

SESIÓN CIENTÍFICA

Desescalamiento terapéutico en el cáncer de mama en el adulto mayor.

*Paulina Rodríguez Díaz¹,
Ángeles Ballester², Natalia
Zeff², Fernando Paesani³,
Eduardo Ábalo³, Rosario
Sifón⁴, Gabriel Crimi⁵,
Francisco Von Stecher⁶*

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres y un tercio de éstas tienen 70 años o más. Esta población representa un desafío médico al momento de elegir cuál es el mejor tratamiento debido a que se encuentran subrepresentadas en los estudios clínicos randomizados.

Objetivo

Evaluar el desescalamiento terapéutico del cáncer de mama en pacientes mayores de 70 años en la Unidad de Mastología de CEMIC.

Materiales y método

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes iguales o mayores a 70 años con diagnóstico de cáncer de mama en un período comprendido entre enero de 2017 y diciembre de 2022.

1 Fellow Mastología - CEMIC.

2 Mastóloga - CEMIC.

3 Mastólogo - CEMIC

4 Oncogeriatra - CEMIC

5 Jefe Ginecología y Obstetricia - CEMIC

6 Jefe sección de Ginecología Oncológica y
Mastología - CEMIC

Correo electrónico: paulirdiaz28@gmail.com

Resultados

Se estudiaron 225 pacientes, mediana de 77 años, 92% carcinomas invasores, 63% estadio clínico IA y 87% inmunofenotipo luminal. Se encontró una omisión del 4,6% para la cirugía axilar, 12,6% para la quimioterapia y 7,5% para la radioterapia. El desescalamiento fue mayor en las pacientes de 80 años, siendo estadísticamente significativo en la omisión de la cirugía axilar ($p=0,017$) y radioterapia ($p=0,00007$).

Conclusiones

Se encontró un desescalamiento terapéutico siendo hasta 4 veces mayor en las mayores de 80 años y más evidente en la omisión de la radioterapia.

Palabras Clave

Cáncer de mama, adulto mayor, desescalamiento terapéutico, onco-geriatria

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer is the most common neoplastic among women and third of these are 70 years or older. This population represents a medical challenge at the moment to choose which is the best treatment because they are underrepresented in randomized studies.

Objective

Evaluate therapeutic deescalation in breast cancer patients over 70 years old at CEMIC Mastology Unit.

Materials and method

Observational, descriptive and retrospective study in patients 70 years or older diagnosed with breast cancer between January 2017 to December 2022.

Results

225 patients, median age 77 years, 92% invasive cancer, clinical stage IA 63% and luminal immunophenotype 87%. Omission 4,6% was found for axillary surgery, 12,6% for chemotherapy and 7,5% for radiotherapy. The deescalation was significantly in those over 80 years old to the omission axillary surgery (p 0.017) and radiotherapy (p 0,00007).

Conclusions

A therapeutic de-escalation was found to be up four times more in women over 80 years old, being evident the omission of radiotherapy.

Key words

Breast cancer, elderly, de-escalation, oncogeriatrics

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres y aproximadamente un tercio de éstas tienen 70 años o más. En este grupo etario se caracteriza por diagnosticarse en estadios tempranos y en su mayoría son receptores hormonales positivos, confiriéndole un buen pronóstico.¹⁻³ Para el año 2022, la Organización Mundial de la Salud reportó 540.868 casos anuales en mayores de 70 años y en Argentina se reportaron 5.419 casos.^{4,5}

Se considera que el aumento de la expectativa de vida, el envejecimiento de la población y los cambios que experimenta el mundo en relación a los estilos de vida se asocian a una mayor incidencia de cáncer de mama en el adulto mayor.^{6,7} La Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica (SIOG) la define como toda mujer mayor o igual a 70 años.⁸⁻¹⁰ El adulto mayor representa un desafío médico al momento de elegir un tratamiento adecuado.^{11,12} Existe una falta de evidencia científica para el manejo de este tipo de pacientes por lo que en ocasiones puede conducir al sub o sobretratamiento.^{2,6,8,13} Actualmente se recomienda realizar una evaluación geriátrica integral previo al inicio del manejo terapéutico.

La evaluación geriátrica oncológica en la Unidad de Mastología CEMIC se realiza de manera rutinaria en la población mayor a 80 años o menor, con comorbilidades, desde inicio del año 2023. Nos planteamos realizar un estudio científico en el grupo etario mayor de 70 años y evaluar retrospectivamente las decisiones tomadas de los tratamientos realizados.

OBJETIVO

Objetivo primario

Evaluar el desescalamiento terapéutico empleado en el manejo del cáncer de mama en pacientes mayores de 70 años en la Unidad de Mastología de CEMIC.

