

Qué **NO** hay que hacer en Patología Mamaria

Qué no hay que hacer en patología mamaria

Edición 1ª marzo 2016 SESPM-SEDIM

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM)

Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDIM)



Qué **NO** hay que hacer en patología mamaria

Presentación

En estos últimos años las administraciones sanitarias, sociedades científicas e investigadores han comenzado a poner el foco en la evaluación de la indicación de los test y pruebas diagnóstico-terapeutas, prestando especial interés en identificar prácticas a evitar o intervenciones innecesarias, definiéndolas como aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o nula efectividad o no son coste efectivas.

De este modo, en el año 2009, la Alianza Nacional de Médicos de EEUU puso en marcha un proyecto denominado "*Choosing Wisely*" (elegir con prudencia). Actualmente son ya 60 las sociedades científicas americanas que han contribuido a la elaboración de 200 recomendaciones clínicas claves y evitar intervenciones médicas innecesarias.

Simultáneamente, desde el año 2007 el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) durante el proceso de elaboración de sus guías identificó algunas prácticas clínicas que recomienda no hacer ("*do not do*"), ya sea porque no aportan beneficio, porque la relación entre riesgos y beneficios no está clara o porque no existe suficiente evidencia para recomendar su uso sistemático. En marzo de 2014, la base de datos "*do not do*" contenía ya 972 recomendaciones.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad

pone en marcha en 2013 el proyecto denominado "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas". En la actualidad 39 sociedades médicas han colaborado con este proyecto, identificando y proponiendo cada una de ellas cinco recomendaciones "*qué no hacer*".

Todas estas sociedades e instituciones han trabajado en áreas específicas del conocimiento o especialidades. Sin embargo, dado el abordaje multidisciplinar en la patología mamaria, nos ha parecido interesante disponer de una guía o propuesta de recomendaciones "*qué no hacer*" en patología mamaria, con independencia del área de conocimiento. El compartir esta guía entre los profesionales de la unidad de mama permitirá una utilización más eficiente de los recursos sanitarios, disminuyendo la variabilidad y mejorando la atención de nuestras pacientes.

Todo lo anterior nos motivó a celebrar una mesa titulada "*qué no hacer en patología mamaria*" en el pasado Congreso Español de la Mama, celebrado en Madrid en octubre en 2015. En la mesa, se presentaron y discutieron las principales recomendaciones "*que no hacer*" de las diferentes especialidades implicadas en la patología mamaria, haciendo especial hincapié en la evidencia que las apoya, su impacto asistencial, económico o social y población a la que afecta.

Finalmente, y aprovechando la participación en el Congreso de un elevado número de especialistas en esta área, el auditorio pudo elegir las recomendaciones "*qué no hacer en patología mamaria*" que consideró más interesantes. La síntesis y trabajo posterior de esta mesa nos ha permitido seleccionar las 15 recomendaciones "*qué no hacer*" consideradas más relevantes en patología mamaria.

Agradecer el trabajo de los ponentes que participaron en esta mesa, y especialmente de la Dra. Adrover, ponente de la misma y que ha realizado posteriormente un magnífico trabajo de unificación y síntesis, y por supuesto a todos los asistentes del Congreso que permitieron seleccionar las recomendaciones con mayor impacto.

