

*¿Somos fiables
valorando el grado
de respuesta al
tratamiento
neoadyuvante?
Experiencia en
nuestro Centro.*

*Montserrat Novoa Ferro, Ana María Rocha García,
Daniel Mera Fernández, Claudia Jurado Basildo,
Selma Del Campo Estepar, Raquel Alemán Millares.*

Hospital Povisa, Vigo.

O · B · J · E · T · I · V · O

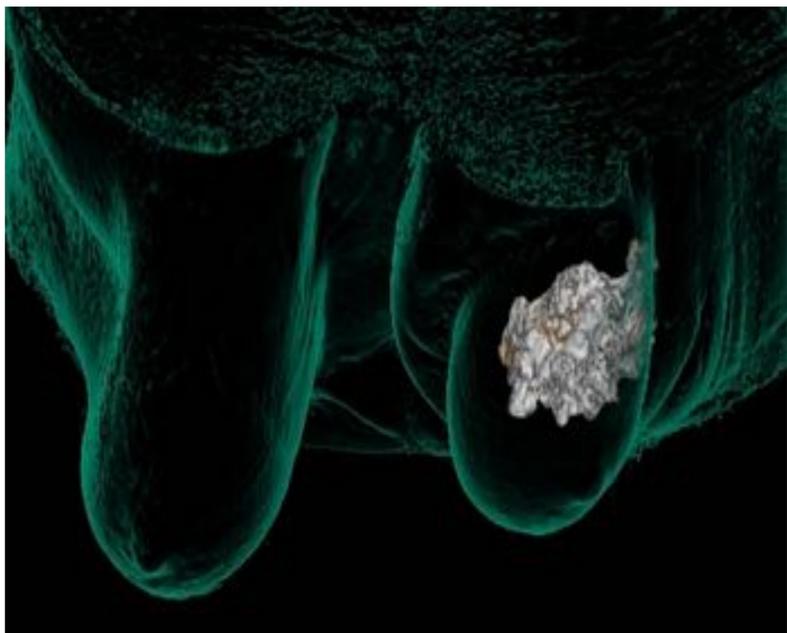
Evaluar los resultados de respuesta a la terapia neoadyuvante de cáncer de mama revisando los estudios de resonancia (RM) de mama realizados pre y post tratamiento, y los resultados del examen de las piezas quirúrgicas.

M•A•T•E•R•I•A•L y M•É•T•O•D•O•S

Estudio retrospectivo

Recogida de datos:

Se recogen las RM de pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante por cáncer de mama en nuestro centro entre enero 2017 y octubre 2019 (ambos incluidos).



Parámetros evaluados:

- Tipo de realce pre-tratamiento.
- Presencia de multifocalidad, multicentricidad o bilateralidad en estudio pre-tratamiento.
- Variación de tamaño.
- Cinética de contraste pre y post-tratamiento.
- Valor ADC pre y post-tratamiento.
- Grado de respuesta (morfológica y funcional) de acuerdo con los criterios de la UICC-International Union Against Cancer.

M·A·T·E·R·I·A·L y M·É·T·O·D·O·S

Protocolo de adquisición de imagen:

RM Philips Ingenia 1,5 T.

Secuencias:

- T2 DIXON
- T2 DIXON TSE
- T2 DIXON FAT SAT
- T2 DIXON WATER SAT
- DWI
- ADC
- Dinámico CIV (7,5 ml Gadobutrol a 3 ml/s)

Revisión de estudios:

Por 2 radiólogos (uno con 3 años de experiencia en imagen mamaria y un residente de 3º año).

En caso de desacuerdo, los estudios son revisados por un radiólogo con 7 años de experiencia en imagen mamaria.

Correlación anatomopatológica:

Se comprueban los resultados obtenidos en el examen histológico de las piezas quirúrgicas y se correlacionan con los hallazgos radiológicos.

