

PAUTAS DE SEGUIMIENTO EN LAS PACIENTES TRATADAS POR CÁNCER DE MAMA

Coordinador: **Dr. Daniel Allemand**

Participantes: **Dres. Ernesto Gil Deza, Jorge Martín, Nicasio Cúneo, Silvia Jovtis, Raúl Audi, Alejandra Bártoli, Héctor Ferreyra, Hugo Blumetti, Adolfo Marantz.**

Consenso realizado el 6 de septiembre de 2005
Transcripción de la videograbación

Rev Arg Mastol 2005; 24(85): 335-342

La idea es consensuar cuáles son los recursos que se deben utilizar en el seguimiento de las pacientes que han sido operadas de un cáncer de mama.

Para esta Reunión de Consenso el Comité Científico del Congreso ha invitado al Dr. Ernesto Gil Deza, que es oncólogo clínico del Instituto Henry Moore de Buenos Aires; el Dr. Jorge Martín, especialista en mastología, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Belgrano de la Provincia de Buenos Aires; el Dr. Nicasio Cúneo, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital María Curie de Buenos Aires; la Dra. Silvia Jovtis, oncóloga clínica del Hospital Churrucá de Buenos Aires; el Dr. Raúl Audi, médico ginecólogo de la Provincia de Tucumán; la Dra. Alejandra Bártoli, oncóloga clínica del Hospital Centenario de Rosario; el Dr. Héctor Ferreyra, Profesor Titular de Ginecología de la Universidad de Córdoba; el Dr. Adolfo Marantz, oncólogo clínico, Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Fernández de Buenos Aires; el Dr. Hugo Blumetti, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Interzonal de Mar del Plata.

La idea es presentar una serie de preguntas vinculadas a esta cuestión del seguimiento. Primero, sin ninguna información aportada por los

panelistas. Después los panelistas van a opinar sobre cada una de las preguntas y vamos a ver si realmente se produce algún cambio con respecto a la opinión que tienen los colegas sobre la cuestión del seguimiento.

Esta cuestión del seguimiento es motivo de controversia cotidianas en la práctica clínica, y la idea es tratar de lograr una unidad de criterio, sobre todo porque ésta fue una preocupación vinculada a los reclamos médico-legales en relación a lo que hacemos o no hacemos. Es decir, que la única forma de protegernos contra estos reclamos médico-legales es que las sociedades científicas tengan acuerdos mínimos sobre cuál es la práctica clínica cotidiana. Así como hacemos guías o conductas de tratamiento, estas mismas guías se pueden hacer para el seguimiento de estas pacientes; y fundamentalmente, sobre todo nosotros países pobres, utilizar los recursos necesarios y no utilizar recursos de más. Hay un viejo dicho que yo escuché del Dr. Aníbal Núñez De Pierro: "Los países ricos gastan la plata bien y los países pobres gastamos la plata mal". El Argentina esto de gastar la plata mal es una cosa bastante frecuente, puntualmente vinculado a este tema. Vemos que hay un abuso en agudización de los pedidos de estudios, los cuales muchas veces no cambian en el porvenir de la

PRIMERA PREGUNTA			
¿La recaída sistémica (MTS) del cáncer de mama, es hoy (septiembre de 2005) una enfermedad curable?			
Previo al panel		Después del panel	
25 %	• Sí	18 %	
75 %	• No	82 %	

Cuadro 1

paciente ni cambian las conductas terapéuticas. En algunos casos no sólo no cambia la conducta, sino que genera a su vez una catarata de estudios, muchos de esos finalmente pedidos de más. No quiero avanzar en este relato, porque voy a influir en las respuestas; no quiero cambiar la opinión antes de que se vote.

La idea consiste en pasar la pregunta y que los colegas voten; este resultado se va a cotejar con la votación que se haga con posterioridad a que opinen los expertos.

Vamos a mostrar los resultados del Consenso para seguimiento de las pacientes tratadas por cáncer de mama. El coordinador fue el Dr. Daniel Allemand y participamos mastólogos y oncólogos de Buenos Aires y del interior del país.

