

## **SIMPOSIO DE CÁNCER DE MAMA (31st SABCS)**

### **San Antonio, Texas, diciembre 2008**

**Cristina María Noblía,\* Francisco Terrier \*\***

---

#### **RESUMEN**

El simposio de cáncer de mama en San Antonio (Texas) se realiza todos los años en el mes de diciembre. Este evento se efectúa con la colaboración del Instituto de Cáncer de San Antonio y el Colegio de Medicina de Baylor.

Expertos de conocida trayectoria presentan una puesta al día de los trabajos científicos y protocolos de investigación del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

En esta sesión científica mostraremos algunos de los trabajos más importantes expuestos durante el simposio del 2008.

#### **Palabras clave**

Cáncer de mama. San Antonio 2008.

#### **SUMMARY**

San Antonio Breast Cancer Symposium takes place every year at December. SABCS is a collaborative effort of the San Antonio Cancer Institute and Baylor College of Medicine.

Renowned experts will present reviews and updates in multidisciplinary breast cancer treatment. In this session we would show you some of the most interesting topics that were expose during the SABCS.

#### **Keys words**

Breast cancer. San Antonio 2008.

---

**Dra. CRISTINA MARÍA NOBLÍA**

**MANEJO DE LA MAMA CONTRALATERAL  
EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

Dr. T. M. Tuttle, Universidad de Minnesota.

**Riesgo de cáncer de mama contralateral**

El cáncer sincrónico, cuando se hace una

mastectomía contralateral profiláctica, se da en el 5% de los casos y, cuando se estudia a las pacientes con una resonancia nuclear magnética, en el 3,1% de los casos. En el estudio ACRIN 6667, que se realizó en pacientes de alto riesgo con cáncer de mama, se estudiaba la mama contralateral con resonancia y encontraron un 3% de cánceres ocultos.

---

\* Médica de planta del Departamento de Mastología del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Universidad de Buenos Aires.

\*\* Breast Clínica de la Mama. Hospital Italiano de La Plata.  
Correo electrónico para la Dra. Cristina M. Noblía: cmnoblía@gmail.com

Con respecto al riesgo anual de cáncer de mama contralateral (metacrónico, es decir aquel que aparece después del año de diagnosticado) es del 0,7%. Si sabemos que el pico más alto de metástasis sistémicas es entre 1 y 2 años, en una paciente que tiene alto riesgo de desarrollar una metástasis no tiene sentido hacer un mastectomía profiláctica contralateral.

Los factores de riesgo de mama contralateral son: a) mujeres jóvenes; b) aquellas que hayan recibido radioterapia previa en la mama que le queda (por ejemplo, aquellas que han recibido radioterapia por haber tenido un linfoma de Hodgkin); c) las pacientes que tienen alto riesgo de historia familiar (es decir, las que tienen la madre que ha tenido cáncer de mama bilateral, la madre y otro familiar de primer grado con cáncer de mama bilateral, una paciente que ha tenido antecedentes familiares de cáncer de mama y de ovario, etc.); d) las pacientes con carcinoma de mama multicéntrico; e) BRCA 1-2 mutado (riesgo anual de 3%); f) carcinoma lobulillar infiltrante.

#### Características de la mastectomía contralateral profiláctica (MPC)

Aumentó un 150% entre 1998 y 2003 en Estados Unidos. Las causas son varias: a) Aumento del uso del BRCA; el 49% de las pacientes con cáncer de mama con una mutación del BRCA 1, eligen una mastectomía profiláctica contralateral; ellas mismas le piden al médico que le realice la mastectomía. b) Sabemos que hay una mejora en las técnicas de reconstrucción. c) Aumento del uso de la resonancia nuclear magnética.

En ASCO 2008, se presentó un trabajo donde se demostraba que las pacientes a las cuales se les había hecho una resonancia nuclear magnética tenían más porcentaje de mastectomía profiláctica. Esto se debe a lesiones que se ven en la RNM, que parecen malignas y finalmente no lo son.

Con respecto a la técnica quirúrgica a emplear se puede realizar una mastectomía simple, una *skin sparing mastectomy* o una *nipple sparing mastectomy*.

La mastectomía con conservación del pezón es exactamente igual que una mastectomía subcutánea.