Objetivos secundarios

- Comparar el desescalamiento terapéutico entre los grupos etarios entre 70 a 79 años y mayores de 80 años.
- Definir si el inmunofenotipo tumoral se relaciona con el desescalamiento terapéutico (quirúrgico y adyuvante).

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes iguales o mayores a 70 años con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en la Unidad de Mastología CEMIC en un período comprendido entre enero de 2017 a diciembre de 2022. La obtención de los datos se realizó a partir de la base de datos de la Unidad y la revisión de las historias clínicas.

Se tomaron como criterios de inclusión mujeres de 70 años o más, con diagnóstico de cáncer de mama in situ o invasor. Los criterios de exclusión fueron pacientes de sexo masculino y estadios IV.

Se evaluaron las siguientes variables: edad al diagnóstico, tipo histológico, grado histológico según Nottingham,¹⁴ inmunofenotipo tumoral (según consenso de St Gallen 2021 se definió Luminal A y B con un corte de Ki67 de 20%),¹⁵ estadio al diagnóstico según AJCC 8va Edición,¹⁶ tamaño tumoral, evaluación de márgenes (libres, comprometidos), tipo de cirugía mamaria realizada (omisión, conservadora, mastectomía, reconstrucción), tipo de cirugía axilar (omisión, biopsia de ganglio centinela, linfadenectomía), cantidad de ganglios

positivos, tamaño de metástasis ganglionar, compromiso de cápsula e infiltración de grasa, tratamiento sistémico adyuvante (tipo de quimioterapia, uso de antraciclinas, combinación con antiHer2, endocrinoterapia), radioterapia (volumen mamario, áreas ganglionares, radioterapia postmastectomía) y polifarmacia.

Se definió al desescalamiento terapéutico como:

- Desescalamiento quirúrgico como la reducción de la extensión de la cirugía mamaria y axilar.^{1,12,17}
- Desescalamiento de la radioterapia como ultrahipofraccionamiento u omisión, ya que en nuestro centro el estándar es el hipofraccionamiento.^{1,18}
- Desescalamiento en los esquemas de terapia sistémica según si recibieron o no quimioterapia y hormonoterapia.¹⁹ La indicación de quimioterapia se decidió en base a los factores clínicopatológicos y/o el resultado de la plataforma genómica en caso de haberse realizado.

La polifarmacia fue definida como el uso de tres o más medicamentos de uso crónico.^{12,20}

Se tomaron como comorbilidades asociadas a peor pronóstico con disminución de la supervivencia a las enfermedades cardiovasculares, diabetes y segundas neoplasias.⁹

Se obtuvieron estadísticas descriptivas (media, mediana, percentil, frecuencia relativa y su porcentaje). Para evaluar la asociación entre las variables se calculó con test de Chi2 o test de Fisher, según como correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$. Se utilizó el software estadístico "Stata 15.1" para el análisis y gestión de datos.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 955 cánceres de mama entre enero de 2017 y diciembre de 2022 en la Unidad de Mastología de CEMIC. El 23,5% (225 pacientes) correspondieron a la población mayor de 70 años, la cual fue incluida en nuestro estudio.

En la Tabla 1 se describen las características generales de nuestra población.

Tabla 1. Características de la población.

