

CONSENSO CÁNCER DE MAMA ESTADÍOS I Y II

ESTADÍO I

T1* NO MO

*T1 INCLUYE T1mic

ESTADÍO II

I IA

TON1M0

T1*N1M0

T2N0M0

*T1 INCLUYE T1mic

I IB

T2N1M0

T3N0M0

REUNIÓN DE CONSENSO MANEJO QUIRÚRGICO CÁNCER MAMARIO

ESTADIO I-II

Asistentes: Dr. Gerardo Hernández, Dr. Francisco Arcia, Dr. Victor Acosta, Dr. Jose R Troconis, Dr. Nino Ferri, Dr. Luis Betancourt, Dr. Gonzalo Barrios, Dr. Ricardo Paredes, Dr. Alberto Contreras, Dr. Alvaro Gómez Rodríguez, Dr. Ivan Gonzalez, Dr. Angel Emigro Rivas, Dr. Jorge Uribe, Dr. Luis Torres S, Dr. César Pacheco, Dr. Luis Vazquez, Dr. Miguel Bracho Dr. Camilo Vivas, Dr. Humberto López, Dr. Yihad Khalek.

1. DEFINIR ESTADIO I-II

La definición clínica y patológica se hará en base a la Clasificación TNM. AJCC 2003
Estadio I. T1. N0, M0. Estadio IIA: T0-T1, N1, M0 / T2, N0, M0 Estadio
IIB: t2, n1, M0 / T3, N0, M0

No se utilizarán los términos de carcinoma temprano, carcinoma precoz de la mama, cancer mínimo de la mama

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

1 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

2.1 El diagnóstico Clínico si es palpable se basa en las características del tumor y las axilas.

2.2 El diagnóstico por imágenes: mamografía de alta resolución y ecografía mamaria lineal de alta calidad. Otros estudios (como resonancia magnética, sestamibi, etc.) son opcionales, generalmente tienen indicación específica y en base a las recomendaciones del especialista en imágenes de la mama.

2.3 En los casos axilas clínicamente negativas y con indicación de ganglio centinela será útil la realización de ecografía axilar y citología por punción ecoguiada.

2. ANATOMÍA PATOLÓGICA

2.1 El estudio citológico será orientador del manejo preoperatorio pero no concluyente para tratamiento definitivo

2.2 Sugerimos realizar estudio histológico previo a la intervención quirúrgica para una adecuada planificación de la misma

2.3 Sugerimos practicar estudio inmunohistoquímico previo (receptores de estrógenos, progesterona, HER 2 neu) .Este aspecto es indispensable si la paciente va a recibir terapia primaria

2.4 Es recomendable realizar en el estadio II TATUAJE de la lesión antes de iniciar quimioterapia neoadyuvante para tener volumen y localización referencial.

3. LESIONES SUBCLÍNICAS Y CLÍNICAS.

Se sugiere realizar el diagnóstico histológico percutáneo guiado por la localización clínica, o por imágenes y/o radiolocalización cuando sea necesario.

5. ESTUDIOS DE EXTENSIÓN PREOPERATORIO (Exámenes de estadificación)

- Laboratorio. (pruebas funcionales hepáticas)
- Rx del tórax.
- Eco abdominal y pélvico.
- Gammagrama óseo (Fosfatasa alcalina elevada y/o manifestaciones clínicas óseas)

6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LOCAL:

T₁N₀M₀. Subclínico:

- Resección radioquirúrgica usando el método que maneje el equipo quirúrgico.
- Radiografía de la pieza operatoria para verificar la lesión.
- Orientación y marcaje adecuado de la pieza operatoria en común acuerdo entre el cirujano y el patólogo.
- La pieza quirúrgica debe llegar intacta al patólogo. No ser cortada en quirófano.
- Evaluación intraoperatoria de márgenes según criterio y experiencia del patólogo.
- Se sugiere obtener márgenes de no menos de 1 cm.
- Cuando se requieran, los márgenes adicionales deben ir orientados y marcados.
- Colocar clips para posterior identificación radiológica del lecho quirúrgico

Manejo de la axila:

- La técnica de elección será el ganglio centinela de no existir contraindicaciones.
- Si no hay experiencia la disección axilar está indicada, recomendándose practicar disección de los Niveles I -II.
- La conducta en micrometastasis es controversial, se recomienda practicar disección axilar, si el diagnóstico es realizado por IHQ no hay consenso para realizar la disección axilar

En los casos de T₁N₀M₀ multicentrico se sugiere Mastectomía total glandular con ganglio centinela y/o disección axilar recomendándose reconstrucción inmediata ó diferida.

