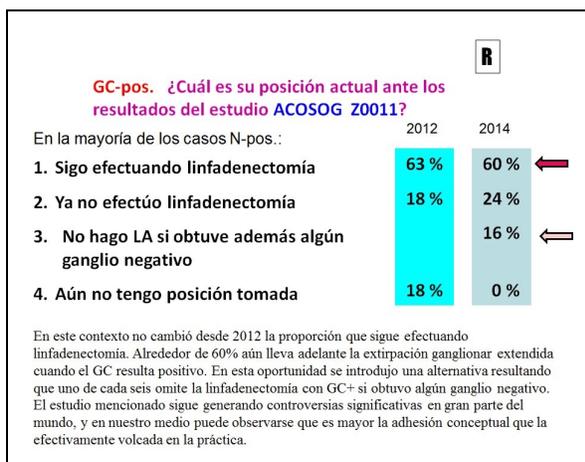
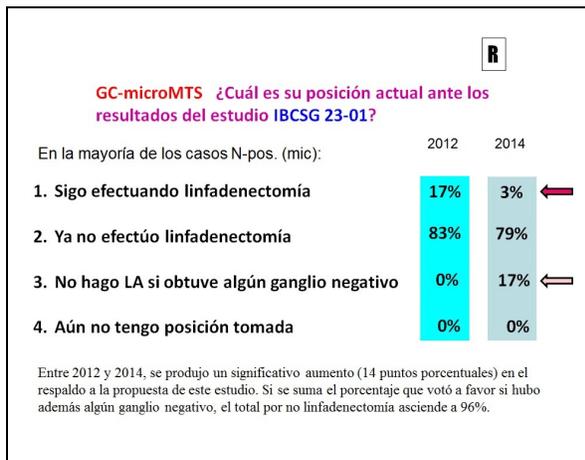
1. Sí	2 %	
2. No	95 %	←
3. No tengo aún criterio formado	3 %	

Una amplísima mayoría opina que el tratamiento quirúrgico es independiente del tipo molecular del tumor. En concordancia con esta posición, no hay actualmente estudios publicados que avalen un criterio diferente.

Cáncer en BRCA mutadas
¿Qué tipo de cirugía terapéutica indica en estas pacientes?

1. Si es posible, cirugía conservadora	53 %	←
2. Siempre mastectomía	37 %	←
3. No tengo posición tomada	10 %	

Las respuestas implican que solamente la mitad aplica a estas pacientes los criterios generales para indicar cirugía conservadora. Es probable que, aunque no se expresó en la pregunta, en muchos casos la mayor indicación de cirugía radical esté sesgada por la eventual cirugía de reducción de riesgo contralateral.



¿Indica RT en casos de CDIS?

1. Siempre	55 %	←
2. Excluyo a CDIS pequeños y de bajo grado	11 %	
3. Sí, salvo casos excepcionales	32 %	←
4. Nunca	2 %	

Clara mayoría, entre 55 y 87%, irradia sistemáticamente. El desarrollo y validación de estudios genómicos capaces de predecir el beneficio esperable de la radioterapia en cada caso, podría en el futuro modificar este criterio, hoy generalizado.

¿Cuál es su posición conceptual respecto a la radioterapia hipofraccionada?

1. Favorable	23 %	
2. En casos muy seleccionados	51 %	←
3. Poco favorable	4 %	
4. No tengo aún criterio formado	22 %	

Las respuestas denotan simultáneamente interés y cautela respecto a esta estrategia que, en algunos países particularmente en Europa, es un estándar. Será necesario más tiempo para que se consolide una posición definida.

En ausencia de compromiso masivo: ¿Cuándo indica irradiar axila poslinfadenectomía?

1. Nunca	77 %	←
2. Si 4+ ganglios comprometidos	4 %	
3. Si cápsula perforada	8 %	
4. 2 y 3	11 %	

Más de tres cuartos de los expertos no indican irradiar, en ningún caso, la axila poslinfadenectomía. Se especificó antes de responder que la pregunta se refería a operaciones consideradas satisfactorias.