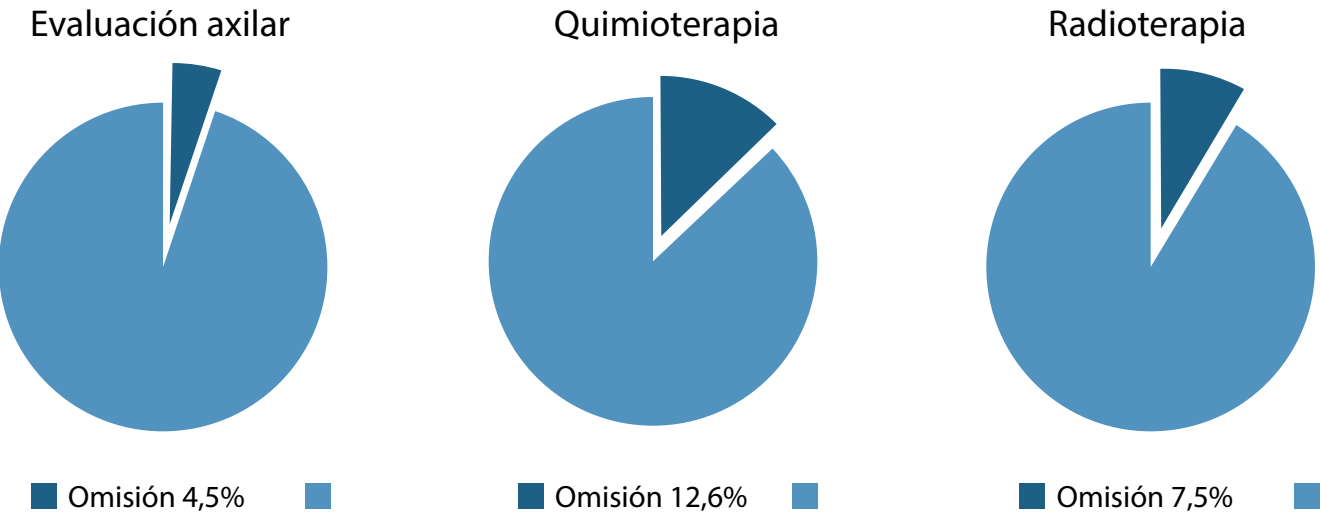
	Mediana (rango)
Edad (años)	77 (70-90)
Tamaño tumoral (cm)	1,54 (0,1-8)
	n (%)
Carcinoma in situ	19 (8)
RH +	15 (79)
RH -	4 (21)
Carcinoma invasor	206 (92)
NST	138 (67)
Lobulillar	36 (17)
Otros	32 (16)
Grado Histológico	
1	53 (26)
2	117 (57)
3	36 (17)
Estadío clínico	
0	19 (8,5)
IA	142 (63)
IIA	41 (18)
IIB	16 (7)
IIIA	6 (3)
IIIC	1 (0,5)
Inmunofenotipo	
Luminal A	90 (44)
Luminal B/Her -	89 (43)
Luminal B/Her +	7 (3)
Her +	4 (2)
Triple negativo	16 (8)
Cirugía mamaria	
Omisión	0 (0)
Cirugía conservadora	194 (86)
Mastectomía	31 (14)
Reconstrucción	
Si	13 (42)
No	18 (58)
Cirugía axilar	
Omisión	10 (4,5)
Ganglio centinela	173 (77)
Vaciamiento axilar	32 (14)
Sin indicación	10 (4,5)

Polifarmacia	
No toma medicación	29 (13)
< 3 medicamentos	117 (52)
≥ 3 medicamentos	79 (35)
Comorbilidades	
Enf. cardiovasculares	151 (67)
Diabetes	26 (11,5)
Segundas neoplasias	23 (10)
Demencia	10 (4)

Con respecto al tratamiento adyuvante de la población estudiada, observamos que el 30% recibió quimioterapia, 93% recibió radioterapia y el 100% de los tumores receptor hormonal positivo recibió hormonoterapia.

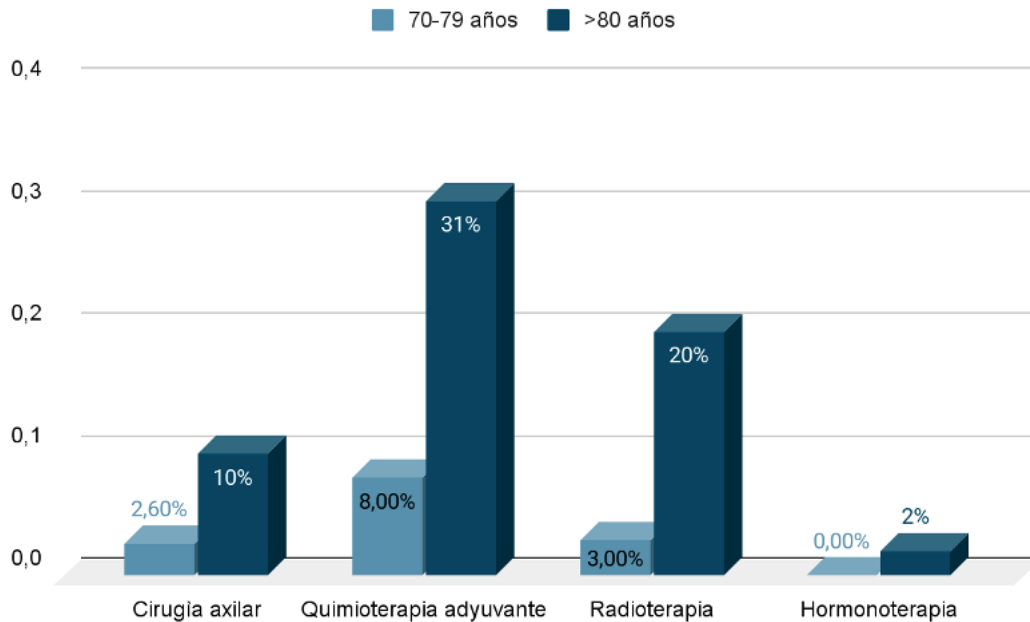
Se evaluó el desescalamiento terapéutico general, el cual se describe en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Desescalamiento terapéutico.



