



## O-333 - PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA TRAS TRATAMIENTO SISTÉMICO PRIMARIO EN EL CÁNCER DE MAMA

Lozano, Ana; Jimeno, Jaime; Hermana, Sandra; Sánchez, Sonia; Martínez, Paula; Caiñas, Rubén; Anderson, Edward; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

### Resumen

**Introducción:** La estimación prequirúrgica de la respuesta patológica completa después de tratamiento primario farmacológico en el cáncer de mama, puede disminuir la agresividad de la cirugía y aumentar la posibilidad de tratamiento quirúrgico conservador de las pacientes y predecir la existencia de resecciones tumorales con márgenes libres.

**Objetivos:** Valorar la relación entre la infiltración linfocitaria peritumoral y el volumen residual tumoral en las piezas de tumorectomía o mastectomía en pacientes con tratamiento farmacológico primario.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo de pacientes operadas de cáncer de mama tras tratamiento farmacológico primario en una unidad de mama desde enero de 2018 a diciembre de 2019. Se excluyeron las pacientes que no tenían RMN antes o después del tratamiento o las que se realizó el estudio biópsico inicial en otro centro. Se cuantificaron los TILs en los cilindros de las biopsias diagnósticas antes del tratamiento sistémico primario (TSP) y en las piezas quirúrgicas tras finalizar el tratamiento. También se valoró la respuesta al TSP con el sistema de Miller y Payne (MyP) y la carga tumoral residual (RCB). Se realizó RMN antes y después del TFP para valorar la respuesta radiológica completa (RRC).

**Resultados:** Durante el periodo de tiempo se indicó TSP en 105 pacientes. Se excluyeron 12 pacientes por no tener realizados RMN antes o después del tratamiento. La edad media de los pacientes fue 49 (32-68) años. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante (83%) y la distribución de los fenotipos intrínsecos fue patrón luminal A 41,9%, luminal B 29,5%, erb2 12,4%,% y triple negativo 16,2%. El ki 67 medio fue  $38,8 \pm 22$ . El TILs se observó en el 74,2% de los pacientes con un porcentaje infiltración del  $30,3 \pm 28\%$ . Tras el TSP se observó en la RMN RRC en el 68% de los pacientes y RPC (RCB = 0 y MyP = 5) en el 38%, siendo la concordancia en entre ambas pruebas para RPC del 97%. Destacó una asociación significativa de la disminución del tamaño tumoral tamaños de la lesión tras TSP con los TILs ( $R = 0,27$ ,  $p = 0,013$ ), el RCB ( $-0,47$ ,  $p 0,001$ ), las puntuaciones del My P ( $R = 0,38$ ,  $p 0,001$ ). Los TILs a su vez se asociaron con mayor proliferación tumoral (Ki 67) ( $R = 0,54$ ,  $p = 0,006$ ). Los pacientes con afectación axilar inicial tuvieron menor porcentaje de RPC (27% vs 47%,  $p = 0,026$ ). En el estudio multivariante se identificó como un factor relacionado con la ausencia de RPC a la afectación axilar ( $B: 0,32$ ;  $p = 0,012$ ) y como factores relacionados con la RPC a la presencia de TILs y el Ki67.

**Conclusiones:** La cuantificación de los TILs puede ayudar a predecir la respuesta local del tumor al tratamiento sistémico primario y seleccionar los pacientes que van a beneficiarse del mismo. La afectación

axilar iniciar parece que puede predecir una peor respuesta patológica tras el tratamiento primario. La cuantificación de los TILs puede ayudar a planificar la cirugía dada su relación con la disminución real del tamaño de la lesión tras el tratamiento.