

## TAILORx, RxPONDER y direcciones futuras para la prueba Oncotype DX Breast Recurrence Score

*Christy A. Russell, MD.*

Soy oncóloga clínica y como ustedes escucharon, estuve en la Universidad del Sur de California durante 30 años, como directora del Programa de Cáncer de Mama. Pero ahora soy empleada de una empresa que se llama Exact Sciences, que produce Oncotype DX, por eso tengo un conflicto de intereses.

Dentro de los múltiples temas que trataré en estos treinta minutos, primero voy a revisar las nuevas actualizaciones sobre el estudio TAILORx, hablaré del estudio RxPONDER y los datos nuevos que provienen de allí y, debido a que el porcentaje de la población judía en Argentina es alto, quisiera hablar de datos que quizás no conozcan con respecto a tener la mutación BRCA1 o BRCA2 germinal y el Oncotype. Quiero hablar de las Guías NCCN y de ASCO para estos clasificadores y también de brechas de la evidencia y hacia dónde vamos con el Oncotype para ayudar a las pacientes con cáncer de mama.

Como muchos de ustedes saben y como ya se habló en la última presentación, todos los estudios genómicos disponibles, el Oncotype, el Mammaprint, EndoPredict, son todos para pronóstico. Si uno le da al paciente una terapia endócrina, nos va a ayudar a entender cuál es el riesgo remanente. El único estudio predictivo es el Oncotype DX, en base a múltiples datos.

En base al estudio NSABP B-20, en las mujeres que recibieron tamoxifeno solo o quimioterapia más tamoxifeno, todas con ganglios negativos, si el puntaje era bajo, no había beneficios de la quimioterapia. Con el puntaje intermedio tampoco y todos los beneficios provenían cuando las pacientes tenían un puntaje alto, de 31 a 100. ¿Qué quiere

Vice President US Medical Affairs, Exact Sciences.

decir esto? Este beneficio relativo de la quimioterapia es el 75% cuando están en el alto rango. Ese es el tipo de beneficio que tenemos si tienen HER2+ y le dan trastuzumab por ejemplo, o si son RE+ y les dan hormonoterapia, o sea, si tienen un puntaje muy alto tienen una gran sensibilidad a la quimioterapia.

En el estudio TAILORx, ¿qué pasa con las pacientes que no cumplen ese puntaje tan alto? ¿Hay algún beneficio de la quimioterapia si tienen un puntaje intermedio o bajo? ¿Dónde comienza el beneficio de la quimioterapia? Como ustedes saben, estos datos fueron presentados y publicados varias veces. Este es el estudio más grande de adyuvancia para mujeres con cáncer precoz, incluye 10,000 mujeres. Pero el estudio principal es para las que tienen un puntaje de 11 a 25, 6700 mujeres randomizadas a terapia endócrina, con o sin quimioterapia y en 9 años, con un puntaje de 11 a 25, no hay beneficio de la quimioterapia, ya fuera sobrevivida libre de enfermedad o recidiva a distancia.

¿Qué representa esto? ¿Qué porcentaje de mujeres con ganglios negativos tienen un puntaje de recidiva entre 0 y 25?, 85% lo tienen; 85% de las mujeres ganglios negativos, RE+ van a tener un rango de puntaje que no requiere quimioterapia. Entonces si no hacen el estudio y simplemente dan de rutina quimioterapia a todas, es probable que estén sobretratando pacientes.

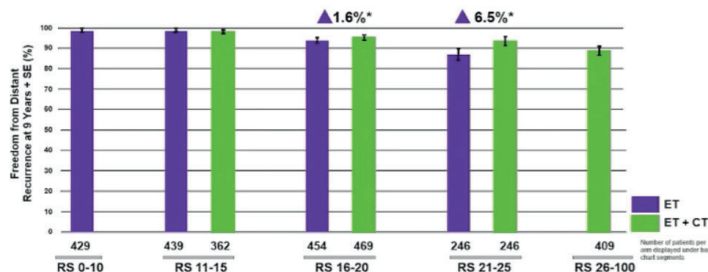
Cuando hicieron análisis de subgrupo apareció algo muy interesante. No importaba cuán grande fuera el tumor ni cuál era su grado histológico, lo único que importaba era la edad. Las mujeres de 50 años o mayores con un puntaje hasta 25 no se beneficiaban. Pero las más jóvenes, menores de 50 años, sí se benefician de la quimioterapia entre 11 y 25 puntos. Cuanto más sube ese puntaje, tienen más beneficios. De 11 a 15 no hay beneficio, pero de 15 en adelante, en cuanto al valor, sí se ve beneficio. Este estudio no puede responder por qué es así. ¿Las mujeres jóvenes requieren quimioterapia porque su cáncer es peor, en cierta manera, o es porque la quimioterapia produce supresión ovárica y simplemente es una terapia endócrina adicional que están recibiendo?

