

EDITORIAL

SABCS 2018: Una mirada desde el quirófano...

*¡Desecha tu bisturí;
es tiempo de investigar qué pacientes no necesitan cirugía.*

Los primeros días de diciembre de 2018, el Dr. Ian Smith, Profesor de Medicina del Royal Marsden, recibía el William L. Mc Guire, uno de los más prestigiosos premios en el área de cáncer de mama. Cerraba su exposición con una frase que dejó atónitos a los mastólogos presentes: "Hold that Scalpel!". Ese sería el hilo conductor de todo el simposio...

En diciembre de 2018 se realizó el 41° Simposio Anual de Cáncer de Mama, en San Antonio, Texas (SABCS, por sus siglas en inglés). Esta edición convocó a más de 7.500 asistentes de 90 países. El simposio, realizado en forma anual desde el año 1977, está diseñado para proporcionar información de vanguardia sobre biología experimental, etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad mamaria premaligna a una audiencia internacional de médicos e investigadores.

Los ensayos clínicos presentados con respecto al uso de bajas dosis de tamoxifeno en lesiones premalignas, los enormes avances en ciencia básica sobre microambiente tumoral y biología de las metástasis, el uso extendido de la neoadyuvancia, los resultados del Katherine Trial con el uso de TDM1 en pacientes con cáncer de mama temprano HER2+ y el IMpassion130 respecto de inmunoterapia en cáncer de mama Triple Negativo seguramente cambiarán nuestro manejo del paciente. Pero, ¿cuáles son los puntos clave en el tratamiento quirúrgico que nos dejó SABCS 2018?

A continuación, realizaremos un breve repaso de los artículos más relevantes referidos a temas quirúrgicos presentados en el simposio:

1. **MS2-1: Overtreatment: First, do no harm.** *Dra. Reshma Jagsi. Radioterapeuta. Directora del centro de Bioética de la Universidad de Michigan.* La autora sostiene que, más allá de la evidencia robusta que existe

para utilizar estrategias menos agresivas desde lo quirúrgico, radiante y sistémico, aún es difícil su adopción en la práctica cotidiana.

Comienza su exposición enumerando trabajos de investigación que prescinden de la cirugía: no realizar ganglio centinela (GC) en mujeres añosas, omisión de cirugía mamaria en mujeres con CDIS y evitar la cirugía en determinadas respondedoras a neoadyuvancia (NA).

Jagsi analiza el hecho de que un 14% de las pacientes realizan mastectomía contralateral sin mutación genética demostrada y de que el 50% de los cirujanos aún no omiten el vaciamiento axilar (VAC) en pacientes que cumplen criterios Z0011. Luego detalla las complicaciones sufridas por los pacientes y teoriza sobre las posibles causas del sobretratamiento, entre ellas los cambios de conducta entre la evidencia y la práctica, la medicina defensiva, los factores financieros y los factores psicológicos (miedo del médico a subtratar).

2. **BL2 The challenge of Doing Less.** *Dr. Eric P. Winer, Profesor de Medicina en la Escuela de Medicina de Harvard y Jefe del Departamento de Cáncer de la Mujer en el Dana-Farber Cancer Institute.* Lectura al recibir el Susan G. Komen Brinker Awards for Scientific Distinction 2018.

En consonancia con la exposición anterior, el Dr. Winer refuerza el concepto de disminuir la agresividad de los tratamientos con especial cuidado en aquellas pacientes que aún necesitan tratamiento agresivo. Pone énfasis en el grupo de pacientes sobrediagnosticadas debido al tamizaje inadecuado (por ende, sobretratadas) y finaliza su exposición sosteniendo que algunos estudios enfocados a disminuir tratamientos serán muy difíciles de realizar y deberemos extrapolar datos de otros estudios científicos, con todo el cuidado que esto implica.

3. **ES7-1: Methods to minimize the false negative rate of sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy for node positive breast cancer.** *Dra. Judy C. Boughey, Profesora de Cirugía en Mayo Clinic.*

En su presentación, la Dra. Boughey recomienda realizar GC en pacientes con buena respuesta clínica en mama y axila, marcar el ganglio patológico tanto al realizar la biopsia percutánea como antes de la cirugía para resecarlo junto al GC. Aconseja uso de doble método para marcación de GC (colorante y radiocoloide), y resecar al menos 2 GC. Se sugiere pedir a los patólogos que informen la presencia de cambios histológicos compatibles con tratamiento en los ganglios reseca- dos y

realizar inmunohistoquímica en los ganglios en búsqueda de células tumorales aisladas, siendo estas indicadoras de realizar VAC.

4. **ES7-2: Practical approach to the axilla after neoadjuvant chemotherapy: What the clinical trials don't address.** *Dra. Andrea V. Barrio, Cirujana del Servicio de Patología Mamaria del Memorial Sloan Kettering Cancer Center.*

La Dra. Barrio recomienda realizar GC postneoadyuvancia en pacientes T1-T3N1, removiendo un mínimo de 3 GC, no considera requisito remover el ganglio marcado y apoya el doble método como estándar para la marcación. También sostiene el VAC aun con células tumorales aisladas. Si la axila genera dudas en el examen físico, se recomienda volver a punzar el ganglio, no encontrando beneficio en la valoración por imágenes. Postula a la neoadyuvancia como estándar de cuidado en pacientes con axila positiva de inicio con el objetivo de disminuir las tasas de VAC y su eventual morbilidad.

5. **GS4-01 Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer patients: 10 year follow up results of the EORTC AMAROS trial.** *Dr. Emiel Rutgers, cirujano oncólogo en Netherlands Cancer Institute.*

Se presenta el AMAROS TRIAL con un seguimiento de 10 años.

