

❖ **RECIDIVAS LOCALES Y REGIONALES**

Índice

- Introducción
- Clasificación
 - Recidivas locales
 - Recidivas regionales
- Bibliografía

Introducción

Las recidivas loco-regionales deben ser interpretadas de acuerdo a su forma de presentación y en relación al tratamiento primario quirúrgico instituido.

Estos eventos tienen en general que ver con la biología de la enfermedad y representan, salvo en situaciones particulares (recidiva mamaria post cirugía conservadora) una manifestación local de una enfermedad ya metastásica.

El tratamiento de las mismas por lo tanto no es estático y debe ser instituido de acuerdo a pautas de evaluación relacionadas a:

- Tratamiento quirúrgico primario en la mama. (presencia o no de la mama).
- Tratamiento quirúrgico primario en la axila. (vaciamiento axilar o ganglio centinela)
- Extensión local de la recidiva.
- Velocidad de crecimiento.
- Compromiso de tejidos vecinos (pared costal, paquete vásculo-nervioso axilar).
- Presencia de metástasis a distancia.
- Estado general de la paciente.

De acuerdo a esto se pueden dividir en:

- 1- Lesiones locales limitadas o no extensas con baja velocidad de crecimiento sin enfermedad sistémica.
- 2- Lesiones locales limitadas o no extensas con enfermedad sistémica concomitante.
- 3- Lesiones avanzadas de rápido crecimiento, extensas sin compromiso metastásico
- 4- Lesiones avanzadas de rápido crecimiento, extensas con compromiso metastásico.

En todas estas situaciones como primer paso es fundamental el diagnóstico histológico y el estudio de receptores hormonales, her 2 neu, Ki 67, etc.

En los grupos con compromiso metastásico se instala el tratamiento sistémico quedando la enfermedad local para ser evaluada de acuerdo a eventual respuesta y evolución de la enfermedad.

En el grupo 3 se indica tratamiento sistémico con el fin de:

- Disminuir el tamaño.
- Aumentar la resecabilidad.

El grupo 1 es patrimonio del tratamiento quirúrgico de entrada asociado a otras terapéuticas posteriores de mantenimiento.

El tratamiento quirúrgico puede estar de inicio indicado excepcionalmente como rescate o con intención de paliación en situaciones especiales como lesiones refractarias al tratamiento sistémico y lesiones ulceradas y/o sangrantes.

- **Clasificación**

De acuerdo a su localización en relación al tratamiento primario y al lugar de la recaída local se pueden clasificar en:

a- **Recidivas locales**

- Recidivas post-mastectomía.
- Recidivas post-mastectomía y reconstrucción mamaria.
- Recidivas post-cirugía conservadora

b- **Recidivas regionales**

a- **Recidivas locales**

- **Recidivas post-mastectomía.**

Las recidivas locales post-mastectomía son en general indicio de mal pronóstico, debido, fundamentalmente a que su presencia se asocia en el 90% de los casos con metástasis a distancia.

Las características de la recidiva local “pura” de acuerdo a su forma de presentación, ubicación, velocidad de crecimiento y tiempo de aparición en relación al tratamiento primario deben tomarse en cuenta para la decisión terapéutica a indicar.

Se pueden establecer tres formas de presentación:

1- Lesiones localizadas o poco extensas sin compromiso de la pared costal ni indicio de crecimiento rápido o agudo

- Tratamiento quirúrgico que consta en exéresis amplia con margen oncológico de resección confirmado por biopsia por congelación y diferida.
- De haberse realizado biopsia de ganglio centinela en el procedimiento primario considerar nueva biopsia de ganglio centinela (bajo investigación) o vaciamiento axilar
- Consolidación con radioterapia: únicamente en la zona de la recidiva en caso de radioterapia previa, con dosis de entre 40 y 50 Gy según el intervalo transcurrido desde la irradiación previa y la presencia o no de secuelas cutáneas. En caso contrario (mastectomía previa no seguida de RT), la RT adyuvante se realizará en todo el lecho de la mastectomía, con inclusión de área supraclavicular con dosis de 50 Gy. Si el margen quirúrgico está comprometido y no se puede ampliar la resección se incrementa la dosis en el lecho quirúrgico (boost) hasta 66 Gy.
- Tratamiento sistémico (QT, HT, etc.). De acuerdo a necesidad por factores individuales de riesgo.

2- Lesiones extensas, o con características de enfermedad aguda.