Entonces lo estudiaron de manera más específica. Estas son las presentaciones originales. De 11 a 15 puntos del Oncotype no hay diferencia. Ya comenté que el puntaje de 0 a 25, son 85% de las mujeres que están en riesgo bajo o intermedio y puntaje 15 en adelante van a ser 15%, y ahí, las que están por debajo de ese nivel de RS no se benefician, el resto sí. Entonces pueden ver de 16 a 20, algo de beneficio, de 21 a 25 puntos, más beneficio clínico y porcentaje absoluto de 6.5%. Figura 1.

Figura 1.

### Chemotherapy Benefit is Seen in Women ≤50 Years With Recurrence Score® Results 16-20 and 21-25

9-Year Freedom From Distant Recurrence



\*These differences in distant recurrence, while not statistically significant, may be clinically significant.

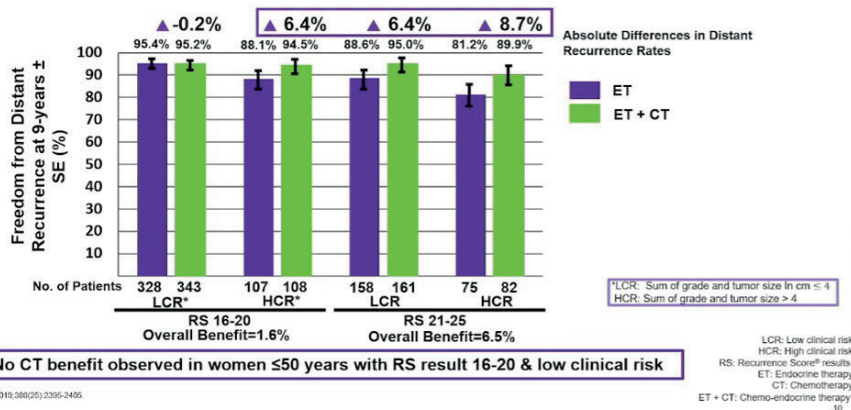
Spirano JA, et al. N Engl J Med. 2018;379(2):111-121. EXACT SCIENCES

ET: Endocrine therapy  
CT: Chemotherapy  
RS: Recurrence Score® results

Se hizo otro análisis con respecto a riesgo clínico, donde se añaden características clínicas aparte del puntaje de estas mujeres jóvenes. ¿Pueden definir quién se va a beneficiar un poquito mejor? Sí claro. El riesgo clínico, si tienen ganglios negativos, le agregan el grado histológico y el tamaño del tumor en centímetros, cualquier número hasta 4 tiene bajo riesgo clínico, cualquier número superior a 4, alto riesgo clínico. Esto es lo mismo si hacen riesgo clínico para MammaPrint, por ejemplo: 1.8 cm grado 2, eso da 3.8, o sea bajo riesgo clínico; 2.3 cm grado 2, llega a 4.3 el puntaje, eso es alto riesgo clínico. Entonces asignaron todas las jóvenes con puntaje RS de 11 a 25 y de bajo riesgo clínico y pueden ver que es de 16 a 20 y bajo riesgo clínico, no se benefician con quimioterapia. Todo el beneficio parece ser en el grupo de alto riesgo clínico, de 16 a 20; y en 21 a 25 no importaba si era alto o bajo el riesgo clínico, todo el mundo se beneficiaba.

Figura 2.

### Clinical Risk Adds Insight into Chemotherapy Benefit in Women ≤50 Years With RS Results 16-20 and 21-25



No CT benefit observed in women ≤50 years with RS result 16-20 & low clinical risk

Spirano JA, et al. N Engl J Med. 2019;380(25):2305-2405. EXACT SCIENCES

En el Congreso de San Antonio, el Dr. Sparano actualizó los datos. Por qué, porque hay un seguimiento más largo y han ocurrido muchos más eventos. De hecho 50% más de muertes ocurrieron desde la presentación original al nuevo análisis.

