

CONSENSO

CRITERIOS Y OBSERVACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA III Foro Nacional de Expertos en Mastología Pilar (Buenos Aires), 29 de octubre de 2010

PRESIDENTE

Allemand, Daniel

COORDINADOR

Núñez De Pierro, Aníbal

SECRETARIO

Billinghurst, Roberto

EXPERTOS

Ábalo, Eduardo
Acosta, Gabriela
Arce, Carlos
Audi, Raúl
Azar, María Eugenia
Barbera, Luis
Benítez Gil, Alfonso
Benítez Gil, Lisandro
Bernardello, Edgardo
Bustos, Jorge
Cáceres, Valeria
Candás, Gabriela
Cogorno, Lucas
Coló, Federico
Cortese, Eduardo
Cresta Morgado, Carlos

Cúneo, Nicasio
Daguerre, Pedro
Dávalos Michel, José
Díaz Cantón, Enrique
Elizalde, Roberto
Ferreyra, Héctor
Focaccia, Guillermo
Frahm, Isabel
Gago, Francisco
Hauszpigiel, Gustavo
Isetta, Juan
Lehrer, Daniel
Lorusso, Antonio
Maciel, Alejandra
Margossian, Astrid

Margossian, Juan
Martín, Jorge
Montesinos, Manuel
Mosto, Julián
Müller Perrier, Gerardo
Noblía, Cristina
Pesce, Karina
Pollina, María Angélica
Santillán, Francisco
Sarancone, Sandra
Schwam, Raúl
Storino, Claudio
Terrier, Francisco
Uriburu, Juan Luis
Urrutia, Alejandro
Zunino, Silvia

RESUMEN

En octubre de 2010, la SAM organizó con el patrocinio de Laboratorios Roche el III Foro de Expertos en Mastología. Durante la reunión se formuló a los participantes el cuestionario que se reseña a continuación, referido a tópicos de la práctica cotidiana en Mastología. El método semejó al utilizado en el tradicional consenso de St. Gallen: preguntas, discusión, y respuestas a través de un sistema interactivo. La ponderación de las respuestas permite obtener una imagen de los consensos y controversias vigentes en el escenario nacional.

SUMMARY

In October 2010, the SAM with the sponsoring of Laboratorio Roche organized the III National Forum of Experts in Mastology. During the meeting the following questions, referred to issues of the daily clinical practice, were presented to the experts. The method resembled to that used in the traditional consensus of St. Gallen: questions, discussion, and answers using an interactive system. By weighting the answers it is possible to depict a figure of the national consensus and controversies on those topics.

1. ¿Con qué frecuencia estimativa indica MRx digital?

a) Nunca	36%
b) 30%	31%
c) 50%	8%
d) 80%	14%
e) Siempre	11%

3. Si el patólogo le informa en una ampliación de BRQ: hiperplasia atípica con margen comprometido, ¿qué indica quirúrgicamente?

a) Nada	97%
b) Ampliar los márgenes	3%
c) Adenomastectomía subcutánea	0%
d) Mastectomía simple	0%

Nota: Se convino en el momento desglosar esta pregunta en las dos siguientes que diferencian los tipos de hiperplasia atípica.

2. ¿Con qué frecuencia estimativa indica RMN?

a) Por excepción	73%
b) 10%	27%
c) 30%	0%
d) 50%	0%
e) 80%	0%
f) Siempre	0%

4. Si el patólogo le informa en una ampliación de BRQ: hiperplasia ductal atípica con margen comprometido, ¿qué indica quirúrgicamente?

a) Nada	77%
b) Ampliar los márgenes	15%
c) Adenomastectomía subcutánea	5%
d) Mastectomía simple	3%

5. Si el patólogo le informa en una ampliación de BRQ: hiperplasia lobulillar atípica con margen comprometido, ¿qué indica quirúrgicamente?

a) Nada	97%
b) Ampliar los márgenes	3%
c) Adenomastectomía subcutánea	0%
d) Mastectomía simple	0%

