

Resultados del tratamiento conservador del cáncer de mama no avanzado

Dres. Félix Leborgne, José H. Leborgne,
Luciano Hekimian, Héctor Rozada, Bettys Ortega,
Raquel Doldan, Juan Osta Mendoza, Rosario Calvete,
Juan Maisonneuve.

Se analizaron dos grupos de pacientes sometidos a tratamiento conservador del cáncer de mama entre 1973 y 1987. El primer grupo de 192 pacientes tratados con radioterapia exclusiva con un promedio de seguimiento de 121 meses presentó 32% de recidivas locales y 3% de recidivas axilares sin recidiva local. El 61% de las recidivas operadas curaron luego con la cirugía de rescate. Un 16% de las pacientes que curaron debieron sacrificar la mama. En el segundo grupo de 317 pacientes tratadas con cirugía parcial y radioterapia postoperatoria con un seguimiento promedio de 41 meses se observaron 5% de recidivas locales y 3% de recidivas axilares sin recidiva local. Curaron el 59% de las pacientes sometidas a cirugía de rescate. El 3% de las pacientes que curaron debieron sacrificar la mama. La probabilidad actuarial de control local y de supervivencia libre de enfermedad es comparable con la de los tratamientos clásicos. Las formas con histología predominantemente intraductal tipo comedo parecen estar asociadas a un riesgo mayor de recidiva local. Los resultados cosméticos son excelentes y buenos en 86% de los casos. Las alteraciones psicopatológicas son menores que para los tratamientos clásicos. Las complicaciones del tratamiento conservador son mínimas. Se concluye por lo tanto, que la cirugía parcial seguida de radioterapia es el tratamiento de elección para la mayor parte de los cánceres no avanzados de mama.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
BREAST NEOPLASMS. THERAPEUTICS.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de agosto de 1987.

Dr. F. Leborgne.

Dirección: Ibicuy 1210, Montevideo 11100, Uruguay.

Departamento de Radioterapia del Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, Hospital Pereira Rossell, y del Hospital Italiano, Departamento de Cirugía Ginecológica del Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, y Clínica Ginecológica, Prof. Dr. Héctor Rozada, Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

AGRADECIMIENTO:

Los autores desean expresar su agradecimiento a los colegas que han referido sus pacientes ya operadas para tratamiento radiante y seguimiento en estas Instituciones, que han sido incluidas en el presente estudio.

SUMMARY: Results of conservative treatment in non-advanced breast cancer.

Authors analyse two groups of patients submitted to conservative treatment of breast cancer between 1973 and 1987. The first group of 192 patients treated with radiotherapy only, with a follow-up average period of 121 months, presented 32% local recidives and 3% axillary recidives without local one. 61% of the operated recidives were cured with rescue surgery. 16% of those who were cured had to sacrifice the breast. The second group of 317 patients treated with partial surgery and postoperative radiotherapy with an average follow up period of 41 months presented 5% local recidives and 3% axillary recidives without local one. 59% of the patients that underwent rescue surgery were cured. 3% of them lost the breast. The probability of local control and subsequent life without disease is comparable to that of classical treatments. Those forms with a predominantly intraductal histology of the "comedo" type seem to be associated to a higher risk of local recidives. Cosmetic results

are excellent and good in 86% of the cases. Psychopathological disorders are less than those after classical treatments. The complications of conservative treatment are minimal. Authors conclude, therefore, that partial surgery followed by radiotherapy is the elective treatment for most non-advanced breast cancers.

RESUME: Resultats du traitement conservateur du cancer de sein non avancé.

On analyse deux groupes de patients qui ont subi un traitement conservateur du cancer du sein entre 1973 et 1987. Le premier groupe de 192 patientes traitées avec radiothérapie exclusivement et suivi pendant une période moyenne de 121 mois, a présenté 32% de récidives locales et 3% de récidives axillaires sans récidive locale. 61% des récidives opérées ont guéri après un traitement de chirurgie de sauvetage. 16% des patientes guéries ont subi une mastectomie totale. Pour le deuxième groupe de 317 patientes traitées avec une chirurgie de sauvetage et radiothérapie postopératoire et suivi en moyenne pendant une période de 41 mois, on a observé 5% de récidives locales et 3% de récidives axillaires sans récidives locales. 59% des patientes qui ont subi une chirurgie conservatrice ont guéri. 3% des patientes guéries ont subi une mastectomie totale. La possibilité actuarielle de contrôle locale et de survie sans maladie est comparable à celle des traitements classiques.