Al subdividir la población por subgrupos de edad, comparamos el desescalamiento terapéutico, el cual se describe en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Desescalamiento terapéutico por edades.



Se realizó un análisis univariado para establecer si existe relación entre el desescalamiento del cáncer de mama en el adulto mayor y las características clinicopatológicas (edad e inmunofenotipo tumoral) (Tablas 3, 4 y 5). Se encontró que la edad fue un factor que influyó en el desescalamiento terapéutico, presentando una relación estadísticamente significativa para la omisión de la cirugía axilar ($p=0,01768$) y la omisión de la radioterapia ($p=0,00007895$) en el grupo >80 años.

Respecto al desescalamiento de la quimioterapia adyuvante, si bien la omisión fue similar para ambos grupos por edades, el total de pacientes que cumplieron criterios para quimioterapia en el grupo >80 años fue menor, de los cuales 69,2% recibieron tratamiento y en 30,8% se omitió el mismo.

Se completó con un análisis de tipo multivariado para establecer si existe relación entre el desescalamiento terapéutico, la edad y los diferentes inmunofenotipos tumorales del cáncer de mama en el adulto mayor (Tablas 6, 7 y 8). Se encontró una relación estadísticamente significativa en el desescalamiento en tumores luminales para >80 años en la cirugía axilar ($p=0,02263$), omisión de la radioterapia ($p=0,0005249$) y a su vez, se observó que la omisión de la radioterapia adyuvante en CDIS fue significativo para este grupo ($p=0,009$).

DISCUSIÓN

Se calcula que para los próximos años alrededor de tres cuartas partes de los cánceres de mama pertenecerán al grupo etario mayor de 70 años.^{6,8,13} Una de las mayores limitantes con esta población es que se encuentra subrepresentada en los estudios clínicos aleatorizados, generando una falta de evidencia científica y protocolos específicos de manejo.^{3,19} Las recomendaciones actuales de la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA) y SIOG sugieren que las pacientes mayores de 70 años deben tratarse igual que las pacientes más jóvenes, lo cual a veces no se cumple debido al inadecuado estado de salud y complicaciones derivadas de los tratamientos.²¹ Es así que en el año 2012 se publican las recomendaciones del Choosing Wisely creada por la Junta Estadounidense de Medicina Interna, para proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia que permitan facilitar la toma de decisiones compartidas médico-paciente, con el objetivo de evitar tratamientos innecesarios y procedimientos sobreutilizados.²²

Un punto principal en el desescalamiento terapéutico es la cirugía axilar. La Sociedad Americana de Cirujanos Oncológicos recomienda no utilizar de forma rutinaria la biopsia de ganglio centinela en pacientes mayores de 70 años con cáncer de mama inicial y axila clínicamente negativa, con receptores hormonales positivos y HER2 negativo.^{23,27} Por su parte, EUSOMA y SIOG recomiendan su omisión solamente en pacientes añosas frágiles con tumores iniciales luminales A.^{21,29} Observamos que el desescalamiento quirúrgico axilar en la población estudiada fue bajo (4,5%) de acuerdo a las recomendaciones, aunque, comparando ambos grupos de edades, encontramos que fue cuatro veces mayor para el subgrupo de mayores de 80 años (2,6% vs 10%). Otros autores han publicado datos similares. Qualina Abreu y col.¹³ reportaron que la omisión axilar fue el doble para este subgrupo (25%). Louie R y col.²⁴ informaron estadísticas similares en donde la omisión representa el doble en las pacientes mayores de 80 años e incluso el cuádruple en aquellas mayores a 85 años (39%). Consideramos que esta similitud estadística en la omisión de la cirugía axilar en mayores de 80 años está dada no solo por el limitado beneficio que representa en términos de supervivencia específica sino también en la toma de decisiones terapéuticas posteriores.

La quimioterapia es uno de los pilares críticos en la adyuvancia. EUSOMA y SIOG recomiendan no utilizar la edad como factor limitante, como así también reemplazar las antraciclinas para reducir la cardiotoxicidad, no usar regímenes de dosis densas ni tratamientos mayores a tres meses y realizar cursos más cortos de terapia anti