9. La práctica rutinaria de GC, ¿cómo ha modificado en su casuística la tasa de axilas positivas?

a) Aumentó	60%
b) Disminuyó	11%
c) No cambió	8%
d) No he ponderado el impacto	21%

6. Si el patólogo le informa en una BRQ: CDIS con margen mínimo de 2 mm, ¿qué indica quirúrgicamente?

a) Nada	80%
b) Ampliar los márgenes	20%
c) Mastectomía ahorradora de piel o mastectomía simple	0%

10. En su experiencia, ¿qué número medio de GC más GNC le informan?

a) Uno	0%
b) Dos	52%
c) Tres	45%
d) Cuatro o más	3%
e) No puedo precisarlo	0%

7. Si el patólogo le informa en una BRQ: CDIS con margen mínimo de 1 mm, ¿qué indica quirúrgicamente?

a) Nada	64%
b) Ampliar los márgenes	36%
c) Mastectomía ahorradora de piel o mastectomía simple	0%

11. GC positivo, ¿cuál es su posición actual ante los resultados del estudio ACOSOG 2011?

a) Seguiré efectuando linfadenectomía	63%
b) Ya no haré linfadenectomía	18%
c) Aún no tengo posición tomada	18%

8. Si cualquiera de los casos anteriores amplió la escisión y resulta aún con márgenes focalmente comprometidos, ¿qué indica quirúrgicamente sobre la mama?

a) Nada	21%
b) Reampliar los márgenes, si es posible	44%
c) Mastectomía ahorradora de piel o mastectomía simple	35%

12. ¿Con qué frecuencia dispone de información sobre algún marcador de proliferación?

a) Siempre	56%
b) En la mayoría de casos	21%
c) 50%	5%
d) En pocos casos	13%
e) Nunca	5%

<p>13. Si dispone de marcadores de proliferación. ¿Modifica el tratamiento adyuvante si es el único factor desfavorable en pT1b,c N0?</p> <p>a) Sí, inclusive puedo indicar QTP 12%</p> <p>b) Sólo para cambiar la ETP 9%</p> <p>c) Lo dejo a criterio del oncólogo clínico 48%</p> <p>d) En general, no 30%</p> <p>e) No tengo opinión formada 0%</p>	<p>17. En general, ¿indica tamoxifeno en CDIS RE positivo?</p> <p>a) Casi siempre 89%</p> <p>b) Esporádicamente 6%</p> <p>c) Casi nunca 6%</p>
<p>14. Radioterapia, ¿dispone de Rt 3D?</p> <p>a) Casi siempre 37%</p> <p>b) Casi nunca 14%</p> <p>c) Depende del lado afectado 43%</p> <p>d) Según las condiciones clínicas de la paciente 6%</p>	<p>18. En general, ¿indica tamoxifeno en CDIS RE positivo?</p> <p>a) Sólo si recibió tratamiento conservador 24%</p> <p>b) También si se requirió mastectomía 76%</p>
<p>15. Para indicar endocrinoterapia:</p> <p>a) He mantenido los criterios clásicos de hormono respondedora (>10%) 31%</p> <p>b) Utilizo los nuevos criterios de St. Gallen (>1%) 69%</p>	<p>19. En general, ¿qué actitud adopta si una paciente premenopáusica requiere ETP y SSRI?</p> <p>a) Procuero el cambio del SSRI 56%</p> <p>b) Indico SFO más inhibidores de aromatasa 9%</p> <p>c) No modifíco la indicación de tamoxifeno 35%</p>
<p>16. En general, ¿indica quimioprevención?, en:</p> <p>a) CLIS 5%</p> <p>b) Hiperplasia atípica 0%</p> <p>c) Carga de antecedentes familiares 5%</p> <p>d) Sólo en 1 ó 2 53%</p> <p>e) En todas las anteriores 5%</p> <p>f) Ninguna 32%</p>	<p>20. En su práctica, ¿qué tasa de abandono tiene del tratamiento con tamoxifeno?</p> <p>a) Menor al 10-20% 97%</p> <p>b) 20% al 40% 0%</p> <p>c) Mayor del 40% 0%</p> <p>d) No puedo precisarlo 3%</p>