¿Entonces qué demostró esto? Lo mismo en realidad. Si tienen un puntaje RS de menos de 25 y son postmenopáusicas mayores de 50 años, no hay beneficio. Pero si tienen 50 años o menos, sí estamos viendo beneficio de la quimioterapia.

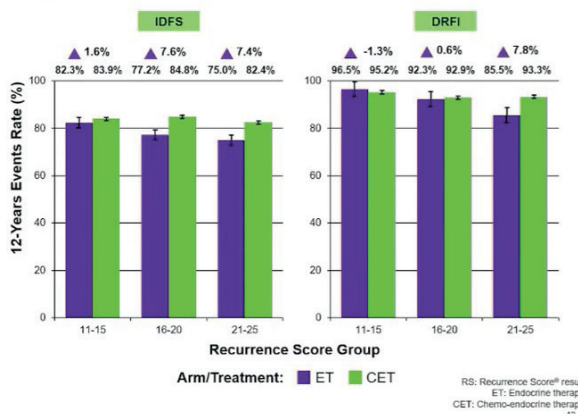
Estos gráficos representan mujeres de 50 años o menos. A la derecha ven: intervalo libre de recidiva a distancia 11 a 15, no hay beneficio de la quimio; de 16 a 20, mínimo beneficio; de 21 a 25, beneficio significativo de quimioterapia. Figura 3.

Figura 3.

### Increased Benefit of Chemotherapy with Increased RS Range in Patients ≤ 50 Years

#### ET vs CET with Stratification by RS Range

- RS 11-15: no CT benefit
- RS 16-20: marginal CT benefit
- RS 21-25: evident CT benefit



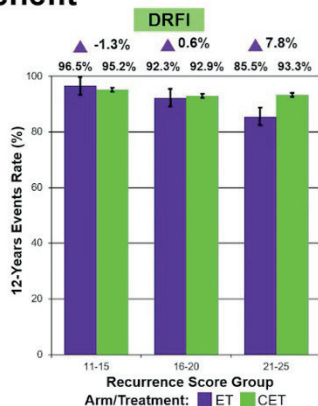
Adapted from: Sparano JA, et al. Tailoring Individualized Options for Treatment (TAILORx): An update including 12-year event rates. Presented at SABCS Dec 2022. Abstract 001-05. EXACT SCIENCES

RS: Recurrence Score® result  
ET: Endocrine therapy  
CET: Chemo-endocrine therapy  
12

A la derecha, cuando se fijan en el riesgo clínico, aparte del RS en mujeres en TAILORx 16 a 20 de puntaje RS, bajo riesgo clínico, nada. Pero con alto riesgo clínico, sí hay un beneficio marginal, 3.1 a 9 años. Pero si el RS es 21 a 25, ahí sí se ve mucho beneficio clínico de la quimioterapia. Figura 4.

Figura 4.

### Effect of Age, RS, and Clinical Risk on Chemotherapy Benefit



RS Group	Estimated Absolute Chemo Benefit Not Stratified by Clinical Risk	Clinical Risk	No.	Estimated Absolute Chemo Benefit Stratified by Clinical Risk
RS 16-20 (N=886)	Δ +0.6% (±SE 2.1%)	Low*	671 (76%)	Δ -0.5% (±SE 2.2%)
		High*	215 (24%)	Δ +3.1% (±SE 5.4%)
RS 21-25 (N=476)	Δ +7.8% (±SE 3.4%)	Low	319 (67%)	Δ +5.9% (±SE 3.4%)
		High	157 (33%)	Δ +11.7% (±SE 7.2%)

Adapted from: Sparano JA, et al. Tailoring Individualized Options for Treatment (TAILORx): An update including 12-year event rates. Presented at SABCS Dec 2022. Abstract 001-05. EXACT SCIENCES

\*LCR: Sum of grade and tumor size in cm ≤ 4  
HCR: Sum of grade and tumor size > 4

RS: Recurrence Score® result  
ET: Endocrine therapy  
CET: Chemo-endocrine therapy  
13