¿Quién elige una mastectomía contralateral profiláctica? La eligen las mujeres jóvenes, las mujeres blancas, las que tienen tumores de buen pronóstico, las pacientes con historia previa de otros cánceres (es muy común que lleguen a la consulta pacientes jóvenes con cáncer de mama y digan: "yo quiero que usted me saque la otra mama, porque no quiero tener más cáncer"), y pacientes con carcinoma lobulillar infiltrante.

Una pregunta que nos tenemos que hacer es si la mastectomía profiláctica contralateral influye en la supervivencia de estas pacientes. Se efectuaron ocho estudios que incluyeron 1.708 pacientes con mastectomía profiláctica contralateral. Esta técnica no mejoró la supervivencia.

Con respecto a las complicaciones, algunas pueden ser severas y pueden retrasar la quimioterapia o la radioterapia. En un trabajo de Goldman, sobre 239 pacientes con MPC hubo complicaciones en el 16% de las pacientes.

No todas las pacientes quedan satisfechas con el resultado estético. En un trabajo de Frost el 17% de las pacientes estaban enojadas con el cirujano por el resultado estético.

Montgomery comenta que la razón más importante para arrepentirse fue el mal resultado estético y también la disminución de la sexualidad de la paciente.

#### Alternativas a la MPC

- Seguimiento: examen clínico, mamografía y ¿RNM?
- Tamoxifeno: en el NSABP B-14 sobre 2.892 pacientes axila negativa, receptores de estrógeno positivos, a las cuales se les había hecho una mastectomía, a una rama

se les hizo tamoxifeno y a otra placebo. A las que se les dio tamoxifeno tenían menos del 50% de probabilidades de hacer un cáncer de mama contralateral.

- Inhibidor de la aromatasas: en San Antonio del 2007 se presentaron los resultados del ATAC, donde se vio que el anastrozol era superior al tamoxifeno para la prevención del cáncer de mama contralateral.
- La ablación ovárica: en las pacientes que tienen BRCA 1 positivo, a las cuales se les ha hecho ablación ovárica, se vio una reducción del 59% de cáncer de mama contralateral.
- Algunos trabajos dicen que la quimioterapia produce un 20% de reducción de cáncer de mama contralateral.
- ¿Dieta y ejercicios?

### Rol del mastólogo

¿Qué hacemos nosotros como mastólogos cuando una paciente nos pide que le hagamos una mastectomía contralateral profiláctica?

En Estados Unidos existe un registro nacional de mastectomías profilácticas.

Las razones más frecuentes para realizar una MPC fueron: consejo médico, miedo de la paciente a tener un cáncer de mama contralateral, deseo de simetría mamaria, historia familiar y enfermedad fibroquística.

¿Debe el médico comenzar a informarle a las pacientes la posibilidad de realizar una mastectomía profiláctica?

Los médicos nos enfrentamos a situaciones distintas si la paciente es de alto o de bajo riesgo para tener un cáncer de mama contralateral.

Cuando nosotros tenemos una paciente con bajo riesgo de hacer un cáncer de mama contralateral y esta paciente desea y es candidata para tratamiento conservador, lo mejor es: seguimiento más tratamiento endocrino si la paciente tiene receptores hormonales positivos. Si la paciente desea una mastectomía y no es candidata

para tratamiento conservador, podemos comenzar la discusión para hacer una profiláctica contralateral, pero en pacientes seleccionadas; por ejemplo, las pacientes obesas y con mamas densas. Ahora, si la paciente desea una mastectomía bilateral y es candidata para un tratamiento conservador, ellos dicen claramente "educar"; o sea, explicarles a las pacientes lo que realmente significa hacerles una mastectomía profiláctica.

En las pacientes de alto riesgo (BRCA mutado, o que tienen radioterapia previa), podemos ofrecerle a la paciente una MPC; pero en aquellas que tienen un estadio avanzado, en las cuales las metástasis sistémicas son más probables que el cáncer de mama contralateral, tenemos que "disuadir" de hacer la mastectomía profiláctica contralateral.

### Conclusión

- El riesgo anual del cáncer de mama contralateral es del 0,7%.
- La mastectomía contralateral profiláctica reduce el riesgo de cáncer de mama contralateral en un 90%. Pero no se olviden que podemos tener en mastectomía profiláctica con cáncer de mama.
- No hay un beneficio en la supervivencia global con la mastectomía profiláctica.
- Es irreversible e innecesaria en la mayoría de las pacientes.
- Produce pérdida de la sensibilidad y alteraciones en la sexualidad.
- La terapia endocrina y el seguimiento, son alternativas razonables.