HER2.^{21,28} Además, la recomendación de Choosing Wisely es guiar la omisión según la escala de funcionalidad ECOG.²² El desescalamiento de la quimioterapia en la población estudiada fue bajo (12,6%), siendo el 50% en tumores luminales y significativamente mayor, de hasta casi cuatro veces, en mayores de 80 años (8% vs 30,7%). Meresse M. y col.²⁵ evaluaron la adyuvancia con quimioterapia en una cohorte francesa de pacientes afeosas con cáncer de mama, con tamaño tumoral de hasta de 5 cm, receptores hormonales positivos y afectación ganglionar axilar del 47%, observando que la población entre 75 y 80 años recibió quimioterapia con una frecuencia hasta cuatro veces menor. Otros autores han publicado datos similares. Wallwiener CW y col.³⁴ reportaron que pacientes de mayor edad recibieron en menor frecuencia quimioterapia, incluso en aquellos categorizados como de riesgo intermedio y alto. La edad sigue siendo considerada un factor determinante al momento de desescalar la quimioterapia, en parte por el mayor riesgo de toxicidad el cual impacta negativamente en la calidad de vida y compromete el estado funcional y, además, por el limitado o nulo impacto en la sobrevida libre de enfermedad.^{25,30} Actualmente, las calculadoras para estimación de la toxicidad a la quimioterapia (CARG) y evaluación del riesgo de la quimioterapia (CRASH), son una herramienta de evaluación que va más allá de la edad al incluir otras variables que ayudan en la toma de decisiones.^{11,12}

La recomendación actual del Choosing Wisely para la utilización de la radioterapia en esta población es considerar tratamientos cortos,²² mientras que EUSOMA y SIOG sugieren esquemas de irradiación parcial acelerada de la mama en tumores luminales pequeños con axila negativa u omisión de la radioterapia sólo en pacientes de bajo riesgo.²¹ Cabe resaltar que el estudio CALGB 9343^{31,32} en 2004 ya mencionaba la seguridad de la omisión de la radioterapia en pacientes mayores con tumores menores a 2 cm y con receptor hormonal positivo, por el bajo riesgo de recurrencia local que presentan (3%). En la Unidad de Mastología de CEMIC se realiza de manera estándar la radioterapia hipofraccionada, lo cual se relaciona con el bajo porcentaje de desescalamiento de la radioterapia en la población estudiada, siendo de 7,5% (70,5% en carcinomas invasores luminales y 23,5% en carcinoma in situ). Es menos frecuente su omisión, ya que el hipofraccionamiento permite administrar radiación en tiempos más cortos, sin diferencias en el control local y con mejor adherencia. Cuando dividimos por grupos de edad (70-79 años y más 80 años) la omisión fue hasta siete veces más para las pacientes mayores de 80 años (3% vs 20%). Otros autores como Pijuan y col.² registran una

omisión global de 7,3% en mayores de 70 años, mientras que Qualina Abreus y col.¹³ informan porcentajes de omisión de hasta 57% en mayores de 80 años. En cambio, Haque W y col.³³ registraron hasta un 26% de omisión de la radioterapia en mayores de 80 años y/o por presentar mayor número de comorbilidades, en una población de adultas mayores con tumores triple negativos de hasta 5 cm con axila negativa, si bien se asocia a peor sobrevida global, sugiere que dicha omisión fue considerada en base a la mayor probabilidad de morir por causa diferente al cáncer de mama. Se confirma que la omisión de la radioterapia es más frecuente en mayores de 80 años y en presencia de tumores de buen pronóstico (luminales, estadios iniciales) debido al menor riesgo de recurrencia temprana y la posibilidad de terapia endocrina adyuvante.

Por último, la eficacia de la hormonoterapia es independiente de la edad. Las recomendaciones por EUSOMA y SIOG incluyen a los inhibidores de la aromatasas como estándar en pacientes afeatas, una buena adherencia como factor determinante del tratamiento y su duración dependerá de las comorbilidades existentes y al riesgo de recurrencia.²¹ En la población estudiada se registró una omisión del 0,4%, siendo únicamente en mayores de 80 años (2%). Diferente a lo publicado por Qualina Abreus y col.¹³ que informó un desescalamiento del 30,7% en mayores de 80 años. Estimamos que esta diferencia estadística puede estar relacionada con el mayor número de pacientes en este subgrupo y su mayor asociación con comorbilidades que complejizan a las pacientes. La hormonoterapia como tratamiento único en tumores hormonodependientes es razonable para pacientes con expectativa de vida reducida, no aptas para quimioterapia e incluso en aquellas no candidatas para cirugía.

Se propone la valoración geriátrica integral como una herramienta necesaria y complementaria a la consulta del mastólogo, en todo paciente mayor de 70 años antes del inicio de su tratamiento,^{12,26} permitiendo una evaluación completa que identifique factores de riesgo que pueden ser corregidos, mejorando la adherencia y respuesta al tratamiento oncológico, además de detectar al paciente frágil no apto para los tratamientos estándar.¹² Actualmente en la Unidad de Mastología de CEMIC se deriva a toda paciente mayor de 80 años o con alta carga de comorbilidades para realizar valoración geriátrica integral antes de definir la conducta terapéutica.

