

TRATAMIENTO LOCORREGIONAL

ÍNDICE

TRATAMIENTO LOCORREGIONAL

A. Sobre la cirugía:

- Criterios de inclusión para la cirugía conservadora
- Criterios de exclusión para la cirugía conservadora.

B. Sobre la radioterapia:

- Generalidades.
- Campos habitualmente empleados en tratamiento loco-regional.

TRATAMIENTO LOCORREGIONAL

A. Sobre la cirugía

La elección de la táctica quirúrgica (cirugía conservadora - mastectomía) será por indicación del médico con posterior acuerdo con el paciente, debiendo el profesional informar de los beneficios y riesgos de ambos procedimientos.

El paciente debe prestar su consentimiento informado al tratamiento elegido.

I. Criterios de inclusión para la cirugía conservadora:

- Relación volumen tumoral/volumen mamario con bajo riesgo de secuela cosmética con la técnica quirúrgica adecuada.
- Márgenes negativos intraoperatorios y diferidos.
- Posibilidad y aceptación de radioterapia postoperatoria.
- Posibilidad de estricto seguimiento.

- Preferencia de la paciente cumpliendo los criterios precedentes.

II. Criterios de exclusión para la cirugía conservadora:

- Radioterapia previa de la mama o de la pared torácica.
- Multicentricidad (en casos seleccionados en pacientes con gigantomastia evaluar técnicas de oncoplastía extrema).
- Presencia de microcalcificaciones difusas de características atípicas.
- Primer y segundo trimestre del embarazo.
- Retumorectomía con márgenes quirúrgicos positivos extensos, no pasibles de nueva resección con resultados cosméticos satisfactorios.
- Enfermedad de Paget con tumor periférico.
- Contraindicaciones de la radioterapia.
- Preferencia de la paciente.

III. Todos los pacientes que no reúnan criterios médicos para la conservación mamaria o motivos de preferencia personal del paciente (luego de una correcta evaluación psico-oncológica y análisis y explicación de beneficios, riesgos y complicaciones) serán pasibles de mastectomía con o sin reconstrucción mamaria.

B. Sobre la Radioterapia

El tratamiento radiante es utilizado como parte de una estrategia terapéutica curativa en los estadios 0, I, II y III. Con el empleo de técnicas quirúrgicas que permiten conservar la mama, se ha constatado la necesidad de asociar a la misma un tratamiento que

permita reducir la tasa de recidivas locales hasta niveles equiparables a los alcanzados con la mastectomía radical. La radioterapia permite el tratamiento complementario de la mama remanente, con una sobredosificación (*boost*) en el lecho quirúrgico, obteniendo un resultado estético favorable que mejora la calidad de vida de las pacientes.

En la actualidad la técnica preferida de irradiación es la Tridimensional Conformada (RT 3DC), que permite una distribución adecuada de la dosis en todo el volumen mamario incluyendo la parrilla costal subyacente (de ser necesario según el estadio inicial), con bajos niveles de dosis en los órganos vecinos a riesgo (pulmón, mama contralateral y corazón). Los tratamientos se realizan habitualmente empleando un fraccionamiento convencional, con dosis diarias de 180 a 200 cGy, en cinco fracciones semanales (lunes a viernes) alcanzando dosis totales de 45 a 50 Gy. El *boost* o sobredosis en el lecho de la tumorectomía se aplica en campo reducido y se prescriben dosis entre 10 y 20 Gy según el caso clínico (3). Se han demostrado resultados equivalentes con esquemas más cortos de tratamiento (esquemas hipofraccionados) en pacientes adecuadamente seleccionadas (ver más adelante).

No existen contraindicaciones absolutas al tratamiento radiante, pero deben mencionarse las colagenopatías (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia) como factores condicionantes relativos de mayor toxicidad cutánea, en las cuales es conveniente emplear dosis diarias no mayores a 180 cGy y dosis totales que no superen los 45 Gy según la tolerancia manifestada. Se evitarán además los tratamientos simultáneos con quimioterapia (principalmente esquemas que contengan adriamicina) ya que exacerban la toxicidad cutánea.

Se suele recomendar no retardar el inicio del tratamiento radiante en más de 6 semanas post cirugía en caso de pacientes que no requieran QT, o 16 semanas en los casos que la requieran. No obstante, no existe evidencia de que iniciarla más allá de estos plazos no aporte beneficios parciales.

Campos habitualmente empleados en el tratamiento loco-regional mamario

- Volumen mamario: se emplea en pacientes con tratamiento quirúrgico conservador, o en pacientes no pasibles de cirugía (avanzados localmente), a través de campos tangenciales interno y externo que abarcan toda la mama. Se aplicarán haces de fotones de baja o media energía (o una combinación de ambos) de acuerdo con el volumen y forma de la mama.
- Lecho de mastectomía: campos tangenciales, con las mismas consideraciones que en la irradiación del volumen mamario.
- *Boost* en lecho de tumorectomía: puede efectuarse por técnicas de radioterapia externa (fotones tangenciales o campo directo de electrones) o con braquiterapia intersticial (alambres de Iridio).
- Región supraclavicular (con inclusión del nivel III axilar): cuando resulta necesario incluir estas áreas ganglionares utilizamos campo anterior o anterior + posterior. Las dosis habituales son de 45 a 50 Gy. En casos de adenopatía clínica puede agregarse un *boost* sobre la misma de 10 a 15 Gy, preservando dosis de tolerancia sobre plexo braquial y medula.
- Cadena mamaria interna: comprendida a nivel de los primeros 3-4 espacios intercostales. Según la técnica empleada para irradiar

el resto de los volúmenes pueden utilizarse electrones, fotones o una combinación de ambos. Se enfatiza el uso de técnicas tridimensionales para limitar la toxicidad cardiológica que podría presentarse.