Il semble que les formes histologiques à prédominance intraductale de type comédon sont associées à un risque majeur de récidive locale. Les résultats esthétiques sont excellents et bons pour 86% des cas. Les altérations psychopathologiques sont moindres que pour les traitements classiques. Les complications du traitement conservateur sont minimales. Par conséquent, on conclue que la chirurgie partielle (conservatrice) suivie de radiothérapie est le traitement de choix pour la plupart des cancers de sein non avancés.

Los resultados de curación del cáncer de mama no se han mejorado en los últimos 50 años. Pero en virtud de la mayor conscientización de la población sobre la enfermedad y sus consecuencias, del uso más difundido de la mamografía y del auto examen, se están detectando ahora lesiones más precoces cuyo tratamiento obtendrá mejores resultados de curación. El concepto de que el cáncer de mama no avanzado puede ser una enfermedad sistémica desde el comienzo constituye la base sobre la que se funda la quimio-hormonoterapia adyuvante. Si bien este procedimiento tiene indicaciones ya bien establecidas, sus efectos sobre las tasas globales de mortalidad que se anticipan no serán de gran magnitud.

Desde hace muchos años se sabe que resecciones quirúrgicas menores que una mastectomía radical pueden obtener resultados equivalentes de curación. También se ha demostrado que el tratamiento conservador del cáncer de mama en base a la cirugía parcial y la radioterapia postoperatoria tiene iguales posibilidades de curación con mejores resultados cosméticos⁽¹⁻⁶⁾. En Uruguay la adopción de la mastectomía radical modificada, cuyos resultados son equivalentes a los de la mastectomía radical clásica⁽⁷⁻⁹⁾, se hizo precozmente. Las técnicas conservadoras fueron incorporadas con cierto retraso porque en este medio no es en general la paciente que pone objeciones a una cirugía mutilante, y porque era prudente esperar los resultados de los estudios europeos y norteamericanos, y escalar las aplicaciones del procedimiento de un modo paulatino, hasta ir observando los resultados obtenidos. En algunas áreas la legislación obliga al médico a informar a las pacientes sobre las posibilidades de éxito similares de ambos procedimientos. En América Latina Baeza de Santiago de Chile utiliza el tratamiento conservador desde 1976⁽²⁾.

El tratamiento conservador del cáncer de mama no tiene como objetivo proveer un tratamiento para la enfermedad con mejores posibilidades de curación, sino solamente una mejor cosmesis desde el punto de vista de la paciente. La sobrevida debe ser equivalente a la obtenida por la mastectomía radical modificada. Las recidivas locales pueden ser rescatadas por mastectomía.

En este trabajo se analizan los resultados del tratamiento conservador en una serie consecutiva no randomizada de pacientes dividida en dos grupos: a uno se le efectuó radioterapia exclusiva sin resección quirúrgica del tumor y al otro se le sometió a cirugía parcial de la mama y en ocasiones de la axila seguida de radioterapia. La mayor parte de las pacientes del primer grupo tenían edad avanzada, contraindicaciones médicas para su tratamiento quirúrgico o se negaban a operarse. El segundo grupo estaba constituido al comienzo por pacientes que se negaban a la mastectomía. Cuando los resultados de un estudio piloto⁽¹⁰⁾ demostraron que la tolerancia y los porcentajes de recidivas eran aceptables, el procedimiento fue sugerido a pacientes que cumplieran sus indicaciones, lo aceptaran y estuvieran dispuestas a un seguimiento riguroso.