TERAPIA ADYUVANTE
Quimioterapia ...

Posmastectomía: Con 1 a 3 ganglios positivos ¿Indica irradiación de áreas ganglionares?¹

¹ la pregunta excluye la axila

	2012	2014
1. Sí, casi siempre	20 %	26 %
2. No, mantengo para RT el criterio de 4 o más N+	53 %	48 %
3. Depende del caso	27 %	26 %

A pesar de las recientes publicaciones que muestran beneficio en SLE y SG, la mitad no comparte la indicación de radioterapia de áreas ganglionares, si el compromiso axilar no fue mayor a 3 ganglios.

¿Qué valor de Ki67 considera determinante para indicar QT?

1. ≤14 a 20%	18 %	
2. 21 a 30%	39 %	←
3. >30%	13 %	←
4. No es un factor determinante	30 %	←

El resultado muestra que más allá de los cuestionamientos respecto al valor real, reproducibilidad, etc., de este marcador, el factor influye en la decisión de indicar quimioterapia. Solamente 30% no lo considera determinante.

En su experiencia práctica: ¿Observa que Ki67 alto, en ausencia de otros factores, basta para que se indique QT?

1. Siempre	4 %	
2. En la mayoría de los casos	49 %	←
3. En pocos casos	25 %	
4. Nunca	22 %	

Sostiene la línea conceptual de la pregunta y respuestas precedentes ya que 53% vota afirmativamente. Cabe precisar que esta pregunta señala "observa", planteo diferente de "indica".

En su práctica: ¿Persiste la indicación de CMF?

1. Nunca	22 %	
2. En los casos de bajo riesgo	57 %	←
3. Para evitar alopecia, como alternativa a ACx4	0 %	
4. 2 y 3	21 %	←

78% acepta la vigencia fáctica en nuestro medio de ese esquema de quimioterapia.

¿Qué valor de RE considera fuertemente indicativo para adicionar QT a la ET?

1. 1 a <10%	74 %	←
2. ≥10 a <30%	10 %	
3. No es un factor determinante	16 %	

En expresión consistente con la mayor parte de la literatura, tres cuartos (74%) de los opinantes indica quimioterapia en casos con receptores E2 pobres (<10%).

En su práctica: ¿Qué pacientes reciben taxanos?

1. Todos los casos N-pos.	20 %	
2. Todos los casos N-pos. ≥4	20 %	
3. Todas las ptes. de alto riesgo, cualquier N	55 %	←
4. Muy pocas pacientes	5 %	

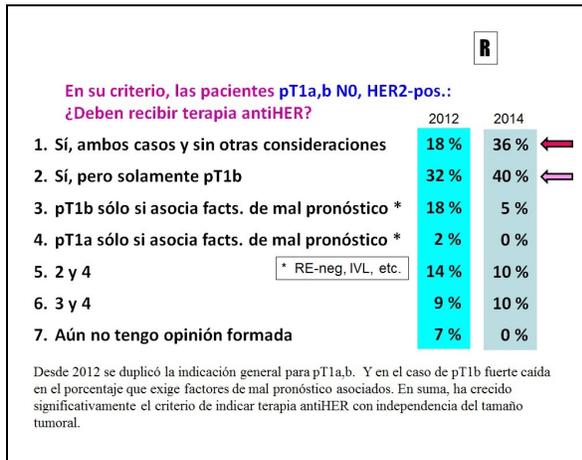
En suma 75% (20+55) observan esta indicación en cualquier caso de alto riesgo, aún con menos de 4 ganglios positivos.

¿Qué compromiso ganglionar considera determinante para indicar QT (en ausencia de *Oncotype DX*) ?