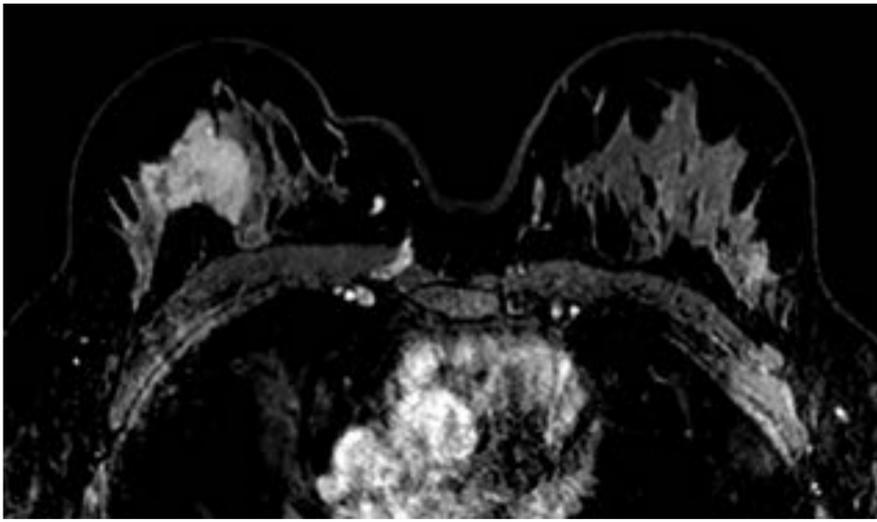
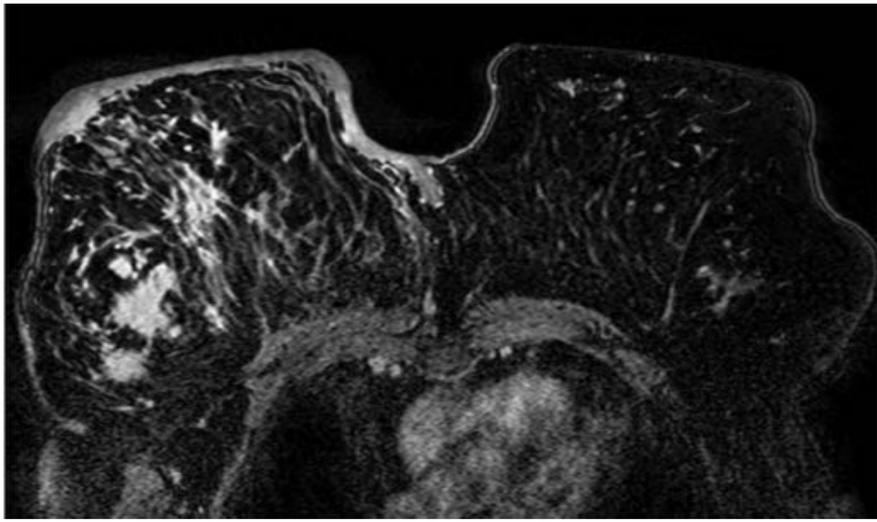
Análisis estadístico:

Análisis estadístico mediante el programa SPSS 15®.

R • E • S • U • L • T • A • D • O • S

Resultados radiológicos

Tipo de realce pre-tratamiento:

<i>Masa:</i>	<i>No masa:</i>
26 (74,3%)	9 (25,7%)
	

Predominancia del realce tipo masa frente al no masa.

Tamaño:

<i>Pre-tratamiento:</i>	<i>Post-tratamiento:</i>	<i>Variación:</i>
41,1 ± 23,8 mm	21,8 ± 24,9 mm	56,1 ± 29,2 %

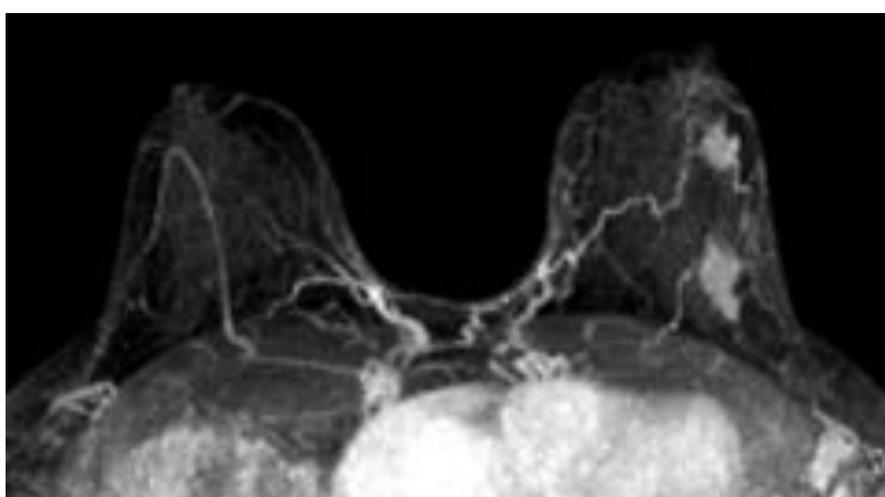
Importante disminución del tamaño medio tras la realización del tratamiento, que superó el 50%, lo que supone en términos globales una respuesta parcial mayor.