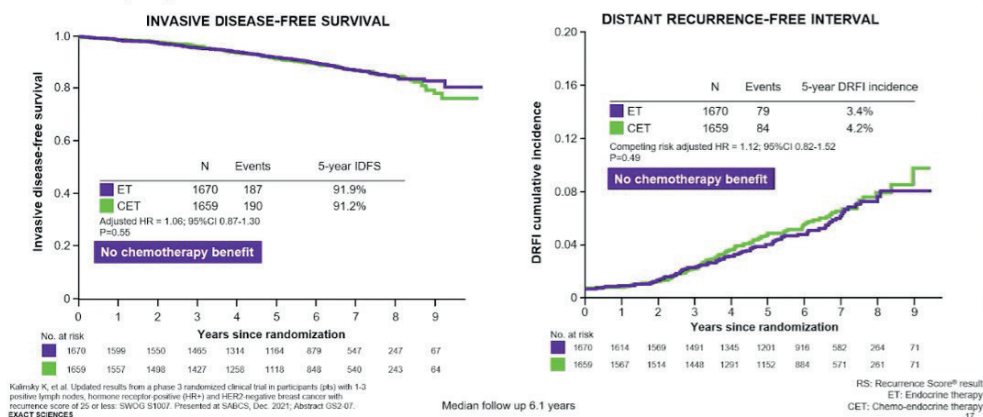
La conclusión es que han ocurrido muchos más eventos. Los hallazgos no han cambiado, simplemente tenemos hallazgos más refinados entre las mujeres jóvenes y mujeres cuando se benefician de la quimioterapia y no sabemos por qué se benefician de la quimioterapia. Quizás sea supresión ovárica, pero eso requiere ser respondido por otro estudio clínico.

En las que tienen cáncer con ganglios positivos, tenemos el estudio RxPONDER, 5000 mujeres, 1 a 3 ganglios positivos. Un tercio eran premenopáusicas, dos tercios postmenopáusicas. Todas tenían un puntaje de 0 a 25, de 26 a 100 ya no son parte del estudio. Aprendimos que, para mujeres postmenopáusicas con 1 a 3 ganglios positivos, con puntaje RS 0 a 25, no se benefician de la quimioterapia; independientemente del tamaño del cáncer, del grado histológico, no importa el riesgo clínico, no se benefician de la quimioterapia. Si tienen ganglios positivos ¿Qué porcentaje de pacientes tienen un puntaje de 0 a 25? 85% si los ganglios son negativos. Y si son positivos los ganglios es 85%, o sea que ahora ya tenemos hasta 3 ganglios positivos, el 85% de las mujeres postmenopáusicas con receptores positivos, no se benefician de la quimioterapia, si les dan quimioterapia es un sobretratamiento absoluto. Figura 5.

Figura 5.

## Postmenopausal Patients Did Not Benefit From Chemotherapy

RxPONDER, N1, Recurrence Score® Results 0-25



En el forest plot que muestra todas las características clínicas analizadas en el estudio, para las mujeres postmenopáusicas no encontraron un subgrupo que se beneficiara de la quimioterapia. Pero cuando consideraron las premenopáusicas cambia la historia. Muy similar al TAILORx. Sí hay beneficio en las premenopáusicas por

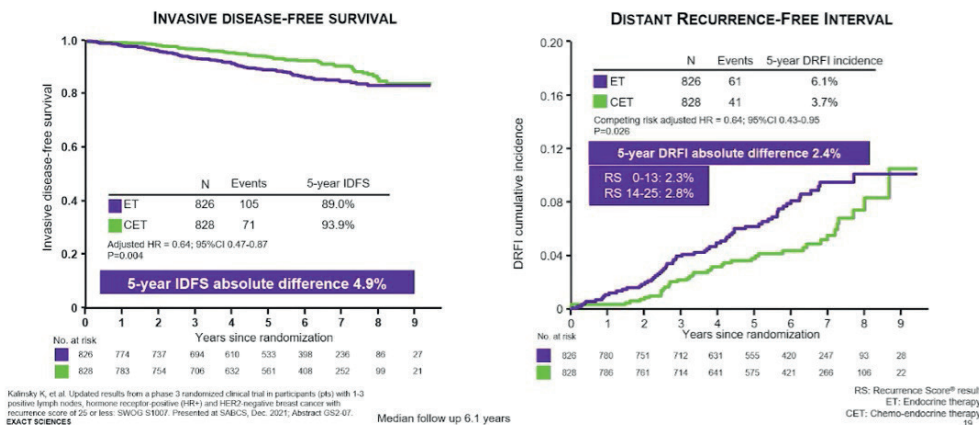


la quimioterapia, 5% absoluto a 5 años para IDFS. Para recidiva a distancia es 2.4% de beneficio, para todo el grupo, las que reciben quimioterapia son 1600 mujeres. Figura 6.

