IRRADIACIÓN PARCIAL DE MAMA CON BRAQUITERAPIA PERIOPERATORIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

FUNDACIÓN INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA

María Isabel Tortajada*, Juan Felipe Castilla*, José Luis Guinot*, Ana Bayón+, Francisco Gozalbo**, Miguel Angel Santos*, Maria Caballero+, Julia Giménez+.

Servicio de Oncología Radioterápica - Servicio de Cirugía - Servicio de Anatomía Patológica

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. (IVO). Valencia.

INTRODUCCIÓN

En España el cáncer de mama tiene una incidencia de >25000 casos, la mayoría en estadios iniciales. El tratamiento estándar es la tumorectomía mas radioterapia adyuvante de toda la mama (RTM). Actualmente, la irradiación parcial de mama (IPM) con braquiterapia (BT) se considera una alternativa eficaz en pacientes de bajo riesgo. El implante intersticial de tubos plásticos se puede realizar de forma perioperatoria durante la tumorectomía. Sin embargo, esta técnica no se realiza habitualmente por falta de personal entrenado y mayor riesgo de complicaciones asociadas.
Revisamos nuestra experiencia para proponer el uso de la BT perioperatoria como una alternativa segura, que puede abreviar el tiempo total de tratamiento, evitando segundas intervenciones. Esta técnica requiere de un equipo multidisciplinar donde la comunicación entre el cirujano y el oncologo radioterapico es fundamental (imagen 1).

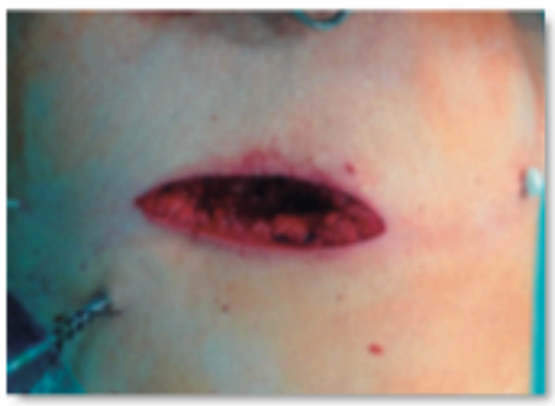
MATERIALES Y MÉTODOS

Analizamos retrospectivamente las pacientes con cáncer de mama precoz tratadas con IPM entre 2012 y 2016, con técnica multicatéter, comparando los casos realizados tras cirugía conservadora (postoperatorias) con las realizadas durante la cirugía (perioperatorias). Se prescribieron 7-8 sesiones de BT de alta tasa de dosis dos veces por día. En el grupo perioperatorio, si la anatomía patológica (AP) tenía factores de riesgo se redujo a 3-4 sesiones y se programó RTM 2-3 semanas después.

RESULTADOS

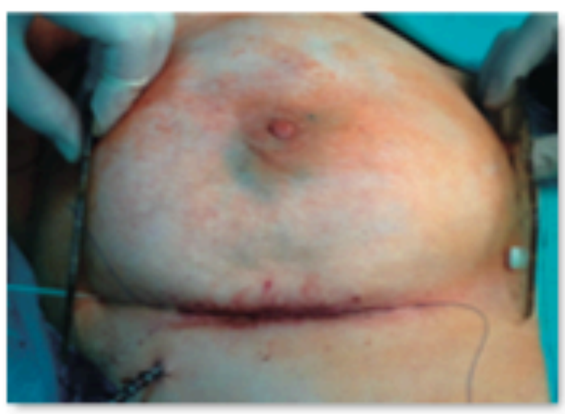
Identificamos 83 pacientes, 38(45,8%) con BT postoperatoria y 45(54,2%) con BT perioperatoria, edad mediana 71 años. En el grupo postoperatorio 30(79%) recibieron 8x4Gy y 8(21%) recibieron 7x 4,3Gy. En las perioperatorias 30(66.7%) recibieron 8 x 4Gy, 5(11%) 7 x 4,3Gy y 9 (20%) solo 3-4 fracciones + RTE . Once (24,5%) presentaron factores de riesgo en la AP (5 ILV+, 3 CIE+, 3 borde afecto). Un caso con bordes afectos se trató con mastectomía. En un caso perioperatorio se retiró el implante por sangrado. No se refirieron complicaciones infecciosas, dermitis, fibrosis, ni ni recaidas locales en el seguimiento a corto plazo. En los últimos 3 años hemos incrementado el número de tratamientos con la técnica perioperatoria. Con este método el tiempo total de tratamiento se reduce a nueve días desde la cirugia, con una buena tolerancia y mejor calidad de vida para el paciente (imagen 2).