Coordinadores

Dra. Marina Álvarez Benito
Dr. Carlos Vázquez Albaladejo

Editora

Dra. Encarna Adrover Cebrián

Autores

Dra. Encarna Adrover Cebrián
Oncología

Dra. Josefa Galobardes Monge
Radiología

Dr. Rafael Cano Muñoz
Anatomía patológica

Dr. Felipe Calvo Manuel
Oncología radioterápica

Dra. Milagros González Bejar
Atención primaria

Dr. Fernando Martínez Regueira
Cirugía

Qué **NO** hay que hacer en patología mamaria

Recomendaciones

1. NO REALICE VACIAMIENTO AXILAR RUTINARIO EN NO CLÍNICO..... 8
2. NO TRATE NINGÚN CÁNCER DE MAMA SIN UN ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS PREVIO..... 9
3. NO EXTIRPE LESIONES SOSPECHOSAS SIN BIOPSIA PREVIA..... 9
4. NO REALICE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA COMO MÉTODO DE CRIBADO EN MUJERES CON RIESGO BAJO O INTERMEDIO PARA CANCER DE MAMA..... 10
5. NO REALICE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA DE MANERA AISLADA SIN CORRELACIONAR CONJUNTAMENTE CON LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL..... 11
6. NO REALICE GANGLIO CENTINELA POR PROCEDIMIENTO OSNA SI LA CK19 EN LA BIOPSIA PREVIA ES NEGATIVA O/POSITIVIDAD <30% DE LA POBLACIÓN NEOPLÁSICA..... 11
7. NO REALICE REINTERVENCIÓN POR BORDES CERCANOS..... 12

8. NO REALICE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES MAMARIAS QUE PODRÍAN SER EVALUADAS MEDIANTE BIOPSIA PERCUTÁNEA (BAG/BAV)..... 13
9. EN LOS CÁNCERES DE MAMA (FENOTIPO TUMORAL Y ESTADIO) EN LOS QUE EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE HA DEMOSTRADO MEJORAR EL CONTROL LOCAL/SUPERVIVENCIA, NO PRACTIQUE CIRUGÍA DE INICIO..... 14
10. NO REALICE SEGUIMIENTO BASADO EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANALÍTICA/ MARCADORES TUMORALES/ PET/ TAC/ GGO) EN PACIENTES ASINTOMÁTICAS..... 14
11. NO PLANTEE EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE TRAS EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SIN UN PLAN DE CUIDADOS PARA SUPERVIVIENTES..... 15
12. NO ADMINISTRE SIMULTÁNEAMENTE QUIMIOTERAPIA CON LA TERAPIA ENDOCRINA ADYUVANTE..... 15
13. NO REALICE PET, CT, GAMMAGRAFÍAS EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS TEMPRANOS (I y II) CON BAJO RIESGO DE METÁSTASIS..... 16
14. NO REALICE MASTECTOMÍA EN TODO CÁNCER DE MAMA MULTIFOCAL O MULTICÉNTRICO..... 16
15. NO IRRADIE LA MAMA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MISMA EN MUJERES DE ≥ 50 AÑOS CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS INICIALES SIN TENER EN CUENTA PAUTAS DE TRATAMIENTO MÁS CORTAS..... 17

01

NO REALICE VACIAMIENTO AXILAR RUTINARIO EN NO CLÍNICO.

No realice vaciamiento axilar en cáncer de mama estadios I-II con axila clínicamente negativa. Realice biopsia de ganglio centinela (BGC).

Evidencia: I A

- **1a:** Si el ganglio(s) centinela es negativo (**IIA**) o tiene poca afectación tumoral (células tumorales aisladas o micrometástasis, **IIB**), no realice vaciamiento axilar.
- **1b:** En caso de 1-2 ganglios centinelas con macrometástasis (sin rotura capsular o < 15.000 copias de CK19 si se hizo ganglio centinela con método OSNA), en una paciente con cirugía conservadora de mama en la que está planeado irradiar la mama entera tras un tratamiento sistémico apropiado, no se recomienda realizar vaciamiento axilar (**IIB**).

El 75% de cánceres de mama son < 5 cm y sin afectación axilar clínica: cuando el ganglio centinela es positivo, este es el único afecto en el 60% de las pacientes.

La BGC estadifica de forma más precisa la afectación ganglionar y permite una correcta selección de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia adyuvantes. El vaciamiento axilar no aumenta la supervivencia en cáncer de mama N0 y tiene más efectos secundarios a corto y largo plazo en comparación con la BGC; en particular, un riesgo significativamente mayor de linfedema. Realizar sólo BGC con ≤ 2 ganglios afectados tampoco disminuye la supervivencia ni aumenta la recidiva local

Lyman GH, Temin S, Edge SB, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy for Patients With Early-Stage Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 32:1365-1383. 2014.