R • E • S • U • L • T • A • D • O • S

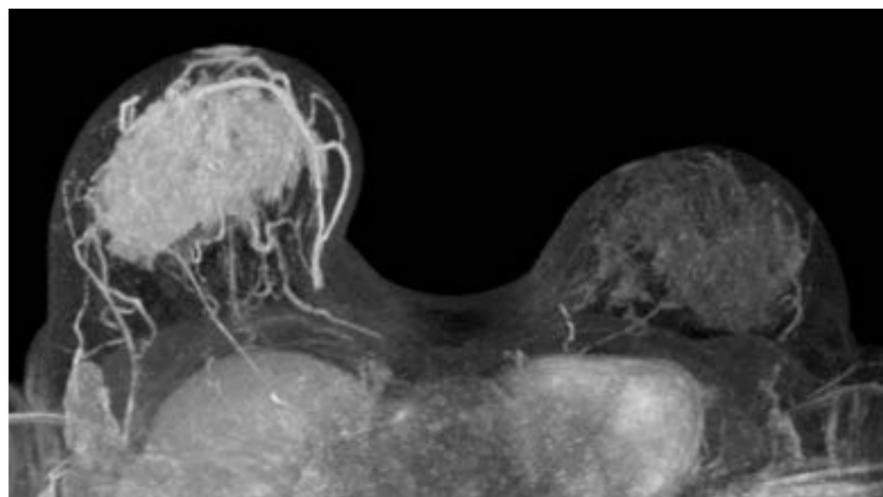
Tipo de enfermedad pre-tratamiento:

<i>Multifocalidad:</i>	<i>Multicentricidad:</i>	<i>Bilateralidad:</i>
7 (20%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)
3 (8,6%)		
4		(11,4%)
	0 (0%)	
0 (0%)		
<i>Única:</i>		18 (51,4%)

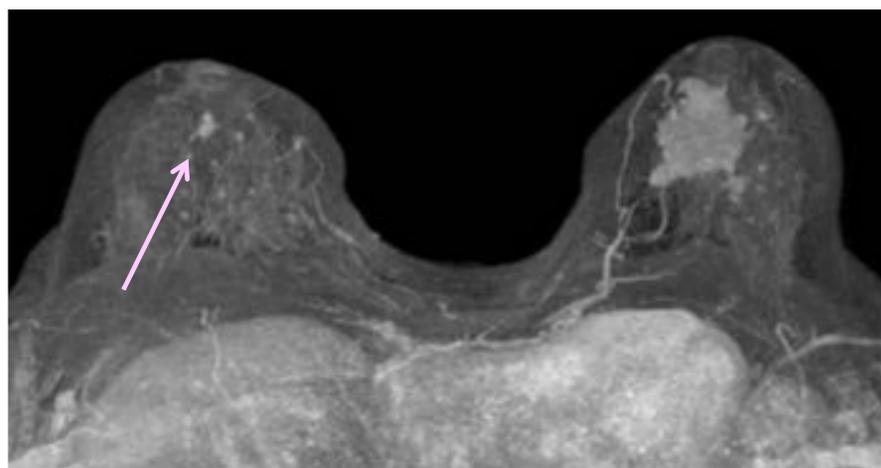
En la mitad de los casos las lesiones fueron únicas.
En caso de enfermedad a varios niveles, predominó la multifocalidad, sola o en asociación con enfermedad bilateral.



