



Área de formación virtual SEOM

Cáncer de mama: Enfermedad precoz

*Dr. / Dra. Fernando M. Henao Carrasco
Hospital Virgen Macarena. Sevilla*

Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up[†]



S. Loibl, F. André, T. Bachelot, C.H. Barrios, J. Bergh, H.J. Burstein, L.M.J. Cardoso, L.A. Carey, S. Dawood, L. Del Mastro, C. Denkert, E.M. Fallenberg, P.A. Francis, H. Gamal-Eldin, K. Gelmon, C.E. Geyer, M. Gnant, V. Guarneri, S. Gupta, S.B. Kim, D. Krug, M. Martin, I. Meattini, M. Morrow, W. Janni, S. Paluch-Shimon, A. Partridge, P. Poortmans, L. Pusztai, M.M. Regan, J. Sparano, T. Spanic, S. Swain, S. Tjulandin, M. Toi, D. Trapani, A. Tutt, B. Xu, G. Curigliano, N. Harbeck, on behalf of the ESMO Guidelines Committee

PII: S0923-7534(23)05104-9

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.11.016>

Reference: ANNONC 1415

To appear in: *Annals of Oncology*

Received Date: 1 September 2023

Clinical and Translational Oncology (2023) 25:2647–2664

<https://doi.org/10.1007/s12094-023-03215-4>

CLINICAL GUIDES IN ONCOLOGY



SEOM-GEICAM-SOLTI clinical guidelines for early-stage breast cancer (2022)

Francisco Ayala de la Peña¹ · Silvia Antolín Novoa² · Joaquín Gavilá Gregori³ · Lucía González Cortijo⁴ · Fernando Henao Carrasco⁵ · María Teresa Martínez Martínez⁶ · Cristina Morales Estévez⁷ · Agostina Stradella⁸ · María Jesús Vidal Losada⁹ · Eva Ciruelos¹⁰

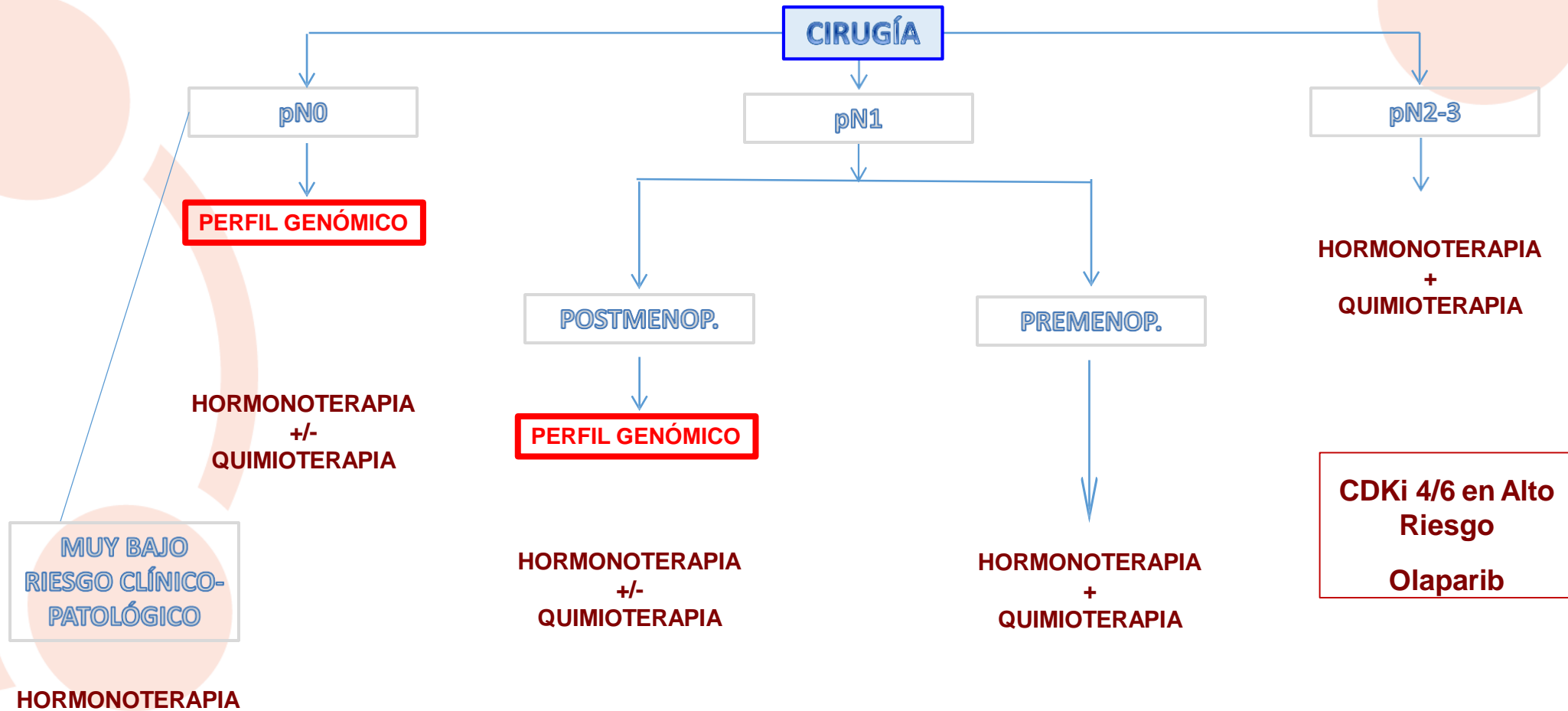
Received: 4 May 2023 / Accepted: 5 May 2023 / Published online: 16 June 2023