<p>21. En su práctica, ¿qué tasa de abandono tiene del tratamiento con IA?</p> <p>a) Menor al 10-20% 61%</p> <p>b) 20% al 40% 24%</p> <p>c) Mayor del 40% 0%</p> <p>d) No puedo precisarlo 15%</p>	<p>25. ¿Utiliza la densitometría para modular la indicación o mantenimiento de IA?</p> <p>a) La uso, pero no modifica mi indicación de IA 12%</p> <p>b) Lo uso, pero sólo para decidir el agregado de bifosfonatos 64%</p> <p>c) La uso y modifica mi indicación de IA 21%</p> <p>d) No la solicito 3%</p>
<p>22. Paciente en amenorrea pos-QTP a la que indicaría IA, ¿cómo define su estatus menstrual?</p> <p>a) Por la clínica (amenorrea) 12%</p> <p>b) Más bioquímica (una determinación) 38%</p> <p>c) Más bioquímica (más de una determinación) 50%</p>	<p>26. En su práctica, ¿utiliza análogos GnRh durante la QT si hay intención de gestar ulteriormente?</p> <p>a) No, los considero ineficaces a los efectos 18%</p> <p>b) Sólo si no hay otras alternativas 24%</p> <p>c) Sí, porque los considero útiles 47%</p> <p>d) No tengo opinión formada 12%</p>
<p>23. Paciente para tratamiento adyuvante extendido que lo consulta tiempo después de terminado el tamoxifeno, ¿le indica un IA?</p> <p>a) No, porque sería extemporáneo 41%</p> <p>b) Sí, hasta con 1 año de demora 35%</p> <p>c) Sí, hasta con 3 años de demora 0%</p> <p>d) Sí, hasta con 5 años de demora 6%</p> <p>e) No tengo opinión sobre la situación 18%</p>	<p>27. En general, ¿indica SFO a pacientes que no presentan amenorrea pos-QT?</p> <p>a) En general, sí 10%</p> <p>b) Sólo si la edad es 40 años 24%</p> <p>c) En general, no 66%</p>
<p>24. En general, ¿qué actitud adopta si una paciente premenopáusica requiere ETP y resulta HER2 positivo?</p> <p>a) Indica SFO más IA 16%</p> <p>b) Indica SFO más tamoxifeno 23%</p> <p>c) Indica tamoxifeno en forma habitual 48%</p> <p>d) No tengo opinión definitiva 13%</p>	<p>28. Si le informan por IHQ, HER2 2+, ¿cómo procedería?</p> <p>a) Retesteo por IHQ en centro especializado 11%</p> <p>b) Retesteo por FISH 84%</p> <p>c) Lo considero negativo 0%</p> <p>d) Lo considero positivo 5%</p>

<p>29. Paciente HER2 positivo que lo consulta hasta 30 meses después de finalizada la QTP, ¿le indica trastuzumab?</p> <p>a) No, porque sería extemporáneo 75%</p> <p>b) Sí, porque será eficaz a pesar de la demora 11%</p> <p>c) No tengo opinión sobre la situación 14%</p>	<p>32. Cáncer de mama sin metástasis. En su práctica, ¿es usted responsable o corresponsable del seguimiento?</p> <p>a) Casi siempre 94%</p> <p>b) Sólo en 40% a 60% de los casos 6%</p> <p>c) Casi nunca 0%</p>
<p>30. En su criterio, las pacientes pT1a,b N0, HER2 positivo, ¿deben recibir terapia anti-HER ?</p> <p>a) Probablemente sí 70%</p> <p>b) Probablemente no 27%</p> <p>c) Aún no tengo opinión formada 3%</p>	<p>33. Cáncer de mama sin metástasis. Si usted es el responsable o corresponsable del seguimiento, ¿adopta por defecto estrategias intensivas o selectivas?</p> <p>a) Intensivas 3%</p> <p>b) Selectivas 94%</p> <p>c) No tengo una conducta sistemática 3%</p>
<p>31. Edad mayor a 70 años, ¿es condicionante para no tratar con trastuzumab?</p> <p>a) Sí 21%</p> <p>b) No 79%</p>	