Figura 6.

## Premenopausal Patients Showed Modest Chemotherapy Benefit

RxPONDER, N1, Recurrence Score® Results 0-25



En el forest plot la pregunta era ¿todas se beneficiaron de la quimioterapia? Sí. Todas se beneficiaron de la quimioterapia, salvo las postmenopáusicas que tenían 50 años de edad o más. Esas no parecen mostrar beneficio con la quimioterapia.

¿Qué aprendimos entonces del RxPONDER? Estos son datos ya publicados que se informaron: postmenopáusicas, 1 a 3 ganglios positivos, 0 a 25 de puntaje, 85% de las que son RE+ HER2-, no hay beneficio de la quimioterapia; premenopáusicas, todas tienen beneficio de la quimioterapia, pequeño beneficio con la quimio, pero puede ser relevante para este grupo.

Entonces, como tantas pacientes están en los estudios clínicos, el recurso este es muy, muy rico, para hacer otros estudios clínicos.

Quiero hablar ahora de un estudio clínico de resultados que se informaron en San Antonio este año, que es sobre la disfunción cognitiva. ¿Cuán bien piensan las mujeres cuando reciben terapia hormonal o qué pasa con la función cognitiva cuando reciben quimioterapia? Se utilizaron cuestionarios, en 500 pacientes consecutivas, que tuvieron que asignar puntajes vinculados al hilo del pensamiento. Después muestro alguna de las preguntas. Se analizaron mujeres a nivel basal, a los 6, 12 y 36 meses.

Algunas de las preguntas que tenían que responder eran: ¿estoy pensando más lento? O, ¿tengo que concentrarme mucho porque si no cometo errores? O ¿tengo problemas cambiando entre diferentes actividades que requieren mucho pensamiento?

Muchas preguntas que se formularon después analizaron estatus menopáusico y si recibieron terapia hormonal sola o cuál era el efecto de la quimioterapia sobre lo cognitivo. Una variación de tres unidades es clínicamente significativa.

¿Qué aprendimos? Para las premenopáusicas se observó una rápida caída en el puntaje, de 51 a 49. Menor el número, menor es la disfunción cognitiva. Incluso a 3 años igual presentaban caída significativa en función cognitiva. Pero peor si recibían quimioterapia. Si recibían terapia hormonal sola, a los 3 años estaban más o menos a nivel basal. Si seguían con el tratamiento se recuperaban. Las postmenopáusicas también, caída significativa con el uso de quimioterapia. Además, después de los 3 años llegaron a una meseta si recibían hormonoterapia sola. Pero la quimioterapia, aunque hayan terminado varios años antes, igual sostiene la alteración sobre la función cognitiva. Figura 7.

Figura 7.

## Comparisons of Mean Cognitive Function Score by Menopausal Status

Menopausal status	Treatment Arm	Timepoint				Longitudinal mean score difference
		Randomization	6 mo	12 mo	36 mo	
Premenopausal	ET	53.53	51.49	51.35	53.50	-3.02 (p=0.01)
	CET	52.84	49.27	47.95	48.80	
Postmenopausal	ET	51.73	51.35	51.30	51.89	-2.36 (p<0.003)
	CET	50.65	48.32	47.30	48.43	

- There was a greater negative effect of CET on cognitive function compared to ET alone
- Limitations: small sample size, drop-off over time, no adherence data for endocrine therapy, unknown menopausal status change during follow-up

Adapted from: King J, et al. Patient-reported cognitive impairment in women participating in the RTOG0525 trial (SWOG S1007) by menopausal status. Presented at SABCS Dec 2022/Abstract 091-04 EXACT SCIENCES

RS: Recurrence Score® result  
ET: Endocrine therapy  
CET: Chemo-endocrine therapy

Se observa a los 36 meses que la quimioterapia causa problemas sostenidos sobre la función cognitiva.

¿Qué significa esto? Que la paciente que dice que tiene el cerebro con quimio no le creemos, pero este problema se mantiene varios años después de terminar la quimioterapia y es uno de los motivos de no dar quimioterapia innecesaria a las pacientes. Hay otro estudio que se hizo también sobre fatiga y mostró resultados muy parecidos.