CONCLUSIÓN

Se observó un desescalamiento terapéutico en el tratamiento del cáncer de mama en el adulto mayor de nuestra institución. Este desescalamiento fue hasta cuatro veces mayor en el grupo de mayores de 80 años en comparación con el grupo de 70 a 79 años, siendo más evidente en la omisión de la radioterapia (20% vs 3%) y menor para la cirugía axilar (10% vs 2,6%).

REFERENCIAS

1. Tseng J, Bazan J, Minami C, Schonberg M. Not too little, not too much: optimizing more versus less locoregional treatment for older patients with breast cancer. *Am Soc Clin Oncol* 2023; 43: 1-13. ◀ ◀
2. Pijuan N, Nogueiras R, Gumi I et al. ¿Tratamos igual el cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años? *Rev Senol Patol Mamar* 2020; 33 (2): 50-56. ◀ ◀
3. Coello C, Betancourt L, Velandia C, Romero G. Cáncer de mama en ancianas, factores pronósticos y tratamiento. *Rev Venez Oncol* 2019; 31 (2): 103-113. ◀ ◀
4. International Agency for Research on Cancer. Cancer today 2022. Available at <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie> ◀
5. Aráoz N, Fattore G, Maturo C. Boletín de mortalidad por cáncer en Argentina. Instituto Nacional del Cáncer 2020. Available at <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/BOLETIN-Mortalidad-2020-Cancer.pdf> ◀
6. Camejo N, Castillo C, Hernandez A et al. Características y manejo del cáncer de mama precoz en mujeres añosas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el periodo 2011-2018. *An Facultad Med Univ Repúb Urug* 2021; 8 (2): e201. ◀ ◀
7. Prada L, Iturre B, Díaz A, Gorostiza D, Bringas M, González J. El cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años: peculiaridades en su manejo. *Seram* 2021; 1 (1): 1-19. ◀
8. Falcone D. Cáncer de mama en mujeres añosas: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Rev Ar Mastol* 2016; 35 (126): 69-92. ◀ ◀
9. Lobato JL, Moreno J, Arriba T, Ajuriagogeascoa S, López M. Características y manejo del cáncer de mama primario en pacientes octogenarias: estudio retrospectivo. *Rev esp geriatr gerontol* 2012, 47 (5): 210-213. ◀ ◀
10. Coello C, Betancourt L, Velandia C, Romero G. Cáncer de mama en ancianas, factores pronósticos y tratamiento. *Rev Venez Oncol* 2019; 31 (2): 103-113. ◀
11. Torres A, Medina M, Sotos P. Aplicaciones de la oncología geriátrica en el abordaje y manejo de los adultos mayores con cáncer. *Gac Mex Oncol* 2019; 18 (3): 232-242. ◀ ◀
12. Poh Loh K, Soto E, Hsu T et al. What every oncologist should know about geriatric assessment for older patients with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology position paper. *J Oncol Pract* 2018; 14 (2): 85-94. ◀ ◀ ◀ ◀
13. Qualina P, González S. Carcinoma de mama en pacientes mayores de 70 años, características histopatológicas y abordaje terapéutico en la República de Argentina. *Rev Ar Mastol* 2019; 38 (140): 58-81. ◀ ◀ ◀
14. Programa Argentino de Consensos de enfermedades Oncológicas. Factores pronósticos y predictivos del cáncer de mama temprano. Consenso Nacional Inter-Sociedades 2016. Available at <https://www.samas.org.ar/archivos/consfacpron.pdf> ◀
15. Burstein HJ, Curigliano G, Thürlimann B et al. Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Ann Oncol* 2021; 32 (10): 1216-1235. ◀
16. American Joint Committee on Cancer's Staging System for Breast Cancer, Eighth Edition. *Eur J Breast Health* 2021; 17 (3): 234-238. ◀
17. Gentilini D, Botteri E, Sangalli C et al. Sentinel lymph node biopsy vs no axillary surgery in patients with small breast cancer and negative results on ultrasonography of axillary lymph nodes. *JAMA Oncol* 2023; 9 (11): 1557-1564. ◀
18. Whelan TJ, Smith S, Parpia S et al. Omitting radiotherapy after breast conserving surgery in Luminal A breast cancer. *N Engl J Med* 2023; 389: 612-619. ◀
19. Strulov S, Hurria A, Muss H. Breast cancer in women older than 80 years. *ASCO* 2016; 12 (2): 123-130. ◀ ◀
20. Beracasa L, Pardo C, Sánchez J. Toxicidad relacionada con el tratamiento para el cáncer en adultos mayores, revisión de la literatura. *Univ Med Col* 2021; 62 (1): 1-18. ◀
21. Biganzoli L, Battisti NM, Wildiers A et al. Updated recommendations regarding the management of older patients with breast cancer: a joint paper from the European Society of Breast Cancer Specialists and the International Society of Geriatric Oncology. *Lancet Oncol* 2021; 22: e327-e340. ◀ ◀ ◀
22. Shah H, Surujballi J, Awan A et al. A Scoping review characterizing "Choosing Wisely" recommendations for breast cancer management. *Breast Cancer Res Treat* 2021; 185: 533-547. ◀ ◀