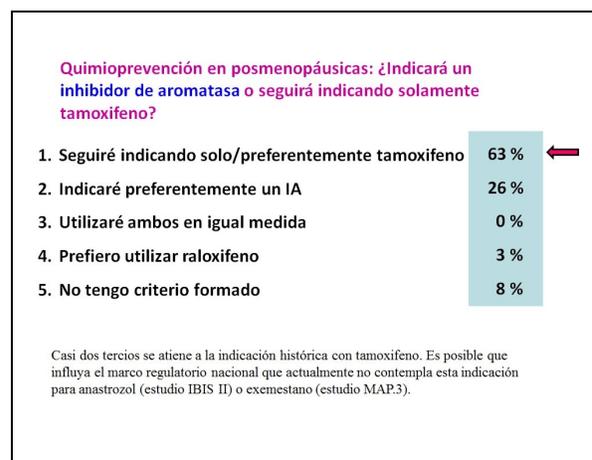
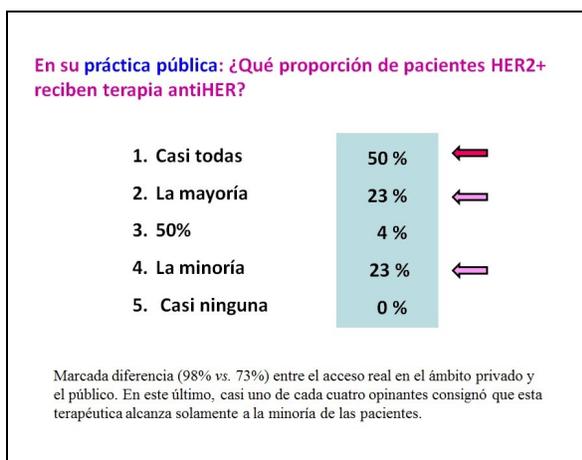
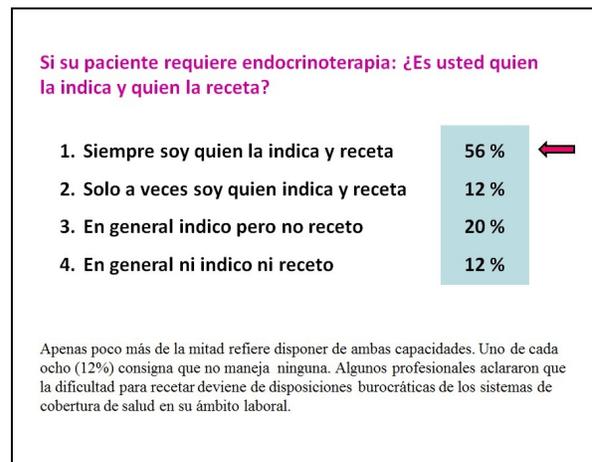
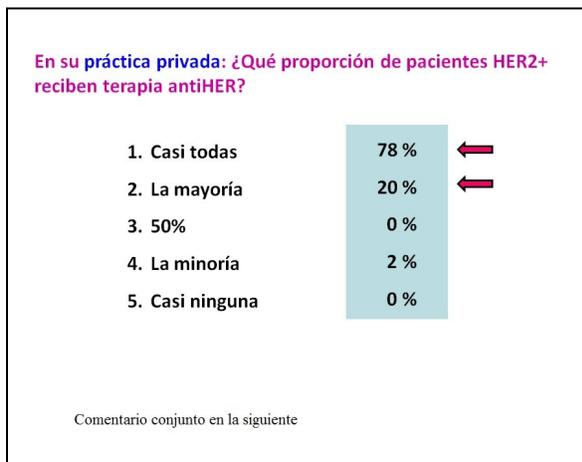
1. Cualquier número de N+	71 %	←
2. 1 a 3 ganglios positivos	19 %	
3. 4 o más ganglios positivos	7 %	
4. No es un factor determinante	2 %	