¿PUEDE LA MASTECTOMÍA CON  
CONSERVACIÓN DEL COMPLEJO  
AREOLA-PEZÓN SER UNA ALTERNATIVA  
DE LA MASTECTOMÍA CLÁSICA?  
DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UNA  
INSTITUCIÓN JAPONESA

Dr. Sakurai Teruhisa. Departamento de Ci-

rugía, Sakurai Breast Clinic, Wakayama, Japón.

El resultado cosmético es uno de los aspectos más importantes del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que la mastectomía con conservación del complejo areola-pezón (CAP) es oncológicamente tan segura como la clásica mastectomía. Sin embargo, todavía no hay evidencia suficiente para afirmar que la sobrevida a largo plazo sea la misma.

El objetivo de este trabajo fue determinar las características técnicas y oncológicas de la *nipple sparing mastectomy* (NSM) comparada con la clásica mastectomía y comparar el seguimiento con pacientes a las que se les había realizado mastectomía tradicional.

El Dr. Takeo Sakurai, antes de hacer este trabajo, hizo un estudio histológico del complejo areola-pezón y comprobó que la infiltración del CAP por el tumor dependía del tamaño del tumor (cuanto más grande, más posibilidades de invasión del CAP) y de la distancia entre el tumor y el CAP (cuanto más cerca, más posibilidades de invasión).

Durante la cirugía deja un colgajo muy fino de tejido celular subcutáneo donde está el tumor, la incisión la hace donde está el tumor y realiza una suerte de adenomastectomía, dejando a 2 cm o más del tumor, un colgajo de tejido celular de 1 cm; remueve los conductos galactóforos llegando al tope del pezón y trabaja muy finamente el tejido que está por debajo de la areola-pezón, para que no se desvitalice este complejo.

El trabajo incluye 788 pacientes; es un estudio retrospectivo que fue hecho entre 1985 y 2004. El tamaño tumoral promedio fue de 1,8 cm, la distancia tumor-areola fue de 2,5 cm. A ninguna paciente le hicieron radioterapia y las compararon con 144 pacientes con mastectomía clásica en el mismo período. El seguimiento de estas pacientes fue de 92 meses, con un rango

entre 10 y 252 meses.

Setenta pacientes recidivaron localmente (9%); en los colgajos de la mastectomía en el 5% de los casos; en el complejo areola-pezón en el 0,5%; en la areola también 0,5%; y en el pezón exclusivamente el 3%.

No encontraron diferencias significativas en sobrevida libre de enfermedad (83% para NSM y 80% mastectomía total) o para la sobrevida global (88% para NSM y 86% para la mastectomía tradicional).

A las 29 pacientes que recidivaron en el pezón o en la areola, se las trató con la resección del complejo areola-pezón. La sobrevida de las pacientes que recurrieron en el CAP fue mejor que las que recurrieron en los colgajos de la mastectomía.

### Conclusión

- La mastectomía con conservación del pezón es oncológicamente segura como la mastectomía tradicional.
- El pronóstico de la recidiva en el complejo areola-pezón se puede considerar aceptable.
- Sugerimos que la mastectomía con conservación del pezón es una alternativa a la mastectomía tradicional.

Sin embargo, todavía no está probado que la mastectomía con conservación del CAP sea realmente oncológicamente buena, porque nos falta tiempo. Para saber si una técnica es valdadera o no, tenemos que esperar 5 años para ver los resultados de la recidiva local y 10 años para ver resultados de sobrevida. Obviamente que todo este tema está en investigación.

### Bibliografía

1. San Antonio Breast Cancer Symposium. Abstracts. 31st Annual San Antonio Breast Cancer Symposium. December 10-14, 2008; pp.62s-69s.

## Debate

Dr. Dávalos Michel: Buena la presentación y bien presentada por la Doctora. Respecto a la mastectomía profiláctica, que está de moda, parece por la resonancia, por el BRCA; pero ya en las décadas del sesenta y setenta Urban hacía lo mismo. Hizo las biopsias en espejo, hizo las mastectomías profilácticas contralaterales, y no era época de resonancias ni de mamografías. Comprobó que no había mejora en la supervivencia, porque la mayor parte de los tumores encontrados en esas mamas sanas eran carcinomas *in situ*; por eso es que con el tiempo se dejó de hacer la mastectomía profiláctica. Yo creo que ahora la única situación a contemplar podría ser en las portadoras del BRCA 1 y 2, donde hay más índice de cáncer de intervalo, hay más agresividad y ésa podría ser una indicación médica. Las otras indicaciones creo que son más para calmar los nervios que para mejorar la supervivencia, en cuanto al cáncer de mama.

