



EDITORIAL

El radiólogo como gestor de la información en la toma de decisiones en la paciente con cáncer de mama. Problemas y soluciones



Radiologists as information managers in decision-making in patients with breast cancer. Problems and solutions

Es una realidad la creciente complejidad que conlleva el manejo de la paciente con cáncer de mama en aras de una obligada individualización del tratamiento, que, sin duda, redundará en el mejor pronóstico de dichas pacientes. En gran medida, esta individualización está basada en la información obtenida de las distintas pruebas de imagen al servicio del diagnóstico del cáncer de mama. A la mamografía y la ecografía, además de la información cito/histológica obtenida de las distintas técnicas intervencionistas, se ha sumado la resonancia magnética (RM) como técnica funcional además de morfológica, altamente sensible, aunque poco específica. Las ventajas de esta técnica están claramente reconocidas y aceptadas para algunos supuestos clínicos, pero sigue siendo motivo de debate su utilidad para la estadificación de pacientes con cáncer de mama confirmado, previa a la toma de decisiones terapéuticas, a pesar de estar claramente demostrada la mayor correlación con el parámetro T patológico de dicha técnica frente a la mamografía y la ecografía. El problema parece radicar en su capacidad de detectar lesiones adicionales de sospecha tumoral no identificadas en el resto de las técnicas.

Las preguntas son: ¿cree necesario tratar un cáncer de mama de 1,2 cm, ductal infiltrante, grado III, Ki67 40%, luminal B? y ¿le parece útil esta información para el correcto manejo de una paciente con cáncer de mama?

La RM de mama detecta cáncer multifocal/multicéntrico no identificado con otras técnicas en un 6-34% de los casos, siendo el 76% de estos hallazgos adicionales cánceres invasivos, el 25% de ellos mayores de 1 cm, el 23% con mayor agresividad que el tumor guía y en el 5% de

los casos biológicamente más importante¹. Por otro lado, sabemos que el cáncer de mama multifocal/multicéntrico es un cáncer biológicamente más agresivo, con mayor recaída locorregional y mayor número de metástasis a distancia, con mayor probabilidad de asociar ganglios metastásicos y con peor pronóstico que la enfermedad unifocal, independientemente del tipo de cirugía². Así que la controversia sobre la utilidad de la RM en estadificación en cáncer de mama no parece encontrar su justificación en la no trascendencia de la enfermedad adicional detectada.

Otra cuestión diferente es el hecho de que la detección de patología de sospecha tumoral adicional al tumor principal conlleva su correcta caracterización (comprobación histológica), y una vez confirmada, el consiguiente cambio en el manejo de la paciente. Y aquí es donde encuentra su verdadero obstáculo la RM de estadificación, sobre la premisa de que dicha prueba redundará en una mayor tasa de mastectomías, se supone que innecesarias, afirmación, por otra parte, no demostrada en los resultados preliminares del MIPA³, estudio multicéntrico europeo diseñado a tal fin.

Solo hay 2 motivos para considerar dicha cirugía innecesaria: la lesión adicional detectada sobre la que se ha tomado la decisión de ampliar cirugía no era un cáncer o, siendo un cáncer, ha generado más cirugía de la necesaria.

La primera premisa es responsabilidad del radiólogo y ha dejado de ser un problema: cualquier lesión adicional de sospecha tumoral en una paciente con cáncer de mama que cambie su manejo inicial, detectada por RM, es susceptible de ser estudiada histológicamente. La biopsia guiada por RM es la opción lógica y más segura, pero no siempre está disponible y sobre ella en general se tiene poca experiencia. Sin embargo, técnicas como la ecografía de reevaluación orientada y guiada por la RM consiguen detectar la lesión adicional en un 22,6 a un 82,1% de los casos,

DOI of original article: <https://doi.org/10.1016/j.senol.2019.09.003>

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2019.11.001>

0214-1582/© 2019 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

dependiendo de la experiencia del radiólogo, sirviendo de guía para la biopsia y correlación con la lesión adicional vista en la RM. Sebastián Tomás et al., en su trabajo «Repercusión en el manejo quirúrgico de la ecografía de reevaluación para caracterización de lesiones detectadas en resonancia magnética» que aparece en el presente número de REVISTA DE SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA⁴, detectan el 72,3% de dichas lesiones mediante ecografía, con un impacto en el cambio de indicación quirúrgica del 13,6%. Este procedimiento es rápido y asequible, siendo una técnica conocida y controlada por los radiólogos dedicados a la radiología mamaria. Existen incluso sistemas de navegación ecográficos que permiten correlacionar con exactitud la lesión vista en la RM con la lesión identificada en la ecografía. En definitiva, el problema creado por el radiólogo al implementar la RM en la estadificación del cáncer de mama (lesión adicional en la RM, ¿y ahora qué?) es solventado por el propio radiólogo, aportando toda la información necesaria a los compañeros clínicos para evitar el infratratamiento de una enfermedad clínicamente relevante.