La metodología fue que el coordinador había preparado diez preguntas, iba formulando las

SEGUNDA PREGUNTA			
¿Tiene importancia terapéutica el diagnóstico precoz de la recaída sistémica (MTS) del cáncer de mama?			
Previo al panel		Después del panel	
50 %	?	• Sí	12 %
50 %		• No	88 %

Cuadro 2

TERCERA PREGUNTA			
¿Tiene importancia terapéutica el diagnóstico precoz de la recaída local/regional durante el seguimiento del cáncer de mama?			
Previo al panel		Después del panel	
50 %	?	• Sí	75 %
50 %		• No	25 %

Cuadro 3

preguntas, de una por vez, y el público votaba. Después de eso, se repetían las preguntas y el panel daba las opiniones sobre cada una de esas preguntas, para después finalizar con una segunda votación donde el público podía cambiar su posición anterior.

La primera pregunta era: "Si la recaída sistémica del cáncer de mama es hoy (septiembre de 2005) una enfermedad curable" (Cuadro 1). Las respuestas eran por "sí" o por "no". Previo al panel el 25% de los votantes dijo que "sí", que era una enfermedad curable, y el 75% dijo que "no". Después del panel, en la segunda votación, hubo una pequeña disminución en el "sí", y quedó un 18% para los que opinaban que era una enfermedad curable, contra el 82% de los que decían que no era curable una enfermedad sistémica.

La segunda pregunta fue: "Si tenía importancia terapéutica, el diagnóstico precoz de la recaída sistémica, o sea, metástasis de cáncer de mama" (Cuadro 2). Previo al panel el 50% dijo que "sí" y el 50% dijo que "no" tiene importancia terapéutica el diagnóstico precoz de la recaída sistémica. Después del panel la respuesta por "sí" disminuyó al 12% mientras que el 88% dijo que "no".

La tercera pregunta era: "Tiene importancia terapéutica el diagnóstico precoz de la recaída local/regional durante el seguimiento del cán-

CUARTA PREGUNTA			
¿Cuáles son los eventos a diagnosticar durante el seguimiento de un cáncer de mama ya tratado, que puedan tener impacto en la supervivencia de la paciente?			
Previo al panel			Después del panel
0%	1.	Recaída local/regional	14%
30%	? 2.	Recaída sistémica	0%
30%	3.	Nuevo primario	0%
40%	4.	1 y 3 son correctas	86%

Cuadro 4

cer de mama" (Cuadro 3). Previo al panel dijo que "sí" el 50% e igual porcentaje dijo que "no". Después del panel la respuesta pareció más lógica y la votación del 75% dijo que tenía importancia el diagnóstico precoz de la recurrencia local/regional. Pensemos que es el único tipo de recaída la local/regional o el segundo primario, donde uno tiene chance de curar a la paciente. Un 25% decía que "no" todavía.

La cuarta pregunta: "Cuáles son los eventos a diagnosticar durante el seguimiento de un cáncer de mama ya tratado, que pueden tener impacto en la supervivencia de la paciente" (Cuadro 4). Las respuestas eran cuatro: 1) recaída lo-

QUINTA PREGUNTA			
¿Existen diferencias en términos de supervivencia entre el seguimiento exhaustivo y no exhaustivo, entre las pacientes tratadas por cáncer de mama?			
Previo al panel			Después del panel
0%	?	• Sí	0%
100%		• No	100%

Cuadro 5

SEXTA PREGUNTA			
¿Existen evidencias científicas que justifique el seguimiento exhaustivo de las pacientes tratadas por cáncer de mama?			
Previo al panel			Después del panel
29%		• Sí	11%
71%	?	• No	89%

Cuadro 6

cal/regional; 2) recaída sistémica; 3) nuevo primario, 4) la 1) y 3) son correctas. En la primera votación un 0% para la recaída local/regional, 30% para la recaída sistémica, 30% para el nuevo primario, y 40% para la respuesta 4. También nos llamó mucho la atención que la recaída sistémica tuviera tantos votos en ese momento. Después del panel fíjense cómo cambió y quedó como recaída local/regional un 14% y la 1 y 3 son correctas en el 86%. Prácticamente pasó a 0% lo de la caída sistémica, y el nuevo primario está en 0% porque caen la mayoría en que la 1 y 3 son correctas.