© The Author(s) 2023, corrected publication 2023

Claves Tratamiento locorregional

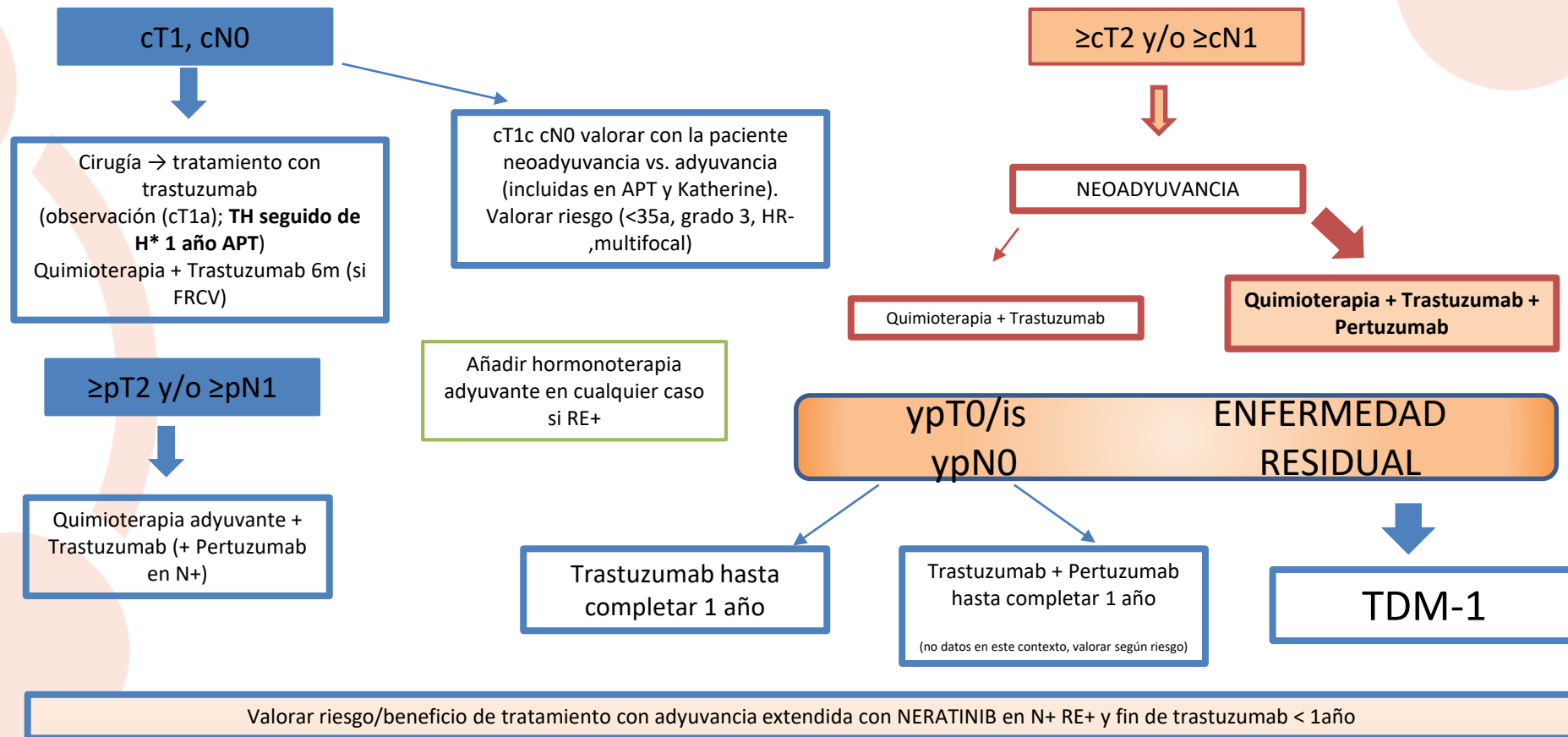
- Cirugía conservadora + RT adyuvante es el tratamiento óptimo para la mayoría de pacientes
- Si mastectomía: ofrecer reconstrucción salvo en inflamatorio y otros tumores de riesgo
- BSGC es la cía estándar de la axila en todas las pacientes cN0
- En ausencia de tratamiento, las pacientes con N1mi y aquellas con baja carga en BSGC (1-2 ganglios +) en cN0, no necesitarían linfadenectomía adyuvante si reciben radioterapia axilar y tratamiento adyuvante sistémico.
- La linfadenectomía axilar con BSGC+ se recomienda solamente en casos en los que se espera más enfermedad axilar o impacto en posibles decisiones terapéuticas en el contexto adyuvante
- Radioterapia completa de la mama adyuvante se debe considerar tras tratamiento conservador en mama. Los esquemas recomendados son hipofraccionados (15/16 fx de ≤ 3 Gy) y ultrahipofraccionados (26 Gy en 5 días)
- La irradiación parcial puede ser una alternativa en casos de bajo riesgo de recurrencia
- Siempre dar radioterapia en: Margen +, ≥ 4 ganglios +, T3-T4
- Considerar radioterapia en pacientes de riesgo intermedio (edad, invasión LV, 1-3 ganglios)
- Radioterapia sobre áreas ganglionares recomendada en pacientes con N+

