

# RECOMENDACIONES ALATRO EN MAMA

## EL PUNTO DE VISTA DE SEOR

**SEOR**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Carlos Ferrer Albiach

Director Instituto Oncológico

Consorcio Hospitalario de Castellón (SPAIN)

5-8 de noviembre de 2017

[www.alatro2017.grupoaran.com](http://www.alatro2017.grupoaran.com)

# Oncoguía **SEGO**

## Cáncer infiltrante de Mama 2017

**SEOM**  
Sociedad Española  
de Oncología Médica

**Sociedad Española  
de Senología y Patología Mamaria**

**SEOR**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

**SEMnim**  
Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular

**SeAP-IAP** Sociedad Española  
de Anatomía Patológica

5-8 de noviembre de 2017

[www.alatro2017.grupoaran.com](http://www.alatro2017.grupoaran.com)

# TRATAMIENTO CA IN SITU

- Dosis:
  - HipoFx 40,05Gy a 2,67Gy/fracción
  - 50Gy, 2Gy/ fracción
- Boost >70 Deb 16 Gy , 20 Gy si mra
- APBI : Criterios ASTRO (2009),ESTRO

(Evidencia moderada / Recomendación fuerte: 1B)

5-8 de noviembre de 2017

[www.alatro2017.grupoaran.com](http://www.alatro2017.grupoaran.com)

**Tabla 1. Estudios prospectivos comparativos**

	<b>N.º</b>	<b>Seguimiento (años)</b>	<b>Márgenes libres</b>	<b>Boost</b>	<b>Recaídas</b>	<b>Supervivencia global</b>
NSABP B-17 – Radioterapia – No radioterapia	818	17,25	78 %	9 %	19,8 % 35 %	87 86
EORTC 10853 – Radioterapia – No radioterapia	1.010	10,5	83 %	5 %	15 % 26 %	95 95
SweDCIS – Radioterapia – No radioterapia	1.067	8,4	80 %	No recomendado	12,1 % 27,1 %	92 90
UK/ANZ DCIS – Radioterapia – No radioterapia	130	12,7	100 %	No recomendado	7,1 % 19,4 %	96,2 97,9

**Tabla 2. Boost en el carcinoma *in situ*. Estudios retrospectivos**

	N.º	Edad media (años)	Márgenes positivos	Seguimiento (meses)	Recaída local
Omlin		41*		72	
– Boost	150		7		14 %
– No boost	166		4		28 %
Julian		53		168	
– Boost	692		21		13,8 %
– No boost	877		15		14,3 %
Wong		58		46	
– Boost	79		5		0 %
– No boost	121		0,8		6 %
Monteau		53		89	
– Boost	147		50		9,3 %
– No boost	55		74		9,6 %
Wai				112	
– Boost	144	56	29		9
– No boost	338	55	12		6

Todas las pacientes tenían menos de 45 años de edad.

# ENSAYOS BOOST CA IN SITU

- **BIG 3-07** (A Randomised Phase III Study of Radiation Doses and Fractionation Schedules for Ductal Carcinoma In Situ [DCIS] of the Breast).
  - 50 Gy vs boost de 16 Gy
- **BONBIS** (OT2-06-01): A Phase III Randomized Multicentric French Study To Evaluate the Impact of a Localized 16-Gy Boost after Conservative Surgery and a 50-Gy Whole-Breast Irradiation in Breast Ductal Carcinoma In Situ

# TRATAMIENTO CONSERVADOR

- Timing  $\leq 7$  meses tras cirugía (si Qt). Si no Qt  $>15$  días y  $<2$  meses
- Dosis:
  - HipoFx 40,05Gy a 2,67Gy/fracción
  - 50Gy, 2Gy/ fracción
- Boost  $>70$  Deb, 16 Gy , 20 Gy si margen + ; 13,5 Gy (5 x 2,67 Gy); 10 Gy HDR (2 x 5 Gy HDR); sobreimpresión concomitante: 15 x 3,2 Gy
- APBI : Criterios ASTRO (2009),ESTRO

(Evidencia moderada / Recomendación fuerte: 1B)

## CONTRAINDICACIONES IRRADIACIÓN PARCIAL

Mutación BRCA

Carcinoma intraductal puro

Tratamientos neoadyuvantes

5-8 de noviembre de 2017

[www.alatro2017.grupoaran.com](http://www.alatro2017.grupoaran.com)



# RADIOTERAPIA DE LAS CADENAS GANGLIONARES: AXILA

- La RDT axilar debe ser obviada si infadenectomía axilar (niveles I y II axilares)  
Excepto
  - en los casos de enfermedad residual si existe afectación ganglionar (de acuerdo al metaanálisis EBCTCG 2014).
- Indicada si existe afectación extensa de la grasa periganglionar, no se ha realizado vaciamiento axilar o es incompleto (< 10 ganglios)
- Estudio Amaros, en pacientes > 50 años, T1, T2 y axila clínicamente negativa, la RDT de la axila puede ser una alternativa terapéutica a considerar a la linfadenectomía axilar

(Evidencia moderada / Recomendación fuerte: 1B)

# RADIOTERAPIA DE LAS CADENAS GANGLIONARES: SUPRA

- La radioterapia de las cadenas ganglionares (nivel III y supraclavicular) está indicada cuando existen:
  - $\geq 4$  ganglios axilares afectos,
  - cuando no se ha realizado vaciamiento axilar o es insuficiente.
  - Indicada si existe afectación extensa de la grasa periganglionar, no se ha realizado vaciamiento axilar o es incompleto ( $< 10$  ganglios)
- En caso de 1 a 3 ganglios, algunos autores y las guías internacionales la recomiendan siempre (Estudio MA 20 y EORTC) (107-108). Otros autores la recomiendan cuando coexisten con otros factores de riesgo:
  - edad inferior a 50 años,
  - Más de 20 % de ganglios afectos,
  - G-III e invasión vascular.

(Evidencia moderada / Recomendación fuerte: 1B)

# RADIOTERAPIA DE LAS CADENAS GANGLIONARES: M INTERNA

- Indicada cuando existe afectación de la misma confirmada
- Deberá considerarse seriamente en las pacientes con afectación ganglionar axilar y tumores centrales
- Dosis de 50Gy en 25 fracciones de 2Gy/día o de 40,05Gy en 15 fracciones de 2,67Gy/día.
  - edad inferior a 50 años,
  - Más de 20 % de ganglios afectados,
  - G-III e invasión vascular.

(Evidencia moderada / Recomendación fuerte: 1B)

# RADIOTERAPIA TRAS CIRUGIA RADICAL

- Tumores T-3, T-4 independientemente de la afectación ganglionar
- Está indicada en casos de afectación ganglionar (metaanálisis EBCTGC 2014)
- Boost solo si margen +
- En T-1,T2, p.uede considerarse en <40 años, tamaño >2 cm, presencia de invasión linfovascular, tumores de alto grado o subtipo triple negativo
- Dosis de 50Gy en 25 fracciones de 2Gy/día o de 40,05Gy
- en 15 fracciones de 2,67Gy/día.

(Evidencia alta / Recomendación débil: 2A)

**GRACIAS**