Dr. Allemand: No sé si a usted le llamó la atención que en el grupo de pacientes que presentó el médico japonés, casi el 90% eran candidatas a cirugía conservadora, convencional. La pregunta que nos hacíamos con el Dr. Gori es si el tema del volumen mamario de las japonesas, que en general es muy reducido, no permite hacer cirugía conservadora, tal como estamos acostumbrados a hacer nosotros. Me llama la atención, porque por el número que mostró realmente, eran todas candidatas a hacer cirugía conservadora y radioterapia, como lo hacemos acá. Entonces, una de las explicaciones tal vez sea que el volumen de la mama de la japonesa media no permita hacer ese tipo de cirugía conservadora, porque no habló de reconstrucción, ni de colocar prótesis, les deja el tejido celular y nada más.

Dra. Noblía: No, siempre se reconstruye.

Dr. Allemand: Pero, ¿cómo la reconstruye?

Dra. Noblía: No lo dijo.

Dr. Allemand: No aclaró eso, yo estuve y

no lo aclaró.

Dra. Noblía: Cuando las mamas son pequeñas se coloca prótesis; cuando son medianas expansor; y cuando son grandes y con ptosis, o se hacen colgajos o mastopexia con colocación de prótesis. Estamos de acuerdo, nosotros siempre en el hospital decimos que la que es candidata a una conservación de pezón, es candidata a una cirugía conservadora. Quiero aclarar, que las pocas que tuvimos en el hospital, las hemos hecho porque la paciente no quería recibir radioterapia. Esa es una de las indicaciones para conservar el pezón.

Dr. Allemand: Quería aclarar también que con respecto a la distancia a la areola, que alguna vez fue motivo de controversia de cirugía conservadora, hay un trabajo que presentó ya Harris en el año 1979 o 1980, en el que demostraba que la recaída de las pacientes con lesiones de la areola, tenían la misma tasa que las pacientes con un tumor en cualquier lugar de la mama, si estaba bien irradiada.

Dra. Noblía: Lo que quería comentar es justamente eso. En el Instituto Europeo de Oncología, que son los que tienen más experiencia en conservación del pezón, tienen 1.001 casos en los cuales no tuvieron ninguna recidiva en el complejo areola-pezón. Todas fueron lejos del complejo. Por último, hay un trabajo muy interesante, de un médico que se llama Solier, que hizo un estudio del complejo areola-pezón, fundamentalmente del pezón, y le fue haciendo cortes de 2 mm y estudió las unidades terminales ducto-lobulillares. De esas 32 pacientes que estudió, solamente 3 casos tenían unidades ducto-lobulillares en el pezón y las tenían exclusivamente en la base del pezón. Entonces, dicen que realmente a las pacientes si se les deja el pezón, no va a recidivar. Pero atención, todo está en etapa de investigación, no es el *gold estándar*, lo estamos estudiando.

Dr. Novelli: Ya que el Dr. Dávalos hacía historia, a mí me parece que tendríamos que pensar aquellos que casi denostamos a Sánchez

Velazco, acá en la Sociedad, que estaba hablando de esto hace ya más de 30 años. De todas maneras es simplemente un comentario. El trabajo al que se refiere la Dra. Noblía, del Instituto Europeo de Oncología, ellos no tienen recidivas en el complejo areolar porque hacen radioterapia intraoperatoria, que es distinto. Hacen radioterapia intraoperatoria y respetan el complejo areolar, y hacen la mastectomía con conservación del pezón.

Dra. Noblía: Pero en la mayoría de los trabajos que he leído de conservación, no están haciendo radioterapia intraoperatoria. Por eso en general el pezón no tiene unidad ducto-lóbulillar.

Dr. Novelli: Correcto, pero no es comparable a lo que está haciendo.