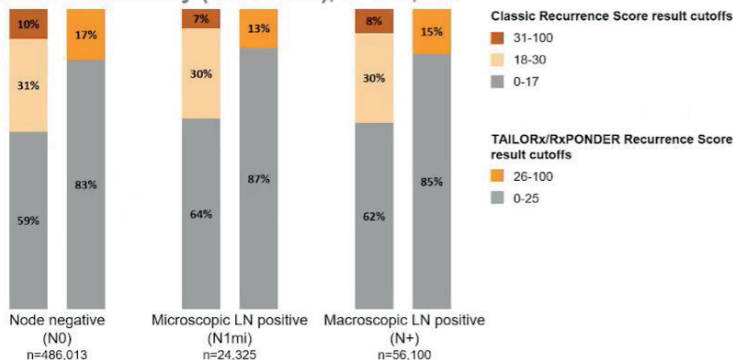
Ahora me voy a referir al estatus BRCA en las pacientes, las pacientes que son BRCA1 y BRCA2 positivas con variante de línea germinal. Primero, sabemos que es más probable que sean BRCA1 positivo y triple negativo, pero puede haber también pacientes BRCA con receptores hormonales positivos y es más probable que sean BRCA2.

¿Entonces qué porcentaje de pacientes con ganglios positivos o negativos tienen un score de recidiva de 26 a 100? Si miran las columnas de la derecha, 17% en ganglio negativo, 13% en ganglio positivo con micrometástasis y 15% en ganglio positivo con macrometástasis, en un millón de Oncotype DX que hemos estudiado en nuestro laboratorio. Figura 8.

Figura 8.

### The Oncotype DX Breast Recurrence Score® Test and Distribution of Scores by Nodal Status

Genomic Health Clinical Laboratory (2004-2017), N=610,350



Despite different prognoses, N0, N1mi, and N1 breast cancer patients have similar Recurrence Score® result distributions

Bello et al. Ann Surg Oncol. 2018; Sparano et al. N Engl J Med. 2018; EXACT SCIENCES

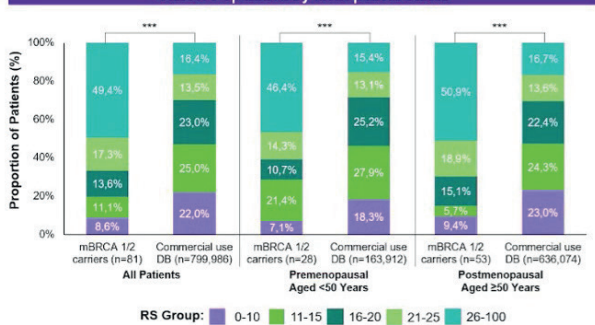
LN: lymph node 30

¿Qué pasa si son BRCA1 o BRCA2 positivos? Hay dos trabajos. Uno que proviene de Israel, donde analizó la población de pacientes que se sabe portadora de línea germinal BRCA1/2. Estas son todas pacientes que ellos analizaron, 81 pacientes (primera columna). La mitad tienen 26 a 100 de puntaje de recidiva; no 15%, la mitad! Lo mismo si eran BRCA1 o BRCA2. Muy interesante este hallazgo, a pesar de que BRCA no es uno de los 21 genes en la prueba Oncotype DX. Figura 9.

Figura 9.

### Patients with BRCA1/2 Pathogenic Variants Were More Likely to have RS Results >25

RS Distribution in Patients with Pathogenic BRCA1/2 Variants vs General Breast Cancer Population by Menopausal Status



Patient/Tumor Characteristics (n=81)	%
<b>Age</b>	
< 50 years	29.7
≥ 50 years	70.3
<b>Nodal Status</b>	
N0	80.2
N1mi	4.9
N1	14.8
<b>Tumor Grade</b>	
Grade 1	6.2
Grade 2	44.4
Grade 3	40.7
NA/Unknown	8.6
<b>BRCA Mutation Type</b>	
BRCA1	39.5
BRCA2	59.3
Unknown	1.2

Adapted from: Yimshahmi R, et al. Molecular characterization by the 21-gene breast cancer (BC) Recurrence Score (RS) test of BRCA1/2 mutation carriers (mBRCA1/2) versus the general BC patient (G) population. Presented at ESMO Sept 2022; Poster 152P EXACT SCIENCES

RS: Recurrence Score® result 31



Se vio un segundo estudio analizando las mujeres que estaban en una clínica de tamizado de alto riesgo, con fuerte antecedente familiar de cáncer de mama y analizaron las que eran BRCA1/2 positivas y negativas. El score Oncotype aumentó significativamente, de manera tal que hubo una diferencia del 6% cuando hicieron controles por casos, según número de ganglios, grados, etc.

