



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

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 biopsico 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 tamaño 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.