

TRATAMIENTO LOCOREGIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ESTADIO IV

Al momento del diagnóstico, entre el 3.5% y el 10 % de las pacientes se presentan con enfermedad diseminada y tumor primario intacto.

La mejoría en los métodos de diagnóstico por imágenes y la incorporación de la RMN y el PET, hacen posible detectar enfermedad metastásica de bajo volumen en pacientes que antes eran estadificados como E II o E III.

En este grupo de pacientes el tratamiento quirúrgico está clásicamente indicado para control local sintomático, paliativo, cuando el tumor presenta complicaciones como ulceración de piel, sangrado, infección con fetidez o dolor. En estos casos, teniendo en cuenta el estado general y la expectativa de vida de la paciente, se debe evaluar la posibilidad de que sea el primer tratamiento. Se indica como tal cuando sea posible la resección completa de la lesión y el cierre simple de la herida quirúrgica sin necesidad de recurrir a cirugías de gran envergadura como los colgajos que podrían demorar el inicio del tratamiento sistémico. La indicación primaria del tratamiento quirúrgico en estas condiciones se basa en la pronta mejoría en la calidad de vida que produce la mastectomía de toilette frente a un tumor localmente complicado.

Cuando el tumor es localmente pasible de resección, pero es necesaria la realización de un colgajo para cubrir el defecto producido por la exéresis, se inicia tratamiento sistémico. En base a la respuesta al tratamiento o la estabilización local y a distancia de la enfermedad, el

estado general de la paciente y el patrón metastásico presente corresponde evaluar el posible costo-beneficio del tratamiento quirúrgico en cada caso específico.

Desde el año 2002 se han publicado muchos trabajos retrospectivos que demuestran un aparente beneficio en la sobrevida con el tratamiento quirúrgico en los pacientes que se presentan como E IV y tumor primario intacto, asintomático, sin complicaciones locales, el cual podría ser debido a un sesgo de selección por tratarse de trabajos retrospectivos o a un beneficio propio del tratamiento quirúrgico.

Para poder evaluar el impacto real del tratamiento quirúrgico se realizaron distintos trabajos prospectivos, pero estos no tuvieron un diseño uniforme, algunos iniciaban el tratamiento con cirugía y otros con quimioterapia y si bien todavía no fueron publicados todos los resultados, algunos fueron suspendidos o se cerraron antes de lo programado por falta de reclutamiento de pacientes.

La mayoría de los que publicaron los resultados no demostraron beneficio en sobrevida con el tratamiento quirúrgico y se vio peor sobrevida para pacientes con metástasis viscerales múltiples y TN , pero uno (MF 0701) mostro beneficio con un seguimiento de 40 meses y refiere diferencias potencialmente importantes en distintos subgrupos como las pacientes con metástasis solamente óseas , más significativo en metástasis ósea única y en pacientes con tumores con expresión de receptores hormonales .

Se necesitan más trabajos prospectivos para obtener evidencia definitiva del impacto del tratamiento quirúrgico y el momento de realizar

el mismo y hasta que aparezca evidencia definitiva en estas pacientes se puede considerar al tratamiento quirúrgico como una opción para casos seleccionados formando parte de la estrategia terapéutica junto con la quimioterapia, hormonoterapia, tratamientos biológicos y radioterapia, pero no como un tratamiento estándar o de rutina.

Se debe evaluar el tratamiento quirúrgico para cada caso individual cuando se logro una buena respuesta al tratamiento sistémico alcanzando una meseta en la misma y con estabilidad en la enfermedad a distancia. Para proponer el tratamiento quirúrgico en este tipo de pacientes hay que considerar los conceptos aprendidos de los trabajos retrospectivos internacionales:

- 1- Necesidad de obtener márgenes quirúrgicos libres independientemente de la técnica quirúrgica utilizada sea mastectomía o cuadrantectomía.
- 2- Falta de definición en relación con el tratamiento quirúrgico de las adenopatías axilares debido que se vio un beneficio en la sobrevida no estadísticamente significativo
- 3- Mayor beneficio aparente en pacientes con metástasis óseas que viscerales y únicas que múltiples.
- 4- Beneficio aparente en pacientes con tumores que expresan receptores hormonales positivos y /o Her2 neu +++ con falta del mismo en pacientes que poseen tumores triple negativos.