La quinta pregunta: "Existen diferencias en términos de supervivencia entre el seguimiento exhaustivo y no exhaustivo, entre las pacientes tratadas por un cáncer de mama" (Cuadro 5). Previo al panel fue unánime el "no", es decir, que no hay diferencias, en términos de supervivencia, entre el seguimiento exhaustivo y no exhaustivo. Esto del 0% con un signo de interrogación viene por la siguiente pregunta. Después del panel, por supuesto que siguió de la misma forma 0% para el "sí" y 100% para el "no".

La sexta pregunta dice: "Existen evidencias científicas que justifiquen el seguimiento exhaustivo de las pacientes tratadas por cáncer de mama" (Cuadro 6). Previo al panel, el 29% "sí" y 71% "no". Después del panel disminuyó, pero no del todo, 11% de los votantes pusieron que "sí" existen evidencias y el 89% que "no" hay

SÉPTIMA PREGUNTA			
¿El seguimiento exhaustivo puede contribuir con la calidad de vida de la paciente?			
Previo al panel		Después del panel	
58%	?	• Sí	0%
42%		• No	100%

Cuadro 7

evidencias para que el seguimiento exhaustivo sea justificado en las pacientes tratadas por cáncer de mama.

La séptima pregunta era: "Si el seguimiento exhaustivo puede contribuir con la calidad de vida de la paciente" (Cuadro 7). Previo al panel, un 58% de las respuestas fueron que "sí" y un 42% que "no". Acá también nos llamó la atención, y sin embargo después del panel el cambio fue muy evidente, el 0% dijo que "sí" y el 100% dijo que el seguimiento exhaustivo no puede contribuir con la calidad de vida de la paciente.

La octava pregunta era: "Si el diagnóstico de enfermedad sistémica asintomática es un hecho frecuente en las pacientes en seguimiento, tratadas por un cáncer de mama" (Cuadro 8). Previo al panel las respuestas fueron 29% que "sí" y 71% que "no". Después del panel, el 14% siguió diciendo que el diagnóstico de enfermedad sis-

OCTAVA PREGUNTA			
¿El diagnóstico de enfermedad sistémica asintomática es un hecho frecuente en las pacientes en seguimiento tratadas por cáncer de mama?			
Previo al panel		Después del panel	
29%		• Sí	14%
71%		• No	86%

Cuadro 8

NOVENA PREGUNTA			
¿La eventualidad del reclamo médico-legal, ante el diagnóstico no anticipado de la enfermedad sistémica, justifica el pedido de exámenes?			
Previo al panel		Después del panel	
20%		• Sí	0%
80%		• No	100%

Cuadro 9

témica asintomática es un hecho frecuente en el seguimiento, pero el 86% dijo que "no" era un hecho frecuente.

La novena pregunta fue sobre: "La eventualidad del reclamo médico-legal ante el diagnóstico no anticipado de la enfermedad sistémica, si eso justifica el pedido de exámenes" (Cuadro 9). Previo al panel, el 20% dijo que "sí" y el 80% dijo que "no". Después del panel, el 100% dijeron que "no" estaba justificado el pedido de examen por la eventualidad del reclamo médico-legal.

Los principales protagonistas del reclamo médico-legal son los propios médicos, por no tener documentada la realidad de los conocimientos. Si las sociedades científicas logran

DÉCIMA PREGUNTA			
¿Existen acuerdos entre las sociedades científicas e internacionales sobre el tipo de seguimiento que deberían tener las pacientes que han sido tratadas por un cáncer de mama?			
Previo al panel		Después del panel	
33%		• Sí	30%
67%		• No	70%

Cuadro 10

CÁNCER DE MAMA - SEGUIMIENTO ASCO American Society of Clinical Oncology			
RECOMENDADOS			
Test	Frecuencia	Nivel	Recomendación
Historia clínica y examen físico	Cada 3-6 m por 3 años; cada 6-12 m por 2 años; luego anual	III (CE)	B
Autoexamen mamario	Mensual	III (CE)	D
Mamografía			
Contralateral	Anual	I	A
Ipsilateral	Anual	IV	C
Examen pelviano	Anual	III (CE)	B

Cuadro 11

claros consensos, la difusión de esos consensos haría que la posibilidad de reclamos no sea viable.

