

SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE CON CARCINOMA DUCTAL *IN SITU*

INTRODUCCIÓN

Aun cuando el tratamiento del CDIS puede prevenir la progresión a cáncer invasivo y el CDIS tratado tiene una tasa de supervivencia a 10 años del 96 % -98%, la recurrencia después del tratamiento inicial puede presentarse, aunque la incidencia de recurrencia local sea relativamente baja ⁽¹⁾. Por supuesto que las pacientes tratadas con mastectomía total tienen tasas más bajas de recurrencia que las tratadas con cirugía preservadora ⁽²⁾. Asimismo, aquellas con antecedente personal de CDIS independientemente del tratamiento, tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer en la mama contralateral. Por lo que el seguimiento y vigilancia después del tratamiento son esenciales ⁽¹⁾.

OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO

En la paciente posterior al diagnóstico de CDIS, los objetivos se pueden resumir en ^(3,4):

- Detectar recidivas locales tempranas o cáncer de mama homo y contralateral.
- Evaluar y tratar complicaciones relacionadas con el tratamiento quirúrgico, el radiante y la terapia endocrina (como síntomas vasomotores, osteo-articulares y osteoporosis).
- Proporcionar apoyo psicológico e información que permitan una vida normal después del cáncer de mama.

- Promover la adherencia a la terapia endocrina y a un estilo de vida saludable.

Diversos estudios demuestran los beneficios en la supervivencia de las pacientes que realizan ejercicio físico ⁽⁵⁾ o con la pérdida de peso ⁽⁶⁾; mientras que la ingesta de alcohol se ha relacionado con una menor supervivencia ⁽⁷⁻⁹⁾. Es importante determinar las necesidades de soporte psicológico, así como de la rehabilitación y reinserción socio laboral posterior.

Dado que en el tratamiento del cáncer de mama *in situ* interviene un equipo multidisciplinario, una vez que la paciente haya finalizado la etapa terapéutica es crucial coordinar el papel de los especialistas, llegar a un grado de acuerdo y no duplicar u omitir actos que se considera adecuado realizar.

Se puede hablar de una etapa de seguimiento más intenso, y una segunda etapa de seguimiento más laxo. La primera corresponde a los primeros cinco años después del tratamiento, porque la mayor parte de las recaídas se producen en este período. Se recomienda en estos primeros años hacer evaluaciones cada 6 meses. Durante la segunda etapa, de 5 años en adelante, se recomienda un control anual sin límite de edad.

Aunque no hay directrices estandarizadas con relación a la periodicidad de las consultas de seguimiento, las guías *NCCN* ⁽¹⁰⁾ sugieren

que las visitas deben hacerse cada 6 o 12 meses durante los primeros 5 años, y luego anual. El seguimiento de la paciente con CDIS debe ser igual al de aquellas con lesiones invasivas de riesgo bajo: historia clínica y exploración física cada 6-12 meses, mamografía a los seis meses luego de haber culminado la radioterapia, mamografía bilateral en caso de pacientes con cirugía preservadora o mamografía unilateral después de una mastectomía.

El seguimiento lo realiza generalmente tanto el cirujano oncólogo como el cirujano mastólogo. El oncólogo médico y el radioterapeuta siguen a estas pacientes si reciben tratamiento endocrino o la radioterapia fue parte del tratamiento inicial.

Recomendaciones propuestas para el seguimiento de las pacientes con carcinoma ductal *in situ* ⁽¹¹⁻¹³⁾:

1. Autoexamen de la pared torácica (mastectomía total) o autoexamen mamario bilateral, incluyendo axilas, mensualmente.
2. La historia y el examen físico se recomiendan cada 6 meses los primeros 5 años; luego anual.
3. En las pacientes con antecedente de tratamiento preservador el protocolo recomendado se describe más adelante.
4. En pacientes asintomáticos no se recomienda realizar: pruebas de laboratorio o por imágenes (hematología o química sanguínea, marcador tumoral como CA15-3 o CEA, radiografía de tórax, gammagrafía ósea, examen ecográfico del hígado, tomografía computarizada, FDG-PET-CT). Sin embargo, los análisis de sangre pueden estar indicados en pacientes bajo terapia endocrina debido a los posibles efectos secundarios (perfil lipídico, hepático, etc.). Para las pacientes posmenopáusicas que tienen indicación de SERMS (tamoxifeno) se sugiere examen ginecológico anual. Previo al tratamiento realizar ultrasonido vaginal, una vez iniciado el mismo debe indicársele ecosonograma pélvico anual.
5. Pacientes posmenopáusicas que tienen

indicación de inhibidores de aromatasa realizar densitometría ósea anual por la posibilidad de descalcificación secundaria al tratamiento.

6. Insistir y motivar para el cumplimiento de un estilo de vida adecuado que incluye una dieta saludable con predominio de vegetales y frutas, con pérdida de peso si es necesario, y actividad física regular y vigorosa, como caminar a paso rápido o en cuesta.
7. En caso de ameritarlo, deberán acudir a servicios de rehabilitación especializados, prevención o corrección de defectos posturales resultantes de la mastectomía, además de terapias psicológicas relacionadas con el trabajo, la familia y la sexualidad.

SEGUIMIENTO IMAGENOLÓGICO DE LA PACIENTE OPERADA ^(12,14,15)

Detección precoz de un nuevo cáncer y/o identificación de secuelas del tratamiento

En esta etapa el trabajo y clara comunicación entre los miembros de las distintas especialidades que conforman el equipo multidisciplinario son de suma importancia para seleccionar el método y período de seguimiento idóneo según las características del tratamiento de la paciente y su riesgo individual. Debemos considerar no solo la mama operada sino también la mama sana si esta existe.

