

Revista Médica Secundaria

MPG Journal

Actualización en Medicina y Enfermería

**Desescalada de
tratamiento en
pacientes con
cáncer de mama
precoz de bajo
riesgo**



CONTENIDO

ABSTRACT

Introducción del tema a tratar en inglés y español

ARTÍCULO

Texto resumen del artículo original e interpretación realizada por el autor del equipo editorial MPG Journal sobre el artículo original

AUTOEVALUACIÓN

Cortas preguntas que determinan la asimilación del contenido

REFERENCIAS

Bibliografías consultadas para la confección de este artículo

EDITORIAL

AUTORES

Flora López López.
Oncología Médica. Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid.

ESPECIALIDADES

Ginecología
Medicina General
Oncología

REVISTA ORIGINAL

Breast-Conserving Surgery with or without Irradiation in Early Breast Cancer

PALABRAS CLAVE

Cáncer mama precoz
Radioterapia

FECHA RECEPCIÓN

03. 10. 2024

KEY WORDS

Early Breast Cancer
Radiotherapy

FECHA ADMISIÓN

11. 10. 2024

FACTOR DE IMPACTO

7.8

10.5281/zenodo.13907928

VOL 4 - N° 65

JOURNAL



OCTUBRE 2024

ABSTRACT

La radioterapia adyuvante tras cirugía conservadora de cáncer de mama precoz es un estándar terapéutico. Sin embargo, pacientes de bajo riesgo de recaída por edad, estadio y fenotipo tumoral que realizan hormonoterapia adyuvante, parecen obtener un beneficio modesto de la irradiación mamaria pudiendo plantear su omisión en este subgrupo.

Adjuvant radiotherapy after breast-conserving surgery for early breast cancer is a standard of care. However, patients at low risk of relapse due to age, stage and tumour phenotype who undergo adjuvant hormone therapy, seem to obtain a modest benefit from breast irradiation and its omission may be considered in this subgroup.

VOL 4 - N° 65

JOURNAL

 mpg

OCTUBRE 2024

ARTÍCULO

Se presentan los datos de seguimiento a 10 años del estudio PRIME II. Se trata de un ensayo clínico fase 3, randomizado, multicéntrico (Europa y Australia) en el que se aleatorizaron 1326 mujeres de 65 años o más con cáncer de mama precoz luminal (receptores hormonales positivos), de ≤ 3 cm y con ganglios negativos (NO) sometidas a cirugía conservadora con márgenes libres, a recibir terapia endocrina adyuvante con o sin irradiación mamaria. Se permitía un factor de riesgo adicional, bien grado 3 o invasión linfovascular, pero no ambas características simultáneamente.

El grupo de radioterapia recibió las dosis convencionales de 40-50 Gy (2,66-2 Gy por fracción en 20-25 fracciones) sobre la mama, y alrededor de un 15% recibió además una sobreimpresión en el lecho tumoral. Toda la población recibió hormonoterapia adyuvante, la mayoría con tamoxifeno. La mediana de edad de las pacientes fue de 70 años en el momento de la randomización.

La incidencia acumulada de recidivas locales a 10 años fue significativamente superior en el grupo sin radioterapia con un 9,5% respecto al grupo irradiado con solo un 0,9% ($\Delta 8,6\%$ HR 10,4 $p < 0,001$). Dentro del grupo sin radioterapia, la incidencia de recaída local fue inferior en las pacientes con alta expresión de receptor estrogénico (8,6%) pero superior en aquellas que discontinuaron la terapia endocrina (HR 4,66 respecto a las que la continuaron).

La incidencia a 10 años de recidivas a distancia (metastásicas), fue inferior en el grupo sin radioterapia (1,6% vs 3% con irradiación). La radioterapia no impactó en la supervivencia global a 10 años, siendo igual en ambos grupos de tratamiento (80,8% vs 80,7%), así como tampoco se encontraron diferencias en la supervivencia cáncer específica a 10 años (97,4% vs 97,9%).



ARTÍCULO

Con el envejecimiento de la población cada vez es más frecuente tener pacientes mayores con cáncer de mama, por lo que han surgido varias estrategias para evitar sobretratar a estas pacientes en un intento de desescalada terapéutica. Una de las más destacadas ha sido la omisión de la radioterapia tras cirugía conservadora en pacientes de bajo riesgo, ya que a pesar de las nuevas técnicas de intensidad modulada y de protección de órganos a riesgo, la radioterapia mamaria sigue comportando riesgo de toxicidad no desdeñable, especialmente cutánea, pulmonar y cardíaca, así como riesgo de segundos tumores. El estudio PRIME II nos muestra que, si bien hay un incremento en las recaídas locales en el grupo sin irradiación, esto no se traduce en un aumento de la enfermedad a distancia ni impacta en supervivencia, concordante con los datos obtenidos en estudios previos similares en población equivalente, lo que anima a plantear su omisión o al menos considerar esquemas de radioterapia más conservadores con menor toxicidad y eficacia comparable. Además, con esta estrategia podríamos reservar la radioterapia para una futura recaída local, evitando la mastectomía en casos seleccionados.