Dr. Gori: Me llaman la atención muchas cosas, pero a veces cuando veo trabajos como estos, abundantes e importantes, veo crecimiento de las mastectomías profilácticas. Creo que confundimos el término de profilaxis. Si nosotros tenemos una paciente que tiene cáncer hereditario, BCRA 1 ó 2, positivo o no, familiar hereditario ya constituido, sabemos que además tiene antecedentes familiares, la mastectomía profiláctica bilateral en pacientes que no tienen

cáncer mejora la posibilidad de sobrevivir; es decir, si tuviera un cáncer, evita la aparición de un cáncer, sería una forma de prevención primaria de la enfermedad. Pero es diferente cuando ya una paciente tiene un cáncer y decir que le voy a hacer una mastectomía profiláctica del otro. Si eso no redundaría en sobrevivir, realmente no tiene indicación, a no ser que los cirujanos de Estados Unidos sepan poca oncología y piensen que lo que están haciendo es curando a la paciente, porque evitan un posible cáncer contralateral que no tendrá beneficio en la sobrevivir. Por lo tanto, en el último punto que decía: "en estas circunstancias había que instruir", yo creo que al cirujano, no a la paciente. Porque la paciente que viene y me dice: "yo quiero que me saque la mama", hay que explicarle que aunque le saquemos la mama, no le agregamos absolutamente nada a su posibilidad de sobrevivir. O sea, me da la sensación que muchas veces se enfocan los temas pura y exclusivamente desde el punto de vista técnico y no desde el punto de vista oncológico, que es lo que sucede en la Argentina. Fíjense que en la Argentina nosotros no hacemos esto, y tal vez porque ustedes los mastólogos conocen mucha oncología. Es mi opinión.

#### Dr. FRANCISCO TERRIER

Veamos algunas cifras como para ubicarnos en la envergadura que tiene el Simposio. En el año 2008 fueron casi 9.000 los inscriptos, provenientes de 92 países. Las actividades se dividen en sesiones plenarias, que fueron solamente 3, y son las actividades centrales del evento; las conferencias fueron 78, y también hay una actividad impresionante de presentación de pósteres, que es algo que acá no estamos tan acostumbrados. Se presentaron a lo largo de 3 días más de 1.000 pósteres.

Yo seleccioné dos charlas del amplio pro-

grama del Simposio. La primera fue dada por la Dra. Martine Piccart, y su título original, sin traducir fue: "Cancer clinical trials in the 21st. century: the need for a paradigm shift in design, conduct and support". Ésta fue, a mi modo de ver, una charla diferente, no van a ver resultados de ensayos, con cifras y porcentajes, pero me pareció interesante porque es una especie de crítica a la oncología, y podríamos llamarla de autocrítica, porque justamente es una oncóloga; y también casi una doble autocrítica, porque es una oncóloga que hace oncología clínica, pero

que también está muy involucrada en estudios de investigación. Justamente es una de las Directoras del BIG (Breast International Group) y es la Presidenta actual de la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer (E.O.R.T.C.). No hay duda entonces que es una opinión muy calificada.

Ella comenzó la charla tomando como ejemplo la historia de la evolución del taxol y lo resumió con algunos datos. En todos los estudios que involucraron taxanos, a los que dividió en primera y segunda generación, se han incluido 96.000 pacientes. De esas pacientes, un poco más de la mitad (47.000 casos) fueron incluidas en los últimos años y *randomizadas* a esquemas básicamente con antraciclinas y taxanos *versus* antraciclinas solas. De estos estudios, 26 fueron analizados en forma conjunta, reuniendo algo más de un tercio del total (36.000 casos).

La Dra. Piccart manifestó luego de comentar estos datos, que prácticamente la única conclusión trascendente de todo ese enorme análisis es que hay una modesta mejoría en la supervivencia, la palabra "modesta" es la que usa ella, de un 5%. Luego analizó los interrogantes que se mantienen sin respuesta luego de estos estudios, considerando como principal duda cuáles son los subgrupos de pacientes que obtienen ese beneficio. Posteriormente utilizó un término muy gráfico, mencionando la toxicidad financiera (*financial toxicity*), el que aclaró que no es original de ella, sino que lo toma de un trabajo de Hortobagyi.