MATERIAL Y METODOS

En el Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, Hospital Pereira Rossell y en el Departamento de Radioterapia del Hospital Italiano de Montevideo, se registraron entre el 1° de enero de 1973 y el 31 de abril de 1987 509 pacientes con cáncer de mama no avanzado que fueron tratadas sin cirugía radical de comienzo. Este grupo corresponde solamente el 7% del total de 5.300 pacientes nuevas con cáncer de mama registradas durante el mismo período. Pero si tomamos en cuenta sólo el año 1985 el tratamiento conservador representó el 17% de los pacientes registrados con vistas a tratamiento. En estas cifras no se han incluido los cánceres de mama observados en los departamentos de detección y despistaje. Durante 1986 el 55% de las pacientes operadas de cáncer de mama en el Hospital Pereira Rossell lo fueron con cirugía parcial.

La incidencia del tratamiento conservador en nuestro medio está aumentando y se anticipa que crezca más en el futuro acompañada por una tasa mayor de detección de lesiones más precoces.

De 509 pacientes tratadas conservadoramente, 192 lo fueron con radiación exclusiva, previa biopsia por aspiración o trócar giratorio en la mayor parte de los casos y biopsia por incisión en los restantes. Otras 317 pacientes recibieron irradiación luego de excisión del tumor por tumorectomía, cuadrantectomía, hemimastectomía o mastectomía subcutánea. La mayor parte de los tratamientos con cirugía parcial fueron realizados por muchos cirujanos de Montevideo y del interior del país que enviaron las pacientes por irradiación, lo que explica la variedad de técnicas utilizadas. Como se observa en la figura 1 el acceso anual de pacientes del primer grupo fue disminuyendo a lo largo de los años. Por el contrario el acceso de pacientes tratados en el segundo grupo, es decir resecciones parciales seguidas de radioterapia, fue aumentando. Este hecho ha influido en el tiempo de observación post-tratamiento que se dispone para ambos grupos: el promedio fue de 121 meses para la radioterapia exclusiva y de 41 meses para la cirugía conservadora asociada a la radioterapia. Para el segundo grupo el tiempo de observación es corto y por lo tanto las conclusiones que se obtengan deberán considerarse preliminares.

Hay otras diferencias sustanciales en las características de ambos grupos. La mayor parte de las pacientes tratadas con radioterapia exclusiva, tenían edad avanzada, contraindicaciones médicas a la operación, o rehusaban la mastectomía.

Su promedio de edad fue de 68 años mientras que para la tumorectomía seguida de irradiación el promedio fue de 56 años. El promedio de edad para las pacientes T1NO tratadas exclusivamente con irradiación fue de 74 años, lo que denota una selección de pacientes de edad muy avanzada para este tratamiento en las lesiones precoces.

Las pacientes fueron estadificadas de acuerdo al sistema TNM de la UICC pero no utilizando un procedimiento enteramente clínico. La dimensión del tumor fue determinada de la mayor dimensión mamográfica corrigiendo por la magnificación, o de la dimensión macroscópica de la pieza operatoria fijada, cualquiera que fuera mayor. La mayor parte de las veces la mamografía muestra tumores más pequeños que la palpación. Otras demuestra una extensión subclínica mayor que el nódulo palpable, lo que ocurre frecuentemente en los carcinomas intraductales. Hasta 2 cm de diámetro mayor fue considerado T1, entre 2.1 y 5.0 cm T2, y T3 mayor de 5 cm. Se consideraron N1 las axilas clínicamente positivas o con evidencia patológica de metástasis ganglionares aún en el caso de ser clínicamente negativas. Los cuadros 1 y 2 muestran la distribución por estadios y la incidencia de lesiones más precoces en el grupo de cirugía conservadora.

Los receptores hormonales no fueron determinados salvo en unos pocos pacientes.

Las técnicas de resección serán objeto de otra comunicación. Básicamente comprenden: 1) incisión arciforme sobre el nódulo, 2) resección del tumor primario con un margen de seguridad que permita obtener bordes de sección libres de cáncer, no es necesario reseca piel salvo que esta esté invadida, 3) hemostasis cuidadosa, 4) puntos de aproximación de la grasa subcuticular, pero la superficie cruenta no se aproxima, algunos cirujanos emplean drenajes para mejorar los resultados cosméticos, 5) incisión separada para la axila, horizontal o vertical por detrás del borde externo del pectoral mayor, disección de los niveles 1 y 2, no es necesario disecar la vena axilar, drenaje.