Para las pacientes con ganglios negativos, la diferencia promedio es 9 puntos en la escala Oncotype, para las premenopáusicas 8 puntos y para las portadoras de BRCA1, 11 puntos de aumento. Es interesante, pero no quiere decir que no hay que hacerle el Oncotype a la paciente BRCA mutada. Yo creo que la pregunta es, si ven una paciente que tiene 26 a 100 en el puntaje RS ¿Hay que hacer la prueba de BRCA en ella, sí o no? Porque es mucho más probable que vaya a tener algo. Yo haría historia familiar y estaría pensando en hacer unas pruebas de BRCA en estas pacientes. Este es un estudio en curso para contestar esa pregunta.

Guías actuales de la NCCN en los Estados Unidos. Para postmenopáusicas la guía dice, ganglio negativo o 1 a 3 ganglio positivos, “debería considerar fuertemente” hacer la prueba Oncotype DX, con exclusión de todas las otras pruebas. Después usar los resultados de TAILORx o RXPONDER para recomendar: 0 a 25 no dar quimioterapia, 26 a 100 considerar quimioterapia junto a la hormonoterapia. En pN2 y pN3 no hay datos en estos estudios, hay que dar quimioterapia aunque no sabemos si todas las pacientes la necesitan.

En premenopáusicas con ganglios negativos: fuerte recomendación de usar la prueba Oncotype y después los criterios TAILORx para hacer las recomendaciones.

Premenopáusicas con ganglios positivos, por los hallazgos del RXPONDER, no son tan fuertes en la recomendación, pero dicen: considerar una prueba de expresión génica para evaluar pronóstico. Por qué, porque no sabemos en este caso quién tiene o no beneficio de la quimioterapia. Pero lo interesante es que pueden dar quimioterapia adyuvante y después terapia hormonal, o hagan solamente supresión ovárica e inhibidor de aromatasa. Ahora, eso en RXPONDER no está, pero sí ingresó a las guías.

Las Guías de ASCO dicen: si la paciente es premenopáusica, hacer una prueba de Oncotype, ninguna otra informa a nivel clínico. Recomiendan hacerlo en la población de ganglios negativos y en los positivos tiene que decidir el médico con respecto al pronóstico.

De ASCO la mayor evidencia es Oncotype en la postmenopáusica, ya sea con ganglios negativos o con 1 a 3 ganglios positivos.

Tres estudios más. OFSET Chemo. Este estudio clínico va a comenzar en los Estados Unidos y también en varios otros países del mundo,

para la pregunta: en las mujeres premenopáusicas en TAILORx que tenían beneficios con la quimio, pN0 con puntaje 16 a 20 (alto riesgo clínico) y 21 a 25, o de las mujeres que vimos en el RxPONDER, pN1 con puntaje 0 a 25, ¿la quimioterapia es la que da el beneficio o es la supresión de la función ovárica?

Este estudio clínico va a empezar al final de esta semana. Cuatro mil mujeres, todas premenopáusicas y van a tener ganglios positivos 1 a 3, con el puntaje RS 0 a 25 o ganglios negativos 16 a 20 pero alto riesgo clínico o 21 a 25 de puntaje, cualquier riesgo clínico y todas serán randomizadas: todas van a recibir supresión de función ovárica e inhibidor de aromatasa y después pueden o no recibir quimioterapia. Este estudio clínico va a tardar. Cuatro mil mujeres, todas premenopáusicas que tienen riesgo. La mitad no va a recibir quimioterapia, pero sí van a tener todas supresión de función ovárica. Podemos llegar a esperar once años antes de tener los resultados, salvo que podamos hacer un estudio mucho más internacional y que todo el mundo envíe pacientes. El que está a cargo del estudio es el NSABP. Toma de decisión en radioterapia y Oncotype. La Dra. White habló de esto un poquito y mañana va a hablar más sobre el tema en su charla de radioterapia. Pero hay un par de estudios donde estamos utilizando Oncotype para desescalar la radioterapia.

El primer estudio analizó los datos del RxPONDER. Por qué, porque no era un requisito que recibieran radiación axilar ganglionar total en RxPONDER aunque tuvieran 1 a 3 ganglios positivos. Entonces analizaron las que recibieron y las que no. Si no hubo radiación ganglionar regional, ¿cuál es el riesgo en ese caso de recidiva?