National Comprehensive Cancer Network guidelines. Breast Cancer. Versión 3.2015.

Guiliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA 305: 369-575. 2011

02

NO TRATE NINGÚN CÁNCER DE MAMA SIN UN ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS PREVIO

ER, PR, Her2, ki 67: Son los factores predictivos más relevantes y la información básica para decidir el tratamiento de una paciente con cáncer de mama de reciente diagnóstico, máxime si se plantea un tratamiento médico neoadyuvante (quimio/hormonoterapia).

Los factores predictivos nos permiten clasificar a los cánceres de mama en diferentes fenotipos con evolución clínica y respuesta diferente a los tratamientos médicos actuales. **Evidencia: III A**

Senkus E, Kyriakides S, Ohno S et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Suppl 5): v8-v30, 2015

03

NO EXTIRPE LESIONES SOSPECHOSAS SIN BIOPSIA PREVIA

No realice extirpación quirúrgica de una lesión mamaria radiológicamente sospechosa (BI-RADS 4, BI-RADS 5 y algunas BI-RADS 3) a menos que sea imposible realizar una biopsia bajo control radiológico. Realice biopsia percutánea (BAG/BAV) e indique el tratamiento oportuno según resultado anatomopatológico. **Evidencia IIA.**

La biopsia percutánea guiada por imagen tiene una correlación con la biopsia quirúrgica ~100%; es más barata y puede evitar la cirugía en lesiones benignas. Una 2º cirugía post-tumorectomía tiene peores

resultados oncológicos y estéticos.

Conocer el diagnóstico patológico previamente al comienzo del tratamiento permite al equipo multidisciplinar y a la paciente participar en la toma de decisiones.

James TA, Mace JL, Virnig BA, et al. Preoperative needle biopsy improves the quality of breast cancer surgery. J Am Coll Surg; 215:562-568.2012.

Friese CR, Neville BA, Edge SB, et al. Breast biopsy patterns and outcomes in Surveillance, Epidemiology and End Results Medicare data. Cancer; 115:716-724. 2009.

Williams RT, Yao K, Stewart AK, et al. Needle versus excisional biopsy for noninvasive and invasive breast cancer: Report from the National Cancer Data Base 2003-2008. Ann Surg Oncol; 8: 3802-10. 2011



NO REALICE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA COMO MÉTODO DE CRIBADO EN MUJERES CON RIESGO BAJO O INTERMEDIO PARA CÁNCER DE MAMA

Sólo se recomienda resonancia como prueba de cribado en pacientes de alto riesgo para cáncer de mama (>20%). Fuera de esta población, la prevalencia de cáncer de mama es baja, no justificando su uso ya que la resonancia es una prueba complicada y no inocua (gadolinio); tiene una alta tasa de falsos positivos, lo que conlleva estudios complementarios con mayor stress de la paciente y del coste del proceso. **Evidencia: IA**

American College of Radiology. Practice guideline for the performance of contrast-enhanced magnetic resonance imaging (MRI) of the breast. <http://www.acr.org/>

Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. Eur J Cancer; 46: 1296-1316. 2010.

National Guideline Clearinghouse. Kaiser permanente care management institute. Breast cancer screening clinical practice guideline. Oakland (CA): 2010:142

05

NO REALICE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA DE MANERA AISLADA SIN CORRELACIONAR CONJUNTAMENTE CON LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

La resonancia es el método más sensible para el diagnóstico de cáncer invasivo y de CDIS extenso, así como en la detección de un foco adicional, (sensibilidad 50-90% para CDIS y 90-95% para ca. invasivo). Dada la alta tasa de falsos positivos y que el CDIS no siempre realza (10-20%), la resonancia, mamografía y ecografía son complementarias. **Evidencia: I A**

Se consigue un mayor beneficio al combinar dichas pruebas, aumentando la sensibilidad hasta 82 % para el CDI y un 46 % para CDIS.