Multifocalidad



Multicentricidad



Bilateralidad

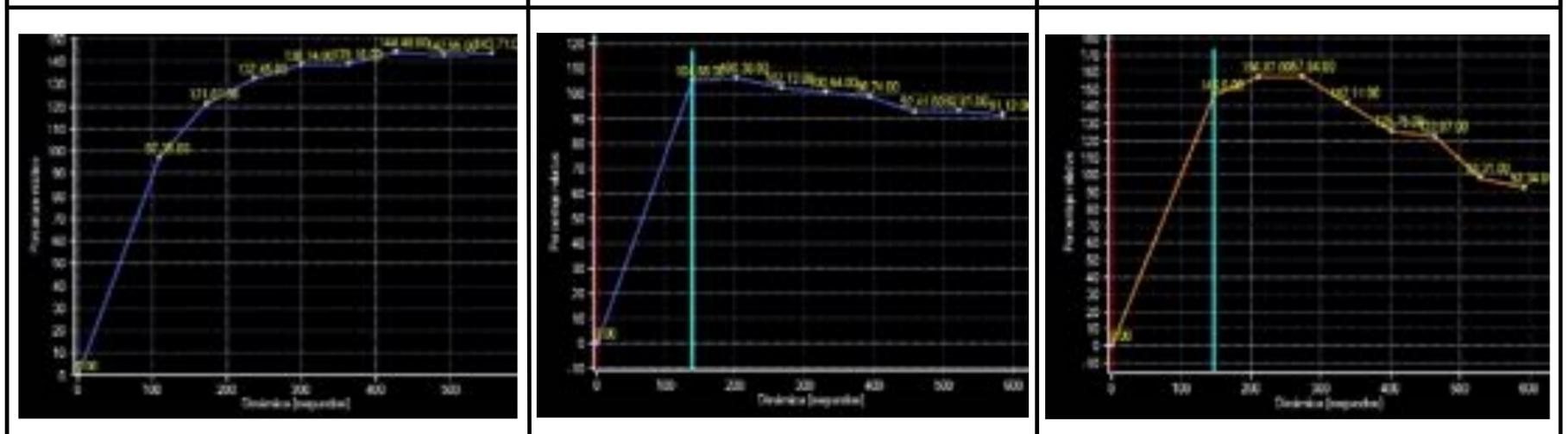
R.E.S.U.L.T.A.D.O.S

Cinética de contraste pre-tratamiento:

Curva tipo I:	Curva tipo II:	Curva tipo III:
1 (2,9%)	25 (71,4%)	9 (25,7%)

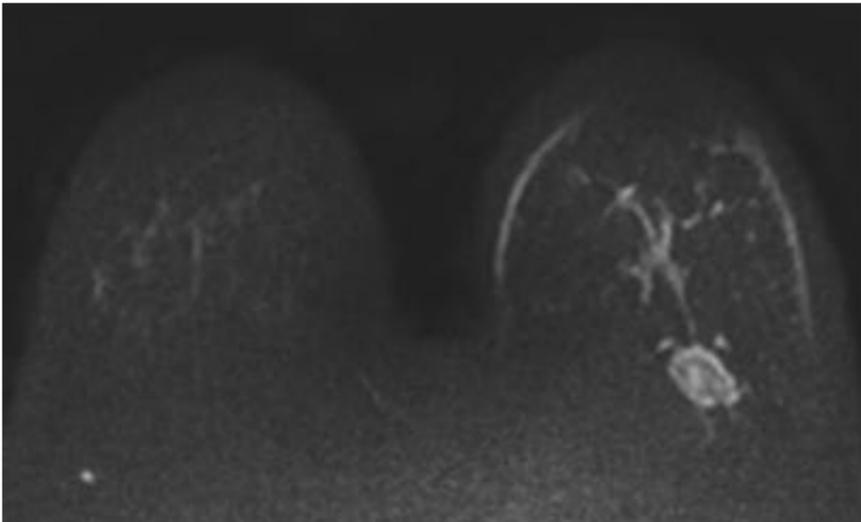
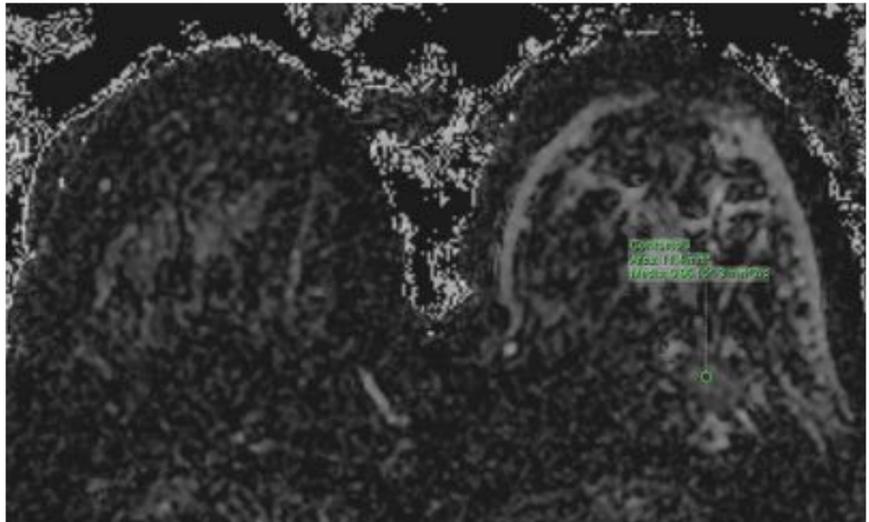
Cinética de contraste post-tratamiento:

