



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Irradiación parcial de la mama para el cáncer de mama precoz (Revisión)

Hickey BE, Lehman M, Francis DP, See AM

Hickey BE, Lehman M, Francis DP, See AM.
Partial breast irradiation for early breast cancer
(Irradiación parcial de la mama para el cáncer de mama precoz).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD007077.
DOI: [10.1002/14651858.CD007077.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007077.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Irradiación parcial de la mama para el cáncer de mama precoz

Brigid E Hickey^{1,2}, Margot Lehman^{2,3}, Daniel P Francis⁴, Adrienne M See¹

¹Radiation Oncology Mater Service, Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Australia. ²School of Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Australia. ³Radiation Oncology Unit, Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Australia. ⁴School of Public Health and Social Work, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia

Dirección de contacto: Margot Lehman, Radiation Oncology Unit, Princess Alexandra Hospital, Ground Floor, Outpatients F, Ipswich Road, Woollangabba, Brisbane, Queensland, 4102, Australia. margot.lehman@health.qld.gov.au.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Cáncer de Mama.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2016.

Referencia: Hickey BE, Lehman M, Francis DP, See AM. Partial breast irradiation for early breast cancer (Irradiación parcial de la mama para el cáncer de mama precoz). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD007077. DOI: [10.1002/14651858.CD007077.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007077.pub3).

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El tratamiento conservador de la mama en las pacientes con cáncer de mama consiste en la escisión local del tumor (para lograr márgenes libres) seguida de radioterapia (RT). La RT se proporciona para esterilizar las células tumorales que puedan quedar después de la cirugía y así reducir el riesgo de recidiva tumoral local. La mayoría de las recidivas verdaderas ocurre en el mismo cuadrante del tumor original. Es posible que la radioterapia de seno entero (RTSE) no proteja contra el desarrollo de un nuevo cáncer primario que se desarrolle en otros cuadrantes del seno. En esta revisión Cochrane, se investigó la administración de radiación a un volumen limitado de la mama alrededor del lecho tumoral (irradiación parcial del seno (IPS)) a veces con una duración de tratamiento acortada (irradiación parcial acelerada del seno (IPAS)).

Objetivos

Determinar si la IPS/IPAS es equivalente o mejor que la RTSE convencional o hipofraccionada después de la terapia conservadora de la mama para el cáncer de mama en estadio precoz.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Cáncer de Mama (Cochrane Breast Cancer Group) (4 de mayo de 2015), en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) (2015, número 5), en MEDLINE (enero de 1966 al 4 de mayo de 2015), en EMBASE (1980 al 4 de mayo de 2015), en CINAHL (4 de mayo de 2015) y en Current Contents (4 de mayo de 2015). Se realizaron búsquedas en el Registro Internacional Normalizado de Números de Ensayos Controlados Aleatorizados (5 de mayo de 2015), en la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (4 de mayo de 2015) y en ClinicalTrials.gov (17 de junio de 2015). Se realizaron búsquedas de literatura gris: OpenGrey (17 de junio de 2015), listas de referencia de artículos, varias actas de conferencias y resúmenes publicados, y no se aplicaron restricciones de idioma.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) sin confusión, que evaluaron la cirugía conservadora más la IPS/IPAS versus la cirugía conservadora más la RTSE. Fueron elegibles los ensayos publicados y no publicados.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión (BH y ML) realizaron la extracción de datos y utilizaron la herramienta de "Riesgo de sesgo" de Cochrane, y resolvieron cualquier desacuerdo a través de la discusión. Se introdujeron los datos en el Review Manager 5 para su análisis.

Resultados principales

Se incluyeron siete ECA y se estudiaron a 7586 mujeres de las 8955 inscritas.

La supervivencia sin recidiva local pareció peor para las mujeres que recibían la IPS/IPAS en comparación con la RTSE (cociente de riesgos instantáneos (HR) 1,62; intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,11 a 2,35; seis estudios, 6.820 participantes, evidencia de baja calidad). La estética (informada por el médico) parecía peor con la IPS/IPAS (odds ratio (OR) 1,51, IC del 95%: 1,17 a 1,95, cinco estudios, 1720 participantes, evidencia de baja calidad). La supervivencia general no difirió con la IPS/IPAS (CRI 0,90; IC del 95%: 0,74 a 1,09; cinco estudios, 6718 participantes, evidencia de alta calidad).

La toxicidad tardía de la radiación (fibrosis subcutánea) pareció empeorar con la IPS/IPAS (OR 6,58, IC del 95%: 3,08 a 14,06, un estudio, 766 participantes, evidencia de calidad moderada). La toxicidad cutánea aguda pareció reducirse con la IPS/IPAS (OR 0,04, IC del 95%: 0,02 a 0,09, dos estudios, 608 participantes). La telangiectasia (OR 26,56; IC del 95%: 3,59 a 196,51; 1 estudio, 766 participantes) y la necrosis grasa radiológica (OR 1,58; IC del 95%: 1,02 a 2,43; 3 estudios, 1319 participantes) parecieron empeorar con la IPS/IPAS. La toxicidad cutánea tardía (OR 0,21; IC del 95%: 0,01 a 4,39; dos estudios, 608 participantes) y el dolor de mama (OR 2,17; IC del 95%: 0,56 a 8,44; un estudio, 766 participantes) parecían no diferir con la IPS/IPAS.