Avanzando en su disertación analizó, a su modo de ver, cuáles son las causas de que ocurra esto. Comienza diciendo que el enfoque o el concepto aplicado a los tratamientos adyuvantes de "un talle que les queda a todos" (*one size fits all*) es totalmente obsoleto; pero a la vez, cuando se habla de tratamiento personalizado, dice que en la actualidad esto es todavía un sueño. Pone como meta ideal evitar tanto el subtratamiento como el sobretatamiento. Al referirse más específicamente a los distintos estudios que

había mencionado previamente, dice que todos están diseñados como si fueran para una sola enfermedad; y siempre se dijo (hace años), y hoy cada vez más, a través de la biología molecular, que cuando hablamos de cáncer de mama se trata de una enfermedad de gran heterogeneidad molecular.

Luego aborda el tema de la relación entre investigadores y oncólogos clínicos. Ella dice que los investigadores básicos no hablan o no están en contacto con los oncólogos clínicos, que también hacen investigación.

Ya en una segunda parte, pone como ejemplos a la hormonoterapia, fundamentalmente al tamoxifeno y al trastuzumab, que son terapias donde existen factores de predicción específicos para cada una de ellas. Explica lo ya conocido por todos al referirse a la diferencia entre un factor de pronóstico y un factor de predicción.

Al pasar a la etapa de las soluciones, expresa que es imprescindible incorporar las ciencias básicas a los estudios clínicos; que hay que desarrollar diagnósticos "robustos" (la palabra la tradujo en forma textual). Acá se refiere más que nada a la anatomopatología, para poder lograr así terapias personalizadas.

También hablando de los estudios anatomo-patológicos, dice que deben existir en todo el mundo controles regulativos de esos diagnósticos, que permitan su validación y su reproducibilidad.

Considera fundamental el desarrollo de factores de predicción con las nuevas drogas, para seleccionar a las pacientes respondedoras, mejorar los ensayos, hacerlos más pequeños, menos costosos económicamente y con resultados más significativos. Menciona que se debe contar con un banco de tejidos en todos los estudios y que debe realizarse en forma prospectiva y no retrospectiva la recolección y revisión de tacsos. Esto lo da como algo muy importante, y si no, estos estudios o los nuevos que se inicien sin reunir esa condición, van a estar fuera de tiempo o fuera de época, e incluso faltos de ética.

La segunda charla que seleccioné fue una de las tres sesiones plenarias. La disertante fue la Dra. Monica Morrow, actual Jefa del Servicio de Mastología del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York, que como ya deben estar enterados, está invitada por la Sociedad Argentina de Mastología al Congreso de agosto de este año.

"El rol de la resonancia magnética en cáncer de mama" fue el título de la conferencia, que la inicia mencionando los beneficios potenciales de la resonancia; como ser, la mejor selección de pacientes para cirugía conservadora, conocer la extensión del tumor, disminuir los porcentajes de conversión a mastectomía, disminuir los porcentajes de reescisión en la cirugía conservadora, disminuir las tasas de recurrencias locales e identificar las lesiones sincrónicas contralaterales.

La Dra. Morrow hace referencia a diferentes estudios. El primero de ellos, de Houssami del año 2008, donde se analizan 19 trabajos, incluyendo 1.700 pacientes y se concluye que hay un 16% promedio de detección de enfermedad adicional, en las pacientes a las que se les realizó resonancia.

Para analizar el efecto de la resonancia sobre el tipo de cirugía, la referencia fue un trabajo, también del año 2008, de Bleicher, donde se habla de conversiones de cirugía conservadora a mastectomía, el que obtuvo resultados no significativos; y acá mismo, como lo repite con otros trabajos, analiza el porcentaje de márgenes positivos en la primera escisión, donde la diferencia no es significativa.

Luego analiza un estudio del Instituto Nacional del Cáncer de Holanda, donde se encontraron márgenes positivos en el 14% versus el 19% entre los grupos con RNM y sin RNM, respectivamente, con una diferencia no significativa ( $p=0,17$ ); y una tasa final de mastectomías del 11% en el grupo con RNM frente al 5% en el grupo que no realizó RNM.

Otro trabajo que ella selecciona, para anali-

zar lo que llama efecto de la resonancia sobre el tipo de cirugía, pertenece a la Mayo Clinic, donde observan que las tasas de mastectomías varían (acá es algo muy notable) del 58% al 38%, en las pacientes que realizaron y que no realizaron RNM, respectivamente.

Como un dato adicional, hay un estudio que ya hemos mencionado que es el de Bleicher, que muestra que las pacientes que hicieron una resonancia preoperatoria tuvieron una demora en la instauración del tratamiento quirúrgico de 57 días frente a 37 días, 20 días de demora.