Curva tipo I:	Curva tipo II:	Curva tipo III:
31 (88,6%)	4 (11,4%)	0 (0%)



Antes del tratamiento, la mayor parte de los casos presentaban curvas tipo II y en menor medida III. Posteriormente al mismo, predominaron las curvas tipo I.

Valor de ADC:

Pre-tratamiento:	Post-tratamiento:
0,81 ± 0,15	1,28 ± 0,35
	

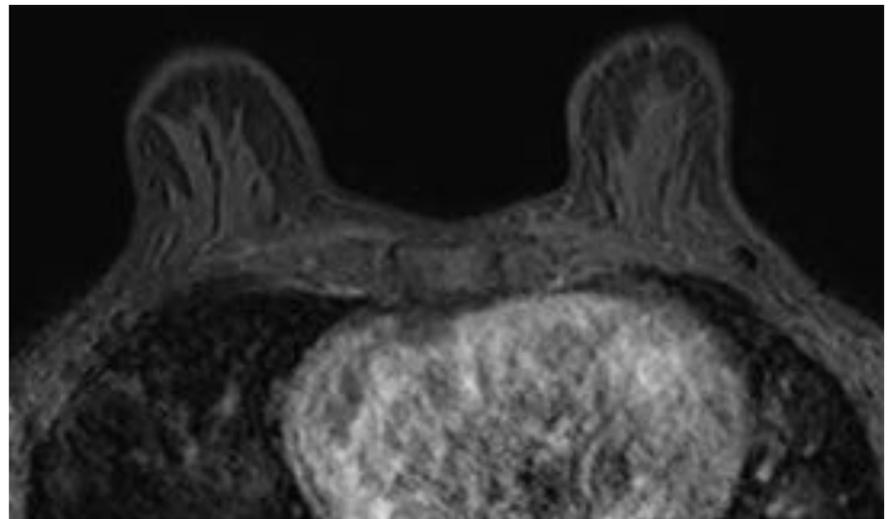
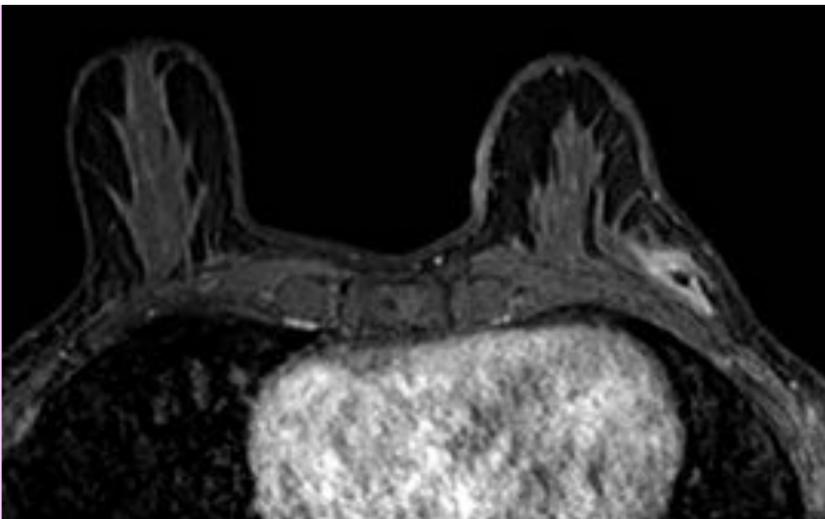
Aumento de los valores medios de ADC por encima de 1,2 tras el tratamiento neoadyuvante.