La décima pregunta era: "Si existe acuerdo entre las sociedades científicas nacionales e internacionales sobre el tipo de seguimiento que deberían tener las pacientes tratadas por un cáncer de mama" (Cuadro 10). Previo al panel el 33% dijo que "sí", que existen acuerdos, y el 67% dijo que "no". Después del panel, el 30% (prácticamente lo mismo) dijo que "sí" y el 70% dijo que "no" existen acuerdos. En realidad, esta pregunta tendría que haber sido hecha en dos partes. Una si había acuerdos entre las socieda-

des nacionales y las sociedades internacionales, porque en realidad en el mundo existen acuerdos de cómo debe ser el seguimiento. En ASCO, por ejemplo, las recomendaciones para el seguimiento de las pacientes tratadas por cáncer de mama son: historia clínica, examen físico, mamografía y examen pelviano, como métodos recomendados para el seguimiento de las pacientes (Cuadro 11).

La historia clínica debe ser un interrogatorio muy bien hecho a la paciente, para pesquisar síntomas o signos indicativos de diseminación de la enfermedad (Cuadro 12). El examen físico debe detectar alteraciones que indiquen la dise-

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES TRATADAS POR CÁNCER DE MAMA ASCO American Society of Clinical Oncology	
HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	
<ul style="list-style-type: none"> • El interrogatorio debe estar dirigido a pesquisar síntomas y signos indicativos de diseminación de la enfermedad. • El examen físico debe detectar alteraciones que indiquen diseminación de la enfermedad y/o recurrencia local/regional. • La mayoría de las recurrencias (69%) son detectadas por la propia paciente en el intervalo entre controles. 	
Grunfeld E, et al. <i>BMJ</i> 1996; 313: 665-669.	

Cuadro 12

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES TRATADAS POR CÁNCER DE MAMA ASCO American Society of Clinical Oncology	
EXAMEN PELVIANO	
•	Examen ginecológico bimanual anual.
•	Ecografía ginecológica transvaginal sólo si hay síntomas (metrorragia), aun en las que reciben tamoxifeno, y anual en las pacientes con alto riesgo de desarrollar un cáncer de ovario (por ejemplo, BRCA +) asociado a determinación de Ca 125.

Cuadro 13

CÁNCER DE MAMA - SEGUIMIENTO ASCO American Society of Clinical Oncology		
NO RECOMENDADOS		
Test	Nivel	Recom.
Laboratorio parcial	V (CE)	D
Laboratorio completo	I	A
Rx tórax	I	A
Escaneado óseo	I	A
Ecografía hepática	I	A
TAC abdomen y pelvis	V (CE)	D
Ca 15-3	III (CE)	NG
CEA	III (CE)	NG

Cuadro 14

minación de la enfermedad y/o recurrencia local/regional. Debemos tener en cuenta que la mayoría de las recurrencias, el 70%, las detecta la propia paciente en el intervalo entre los controles.

El examen pelviano debe ser un examen ginecológico bimanual anual, y la ecografía ginecológica transvaginal sólo debe hacerse cuando

hay síntomas de metrorragia, aun las que reciben tamoxifeno; y anual en las pacientes con alto riesgo de desarrollar cáncer de ovario, o sea, pacientes que tienen además BRCA1 o BRCA2 positivo, con determinación de Ca125; pero sólo ecografía ginecológica transvaginal si hay síntomas, nada más (Cuadro 13).

Como test no recomendados, son el laboratorio, la radiografía de tórax, el escaneado óseo, la ecografía hepática, las tomografías de abdomen y pelvis, y los marcadores Ca15-3 y CEA (Cuadro 14). Ninguno de ellos son recomendados para el seguimiento habitual de las pacientes tratadas por cáncer de mama.

La Escuela Europea de Oncología Médica, la ESMO, tiene lo mismo (Cuadro 15). No recomendado para pacientes asintomáticas: laboratorio, marcadores, radiografía de tórax, centellograma óseo, ecografía y tomografía.