23. McKeivitt E, Cheifetz R, DeVries K et al. Sentinel node biopsy should not be routine in older patients with ER-Positive HER2-Negative breast cancer who are willing and able to take hormone therapy. *Ann Surg Oncol* 2021; 28 (11): 5950-5957. ◀
24. Louie R, Gaber C, Strassle P, Gallagher K, Downs-Canner S, Ollila D. Trends in surgical axillary management in early stage breast cancer in elderly women: continued over-treatment. *Ann Surg Oncol* 2020; 27 (9): 3426-3433. ◀
25. Meresse M, Bouhnik A, Bendiane M et al. Chemotherapy in old women with breast cancer: is age still a predictor for under treatment? *Breast J* 2016; 23 (3): 256-266. ◀
26. González A, Laurent M, Barnay T et al. A two-step frailty assessment strategy in older patients with solid tumors: a decision curve analysis. *J Clin Oncol* 2022. 41 (4): 826-834. ◀
27. Sun J, Mathias B, Sun W et al. Is it wise to omit sentinel node biopsy in elderly patients with breast cancer? *Ann Surg Oncol* 2021; 28 (1): 320-329. ◀
28. Tamirisa N, Lin H, Shen Y et al. Association of chemotherapy with survival in elderly patients with multiple comorbidities and estrogen receptor positive, node positive breast cancer. *JAMA Oncol* 2020; 6 (10): 1548-1554. ◀
29. Galés J, Hoskin T, Day CN, Habermann E, Goetz M, Boughey J. Predicting nodal positivity in women 70 years of age and older with hormone receptor positive breast cancer to aid incorporation of a society of surgical oncology choosing wisely guideline into clinical practice. *Ann Surg Oncol* 2017. 24 (10): 2881-2888. ◀
30. Beracasa L, Pardo C, Sánchez J. Toxicidad relacionada con el tratamiento para el cáncer en adultos mayores, revisión de la literatura. *Univ Med Col* 2021; 62 (1): 1-18. ◀
31. Squeo G, Malpass J, Meneveau M et al. Long-term impact of CALGB 9343 on radiation utilization. *J Surg Res* 2020; 256: 577-583. ◀
32. Peppercorn J, Jimenez R. Breaking up is hard to do: omission of radiation therapy for select women aged >70 years with breast cancer. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 2017; 98 (4): 918-921. ◀
33. Haque W, Verma V, Hsiao K et al. Omission of radiation therapy following breast conservation in older (≥ 70 years) women with T1-2N0 triple-negative breast cancer. *Breast J* 2019; 25 (6): 1126-1133. ◀
34. Wallwiener CW, Hartkopf AD, Grabe E et al. Adjuvant chemotherapy in elderly patients with primary breast cancer: are women >65 undertreated? *J Cancer Res Clin Oncol* 2016. 142: 1847-1853. ◀

DEBATE

Dr. Terrier: Abrimos la discusión del trabajo de la doctora Rodríguez Díaz. Mientras van pensando las preguntas, vos lo dijiste al comienzo, pero sin demasiado detalle, pero me interesa eso en lo personal, que desde el 2023 todas las pacientes de más de 70 años tienen la evaluación geriátrica.

Dra. Rodríguez Díaz: Sí, todos las pacientes mayores de 80 años se derivan, o menores de 80, con comorbilidades.

Dr. Terrier: Bien, ¿y cómo es esa evaluación? ¿Quién la hace? ¿Qué parámetros cumple? ¿Alguna guía que siga? ¿Alguna de las plataformas que hay para eso? Contanos.

Dra. Rodríguez Díaz: La valoración la hace una de las oncogeriatras del hospital y lo que se hace en la valoración en consulta es evaluar todas las otras dimensiones que se pasarían por alto en una evaluación de mastología en general. La idea es buscar entre todas las dimensiones que componen a un paciente, ver áreas de vulnerabilidad que se pueden corregir para mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir la toxicidad, y también hacen parte de la unidad dando recomendaciones frente al manejo que se va a desarrollar.

Dr. Terrier: Hay cuestionarios específicos, no los conozco a fondo, pero los conozco yo. ¿Usan alguno específico que vos recuerdas o es más personalizado?