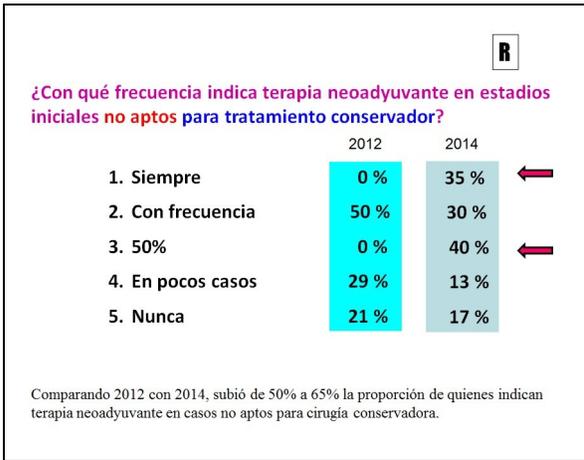
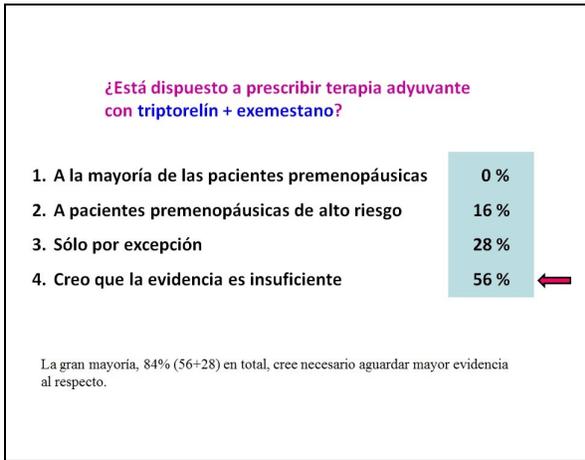
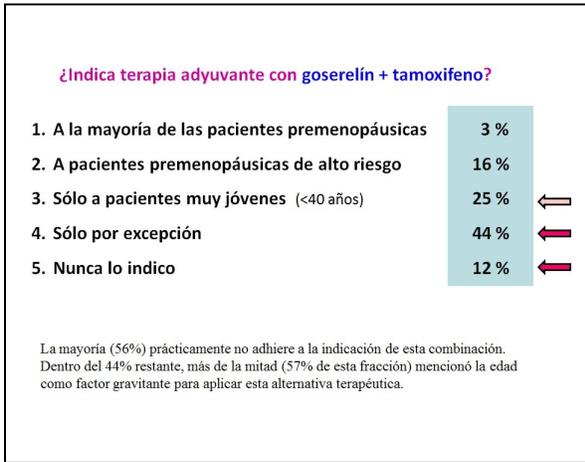
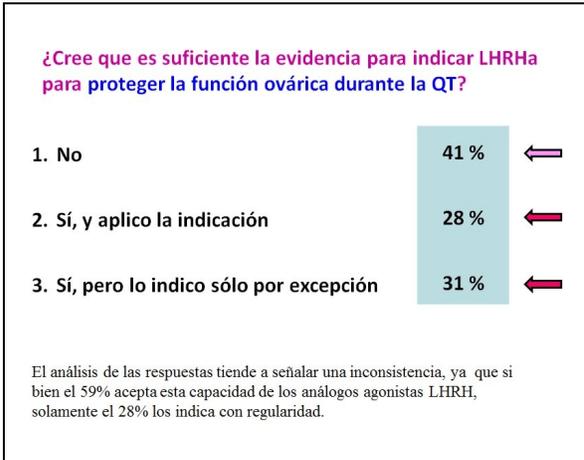
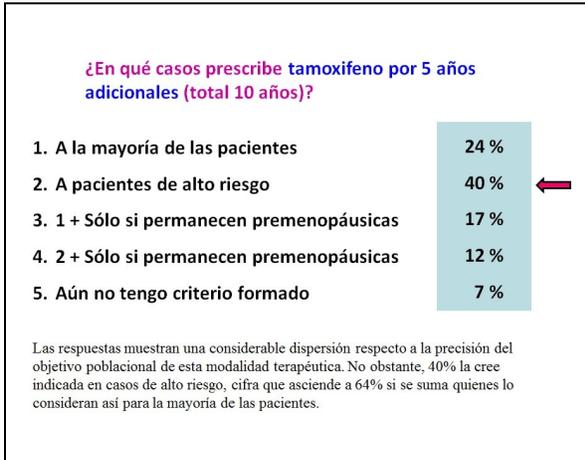
Muy amplia mayoría (98%) indica quimioterapia en cualquier caso de ganglios positivos.