Lehman CD, Blume JD, Weatherall P, et al. International Breast MRI Consortium Working group. Screening women at high risk for breast cancer with mammography and magnetic resonance imaging. Cancer 2005; 103:1898-1905.

Saslow D, Boetes C, Burke Wet al. American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society Guidelines for breast cancer screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J. Clin 2007; 57: 75-89.

Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. Eur J Cancer; 46: 1296-1316. 2010.

06

NO REALICE GANGLIO CENTINELA POR PROCEDIMIENTO OSNA SI LA CK19 EN LA BIOPSIA PREVIA ES NEGATIVA O/POSITIVIDAD < 30% DE LA POBLACIÓN NEOPLÁSICA

El método OSNA se basa en medir la cantidad de copias de RNAm (carga tumoral) de la citoqueratina 19 (CK19), proteína que se expresa en la membrana citoplasmática de la mayoría de células tumorales de cáncer de mama.

Esta carga tumoral se mide en los ganglios linfáticos considerados

centinelas, de pacientes con axila clínicamente negativa. Se requiere un mínimo de expresión de CK19 en el tumor para proceder con la técnica.

Evidencia: II B

Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama Revista Española de Patología 2014; 47 (1): 22-32. SESPM – SEAP Revisión 2013



NO REALICE REINTERVENCIÓN POR BORDES CERCANOS

No está indicado ampliar márgenes en carcinoma infiltrante/CDIS si no hay células tumorales en los márgenes de la pieza quirúrgica marcados con tinta china. En los casos de CDIS, se recomiendan márgenes >2mm.

Evidencia: I A.

Tras cirugía conservadora la tasa de re intervención para ampliar márgenes es del 25%. En muchas ocasiones se amplían márgenes cercanos pero no afectados directamente por tumor. La re intervención para ampliar márgenes tiene más complicaciones, peor resultado estético, aumenta el gasto sanitario y no reduce el riesgo de recidiva local. Sólo la afectación directa del margen (tumor en tinta china) se asocia a doble de riesgo de recidiva local.

Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, et al. Society of Surgical Oncology- American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive cancer. Ann Surg Oncol; 21: 704-716.2014

Buchholz TA, Somerfield MR, Griggs JJ, et al. Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Stage I and II Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Endorsement of the Society of Surgical Oncology/American Society for Radiation Oncology Consensus Guideline. J Clin Oncol; 32: 1502-1506. 2014.



NO REALICE RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES MAMARIAS QUE PODRÍAN SER EVALUADAS MEDIANTE BIOPSIA PERCUTÁNEA (BAG/BAV)

En mujeres de cualquier edad, en las que se haya detectado una lesión mamaria perfectamente evaluable mediante biopsia percutánea, evite resonancias innecesarias que nunca darán un diagnóstico histológico definitivo necesario para la toma de decisiones, encareciendo y retrasando el proceso diagnóstico. **Evidencia: I A**

La resonancia tiene altas tasas de falsos positivos y de hallazgos incidentales detectados de manera adicional (en la población general con bajo riesgo, en su mayoría son benignos), con una mala relación coste-beneficio. Un porcentaje significativo de cánceres invasivos/CDIS no realzan: el Valor Predictivo Negativo de la resonancia es menor que el de la biopsia percutánea.

Flamm CR, Ziegler KM, Aronson N. et al. Technology Evaluation Center Assessment Synopsis: use of magnetic resonance imaging to avoid a biopsy in women with suspicious primary breast lesions. J Am Coll. Radiol; 2: 485-487. 2005.

Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. Eur J Cancer; 46: 1296-1316. 2010

DeMartini W, Lehman C, Partridge S. Breast MRI for cancer detection and characterization: a review of evidence-based clinical applications. Acad Radiol; 15: 408-416. 2008.

AK, Charlotte D, Jame A. Role of MRI in screening, diagnosis and management of breast cancer. Expert Rev Anticancer Ther; 8: 811-817. 2008.