- Tratamiento sistémico de entrada de acuerdo a pautas de la Institución.
- Rescate quirúrgico en relación a la respuesta, utilizando en general de acuerdo a la extensión de la lesión colgajos miocutáneos para garantizar el margen y la cobertura del defecto. (ver capítulo de Cirugía Oncoplástica)
- De haberse realizado biopsia de ganglio centinela en el procedimiento primario considerar vaciamiento axilar.
- Radioterapia como consolidación del tratamiento sistémico en caso de respuesta total o como tratamiento posterior al rescate quirúrgico. De no existir antecedente de RT previa la dosis sugerida a nivel de la pared torácica y regiones ganglionares es de 50 Gy. Si hay masa tumoral residual se realizará un boost (refuerzo de dosis) hasta alcanzar los 66 Gy. Los casos con RT previa se evaluarán en forma individual.

3- Lesiones que comprometen pared costal incluyendo el carcinoma “en coraza”.

- Tratamiento sistémico (QT, HT, etc.) de acuerdo a pautas y análisis individual.
- Rescate quirúrgico en casos “seleccionados” con criterio paliativo o de confort. Las técnicas sugeridas son resecciones amplias de piel y tejidos adyacentes (partes blandas, parrilla costal, etc.) y reemplazo con materiales sintéticos como mallas de

Prolene, Goretex o Metacrilato y colgajos miocutáneos pediculados o libres de recto abdominal o dorsal ancho. (ver capítulo de Cirugía Oncoplástica)

- **Recidivas post-mastectomía y Reconstrucción Mamaria.**

En las pacientes reconstruidas con recidivas locales es importante analizar para indicar el tratamiento el tipo de técnica de reconstrucción utilizada.

De acuerdo a esto se pueden dividir en dos grupos relacionado o no a la presencia de material protésico en la reconstrucción:

- Reconstrucción con tejidos autólogos (colgajos en general - Tram Flap, DIEP Flap, Dorsal Ancho extendido sin prótesis-).
- Reconstrucción con prótesis o expansores con o sin colgajos agregados.

Cabe mencionar aquí que las recidivas locales en estas situaciones son en más del 90% de los casos superficiales. El diagnóstico según varias series es fundamentalmente patrimonio del examen clínico (97%). (1)

- Reconstrucción con tejidos autólogos

En estas pacientes en general no hay inconvenientes para el tratamiento quirúrgico y son posibles de resecciones amplias seguidas o no de Radioterapia de acuerdo al caso. En varias experiencias se demuestra que raramente es necesario resear la mama reconstruida luego de una recidiva local (1%). (2)

- Reconstrucción con prótesis o expansores con o sin colgajos agregados.

En las reconstrucciones mamarias con prótesis o expansores el tratamiento de la recidiva plantea dos inconvenientes, el primero, la conservación o no de la mama reconstruida y el segundo, en caso de conservarse, los efectos de la radioterapia en relación a la producción de contracturas capsulares severas sintomáticas y dificultades en el seguimiento.

En lo posible el tratamiento adecuado es la resección con margen de seguridad oncológico, conservación de la prótesis, o cambio del expansor por la prótesis definitiva y radioterapia. En nuestra experiencia con esta conducta se pudo siempre preservar la prótesis, no interfiriendo esto en el tratamiento y el seguimiento.

- **Recidivas locales post-cirugía conservadora.**

Su frecuencia es evaluada según tasas actuariales con una media anual de 1% durante los primeros 20 años, siendo su pronóstico y su curabilidad mayor que en las recidivas post mastectomía. (3)

Pueden presentarse como verdaderas cuando se ubican en el mismo cuadrante del tumor original, más precoces y frecuentes que las recidivas de otros cuadrantes que en algunas publicaciones son consideradas segundos tumores primarios.

El tratamiento depende de:

- Forma de presentación (nodular, difusa, aguda)
- Ubicación de la recidiva
- Tiempo de aparición en relación al primer procedimiento

El tratamiento quirúrgico convencional es la mastectomía simple, dejando un segundo procedimiento conservador para casos seleccionados de recidivas pequeñas, nodulares, tardías o segundos primarios. En esta infrecuente situación se podría considerar según el caso (tiempo transcurrido desde la irradiación previa y presencia o no de secuelas radiantes) realizar posteriormente a la resección quirúrgica reirradiación del lecho de resección de la recidiva. Se emplearan de preferencia alguna de las técnicas disponibles con alta resolución de dosis (IMRT, RT3DC o Braquiterapia Intersticial).

