

# Importancia de los protocolos para el tratamiento del CDIS: Índice Pronóstico de Van Nuys

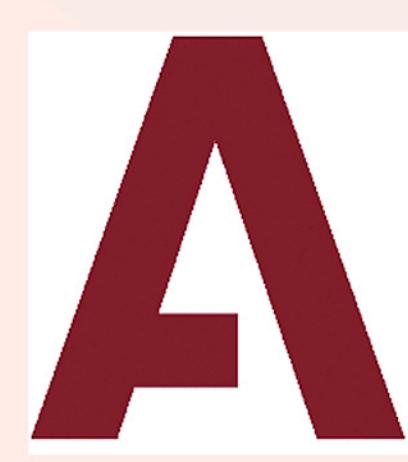
Sánchez Romero, Javier<sup>1</sup>; Castaño Ruiz, Isabel<sup>1</sup>; Iniesta Albaladejo, Miguel Ángel<sup>1</sup>; Martínez Chico, Esperanza<sup>2</sup>; Pintor Campos, Ana María<sup>2</sup>; Araujo Perez, Thaís<sup>3</sup>; Araujo Bodini, Francisco de Asis<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MIR de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

<sup>2</sup> EIR de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

<sup>3</sup> Residente Radiologie, Universitäts Klinikum (Friburg, Deutschland).

<sup>4</sup> FEA de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca

UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

**Introducción:** La incidencia del Carcinoma Ductal in situ (CDIS) de mama es de 32,5 por cada 100.000 mujeres. Se han desarrollado índices pronósticos como el de Van Nuys (IPVN) para el manejo del CDIS. En el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia se ha incorporado el IPVN en el año 2015. El objetivo de este estudio es analizar el criterio de los profesionales en el manejo del CDIS.

**Material y Métodos:** Se ha realizado un estudio analítico observacional en una cohorte de 102 pacientes con CDIS diagnosticadas y tratadas entre 2002 y 2012 en el HUVA. Se ha realizado seguimiento hasta 2017. Se ha realizado un análisis descriptivo y de concordancia entre el criterio médico y el criterio según el IPVN mediante el índice de Kappa Cohen ponderado.

**Resultados:** En la tabla 1 se resumen las características de la cohorte. El índice de Kappa Cohen ponderado para la concordancia entre el criterio de los profesionales y el criterio según el IPVN fue de -0,061 (-0,224 - 0,053). Hubo concordancia entre ambos criterios en 38 ocasiones, es decir, en el 37,3% (28,3-46,9%). Existe menos correlación en el grupo de tumorectomía aislada.

	media/N	IC95%
Edad a la cirugía	54,4	(52,2 , 56,5)
Gestaciones	2,5	(2,2 , 2,8)
Gestaciones sin abortos	2,1	(1,9 , 2,4)
Lactancia	Sí 70% (70) No 30% (32)	(60% , 80%) (20% , 40%)
Tabaco	Sí 30% (28) No 70% (74)	(20% , 40%) (60% , 80%)
ACHO	40% (42)	(30% , 50%)
ACHO y THS	No 60% (57) THS 0% (3)	(50% , 70%) (0% , 10%)
Grado Histológico	1 10% (14) 2 20% (22) 3 60% (66)	(10% , 20%) (10% , 30%) (60% , 70%)
Técnica quirúrgica realizada	Tumorectomía simple 14,7% (15) Tumorectomía + RT 57,8% (59) Mastectomía 27,5% (28)	(8,9% , 22,5%) (48,2% , 67,1%) (19,5% , 36,7%)
Concordancia	Sí 37,3% (38) No 62,7% (64)	(28,3% , 46,9%) (53,1% , 71,7%)

Tabla 1. Características de la cohorte de pacientes.

	Concordantes		No concordantes	
	media/%	IC95%	media/%	IC95%
Edad a la cirugía	55,1	(52 , 58,2)	53,9	(50,9 , 57)
Tabaco	Sí 23,7% (9) No 76,3% (29)	(12,4% , 38,8%) (61,2% , 87,6%)	29,7% (19) 70,3% (45)	(19,6% , 41,6%) (58,4% , 80,4%)
Técnica quirúrgica realizada	Tumorectomía simple 5,3% (2) Tumorectomía + RT 78,9% (30) Mastectomía 15,8% (6)	(1,1% , 15,8%) (64,2% , 89,5%) (6,9% , 29,7%)	20,3% (13) 45,3% (29) 34,4% (22)	(11,9% , 31,3%) (33,5% , 57,3%) (23,6% , 46,5%)
Márgenes	Libres 84,2% (32) Afectos 15,8% (6)	(70,3% , 93,7%) (6,9% , 29,7%)	62,5% (40)	(50,3% , 73,6%)
Radioterapia	Sí 86,8% (33) No 13,2% (5)	(73,5% , 94,8%) (5,2% , 26,5%)	68,8% (44)	(56,8% , 79,1%)
Recidiva	Sí 21,1% (8) No 78,9% (30)	(10,5% , 35,8%) (64,2% , 89,5%)	25% (16) 75% (48)	(15,7% , 36,5%) (63,5% , 84,3%)
Meses desde la cirugía hasta la recidiva	15	(4 , 26,5)	22	(11,7 , 32,6)
Edad a la recidiva	13	(4,6 , 21,7)	15	(8,1 , 21,3)
Tratamiento	Tratamiento correcto 37,3% (38) Infratratamiento 50% (32) Sobretratamiento 50% (32)	(28,3% , 46,9%)		

Tabla 2. Características de los casos en los que el criterio de los profesionales y el IPVN es concordante y no concordante.

