



## P-033 - ANÁLISIS DE LA RECURRENCIA LOCORREGIONAL DE CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN CENTRO DE TERCER NIVEL

Castillo Ruiz, Gema; Pastor Peinado, Paula; Escanciano Escanciano, Manuel; Sánchez de Molina Rampérez, María Luisa; Ferreira Pontes, Cynthia Gabriela; Romero Triana, Diego Alejandro; Suárez Alonso, Mar; Osorio Silla, Irene

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La recurrencia locorregional del cáncer de mama se define como la reaparición de enfermedad en la mama ipsilateral preservada, en la pared torácica o en los ganglios regionales ipsilaterales. Este fenómeno plantea desafíos clínicos importantes, ya que puede indicar una enfermedad más agresiva, afectando al pronóstico y a las decisiones terapéuticas.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de recidivas locorregionales de cáncer de mama en nuestro centro y el perfil clínico e histopatológico de las pacientes. Como objetivo secundario, determinar la incidencia de tumores metacrónicos en mama contralateral.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en un centro de tercer nivel. Se incluyeron pacientes intervenidas quirúrgicamente entre enero de 2022 y diciembre de 2024 por recidiva locorregional de cáncer de mama o por tumor metacrónico en mama contralateral.

**Resultados:** En ese periodo de tiempo se intervinieron a un total de 604 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, de las cuales 30 pacientes (4,9%) fueron intervenidas por recurrencia locorregional y 20 (3,3%) por un segundo tumor contralateral. De estas pacientes, con una mediana de edad de 63 años y un IMC medio de 24 Kg/m<sup>2</sup>, un 80% eran posmenopáusicas. Solo 2 pacientes (4%) tuvieron un resultado genético positivo (mutación BRCA2 y ATM). El tiempo mediano de recurrencia locorregional fue de 7 años (IQR 2-11) y de tumor contralateral 8,5 años (IQR 5-15). En cuanto a la localización de las recidivas locorregionales, un 66,7% presentaron recaída en la mama ipsilateral, un 20% recaída axilar y un 13,3% en el lecho de la mastectomía previa. Cinco casos (16,7%) no recibieron el tratamiento adyuvante indicado, por negativa de la paciente o por comorbilidades. La mediana de tamaño del tumor inicial fue de 21 mm, mientras que del tumor recidivado fue de 9 mm. En lo que respecta al subtipo del tumor inicial: un 40% se clasificaron como Luminal A, seguido de un 16,7% luminal B-HER2 negativo, un 16,7% triple negativo, un 6,7% HER2 positivo y un 3,3% luminal B-HER2 positivo. Un 20% fueron carcinomas ductales *in situ*. Un 45,95% de las recidivas mantuvieron el mismo subtipo de tumor que el inicial, mientras que un 54,05% presentaron un cambio de subtipo ( $p = 0,01$ ). El subtipo luminal A cambió con más frecuencia en la recidiva, en comparación con otros subtipos ( $p = 0,037$ ). El índice de proliferación Ki67 del tumor recidivado mostró una mediana mayor respecto al del tumor inicial (26 vs. 22) ( $p = 0,02$ ). De los

carcinomas *in situ* iniciales, solo un 33,3% recidivaron también como carcinomas *in situ* (2/6) mientras que un 66,7% recidivaron como infiltrantes (4/6).

**Conclusiones:** La tasa de recurrencia locorregional registrada fue del 4,9%, en una mediana de 7 años, similar a lo descrito en la literatura. Las recurrencias locorregionales tienden a presentar un índice de proliferación Ki67 mayor que el tumor primario, de forma estadísticamente significativa. Más de la mitad de los casos presentaron un cambio de subtipo de tumor en la recidiva. A diferencia de lo descrito en la literatura, la mayoría de los carcinomas ductales *in situ* recidivaron como infiltrantes.