Otro de los temas analizado por la Dra. Morrow, es la detección a través de la resonancia de tumores contralaterales, donde no se encontraron diferencias, en el trabajo de Solin del 2008.

Después pasa al análisis del efecto de la resonancia sobre las recidivas locales. En el trabajo de Fischer (2004) las cifras fueron del 18% frente al 5% a favor de la resonancia. Dentro del mismo tópico de las recidivas, analiza nuevamente el trabajo de Solin, que con un seguimiento de 8 años no muestra diferencias en las recidivas entre los dos grupos.

Luego hace una pregunta en la charla, ¿cómo es posible que encontrar enfermedad adicional no sea importante? Y se remonta a trabajos ya del 1975, donde dice que todo esto ya se conoce hace años. Se detiene un poco más en el trabajo de Holland, trabajo más que clásico, donde con el estudio seriado a través de los anatomopatólogos de las piezas de mastectomías, se encontraron porcentajes de enfermedad adicional que van de un 30% a un 60%.

Luego comparó el tema de la resonancia con algunos temas mastológicos clásicos que son más que conocidos, dando ejemplos de premisas que intuitivamente eran cosas obvias:

- La quimioterapia con alta dosis tiene que ser mejor que la convencional.
- La terapia endocrina no va a resultar una mejora en el porcentaje de supervivencia similar a la quimioterapia, que tiene que ser mejor.

- El tratamiento del cáncer de mama con algo menos que una mastectomía, debe ser peligroso.
- La terapia local no afecta la sobrevida, como se dijo tiempo después del comienzo de la cirugía conservadora.
- Y por último, con referencia al tema que estamos hablando, la resonancia encuentra cáncer no encontrado por otras modalidades, esto debe ser importante.

Finalmente, pasa a lo que según ella son las conclusiones sobre el análisis de los distintos trabajos. Dice que la resonancia encuentra entre dos y tres veces más enfermedad que la observada sin resonancia; sin embargo, no se traduce esto en diferencias en las cifras de recidiva local. Todos los trabajos muestran un aumento en las cifras de mastectomías, pero este aumento de las mastectomías es de cuestionable beneficio para la paciente. Al día de hoy no hay evidencia, a corto plazo ni a largo plazo, de beneficios en término de control local o enfermedad contralateral que se obtengan con la resonancia.

Luego menciona las indicaciones que cree que hoy están establecidas:

- Mujeres BRCA 1-2 positivas.
- Adenopatía axilar metastásica con primario oculto.
- Evaluación de la respuesta a la terapia neoadyuvante.
- Dudas luego del examen físico, mamografía y ecografía (poco común).

Y la conclusión de ella es que el uso rutinario de la resonancia nuclear magnética, requiere evidencia de un beneficio clínico. A la fecha, esta evidencia no existe, dice muy claramente.

### Debate

Dr. Allemand: En uno de los cuadros que exhibió, en el que muestra la tasa de recaídas

locales más altas que la que tenía resonancia, es interesante comentar que son pacientes que no recibieron tratamiento sistémico. Entonces, lo que también dice la Dra. Mónica Morrow es que la cirugía conservadora debe ser entendida solamente cuando la paciente recibe la cirugía bien hecha, recibe el tratamiento sistémico y recibe tratamiento radioterápico, bien hecho; es decir, que hoy es inaceptable utilizar el tratamiento conservador sin esas premisas.

Dr. Terrier: Sí, ese trabajo lo critica después y lo analiza un poco más en detalle.

Dr. Gori: Me gustó mucho la primera presentación, que no es un trabajo sino es una visión oncológica, desde un punto de vista de una oncóloga y que es la pregunta que nos hacemos siempre: muchas veces sobretratamos o tenemos miedo de sobretratar, y muchas veces tenemos miedo de subtratar, pero hay un punto muy finito de eso. Nuestro medio es muy grande y el sobretratamiento es muy evidente. No quiero pensar que sean factores económicos, sino creo que son factores formativos. Pero, lamentablemente tuve experiencias en otros tumores que no me dieron esta razón. Ustedes saben que en cáncer de ovario, por ejemplo, el tratamiento *gold standard* en el mundo es platino y taxanos. No hay ningún trabajo *randomizado* en el mundo, que diga que es mejor la combinación; y sí hay trabajos *randomizados* que dicen que es igual, la diferencia es que uno vale siete veces más. Entonces, escribí una carta a Talhot, que es una persona muy importante y me contestó con un "ni". Después vino Colombo a la Argentina, que es una de las que hizo el trabajo *randomizado* y que demostró que el carboplatino era igual al carboplatino más taxol. Entonces, le pude preguntar ¿por qué usa carboplatino y taxol?, porque ahora todos los ensayos son así. Me contestó acá, en la Argentina, delante de 500 ó 600 personas, que era por presión de la industria. Evidentemente no sucede lo que pensaba; pienso que presión hay mucha. Lo que nosotros no tenemos que pensar que todo sea presión de la

