

RECIDIVAS LOCALES Y REGIONALES

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

Las recidivas loco-regionales deben ser interpretadas de acuerdo con su forma de presentación y en relación con el 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.

Su tratamiento 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 con esto, previo diagnóstico histológico y estudio de receptores hormonales, Her2, Ki 67, se pueden dividir en:

1- Lesiones locales limitadas o no extensas con baja velocidad de crecimiento, biología favorable y sin enfermedad sistémica.

Tratamiento quirúrgico de entrada asociado a otras terapéuticas como radioterapia si no realizó previamente y tratamiento sistémico de acuerdo con terapéuticas previas

2- Lesiones locales limitadas o no extensas con enfermedad sistémica concomitante.

Excepcionalmente tratamiento quirúrgico de entrada, evaluar tratamiento sistémico de acuerdo con terapéuticas previas con o sin cirugía posterior de ser necesaria asociada a radioterapia si no realizó previamente

3- Lesiones avanzadas de rápido crecimiento, extensas sin compromiso metastásico

Tratamiento sistémico con el fin de:

- Disminuir el tamaño.
- Aumentar la resecabilidad.

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.

4- Lesiones avanzadas de rápido crecimiento, extensas con compromiso metastásico.

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

De acuerdo con su localización en relación con el 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

• 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 con 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 siempre que se coloque clips para identificar el margen comprometido.
- Tratamiento sistémico de acuerdo con la necesidad por factores individuales de riesgo.

2- Lesiones extensas, o con características de enfermedad aguda

- Tratamiento sistémico de entrada de acuerdo con las pautas de la Institución.
- Rescate quirúrgico en relación con la respuesta, utilizando en general de acuerdo a la extensión de la lesión colgajos miocutáneos para garantizar el margen y la cobertura del defecto.
- 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 de acuerdo con 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 Metacrylato y colgajos miocutáneos pediculados o libres de recto abdominal o dorsal ancho
- Radioterapia paliativa

• 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 con 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%).

- Reconstrucción con tejidos autólogos

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

- 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 con 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.

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 con el 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 con biología favorable (Luminales A). 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 emplearán de preferencia algunas de las técnicas disponibles (IMRT, RT3DC, Braquiterapia Intersticial, IORT).

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-pezón 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.

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

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 SISTEMICO

“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.

La quimioterapia debe indicarse valorando la biología tumoral, agresividad, comorbilidades del paciente, periodo libre de enfermedad y preferencias.

En pacientes con expresión de receptores hormonales en la recaída, con un periodo libre de enfermedad mayor de 24 meses luego del tratamiento primario son candidatas para terapia hormonal luego de la cirugía.

La terapia Anti Her2 debe utilizarse de acuerdo con criterios empleados en la terapia primaria y teniendo en cuenta el tiempo entre la recaída y el tratamiento inicial.

En pacientes inoperables, HER2 + o triple negativas, la terapia sistémica inicial o “pseudo-neoadyuvancia” es preferible para luego ofrecer un tratamiento quirúrgico curativo.

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; 5(1):25-31.
- 4) González E. Reconstrucción mamaria post recidiva local de cirugía conservadora. ¿siempre es posible? *Rev Arg Mastol* 2011; 30(107): 192-203