Se trata de personalizar los protocolos para obtener mejor rendimiento, como se resume a continuación:

- Mamografía/Tomosíntesis de **mama sana anual**, ultrasonido en mamas ACR C-D.
- RM de mama con contraste recomendada **siempre en pacientes de riesgo alto** (6 meses posterior a cirugía y/o 18 meses posterior a finalizada la RT) con periodicidad anual.
- En mamas reconstruidas con expansor, la RM solo puede ser realizada si la válvula es titanio.
- Cirugía preservadora: mamografía/

tomosíntesis de la mama operada a los 6 meses de culminada la radioterapia por 36 meses, luego anual. Ultrasonido mamario bilateral ACR C-D.

- Mastectomía Total sin reconstrucción: ultrasonido mamario del área mastectomía SI existe hallazgo clínico.
- Mastectomía Total con reconstrucción: ultrasonido mamario SI existe hallazgo clínico.

SEGUIMIENTO IMAGENOLÓGICO SISTÉMICO – ESTUDIOS DE EXTENSIÓN

El seguimiento imagenológico sistémico se orienta más a las complicaciones de los tratamientos sistémicos que al propio hecho del CDIS.

A tal fin debe considerarse ^(14,15):

- Pacientes posmenopáusicas que tienen indicación de SERMS (tamoxifeno) previo al tratamiento, realizar ultrasonido vaginal; una vez iniciado el tratamiento debe realizarse ecosonograma pélvico anual.
- Pacientes posmenopáusicas que tienen indicación de inhibidores de aromataasa realizar densitometría **ósea anual por la posibilidad de descalcificación secundaria al tratamiento.**
- Laboratorio anual que incluya perfil lipídico.

REFERENCIAS

1. López ME, Kaplan CP, Nápoles AM, Livaudais JC, Hwang ES, Stewart SL, et al. Ductal carcinoma *in situ* (DCIS): Post-treatment follow-up care among Latina and non-Latina white women. *J Cancer Surviv.* 2013;7(2):219-226.
2. van Hezewijk M, Hille ET, Scholten AN, Marijnen CA, Stiggelbout AM, van de Velde CJ. Professionals' opinion on follow-up in breast cancer patients; perceived purpose and influence of patients' risk factors. *Eur J Surg Oncol.* 2011;37(3):217-224.
3. Forbes JF, Sestak I, Howell A, Bonanni B, Bundred N Levy C, et al. IBIS-II investigators. Anastrozole versus tamoxifen for the prevention of locoregional and contralateral breast cancer in postmenopausal women with locally excised ductal carcinoma *in situ* (IBIS-II DCIS): A double-blind, randomised controlled trial. *Lancet.* 2016;387(10021):866-873.
4. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol.* 2016;34(6):611-635.
5. Friedenreich CM, Gregory J, Kopciuk KA, Mackey JR, Courneya KS. Prospective cohort study of lifetime physical activity and breast cancer survival. *Int J Cancer.* 2009;124(8):1954-1962.
6. Chlebowski RT. Obesity and breast cancer outcome: Adding to the evidence. *J Clin Oncol.* 2012;30(2):126-128.
7. Kwan ML, Kushi LH, Weltzien E, Tam EK, Castillo A, Sweeney C, et al. Alcohol consumption and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer: The life after cancer epidemiology study. *J Clin Oncol.* 2010;28(29):4410-4416.
8. Weaver AM, McCann SE, Nie J, Edge SB, Nochajski TH, Russell M, et al. Alcohol intake over the life course and breast cancer survival in Western New York exposures and breast cancer (WEB) study: Quantity and intensity of intake. *Breast Cancer Res Treat.* 2013;139(1):245-253.
9. Ruddy KJ, Herrin J, Sangaralingham L, Freedman RA, Jemal A, Haddad TC, et al. Follow-up care for breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst.* 2020;112(1):111-113.
10. Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, Aft R, Agnese D, Allison KH, et al. NCCN Guidelines® Insights: Breast Cancer, Version 4.2021. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021;19(5):484-493.
11. Acosta V, Pizarro A, Marín C, Hernández K, Ott S, Lastra J, et al. Carcinoma ductal *in situ* (CDIS) Guía Venezolana para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Sociedad Venezolana de Mastología. Febrero 2018 Disponible en: URL: www.svmastologia.org.
12. Algara López M, García FV, Cebrian EA, Prats de Puig M, González Bejar M, Sabadell Mercadal MD. Consenso de seguimiento de pacientes con cáncer de mama de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. *Rev Senol Patol Mamar.* 2015;28:24-33.
13. Gómez A, Rodríguez J, Velásquez Y, Muñoz J, Campos

- L, Peña J, et al. Comunicaciones breves. Pautas Servicios Hospitalarios Oncológicos del IVSS para el Carcinoma intraductal *in situ*. Rev Venez Oncol. 2014;26(2):127-131.
14. Aebi S, Davidson T, Gruber G, Cardoso F; ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2011;22 (Suppl 6):vi12-24.
15. Ayala de la Peña F, Andrés R, García-Sáenz JA, Manso L, Margelí M, Dalmau E, et al. SEOM clinical guidelines in early stage breast cancer (2018). Clin Transl Oncol. 2019;21:18-30.