industria, que tenemos que trabajar mucho y cuidadosamente para no sobretratar y tampoco para subtratar. Uno de los errores más grandes que se comete es decir: "este es un factor o encontramos un factor de mal pronóstico, si tiene factor de mal pronóstico, le hacemos quimioterapia". ¿Quién dijo que el factor de mal pronóstico lo podemos revertir con quimioterapia?, eso tiene que surgir de un trabajo no de una conclusión hipotética. Es la causa más común de la sobreadministración de quimioterapia, cuando aparece un factor de mal pronóstico; creer que con quimioterapia lo podemos resolver. Por eso me pareció excelente el trabajo.

Dr. Gass: Cuando entré le dije al Dr. Novelli y al Dr. Coló, que uno de los motivos por los cuales venía, era ver qué podríamos conseguir de la Sociedad de Mastología en este sentido. En la práctica privada uno decide; aparte lo que los oncólogos no entienden es que cambió la historia del tratamiento de cáncer de mama, No creen que una pastilla puede ser más efectiva que la quimioterapia. Lo de la presión está claro, lo que pasa es que en cada reunión uno no puede enfrentarse al oncólogo y decirle que él está recetando porque él viaja, y yo no viajo. Entonces, en la práctica privada uno tiene eso, pero en el hospital yo todos los viernes, donde tengo Comité de Tumores, y más del 90% de los tumores son de mama, entonces todos los viernes es una discusión. Pero es una discusión severa, grave, al punto de enemistarse, que el oncólogo se ponga rojo, porque uno le dice: último viernes, mujer de 47 años, tumor de 7 mm, grado nuclear 3, ganglio centinela negativo, receptor de estrógeno positivo, progesterona positivo, HER-2/neu positivo, le pedimos Fish, positivo. Herceptin, pero digo, ¿por qué Herceptin?, el Herceptin lo pagamos todos. ¿Quién le dijo que el Herceptin va a curar a esta paciente?, es-

ta mujer está curada con tamoxifeno. A lo cual, él me dijo que estaba bien, pero que quería tener la tranquilidad. Pero curada, yo no digo curada; digo, es una mujer controlada con tamoxifeno y si hace un incidente, tenemos todas las posibilidades del Herceptin. Entonces, yo lo que creo es que nosotros necesitamos el sustento de la Sociedad, para que podamos pararnos, no en la práctica privada donde uno hace lo que su leal saber y entender le indica, sino cuando estamos en un Comité de Tumores. No es que a uno no lo respeten, uno puede discutir, de hecho discutimos 3, 4 ó 5 horas todos los viernes, les digo que no es cuestión de traer trabajos, pero usted mismo dijo que de cada 10 pacientes que ingresan a quimioterapia sólo se benefician 2 casos. ¿quién paga los otros 8 tratamientos?, ¿quién paga lo que le pasa a la paciente? A mí me parece que son quimioterapeutas y no son oncólogos clínicos; es un problema serio. Me parece que nosotros tendríamos que tener la posibilidad desde la Sociedad, de sustentar lo que pensamos. Yo pedí que me autoricen el registro de la firma porque en el hospital se atiende PAMI y se atienden obras sociales. Si me permiten el registro de la firma, lamentablemente a las pacientes con cáncer de mama las vamos a tratar nosotros.

Dr. Gori: No creo que toda la gente mala haya elegido oncología clínica y toda la gente buena haya elegido ser mastólogos. Honestamente, porque estoy mucho con los oncólogos clínicos, creo que hay interpretaciones diferentes de un mismo fenómeno, y no son todas malas voluntades. Lo que pasa es que hay distintas interpretaciones. Tenemos que estudiar más para poder discutir más, entonces de esa manera el diálogo va a ser diferente, demostrándole al otro simplemente que no tiene razón o que tiene una razón entre comillas.