T₁NoMo Clínico

- Tratamiento preservador de acuerdo a la relación mama -tumor
- Manejo de la pieza operatoria igual al punto anterior.
- Identificación del ganglio centinela igual punto anterior
- Disección axilar de los Niveles I-II y de existir enfermedad macroscópica el nivel III, el cual deberá ser identificado y enviado por separado (pn3a).
- Recomendaciones en el manejo de la disección axilar: el patólogo debe informar la disección de manera rigurosa y estricta, el número de ganglios evaluados y afectados, tamaño de ganglios, invasión transcapsular a tejidos blandos, marcar los niveles particularmente el nivel III.

Estadio II

Recomendaciones quirúrgicas:

- Tratamiento Conservador con ganglio centinela (cuando esté indicado)
- Mastectomía radical modificada (si se considera indicada) con reconstrucción inmediata y/o diferida.

Estadio II A

- (1) T2 No Mo: 2– 3 cm. Igual al T1N0M0
- (2) T2 No Mo: 3 - 5 cm.
- Cuando la relación mama – tumor no permita conservar la mama:
 - (2A) Mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción inmediata con o sin conservación de piel.
 - (2B) Se considerará la terapia sistémica primaria (quimioterapia / hormonoterapia) para reducir el tumor y buscar la preservación de la mama.

Estadio II B

(1) T2N1 : (2) T3 N0

- Tratamiento preservador si lo permite la relación mama – tumor + disección axilar de los Niveles I-II
- Mastectomía radical modificada con ó sin reconstrucción inmediata.
- Considerar tratamiento sistémico (quimioterapia , hormonoterapia) primaria para de acuerdo a la respuesta decidir posteriormente la modalidad quirúrgica

7. SEGUIMIENTO RECOMENDACIONES

- Evaluación clínica periódica cada 4 meses en los primeros 2 años, cada 6 meses hasta los 5 años.
- Después de los 5 años de seguimiento control anual con mamografía, radiología del tórax y pruebas hepáticas.
- En tratamiento conservador realizar mamografía y ecosonografía mamaria complementaria a los 6 meses de terminar la RT, continuándose una vez al año.
- Rx del tórax y eco abdominal anual.
- Gammagra ma óseo (opcional) expresamente en pacientes con síntomas y/o elevación de fosfatasa alcalina.
- En pacientes postmenopáusicas en tratamiento adyuvante sistémico con hormonoterapia ecosonograma transvaginal antes del inicio del tratamiento y luego anual.
- Los marcadores tumorales no tienen actualmente indicación en el seguimiento
- En los casos de reconstrucción mamaria se sugiere radiografía del colgajo.
- Realizar en pacientes post menopausicas que vayan a iniciar inhibidores de la aromataasa Densitometría ósea previa y control.

8. MANEJO DE LAS RECIDIVAS EN TRATAMIENTO CONSERVADOR:

1. Mastectomía.
2. Considerar la posibilidad de completar la mastectomía total con reconstrucción inmediata.
3. En casos muy seleccionados reescisión si lo permite la relación mama - tumor, el resultado estético y no ha recibido radioterapia previamente.
4. Se realizará ganglio centinela cuando haya sido inicialmente negativo.

9. APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS ESTADIOS I-II

- Las consideraciones reconstructivas estarán determinadas por el tamaño y localización del tumor, relación de volumen tumoral con el tamaño de la mama, focos múltiples de tumor y pacientes de alto riesgo.
- La conservación de la piel debe ser utilizada en forma rutinaria.
- La conservación del complejo areola-pezón podría realizarse en casos seleccionados, siendo más frecuente la conservación de la areola , teniendo respaldo de patología intraoperatoria, sobre todo en los casos de conservación del pezón , para obtener los márgenes de seguridad apropiados .
- Dependiendo de la relación tamaño de la glándula vs volumen tumoral los procedimientos plásticos a seguir irían desde la movilización de colgajos glandulares para reconstruir el defecto operatorio hasta practicar una mastectomía glandular.
- En todos los casos debemos evitar los implantes mamarios en éste momento del tratamiento por la alta incidencia de complicaciones luego de la aplicación de la radioterapia.
- El uso de implantes mamarios sólo está indicado en los casos de mamas pequeñas a medianas cuando se realice una mastectomía glandular y existan márgenes seguros que a la vez permitan omitir el tratamiento con radioterapia.
- La mama contralateral debe ser tomada en cuenta desde el preoperatorio porque pueden estar indicados procedimientos de simetrización de manera inicial y simultánea con el tiempo quirúrgico oncológico.