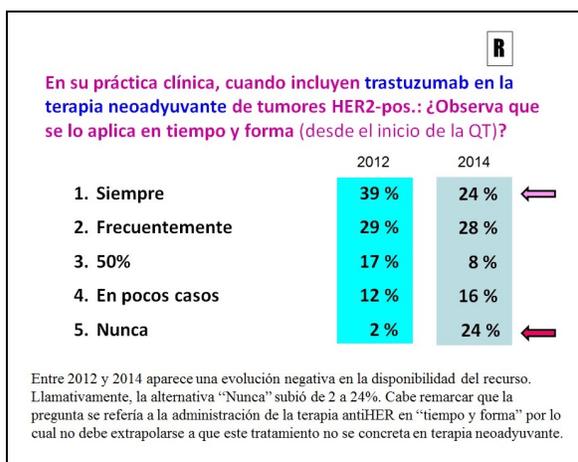
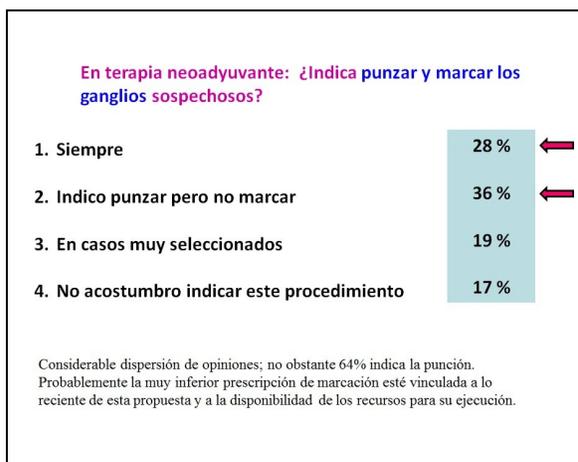
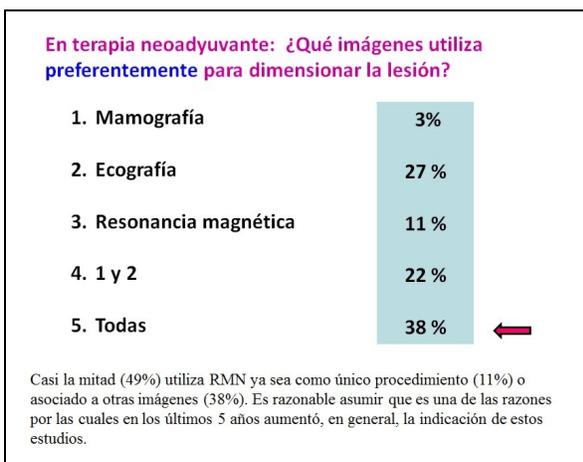
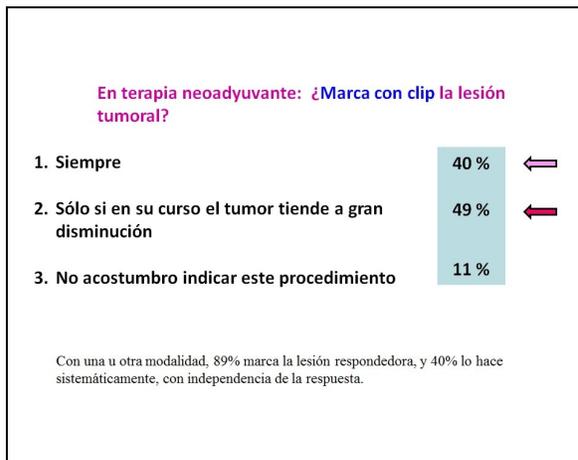
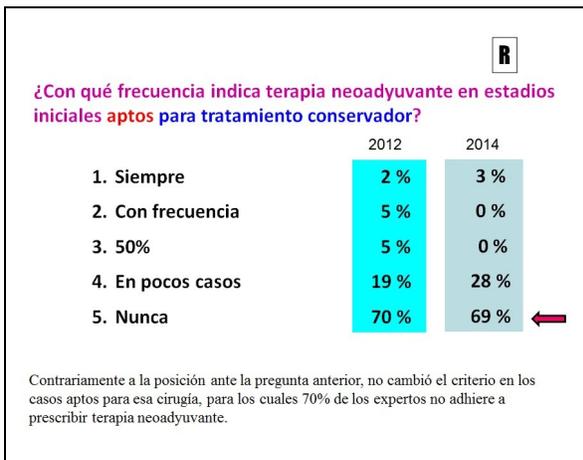
TERAPIA ADYUVANTE
Terapia antiHER ...