Como principal limitación del estudio hay que tener en cuenta que, aunque se permitía la inclusión de pacientes con algún factor de riesgo de recaída adicional (alto grado-G3- o invasión linfovascular), este grupo estaba muy infrarrepresentado ($\approx 8\%$ en cada brazo) y no pueden extrapolarse las mismas conclusiones que para el global del estudio. Lo mismo ocurre con las pacientes con baja expresión de receptor estrogénico, que presentaban mayor riesgo de recurrencia local, aunque suponen menos del 10% de las pacientes del estudio.

Otro dato interesante es respecto a la terapia endocrina. Sabemos que la mala adherencia al tratamiento (toma de fármaco $< 80\%$) o la discontinuación temprana del mismo tiene un impacto deletéreo en supervivencia a largo plazo (reducción del 7% a 10 años). En el estudio que comentamos, vemos como en el grupo sin irradiación las recurrencias locales fueron 4 veces superiores en las pacientes con mala adherencia a la hormona (solo completaron los 5 años de tratamiento el 60-70% de las mujeres), lo que pone de relieve la importancia de insistir en la correcta toma y manejar adecuadamente sus efectos adversos.

Hay estudios en marcha que tratan de identificar mejor los factores de riesgo clínicos y moleculares (plataformas genómicas) para la selección de pacientes que se benefician de esta desescalada y que pueden cambiar el actual algoritmo terapéutico. Por el momento, dado que la radioterapia parece tener un impacto principalmente local con mayor probabilidad de muerte por otras causas en esta población (de las 231 muertes solo el 13% fueron por cáncer de mama), podemos plantear omitirla en casos seleccionados tras discutirlo con la paciente dentro de un proceso de toma de decisiones compartidas.

JOURNAL

VOL 4 - N° 65



OCTUBRE 2024

REFERENCIAS

1.- Vol 24 N°1; págs. 52-62. 2017. Meattini, I., Guenzi, M., Fozza, A. et al. Overview on cardiac, pulmonary and cutaneous toxicity in patients treated with adjuvant radiotherapy for breast cancer. Breast Cancer. Doi: 10.1007/s12282-016-0694-3.

2.- Vol 31 N°19; págs. 2382-7. 2013. Hughes KS, Schnaper LA, Bellon JR, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women age 70 years or older with early breast cancer: long-term follow-up of CALGB 9343. J Clin Oncol. Doi: 10.1200/JCO.2012.45.2615.

3.- Vol 395 N° 10237; págs. 1613-1626. 2020. Brunt AM, Haviland JS, Wheatley DA, et al. Hypofractionated breast radiotherapy for 1 week versus 3 weeks (FAST-Forward): 5-year efficacy and late normal tissue effects results from a multicentre, non-inferiority, randomised, phase 3 trial. Lancet. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30932-6.

4.- Vol 33 N° 1; págs. 19-25. 2019. Wapnir IL, Khan A. Current Strategies for the Management of Locoregional Breast Cancer Recurrence. Oncology (Williston Park). PMID: 30731014.

5.- Vol 126 N° 2; págs. 529-37. 2011. Hershman DL, Shao T, Kushi LH, et al. Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat. Doi: 10.1007/s10549-010-1132-4.

AUTOEVALUACIÓN

1.- De acuerdo con el artículo, cuál le parece FALSA en cuanto a la radioterapia mamaria:

- A) Es el tratamiento estándar tras cirugía conservadora.
- B) Su principal toxicidad es la mielosupresión y las alteraciones cutáneas.
- C) La omisión del tratamiento produce un aumento de recaídas locales.
- D) No se han visto diferencias significativas en recurrencias a distancia entre las pacientes de bajo riesgo con hormonoterapia adyuvante con o sin radioterapia.

2.- De acuerdo con el artículo de la irradiación de mama tras cirugía conservadora señale la afirmación VERDADERA

- A) Incluía pacientes de ≥ 65 años con tumores de bajo riesgo (≤ 3 cm, ganglios negativos, receptores hormonales positivos, márgenes libres).
- B) No hubo diferencias en supervivencia global a 10 años entre los grupos sin y con irradiación postquirúrgica.
- C) La incidencia de recaídas fue superior en las pacientes con baja expresión de estrógenos y mala adherencia a la hormonoterapia.
- D) Todas son verdaderas.