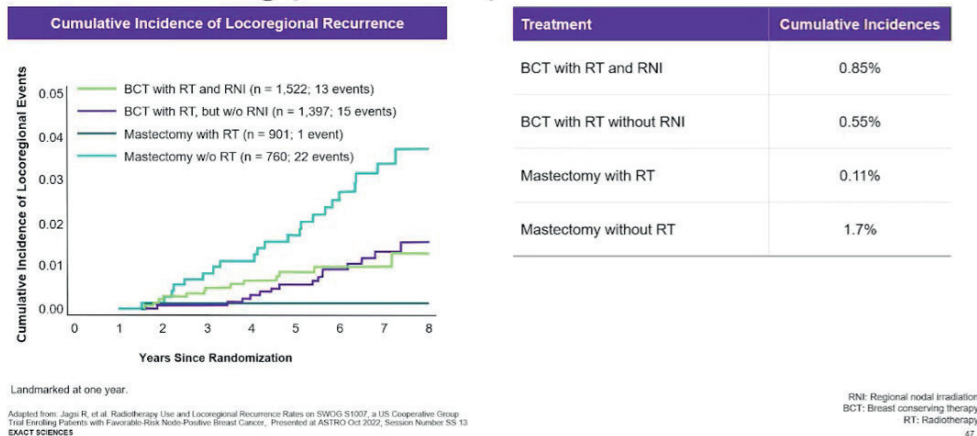
RxPONDER tiene solo 5 años de seguimiento, pero miren a la derecha del cuadro. La cirugía conservadora de mama con radioterapia a la mama y a los ganglios regionales a 5 años, menos de 1% tuvo una recidiva locorregional. Si no recibieron radioterapia, fue menos, 0.5% tuvo recidiva locorregional. Entonces esto no es un argumento fuerte para hacer radioterapia regional en estas pacientes. Si tuvieron mastectomía más radioterapia 0.11% y sin radioterapia 1.7%. El puntaje de todas era 0 a 25. Muy bajos niveles de recidiva cuando se define el Oncotype, incluso en una población con ganglios positivos. Figura 10.

Entonces ¿Qué tenemos que hacer? Tenemos que contestar de manera randomizada esta pregunta.

El TAILOR RT es un estudio que tiene un reclutamiento del 50%, que lo está haciendo un grupo canadiense y todos los grupos cooperativos de los Estados Unidos también. Están ingresando mujeres con 1 a 3 ganglios positivos, RS hasta 25, no importa si reciben quimioterapia o no. Randomizadas a: si tiene cirugía conservadora de mama,

Figura 10.

## The Breast Recurrence Score<sup>®</sup> Test and Radiation Decision-Making (RxPONDER)



radioterapia en la mama con o sin terapia en los ganglios regionales; y si recibieron mastectomía no se irradian o RT en la pared torácica y en los ganglios regionales. Para contestar la pregunta, si están en el nivel bajo de puntaje de Oncotype (85% de las pacientes están ahí), ¿hace falta irradiar los ganglios regionales o no?

El segundo estudio, donde la investigadora principal es la Dra. White, se llama DEBRA. Otro grupo, ¿hay que irradiar la mama sí o no? Ganglios negativos, puntaje RS hasta 18, T1 hasta 2 cm y van a ser randomizadas a: radioterapia de la mama o no, después de cirugía conservadora de mama.

Oncotype no es predictivo de beneficio o no de la radioterapia, pero podría identificar un grupo de bajísimo riesgo de recidiva locoregional. Estamos esperando los resultados.

Para resumir, los datos de TAILORx y de RxPONDER demostraron que el score Oncotype puede identificar la mayor parte de los cánceres de mama de RE+ HER2- con hasta 3 ganglios positivos, que pueden omitir la quimioterapia con seguridad. El seguimiento a largo plazo de TAILORx muestra que cuanto más se siguen las pacientes, hay más recidivas. Pero no hay beneficio tardío de la quimioterapia. No hay nada que diga “a esa paciente le tendríamos que haber dado quimioterapia”. Vamos a saber más sobre esto en los próximos años, pero con los resultados piensen en los efectos cognitivos de la quimioterapia que se han visto. Estudios clínicos en curso y futuros están siendo diseñados para contestar más preguntas para optimizar el tratamiento para nuestros casos de tumores tempranos de la mama.

Muchas gracias.