Implante perioperatorio surco submamario (Imagen 1)



Cavidad abierta y puesta de tubo guía.

↓



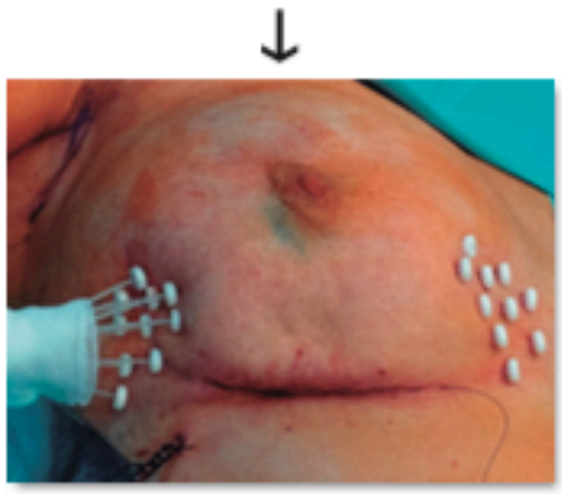
Cierre de herida quirúrgica

↓



Se procede al implante mediante inserción de agujas

↓

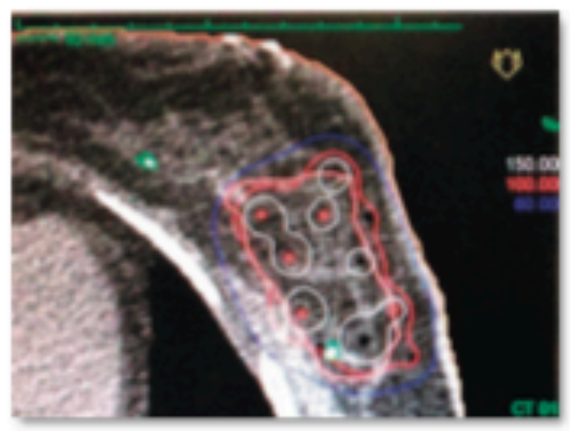


Remplazo de agujas por tubos plasticos

Implante perioperatorio y resultados (Imagen 2)



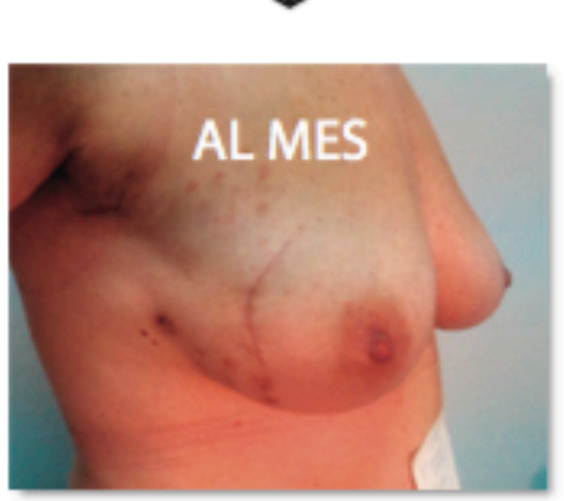
↓



↓



↓



CONCLUSIÓN

La IPM con BT perioperatoria presenta como ventaja una mayor precisión debido a la intervención conjunta con el cirujano, permite abreviar el tiempo de tratamiento y evitar una segunda intervención. En nuestra experiencia es una técnica segura y eficaz, con un bajo porcentaje de pacientes que requieren tratamiento complementario.