TERAPIA ADYUVANTE Endocrinoterapia ...







En su criterio: ¿Qué rol asigna a trastuzumab + pertuzumab en terapia neoadyuvante de casos HER2-pos.?

1. Debería ser el estándar	19 %	
2. Sólo para casos seleccionados	22 %	
3. Aún no tengo opinión formada	59 %	←

En este ámbito el doble bloqueo es aún una opción con opinión no definida.

Mastectomía contralateral de reducción de riesgo: ¿Cuántas ha efectuado?

1. Ninguna	18 %	
2. 1 a 3	37 %	←
3. 3 a 10	18 %	
4. Más de 10	27 %	

Una proporción muy alta de opinantes, 82%, la ha practicado. Solamente uno de cada seis no la efectivizó nunca, y en cambio 27% refirió haber superado los diez procedimientos.

¿Tiene información sobre terapia neoadyuvante endocrina?

1. Ninguna	7 %	
2. Insuficiente	27 %	←
3. Suficiente	63 %	←
4. Amplia	3 %	

Dos tercios manifiesta tener información adecuada, pero 27% la reconoce como insuficiente. En la práctica esta estrategia está claramente subutilizada.

Mastectomía bilateral de reducción de riesgo: ¿Cuántas ha efectuado?

1. Ninguna	42 %	←
2. 1 a 3	32 %	
3. 3 a 10	16 %	
4. Más de 10	10 %	

Sensiblemente diferente a las proporciones anteriores. Algo menos de la mitad (42%) no la efectivizó nunca, y cae de 27% a sólo 10% quienes manifiestan haber superado los diez casos.

ONCOPLÁSTICA ...

En su criterio: ¿Es la lipotransferencia un procedimiento seguro?

1. Sí, tanto por la imaginología ulterior como oncológicamente	71 %	←
2. No, porque afecta la imaginología ulterior	11 %	
3. No, porque puede implicar riesgo oncológico	4 %	
4. No, por ambas razones (2 y 3)	14 %	

Amplia mayoría manifiesta no tener reparos al procedimiento. Debe señalarse que en el curso de la reunión, y antes de este interactivo, hubo un relato destinado a este punto, lo cual muy probablemente influyó en las respuestas.

SEGUIMIENTO ...

ANEXO Nómina de participantes

En su práctica: ¿Qué proporción de pacientes recibe con seguimientos intensivos?

1. La gran mayoría	52 %	←
2. Más de la mitad	13 %	
3. Menos de la mitad	7 %	
4. Una minoría	29 %	

A pesar de la posición contraria de las guías y consensos nacionales e internacionales, las respuestas muestran que el seguimiento intensivo sigue predominando en nuestro medio. Corresponde aclarar que la pregunta especificaba "recibe", y que hubo una manifestación amplia a que estos estudios no se generaban por indicación de los opinantes, sino en el ámbito de consultas en oncología clínica.