El trabajo incluye pacientes con T1T2No, cirugía conservadora o mastectomía, tumores unicéntricos, sin tratamiento quirúrgico axilar ni adyuvancia previa.

Luego de ganglio centinela positivo, son randomizados a VAC o radioterapia axilar (RTA).

Esta presentación concluye que la recurrencia axilar es extremadamente infrecuente en pacientes tratadas con RTA (1,82%) y no es significativamente diferente a aquellas sometidas a VAC (0,93%). La supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y el control locorregional también son comparables, con menor linfedema en la rama de RTA (15% vs 29% en VAC). Sin embargo, hubo mayor incidencia de segundos primarios en la rama con RTA, a expensas de un aumento del cáncer de mama contralateral.

El autor considera que la RTA debería ser un estándar de cuidado en pacientes con criterios AMAROS.

6. **GS6-01: Surgical treatment after neoadjuvant systemic therapy in young women with breast cancer: Results from a prospective cohort study.** *Dra. Hee Jeong Kim, profesora asociada del Departamento de cirugía del cáncer de mama en la Universidad de Ulsan, Corea del Sur e investigadora visitante del Dana-Farber Cancer Institute.*

Se presentan datos extraídos del Young Women's Breast Cancer Study (YWS), ensayo prospectivo multicéntrico que incluye 1.302 mujeres menores de 40 años al diagnóstico.

El estudio fue diseñado para explorar los aspectos biológicos, médicos y psicosociales de pacientes jóvenes con cáncer de mama.

La presentación analiza una cohorte de 315 pacientes sometidas a NA siendo un 26% elegible para cirugía conservadora de inicio. Luego de realizar tratamiento, un 43% sería pasible de conservación de su mama, pero casi la mitad de estas pacientes eligen realizar mastectomía. El trabajo concluye que la neoadyuvancia, si bien es cada vez más utilizada, no se traduce en un mayor número de cirugías conservadoras. En la mayoría de los casos, la mastectomía es realizada por decisión personal de la paciente (no por poseer una mutación genética ni historia familiar de cáncer).

La Dra. Kim cierra la presentación abogando por focalizar esfuerzos tendientes a mejorar la toma de decisiones quirúrgicas en este subgrupo de pacientes.

7. **GS6-06: Local therapy and quality of life outcomes in young women with breast cancer.** *Dra. Laura Dominici. Jefa del Departamento de Cirugía Mamaria en Dana-Farber Cancer Institute.*

El estudio incluye 560 pacientes del estudio YWS (detallado en el punto anterior) evaluadas mediante el cuestionario BREAST-Q con el objetivo de analizar la calidad de vida entre quienes recibieron cirugía conservadora, mastectomía unilateral y mastectomía bilateral.

Se muestra que las decisiones terapéuticas locales están asociadas a un persistente impacto en la calidad de vida. Al comparar cirugía conservadora con mastectomía, esta última, ya sea unilateral o bilateral, se asocia con una disminución significativa de la calidad de vida, especialmente en relación con satisfacción cosmética, bienestar psicosocial y sexual.

Se concluye que el conocimiento del impacto en calidad de vida de las decisiones quirúrgicas es de crítica importancia al momento de aconsejar a las pacientes jóvenes sobre estrategias quirúrgicas.

Nos hallamos en momentos cruciales para la cirugía mamaria. Es tiempo de adoptar nuevas estrategias y discutir las con nuestras pacientes. Debemos intentar realizar cirugías menos agresivas, buscar el momento óptimo de intervenir y comenzar a pensar que existe un grupo de pacientes que quizás no se beneficiarán con la cirugía.

María Dolores Mansilla Figueroa

Médica cirujana

Médica de planta del Instituto Ángel H. Roffo

BIBLIOGRAFÍA

1. Jagsi R. Overtreatment: First, do no harm [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr MS2-1.
2. Winer E. The Challenge of Doing Less [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr BL2.
3. Boughey J. Methods to minimize the false negative rate of sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy for node positive breast cancer [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr ES7-1.
4. Barrio A. Practical approach to the axilla after neoadjuvant chemotherapy: What the clinical trials don't address [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr ES7-2.
5. Rutgers EJ, Donker M, Poncet C, Straver ME, Meijnen P, van de Velde CJ, Mansel RE, Blanken C, Orzalesi L, Klinkenbijl JH, van der Mijle HC, Veltkamp SC, van 't Riet M, Albrechts M, Marinelli A, Rijna H, Tobon Morales R, Snoj M, Bundred N, Chauvet MP, Merkus JW,

- Petignat P, Schinagl DA, Coens C, Peric A, Bogaerts J, van Tienhoven G. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer patients: 10 year follow up results of the EORTC AMAROS trial (EORTC 10981/22023) [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr GS4-01.
6. Kim HJ, Dominici L, Rosenberg S, Pak LM, Poorvu PD, Ruddy K, Tamimi R, Schapira L, Come S, Peppercorn J, Borges V, Warner E, Vardeh H, Collins L, King T, Partridge A. Surgical treatment after neoadjuvant systemic therapy in young women with breast cancer: Results from a prospective cohort study [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr GS6-01.
 7. Dominici LS, Hu J, King TA, Ruddy KJ, Tamimi RM, Peppercorn J, Schapira L, Borges VF, Come SE, Warner E, Partridge AH, Rosenberg SM. Local therapy and quality of life outcomes in young women with breast cancer [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; *Cancer Res* 2019; 79 (4 Suppl): Abstract nr GS6-06.