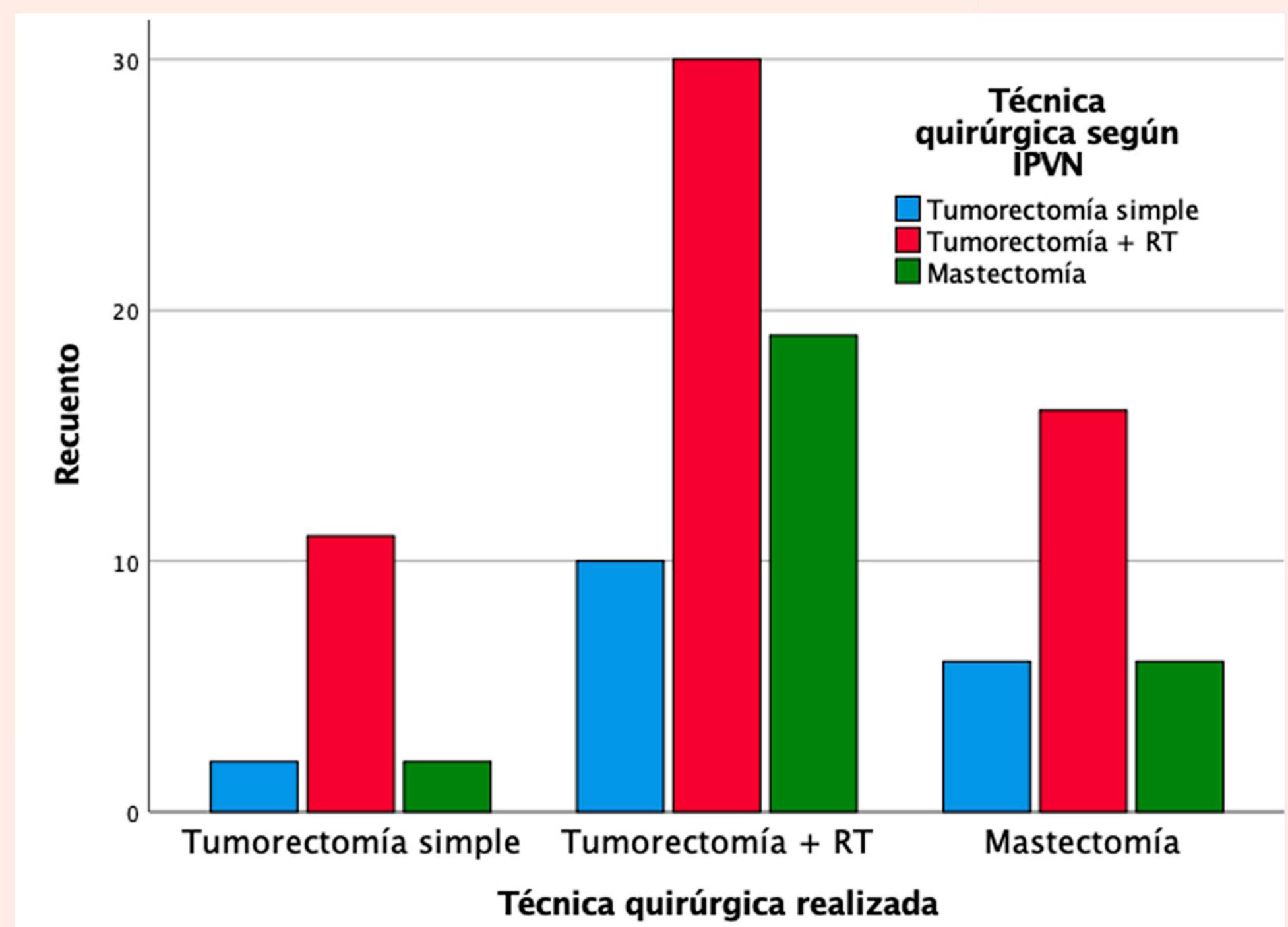


Tabla 3. Gráfico de barras en el que se comparan las indicaciones según IPVN y el criterio profesional

**Conclusión:** No se puede afirmar que exista concordancia entre el criterio de los profesionales y el criterio según el IPVN. La discordancia de criterios es más importante en la indicación de tumorectomía aislada. Existe un sobretratamiento a expensas de la radioterapia. No existen diferencias significativas en la tasa de recidiva entre concordantes y no concordantes.

**Discusión:** El índice IPVN se ha mostrado eficaz en el manejo del CDIS. La incorporación de protocolos que unifiquen criterios puede evitar estas disparidades.

## Bibliografía

1. Brinton LA, Sherman ME, Carreon JD, Anderson WF. Recent trends in breast cancer among younger women in the United States. J Natl Cancer Inst. 2008;100(22):1643-8.
2. Morrow M, Van Zee KJ, Solin LJ, Houssami N, Chavez-MacGregor M, Harris JR, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology-American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery with Whole-Breast Irradiation in Ductal Carcinoma In Situ. Ann Surg Oncol. 2016;23(12):3801-10.
3. Silverstein MJ, Lagios MD, Craig PH, Waisman JR, Lewinsky BS, et al. A prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast. Cancer. 1996;77(11):2267-74.
4. Giannakeas V, Sopik V, Narod SA. Association of Radiotherapy With Survival in Women Treated for Ductal Carcinoma In Situ With Lumpectomy or Mastectomy. JAMA Netw Open. 2018;1(4):e181100.
5. Sagara Y, Freedman RA, Vaz-Luis I, Mallory MA, Wong SM, et al. Patient Prognostic Score and Associations With Survival Improvement Offered by Radiotherapy After Breast-Conserving Surgery for Ductal Carcinoma In Situ: A Population-Based Longitudinal Cohort Study. J Clin Oncol. 10 de abril de 2016;34(11):1190-6.