Ábalo, E (CABA)	Bustos, J (CABA)	Di Módica, M (CABA)
Acosta Haab, G (CABA)	Cáceres, V (PBs.As.)	Elias Costa, J (CABA)
Agost Carreño, MF (CABA)	Calvo, MF (CABA)	Elizalde, R (CABA)
Allemand, C (CABA)	Cassab, L (CABA)	Fernández Raone, P (PBs.As.)
Allemand, D (CABA)	Castañó, R (CABA)	Ferreira, H (Córdoba)
Alvarez Gardiol, A (Rosario)	Chacón, R (CABA)	Finkenstein, ML (CABA)
Améstica, MG (P.Bs.As.)	Chiaromondia, M (PBs.As.)	Fleks, Diego (CABA)
Arce, C (Posadas)	Cogorno, L (CABA)	Focaccia, G (Neuquén)
Avegno, AM (CABA)	Coló, F (CABA)	Frahm, I (CABA)
Azar, ME (CABA)	Cortese, E (CABA)	Fusari, D (CABA)
Barbera, L (La Plata)	Costantino, MF (CABA)	Gago, FE (Mendoza)
Barcluk, S (CABA)	Crimi, G (CABA)	Garbovesky, C (CABA)
Beccar Varela, E (CABA)	Cúneo, N (CABA)	García, A (CABA)
Benitez Gil, A (Rosario)	Daguerrre, P (Mendoza)	Goldsmán, M (Córdoba)
Benitez Gil, L (Rosario)	D'Aloisio, JJ (Rosario)	González, E (CABA)
Bernardello, E (CABA)	Darraidou, M (CABA)	Gualdi, G (CABA)
Bianchi, F (CABA)	Del Castillo, A (Córdoba)	Guscelli, C (CABA)
Buosi, N (CABA)	Del Castillo, R (Córdoba)	Hauszpiegel, G (CABA)
Billinghurst, R (CABA)	Del Castillo, S (Córdoba)	Horsburgh, MC (CABA)
Burruchaga, H (PBs.As.)		Horton, G (CABA)

Isetta, J (CABA)	Moreau, L (CABA)	Saavedra Pozo, I (CABA)
Lehrer, D (CABA)	Mosto, J (CABA)	Santillán, F (CABA)
Lema, B (CABA)	Müller Perrier, G (CABA)	Sarquis, F (CABA)
Longarela, MJ (PBs.As.)	Mysler, D (CABA)	Schejtman, D (CABA)
Lorusso, A (CABA)	Naso, B (CABA)	Schwam, R (Tucumán)
Loza, CM (CABA)	Nervo, A (CABA)	Sehringer, I (CABA)
Loza, J (CABA)	Noblia, C (CABA)	Sigal, S (CABA)
Maciel, A (CABA)	Novelli, J (CABA)	Storino, C (CABA)
Máimo, M (CABA)	Núñez De Pierro, A (CABA)	Terrier, F (La Plata)
Mansilla, D (CABA)	Orozco, J (Mendoza)	Uriburu, JL (CABA)
Marchetta, MF (CABA)	Paesani, F (CABA)	Urrutia, A (CABA)
Margossian, A (CABA)	Pesce, K (CABA)	Valenzuela, D (PBs.As.)
Margossian, J (CABA)	Poet, C (CABA)	Ventura, IM (CABA)
Martin, J (PBs.As.)	Pollina, MA (CABA)	von Stecher, F (CABA)
McLean, I (PBs.As.)	Rabinovich, J (CABA)	Weintraub, K (CABA)
McLean, L (PBs.As.)	Rafailovici, L (CABA)	Wernicke, A (CABA)
Molina, C (PBs.As.)	Ramilo, T (CABA)	Yoshida, M (CABA)
Montesinos, M (CABA)	Retamozo, J (PBs.As.)	Zeff, N (CABA)
Montoya, D (CABA)	Rojas, R (CABA)	Zimmerman, A (CABA)