09

EN LOS CANCERES DE MAMA (FENOTIPO TUMORAL Y ESTADIO) EN LOS QUE EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE HA DEMOSTRADO MEJORAR EL CONTROL LOCAL/ SUPERVIVENCIA, NO PRACTIQUE CIRUGÍA DE INICIO

En los casos de cáncer mama cT2-T3 o axila positiva, con subtipos T. triple negativo o her2 positivo, la quimioterapia neoadyuvante con frecuencia disminuye el volumen tumoral, permite una cirugía menos radical y puede mejorar las tasas de supervivencia y calidad de vida. Se recomienda marcar el tumor con un localizador si se prevé una cirugía conservadora posterior. **Evidencia: IA**

National Comprehensive Cancer Network guidelines. Breast Cancer. Versión 3.2015. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Suppl 5): v8-v30, 2015

10

NO REALICE SEGUIMIENTO BASADO EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANALÍTICA/ MARCADORES TUMORALES/ PET/ TAC/ GGO) EN PACIENTES ASINTOMÁTICAS

Varios estudios y meta análisis no han demostrado beneficio en supervivencia con el seguimiento intensivo de pacientes con cáncer de mama tratadas con intención curativa. Falsos positivos conducen a procedimientos invasivos, sobretratamiento, irradiación excesiva y diagnósticos erróneos, además del sobrecoste económico. **Evidencia: IIA**

National Comprehensive Cancer Network guidelines. Breast Cancer. Versión 3.2015. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Suppl 5): v8-v30, 2015

Runowicz CD, Corinne R. Leach CR, N. Lynn N, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. J Clin Oncol; 34:611-636. 2016

11

NO PLANTEE EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE TRAS EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SIN UN PLAN DE CUIDADOS PARA SUPERVIVIENTES

El paciente, su familia y el equipo de atención primaria necesitan conocer las necesidades y tratamiento de soporte posteriores. **Evidencia: IIA**

Manifiesto SEOM sobre la atención a los largos supervivientes de cáncer

National Comprehensive Cancer Network guidelines. Breast Cancer. Versión 3.2015.

Senkus E, Kyriakides S, Ohno S et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Suppl 5): v8-v30, 2015

Runowicz CD, Corinne R. Leach CR, N. Lynn N, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. J Clin Oncol; 34:611-636. 2016

12

NO ADMINISTRE SIMULTÁNEAMENTE QUIMIOTERAPIA CON LA TERAPIA ENDOCRINA ADYUVANTE

En pacientes con cáncer de mama inicial y tumores luminal B, candidatas a tratamiento adyuvante con quimio y hormonoterapia, se recomienda la administración secuencial de ambos tratamientos, comenzando por la quimioterapia. Aunque los datos de ensayos clínicos publicados son con tamoxifeno, con la administración concomitante de ambos tratamientos, no hay diferencias en supervivencia y sí más toxicidad. **Evidencia: IID**

National Comprehensive Cancer Network guidelines. Breast Cancer. Versión 3.2015.

Senkus E, Kyriakides S, Ohno S et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Suppl 5): v8-v30, 2015

Albain KS, Barlow WE, Ravdin PM, et al. Adjuvant chemotherapy and timing of tamoxifen in postmenopausal patients with endocrine-responsive, node-positive breast cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. Lancet; 374: 2027-2128. 2009

13

NO REALICE PET, CT, GAMMAGRAFÍAS EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS TEMPRANOS (I y II) CON BAJO RIESGO DE METÁSTASIS

No existen argumentos clínicos (no mejora en detección de metástasis ni supervivencia) ni económicos que justifiquen la realización de técnicas de imagen en pacientes asintomáticas diagnosticadas de cáncer de mama con riesgo bajo de metástasis (estadios I y II y CDIS) . **Evidencia: II A**

Supone una gran carga de trabajo (cáncer más frecuente), importante dosis de radiación, sobre diagnósticos, biopsias innecesarias, sobretratamientos y ansiedad para la mujer.

Carlson RW, Allred C, Anderson BO, et al. Invasive breast cancer. J Natl Compr Canc Netw; 9:136–222. 2011.