R • E • S • U • L • T • A • D • O • S

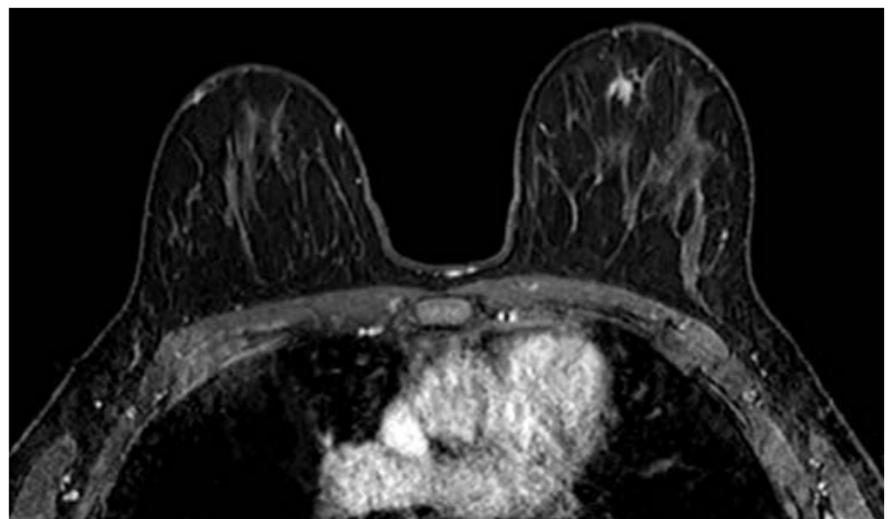
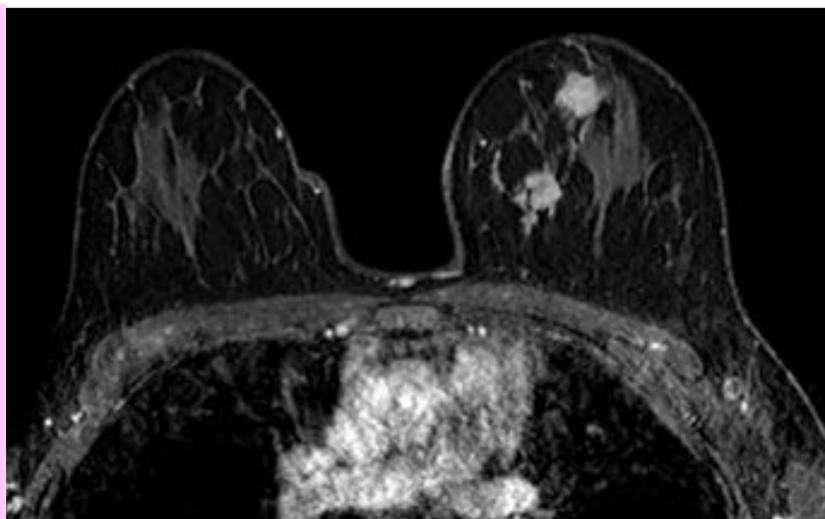
Respuesta post-tratamiento:

Funcional:		Morfológica:	
• <i>Completa:</i>	12 (34,3%)	• <i>Concéntrica:</i>	10 (52,6%)
• <i>Parcial mayor:</i>	14 (40%)	• <i>Fragmentada:</i>	9 (47,4%)
• <i>Parcial menor:</i>	5 (14,3%)		
• <i>Progresión:</i>	3 (8,6%)		
• <i>Estabilidad:</i>	1 (2,8%)		