Así que el único motivo para que esta información siga generando una mastectomía innecesaria probablemente radique en la inercia de someter a dicha cirugía a pacientes con cualquier multifocalidad/multicentricidad (por desconfianza o inseguridad en el manejo conservador). Hoy sabemos que la cirugía conservadora es una alternativa razonable para el manejo de tumores de mama multifocales o multicéntricos⁵, siempre que toda la enfermedad sea adecuadamente marcada prequirúrgicamente por el radiólogo (otra vez protagonista en conducir el caso a buen puerto), correctamente identificada por el patólogo (de nuevo la importancia del marcaje) y con resultado estético aceptable (nuevas oportunidades quirúrgicas).

Hemos recorrido un largo camino para mejorar el pronóstico de nuestras pacientes individualizando el tratamiento, lo que sin duda exige mucha información radiológica en cada caso particular. Esta necesidad de información ha empoderado al radiólogo, que sin duda ha entendido y aceptado el reto y ha asumido la responsabilidad de la gestión integral de dicha información (quien tiene la información, tiene el poder, pero también la responsabilidad), convirtiéndose en un aliado imprescindible para evitar el infratratamiento de la paciente con cáncer de mama sin mayor morbilidad. Y sin olvidar, además, la trascendencia que dicha RM de estadificación podría tener en la desescalada del tratamiento radioterápico, tal como se intenta mostrar en el estudio

PROSPECT australiano⁶, cuyos resultados preliminares serán presentados en breve en San Antonio Breast Cancer Symposium (SABC).

En un marco adecuado de manejo multidisciplinar de pacientes con cáncer de mama, con radiólogos formados y comprometidos, conocedores de su responsabilidad en la gestión de la información de la RM preoperatoria, en continuo diálogo con cirujanos, oncólogos y patólogos, cabe preguntarse si la RM preoperatoria en el cáncer de mama es realmente un problema o una oportunidad y si negaría a su paciente el beneficio de dicha información.

Exigencia radiológica, sí; beneficio para la paciente, incuestionable.

Bibliografía

1. Iacconi C, Galman L, Zheng J, Sacchini V, Sutton EJ, Dershaw D, et al. Multicentric cancer detected at breast MR imaging and not at mammography: Important or not? *Radiology*. 2016;279:378–84.
2. Neri A, Marrelli D, Megha T, Bettarini F, Tacchini D, de Franco L, et al. Clinical significance of multifocal and multicentric breast cancers and choice of surgical treatment: A retrospective study on a series of 1158 cases. *BMC Surg*. 2015;15:1.
3. Group MS. The impact of breast MRI on surgical planning and reoperation rate: First results from the MIPA study. *ECR*, September 2016.
4. Sebastián Tomás JC, Martínez García R, Estellés Vidagany N, Blanc García E, Martínez López E, Medina García R, et al. Repercusión en el manejo quirúrgico de la ecografía de reevaluación para caracterización de lesiones detectadas en resonancia magnética. *Rev Senol Patol Mamar*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2019.09.003>.
5. Houvenaeghel G, Tallet A, Jalaguier-Coudray A, Cohen M, Bannier M, Jauffret-Fara C, et al. Is breast conservative surgery a reasonable option in multifocal or multicentric tumors? *World J Clin Oncol*. 2016;7:234–42.
6. ANZ1002 PROSPECT - A single arm phase II study using magnetic resonance imaging (MRI) to select patients with early breast cancer for omission of post-operative radiotherapy. - PROSPECT (Post-operative Radiotherapy Omission in Selected Patients with Early breast Cancer Trial).

María Martínez Gálvez
Servicio de Radiodiagnóstico, UMAMA Hospital Morales
Meseguer, Murcia, España
E-mail address: martinezgalvez@gmail.com