Los "primarios en otros lugares" (nuevos primarios en el seno ipsilateral) parecieron ser más frecuentes con la IPS/IPAS (OR 3,97, IC del 95%: 1,51 a 10,41, tres estudios, 3009 participantes).

No se encontró evidencia clara de una diferencia en la comparación de la IPS/IPAS con la RTSE para los resultados de: supervivencia por causa específica (CRI 1,08; IC del 95%: 0,73 a 1,58; cinco estudios, 6718 participantes, evidencia de calidad moderada), supervivencia sin metástasis a distancia (CRI 0,94; IC del 95%: 0,65 a 1,37, cuatro estudios, 3267 participantes, evidencia de calidad moderada), supervivencia libre de recidiva (CRI 1,36; IC del 95%: 0,88 a 2,09; tres estudios, 3811 participantes), supervivencia libre de recidiva locoregional (CRI 1,80; IC del 95%: 1,00 a 3,25; dos estudios, 3553 participantes) o tasas de mastectomía (OR 1,20; IC del 95%: 0,77 a 1,87; tres estudios, 4817 participantes, evidencia de baja calidad). El cumplimiento se alcanzó: más del 90% de las mujeres de todos los estudios recibieron la RT que se les asignó. No se encontraron datos sobre los resultados de los costes, la calidad de vida o la preferencia de las participantes.

Conclusiones de los autores

Parecía que la recidiva local y los "primarios en otro lugar" (nuevos primarios en el seno homolateral) aumentan con la IPS/IPAS (la diferencia era pequeña), pero no se encontró evidencia de perjuicio para otros resultados oncológicos. Parecía que los resultados estéticos y algunos efectos tardíos eran peores con la IPS/IPAS, pero su uso se asociaba a una menor toxicidad aguda de la piel. Las limitaciones de los datos actualmente disponibles significan que no es posible establecer conclusiones definitivas acerca de la eficacia y la seguridad o las formas de proporcionar la IPS/IPAS. Se está a la espera de la finalización de los ensayos en curso.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Irradiación parcial de la mama para el cáncer de mama precoz

¿Cuál es el problema?

Las mujeres con cáncer de mama en etapa inicial que deciden conservar su seno necesitan recibir radioterapia (RT), así como cirugía para extirpar el cáncer para asegurarse de que no vuelva a crecer en el seno. La RT es un tratamiento con rayos X de alta energía. Tener RT para el cáncer de mama suele significar de 25 a 30 visitas al departamento de RT, cinco veces por semana.

Si el cáncer de mama vuelve a crecer en el mismo seno (lo que se denomina recidiva local), tiende a reaparecer en la zona de la que fue extraído. Las mujeres también pueden desarrollar un nuevo cáncer (nuevo "en otro lugar primario") en otra parte del mismo seno. No hay seguridad de si la RT dada para detener la reaparición del cáncer en el lugar donde se encontraba el primer cáncer detiene el crecimiento de "otros primarios".

El cáncer de mama es el cáncer más común que padecen las mujeres. Cuando las mujeres deciden conservar su pecho, es importante que estén contentas con el aspecto que tiene después del tratamiento (estético).

¿Por qué es importante este tema?

Siempre se quiere tratar el área más pequeña que se pueda con RT porque esto significa menos efectos secundarios. Tratar sólo una parte del seno podría significar que la RT podría ser usada de nuevo en otra parte del mismo seno si fuera necesario. Las nuevas formas de dar RT significan que el tratamiento de parte del seno se puede hacer con menos tratamientos. Es probable que esto sea más fácil para las mujeres y cueste menos dinero.

Se preguntó si dar RT a una parte del seno (llamada irradiación parcial del seno (IPS)) es tan bueno como dar RT a todo el seno. Necesitaría controlar el cáncer, así como lo hace dar RT a todo el seno. También sería importante que la IPS diera los mismos efectos secundarios y la misma apariencia de los senos que el tratamiento de todo el seno.

Se encontraron siete estudios, en los que participaron 7586 pacientes. La evidencia está actualizada hasta mayo de 2015. La recidiva local fue rara, pero más común con IPS (evidencia de baja calidad) y la apariencia de los senos (calificada por los médicos) fue peor con IPS (evidencia de baja calidad). La supervivencia no difirió (evidencia de alta calidad). La cicatrización en el seno fue peor con la IPS (evidencia de calidad moderada). El mismo número de mujeres murió de cáncer de mama con cualquiera de los dos tratamientos (evidencia de calidad moderada). El mismo número de mujeres desarrollaron la propagación del cáncer de mama alrededor de su cuerpo con cualquiera de los dos tratamientos (evidencia de calidad moderada). Parecía haber el mismo número de mujeres que eventualmente necesitaban la extirpación del seno (mastectomía) después de ambos tratamientos. La mastectomía podría ocurrir debido al rebrote del cáncer en el seno o a los malos efectos secundarios (evidencia de baja calidad).

Esto significa que por el momento, la IPS no da el mismo control del cáncer en el seno que el tratamiento del seno entero, pero la diferencia fue pequeña. Puede causar efectos secundarios peores. Hay cinco grandes estudios en curso que serán importantes para responder a esta pregunta. Se espera tener una respuesta más clara en la próxima actualización de esta revisión.