Adyuvancia en Luminal



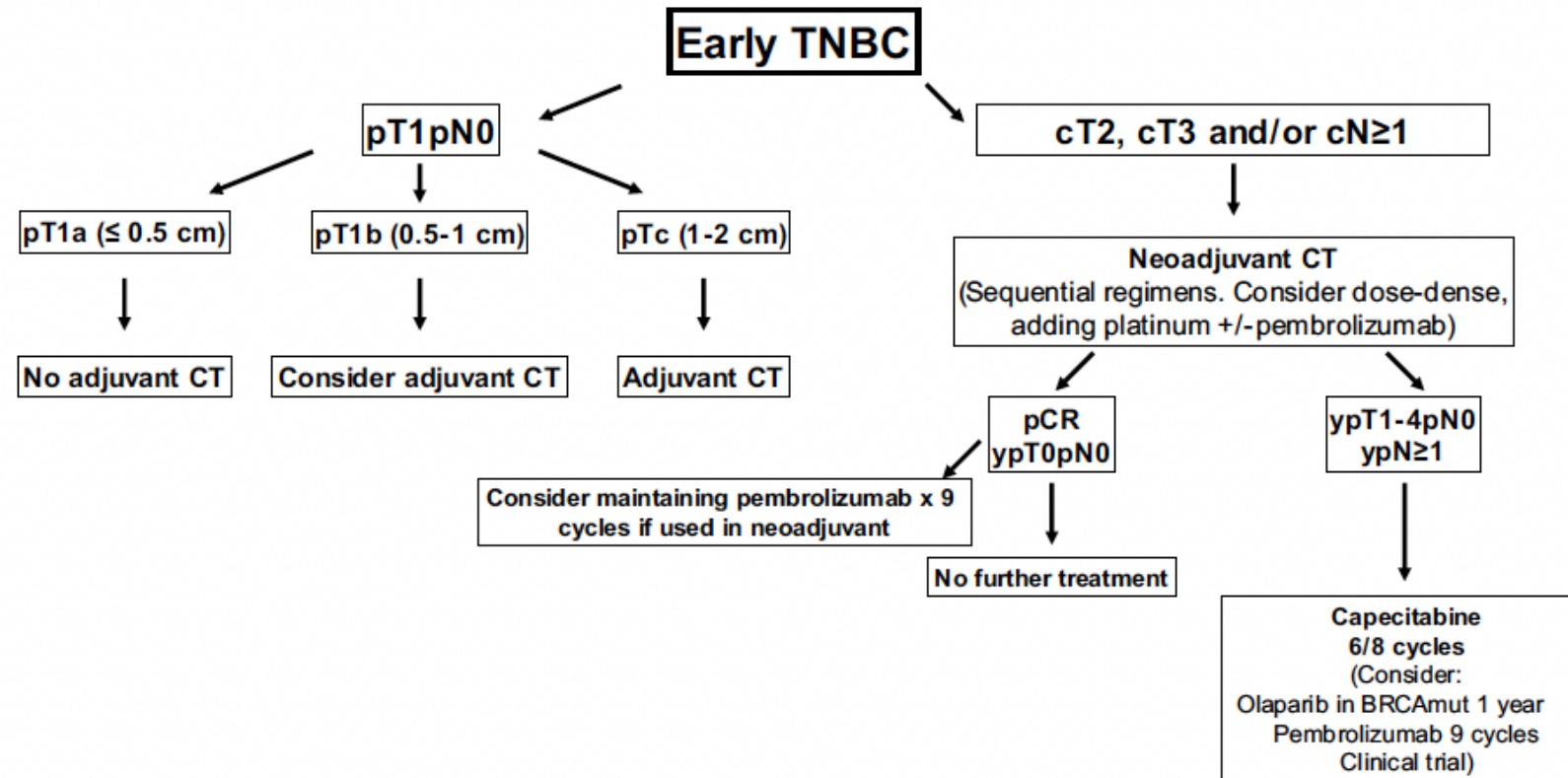
Claves Tratamiento Luminal (HER2-)