Dra. Rodríguez Díaz: De los cuestionarios que hay está el G8 y el B13, que son cuestionarios autollevados, que lo pueden llenar el paciente o el cuidador, y ahí uno detectaría pacientes frágiles para derivar, y dentro de la valoración de oncogeriatría se utiliza el G8 para evaluar la escala de fragilidad del paciente.

Dr. Terrier: Bien, me refería a eso en particular. Las definiciones de edad, como siempre, son arbitrarias. A pesar de que todos incluyen a partir de los 70, creo que la mayoría coincidimos que la edad de 70 hoy sería para no considerar daños, salvo que ten-

gan comorbilidades. Pero bueno, es lo que se viene diciendo. Seguramente que va a ir cambiando.

Billinghurst: Te felicito. Es un trabajo interesantísimo y si bien sabemos que hay un estándar de tratamiento, que es la cirugía, la radioterapia, la quimio, la hormonoterapia, nunca mejor aplicado el tema del “tailored treatment” en estas situaciones para nuestros consultorios, en particular. Porque en realidad hay pacientes de 70 años que están en mal estado y pacientes de 80 años que están muy bien. Pero todos sabemos que lo que menos daña al paciente en todo esto es lo quirúrgico. Y las pacientes adultas, de acuerdo a cómo están clasificadas, realmente lo más nocivo de todo en esto es la quimioterapia. La hormonoterapia no es inocua y tiene sus bemoles tanto el tamoxifeno como lo otro. Me cuesta encontrar el nicho de pacientes que nosotros por ahí lo encontramos, pero el radioterapeuta no, porque todos tienen sus sesgos, como decía hoy, el que hace quimio quiere hacer quimio, el que hace radio quiere hacer radio, el que opera quiere operar. Pero ¿cuál es el nicho de pacientes que se beneficiarían, por ejemplo, de la no radioterapia? Una paciente que tiene un tumor de un centímetro, que fue infiltrante, que es luminal A, que el ganglio centinela es negativo o no te hiciste axila ¿la dejarías sin radioterapia?

Dra. Rodríguez Díaz: Está el ensayo LUMINA, que lo que incluye son las pacientes con T1, N0, que hacen cirugía conservadora y van a recibir terapia endocrina por ser lumbinales. Necesita un corte de Ki menor a 13.25 para que se pueda aplicar el protocolo.

Dr. Terrier: Y una adherencia muy estricta a la hormonoterapia, que a veces fuera de los protocolos no se ve tan así.

Dr. Billinghurst: Sí, te felicito, porque realmente esto es de la clínica diaria de todos, que uno tiene que valorar al paciente adelante y decir, no, mire, lo que le hagamos va a ser todo peor que si la dejamos sin nada.

Dra. Rodríguez Díaz: La idea es, como planteamiento, no es decirle al paciente que se le está omitiendo la posibilidad de tratamiento, sino que se está ajustando a la necesidad de cada paciente.

Dr. Terrier: Es más un juego de palabras que otra cosa, pero creo que en quimioterapia no se está desescalando porque siempre tuvieron poca inclusión en esto. Por ahí estamos desescalando, o no tanto, porque comparto bastante tu opinión, en cirugía y en radioterapia se está intentando desescalar, pero en quimioterapia no han estado tanto incluidas estas pacientes, sobre todo las muy dañosas.

Dra. Fabiano: Te felicito por el trabajo, la verdad que es muy interesante. Vi que el desescalamiento en cirugía axilar fue bastante bajo. ¿Has notado en los últimos años, que por ahí no incluyeron pacientes, que después de los resultados del SAUMB y del INCEMA este porcentaje aumentó?

Dra. Rodríguez Díaz: El SAUMB es un protocolo que todavía no tenemos muy incorporado en el servi-

cio, si no que sirve como una herramienta más al momento de decidir omitir la evaluación axilar en la población añosa. Hay un subanálisis que no hizo parte de los resultados, pero sí encontramos que en el último año del estudio se encontró mayor omisión de la evaluación axilar.

Dra. Fabiano: En el caso del CEMIC, ¿están desescalando más a partir de los resultados de estos estudios?

Dra. Rodríguez Díaz: Sí, ya directamente mayores de 80 años no hacemos la evaluación axilar, casos puntuales, y 70-79 años sí discutimos cada paciente.

Dr. Terrier: Bueno, el SAUMB y el INCEMA por ahí dan más apoyo a esta, porque en realidad están siendo desde los 50 años los dos, pero dan más apoyo a esta, a la recomendación por ahí, no con tanta bibliografía, pero más antigua del "Choosing Wisely", que por ahí son trabajos anteriores. Te felicito, gracias.