Runowicz CD, Corinne R. Leach CR, N. Lynn N, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. J Clin Oncol; 34:611-636. 2016

Rojas MP, Telaro E, Russo A, et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. Metaanalysis-Cochrane Database Sys Rev 2000(4):CD001768.

14

NO REALICE MASTECTOMÍA EN TODO CÁNCER DE MAMA MULTIFOCAL O MULTICÉNTRICO

No indique mastectomía en todo cáncer de mama multifocal o multicéntrico. Plantee cirugía conservadora si todos los focos son extirpados en una única incisión y el resultado estético es aceptable. **Evidencia II A**

Cerca de 15% de los cánceres de mama son multicéntricos o multifocales. El porcentaje ha aumentado con el uso de la resonancia preoperatoria. Si es posible la extirpación completa dejando suficiente volumen mamario,

el tratamiento conservador es igualmente seguro y se pueden evitar coste y problemas de la reconstrucción mamaria.

Gentilini O, Botteri E, Rotmensz N, et al. Conservative surgery in patients with multifocal /multicentric breast cancer. Breast Cancer Res Treat; 113: 577.2009.

Ataseven B, Lederer B, Blohmer JU et al. Impact of multifocal or multicentric disease on surgery and locoregional, distant and overall survival in breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy. Ann Surg Oncol;22:1118-27. 2015

Haloua MH, Krekel NM, Winters HA, et al.A systematic review of oncoplastic breast-conserving surgery: current weaknesses and future prospects. Ann Surg;257:609-620. 2013.



NO IRRADIE LA MAMA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MISMA EN MUJERES DE ≥ 50 AÑOS CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS INICIALES SIN TENER EN CUENTA PAUTAS DE TRATAMIENTO MÁS CORTAS

La radioterapia de toda la mama disminuye la recidiva local y mejora la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama invasivo tratadas con cirugía parcial de la mama. La pauta convencional utiliza esquemas con 25-28 fracciones (dosis de 45-50 Gy), seguidas de una sobreimpresión del lecho tumoral en 5-10 fracciones (10-16 Gy), durante 1 a 2 semanas más. Estudios recientes han demostrado un control del tumor y un resultado estético equivalentes en pacientes seleccionadas de bajo riesgo con cursos más cortos de tratamiento (15-16 fracciones con dosis 2,5 a 2,67 Gy durante 3-4 semanas).

Estos regímenes más cortos son menos costosos en términos monetarios y sociales, y deben ser considerados cuando sean médicamente apropiados. **Evidencia: IA.**

Whelan TJ, Pignol JP, Levine MN, et al. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. N Engl J Med;362:513-520. 2010

Smith BD, Bentzen SM, Correa CR, et al. Fractionation for whole breast irradiation: ASTRO evidence-based guideline. Int J Radiat Oncol Biol Phys;81:59-68. 2011.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN*

Adaptado de Dykewicz CA. Summary of the guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients. Clin Infect Dis 2001; 33: 139-144

Niveles de evidencia	
I	Al menos 1 gran ensayo clínico aleatorizado y controlado, con buena calidad metodológica (bajo riesgo de bias) o meta-análisis bien desarrollado de e. clínicos sin heterogeneidad
II	E. clínicos aleatorizados pequeños, e. clínicos grandes pero de baja calidad metodológica o meta-análisis de e. clínicos con heterogeneidad demostrada.
III	Estudios de cohortes prospectivos
IV	Estudios de cohortes retrospectivos o de casos y controles
V	Opinión de expertos, casos clínicos o estudios sin brazo control
Grados de recomendación	
A	Alta evidencia de eficacia con beneficio clínico substancial, muy recomendado
B	Alta/moderada evidencia de eficacia pero beneficio clínico limitado, recomendado.
C	Insuficiente evidencia de eficacia o beneficio menor que riesgos/coste; opcional.
D	Evidencia moderada de falta de eficacia; generalmente no recomendado.
E	Alta evidencia de falta de eficacia/exceso efectos adversos. No recomendado

Sociedad Española
de Senología y Patología Mamaria



PATROCINADORES