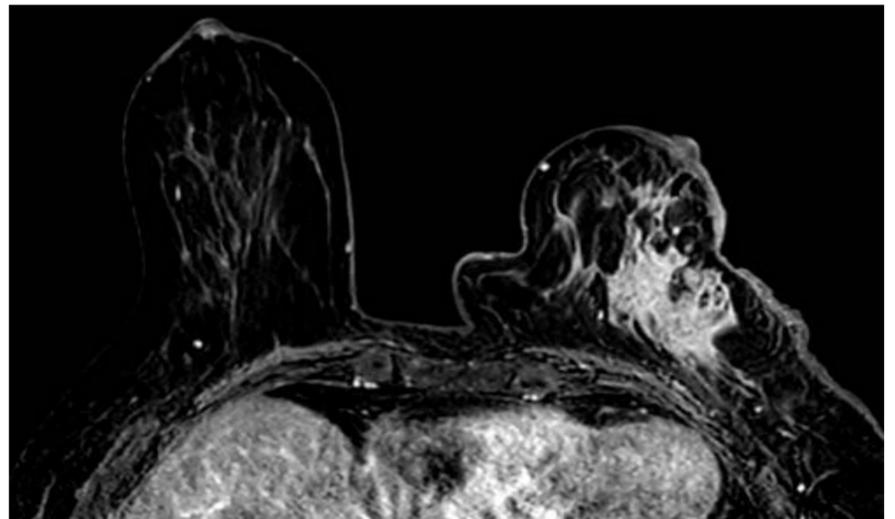
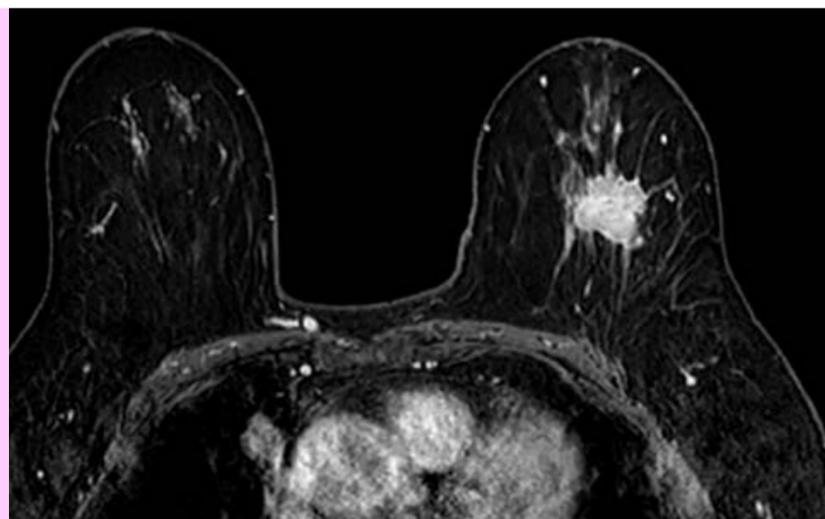
Respuesta completa



Respuesta parcial



Progresión tumoral



R • E • S • U • L • T • A • D • O • S

Resultados anatomopatológicos

<i>AP de las piezas quirúrgicas</i>	Frecuencia
Sin evidencia de malignidad	8 (22,6%)
Carcinoma ductal infiltrante	15 (42,9%)
Carcinoma ductal infiltrante e in situ	5 (14,3%)
Carcinoma ductal in situ	1 (2,9%)
Carcinoma lobulillar infiltrante	2 (5,7%)
Carcinoma lobulillar infiltrante e in situ	1 (2,9%)
Carcinoma medular	1 (2,9%)
Carcinoma mixto: lobulillar, ductal y mucinoso	1 (2,9%)
Tumor fibroso solitario extrapulmonar	1 (2,9%)

AP: Anatomía Patológica.

R • E • S • U • L • T • A • D • O • S

Correlación radio-patológica

Respuesta completa	12
<ul style="list-style-type: none"> • AP negativa para malignidad: 6 • AP positiva para malignidad: 6 <ul style="list-style-type: none"> ***Nidos milimétricos de carcinoma 2 / 6 	
Respuesta parcial mayor	14
<ul style="list-style-type: none"> • AP positiva para malignidad: 12 <ul style="list-style-type: none"> ***Nidos milimétricos de carcinoma 3 / 12 • AP negativa para malignidad: 2 	
Respuesta parcial menor	5
<ul style="list-style-type: none"> • AP positiva para malignidad: 5 	
Progresión	3
<ul style="list-style-type: none"> • AP positiva para malignidad: 3 	
Estabilidad	1
<ul style="list-style-type: none"> • AP positiva para malignidad: 1 	

Solo hubo discordancia entre los hallazgos radiológicos y AP en 8 casos (22,8%):

- En 6 de ellos, catalogados radiológicamente como respuesta completa, se halló resto tumoral en la AP, aunque en 2 se trataba de nidos milimétricos de carcinoma.
- Mientras que en 2 casos de respuesta parcial mayor radiológica, no se evidenció enfermedad tumoral en la AP.

C•O•N•C•L•U•S•I•Ó•N

Existe una buena relación entre el grado de respuesta a neoadyuvancia predicho mediante RM con los resultados del examen histológico de las piezas quirúrgicas.