- Todos los tumores luminales deben ser tratados con terapia endocrina
- La mayoría de tumores Luminal A no requieren QT exceptos aquellos con alta carga tumoral
- En caso de dudas para administración de tratamiento QT adyuvante se pueden realizar plataformas genómicas para valorar adyuvancia.
- Luminal B en caso de tumores de riesgo se considera quimioterapia (N2, premenopáusica N1, localmente avanzado), en el resto considerar plataforma para toma de decisiones.
- HT adyuvante: Premenopáusica Tamoxifeno o, si alto riesgo, supresión ovárica con IA o TMX
- Postmenopáusicas: IA o TMX-IA (TMX solo en tumores de bajo riesgo o si IA no son tolerados)
- Abemaciclib durante 2 años + terapia endocrina debe considerarse en pacientes con estadio III o pacientes de alto riesgo estadio II
- Aumentar terapia endocrina a más de 5 años se puede considerar en pacientes de alto riesgo. Parece que 7-8 años de tratamiento pueden ser suficientes
- Olaparib durante 1 año para pacientes con BRCA1/2g+ con enfermedad ganglionar N2 si cía primaria o alto riesgo y enfermedad residual tras neoadyuvancia.



Claves Tratamiento HER2+

- Realizar tratamiento antiHER2 durante 12 meses con controles regulares de ecocardiografía, siempre combinado con quimioterapia (en contexto neo o adyuvante)
- Para pacientes a partir de estadios IIA el tratamiento será neoadyuvancia con quimioterapia con antiHER2 preferiblemente trastuzumab + pertuzumab debido a que consigue mayores tasas de respuesta patológica completa.
- Como regímenes de quimioterapia más empleados: antraciclinas-taxanos o taxanos carboplatino.
- Pacientes con enfermedad invasiva residual tras neoadyuvancia deben recibir tratamiento con TDM1 hasta alcanzar 14 ciclos. (Katherine)
- Para pacientes con estadio I se puede realizar tratamiento quirúrgico de entrada y posteriormente tratamiento adyuvante con Paclitaxel x 12 + Trastuzumab. (APT trial)
- En enfermedad ganglionar + puede considerarse el empleo de pertuzumab en combinación independientemente del estado de receptores hormonales (Aphinity)
- Pacientes con RH+ de alto riesgo deben ser consideradas para adyuvancia extendida con neratinib (en combinación con terapia endocrina) durante 1 año tras finalizar la adyuvancia basada en trastuzumab



Claves Tratamiento triple negativo.

- Los tumores con RE y/o RP entre 1-9% son un grupo heterogéneo que pueden ser similares a los pacientes TN.
- Los tumores TN deben ser tratados con quimioterapia +/- Inmunoterapia (pembro) excepto para algunos subtipos histológicos N0 como el adenoide quístico o aquellos de muy bajo riesgo (pT1aN0)
- Quimioterapia de 12 a 24 semanas (4-8 ciclos) en función de la estadificación de la enfermedad y el régimen de tratamiento elegido.
- Debe considerarse en el contexto neoadyuvante las dosis densas con soporte de factor estimulantes
- En general la neoadyuvancia es estándar
- cT2-4N0 o cualquier T con N1 deben ser tratados con quimioterapia neoadyuvante + pembrolizumab al menos que haya factores de riesgo para toxicidad inmunorelacionada
- Pembro debe ser administrado cada 3 semanas durante la neoadyuvancia y x 9 ciclos en adyuvancia independientemente de la respuesta obtenida.
- No debe emplearse inmunoterapia adyuvante sin haber recibido inmunoterapia en neoadyuvancia.
- En pacientes con BRCAg+ y tumores de alto riesgo (no RPC o estadios II-III) debe administrarse un año de olaparib

Pacientes con enfermedad residual que no recibieron inmunoterapia deben realizar tratamiento adyuvante con Capecitabina de 6 a 8 ciclos.



**Muchas gracias
por vuestra atención**