De haberse realizado biopsia de ganglio centinela en el procedimiento primario considerar nueva biopsia de ganglio centinela o vaciamiento axilar.

En estas situaciones es factible indicar una reconstrucción mamaria inmediata pudiendo contemplar una conservación de piel y/o el complejo areola-pezones en la mastectomía considerando la secuela radiante previa y reparación del defecto con tejido autólogo (Tram Flap, DIEP Flap, Dorsal Ancho extendido sin prótesis) de preferencia y excepcionalmente con expansores o prótesis asociados o no a colgajo de Dorsal Ancho. Esta última opción incrementa la tasa de complicaciones inmediatas (infecciones, extrusiones) o alejadas (contracturas capsulares severas).

Cuando la presentación de la recaída es aguda se indica tratamiento sistémico con eventual rescate quirúrgico de acuerdo a respuesta, utilizando de acuerdo a la extensión de la lesión colgajos miocutáneos para garantizar el margen y la cobertura del defecto. (4)

b- Recidivas regionales

Las recidivas regionales quedan circunscriptas a las recidivas axilares y supraclaviculares.

En estos casos se propone:

- Biopsia citológica o histológica
 - Evaluar tratamiento quirúrgico primario si es posible.
 - Si no lo es tratamiento sistémico y rescate o radioterapia.
-
- **TRATAMIENTO SISTÉMICO**

Los factores de riesgo de recaída luego de la mastectomía en mujeres con ganglios negativos son: el tamaño tumoral mayor a 2 cm y la presencia de embolias vasculares.

En aquellas pacientes con ganglios comprometidos, el grado histológico y el número de ganglios afectados son predictores de recaída locoregional.

Conociendo estos elementos se definen grupos de riesgo, el cual es reducido con el tratamiento sistémico adyuvante.

La recurrencia locoregional debe ser tratada con intención curativa. Después del tratamiento local quirúrgico o radiante, las mujeres con recaída local deben ser consideradas para quimioterapia u hormonoterapia “pseudo adyuvante o secundaria” con los mismos criterios de adyuvancia.

El rol de la quimioterapia en el tratamiento secundario es incierto, ya que por el momento no existen estudios randomizados, y se deberá tener en cuenta la biología tumoral, agresividad, co-morbilidades del paciente, periodo libre de enfermedad y preferencias cuando se decide optar por este tipo de quimioterapia.

La terapia endocrina “pseudo adyuvante” es una opción válida debido a la baja toxicidad y a un beneficio esperado mayor a la quimioterapia.

La utilización de la terapia Anti Her2 (Trastuzumab) es una opción razonable si no fue dado oportunamente.

En pacientes inoperables, la terapia sistémica es lo preferible para luego ofrecerles un tratamiento quirúrgico curativo.

En pacientes de buen pronóstico con expresión de Receptores hormonales en la recaída, menos de 3 ganglios, menores de 3 cm cada uno y con un periodo libre de enfermedad mayor de 12 meses luego del tratamiento primario son candidatos para terapia hormonal luego de la cirugía y la radioterapia, el cual tiene impacto en la sobrevida libre de enfermedad, pero sin impacto en sobrevida global.

Bibliografía

- 1) Newman L. Presentation, Treatment, and Outcome of local Recurrence after Skin-Sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction. *Ann Surg. Oncol.* , 5 (7): 620-626, 1998.
- 2) González E. y col. Reconstrucción mamaria post mastectomía. Consideraciones técnicas, oncológicas y estéticas en una serie consecutiva de 129 pacientes. Experiencia del instituto Angel H. Roffo. UBA. *Rev. Argent. Cirug.*,2003;85(12):69-82
- 3) McBain C. Local recurrence of breast cancer following surgery and radiotherapy: incidence and outcome. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2003 Feb; 15(1):25-31.
- 4) González E. Reconstrucción mamaria pos recidiva local de cirugía conservadora. ¿siempre es posible? *Rev Arg Mastol* 2011; 30(107): 192-203
- 5) A. Wallgren. Risk Factors for Locoregional Recurrence Among Breast Cancer Patients: Results From International Breast Cancer Study Group Trials I Through VII. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 7 (April 1), 2003: pp 1205-1213 1205.
- 6) M. Waeber. Adjuvant therapy after excision and radiation of isolated postmastectomy locoregional breast cancer recurrence: definitive results of a phase III randomized trial (SAKK 23/82) comparing tamoxifen with observation. *Annals of Oncology* 14: 1215–1221, 2003.
- 7) F. Cardoso. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii11–vii19, 2012