El NCCN, lo mismo (Cuadro 16). Sólo historia clínica y examen físico cada 4 meses, durante 5 años y luego anual; mamografía anual y exa-

ESMO - European School of Medical Oncology	
SEGUIMIENTO	
•	Historia clínica y examen físico cada 3-6 meses durante 3 años; cada 6-12 meses otros 3 años; y luego anual.
•	Mamografía ipsilateral (si TC) y contralateral cada 1-2 años.
•	No recomendados para pacientes asintomáticas: laboratorio; marcadores tumorales; Rx de tórax; centellograma óseo; ecografía hepática; TAC de tórax y abdomen.

Cuadro 15

NCCN - National Comprehensive Cancer Network	
SEGUIMIENTO	
•	Historia y examen físico cada 4 meses durante 5 años y luego anual.
•	Mamografía anual (para las tratadas en forma conservadora; la primera 6 meses después de finalizada la RT).
•	Examen pelviano anual en las que toman tamoxifeno.

Cuadro 16

National Breast Cancer Centre (Australia)			
SEGUIMIENTO			
	Primer año	2°-5° año	Después del 5° año
Historia y examen físico	Cada 3 meses	Cada 6 meses	Anual
Mamografía	Cada 6-12 meses	Anual	Anual
Otros (laboratorio, centellograma óseo, Rx de tórax, ecografía hepática)	No requeridos para seguimiento rutinario.		

Cuadro 17

men pelviano anual en las que toman tamoxifeno.

El National Breast Cancer Centre de Australia (Cuadro 17): historia, examen físico, mamografía, y todos los otros estudios no son requeridos para el seguimiento rutinario.

La EUSOMA, Sociedad Europea de Oncología también recomienda (Cuadro 18): mamografía, examen físico y examen pelviano. No recomendado laboratorio, radiografía de tórax, escaneado óseo, ecografía hepática y marcadores.

EUSOMA - European Society of Mastology	
Recomendados	No recomendados
Mamografía anual.	Laboratorio.
Examen físico.	Rx de tórax.
Examen pelviano.	Escaneado óseo.
	Ecografía hepática.
	Marcadores.

Cuadro 18

En una reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Cancerología, que se hizo en la AMA el 28 de junio de 2001, y que la coordinaron los Dres. Silvia Jovtis y Jorge Novelli, y los disertantes fueron la Dra. Jovtis, el Dr. Aníbal Núñez De Pierro, el Dr. Ernesto Gil Deza y el Dr. Ernesto Lifschitz, casi se llegó por unanimidad a que el seguimiento debería ser no exhaustivo para las pacientes tratadas por cáncer de mama.

El Dr. Novelli culminó la reunión diciendo: "Invito a la Sociedad Argentina de Cancerología a que consensuemos, que hagamos normas

UNDÉCIMA PREGUNTA	
¿Influyen estas reuniones en la conducta de la práctica cotidiana?	
	Después del panel
• Sí	100%
• No	0%

Cuadro 19

y que dicte líneas de trabajo". Sin embargo, nunca se logró hacer una reunión conjunta con Oncología o Cancerología, para que estas normas escritas se lleven a la realidad.

Mientras no haya un consenso unificado y escrito, es probable que sigamos malgastando dinero en estudios innecesarios, argumentando el temor a la demanda, el "por las dudas", o el "si otro lo pide y aparece algo", etc.

Sin embargo, hubo una última pregunta que estaba fuera del cuestionario inicial, donde se preguntó: "Si estas reuniones influyen en la con-

ducta de la práctica cotidiana" (Cuadro 19). Por eso fue después del panel, y el 100% de las respuestas fueron que estas reuniones influyen en la conducta de la práctica cotidiana.

Yo puedo pensar que ninguno de los oncólogos contestaron, porque en general uno siempre piensa que cuando manda a las pacientes, son los oncólogos los que habitualmente hacen los pedidos que nosotros habitualmente somos reacios a hacer, porque estamos convencidos de que el seguimiento exhaustivo no tiene sentido en las pacientes tratadas por cáncer de mama. Muchas gracias.