En esta serie se utilizó 1) la tumorectomía, es decir la resección del nódulo con un margen de seguridad de alrededor de 1 cm en 45% de los pacientes; 2) la cuadrantectomía que incluye un margen de seguridad más amplio, llegando hasta la fascia prepectoral y ocasionalmente extirpando un sector de piel, en 43% de las pacientes, y 3) la hemimastectomía o la mastectomía subcutánea que fue empleada raramente. En 190 pacientes (60%) se efectuó simultáneamente o raramente en un segundo tiempo una disección axilar diagnosti-

ca del nivel 1 y 2, en 33% de estas pacientes la anatomía patológica de la axila reveló ganglios positivos. En 74% de todos los procedimientos se utilizó una sola incisión. En el caso de incisiones separadas para la axila esta era horizontal o vertical detrás del borde externo del pectoral mayor. La incisión para la lesión primaria dependió de la topografía del nódulo: la más frecuente (39%) fue radiada del sector superoexterno.

Idealmente debe demostrarse la indemnidad histológica de los bordes de sección quirúrgica. Es imprescindible una estrecha colaboración entre el cirujano y patólogo a fin de que este último pueda reconstruir en el espacio la posición de la pieza de resección, marcar o entintar los bordes de sección y tomar muestras para el estudio de receptores hormonales. Cuando se pudo demostrar enfermedad residual mamográfica (especialmente en casos de extensas microcalcificaciones) o bordes de resección comprometidos, las pacientes fueron sometidas a mastectomía salvo en una ocasión en que fue reoperada localmente obteniendo la segunda resección bordes libres de tumor.

Las técnicas de irradiación fueron ya señaladas⁽¹⁾. Brevemente se emplearon campos tangenciales con Cobalto 60 para la mama hasta 5000-5400 rad en 5 a 6 semanas, con campos reducidos de sobreimpresión con radioterapia convencional hasta 600-800 rad. No fueron utilizados implantes de alambres de Iridio 192. La axila fue irradiada por campos anteroposteriores en los casos N1. Los pacientes N0 frecuentemente no recibieron irradiación axilar.

Los tratamientos médicos adyuvantes fueron utilizados frecuentemente en el grupo de irradiación exclusiva. El 57% recibió estrogenoterapia, 13 casos recibieron antiestrógenos, y 8 castración. Sólo 6 pacientes recibieron quimioterapia adyuvante: 2 melfalán oral y 4 CMF. Los antiestrógenos son mejor tolerados que los estrógenos pero sus resultados son similares y el costo muy superior. Los tratamientos adyuvantes fueron menos utilizados en el grupo de cirugía conservadora: 8 pacientes fueron sometidas a CMF durante 6 meses, 4 a ooforectomía, 4 a estrogenoterapia y 4 a antiestrógenos.

Se valoraron los resultados del tratamiento de acuerdo al método actuarial de Kaplan y Meier⁽¹²⁾. Hay 6 pacientes perdidas de vista del grupo de irradiación radical (entre 5 y 74 meses después del tratamiento, promedio 44 meses) y ninguna en el grupo de cirugía conservadora. Se determinó la probabilidad de control local y axilar con el primer tratamiento en pacientes que no hu-

bieran fallecido de metástasis generalizadas ni de causa intercurrente para valorar la eficacia del tratamiento en el control loco-regional de la enfermedad. En segundo lugar se determinó la probabilidad de sobrevida libre de enfermedad incluyendo las pacientes curadas de una recidiva loco-regional por cirugía de rescate y excluyendo las fallecidas por causa intercurrente, para valorar la capacidad de sobrevida libre de enfermedad producida por el tratamiento conservador y la cirugía de rescate de las recidivas loco-regionales.

CUADRO I

ESTADIFICACION RADIOTERAPIA EXCLUSIVA

	$N_{(0)}(*)$	$N_{1b}(*)$	
T ₁	42	17	TOTAL T ₁ = 31%
T ₂	68	40	
T ₃	13	12	

TOTAL $N_{(0)}$ = 64%

(*) estadificación axilar clínica

CUADRO II

ESTADIFICACION CIRUGIA PARCIAL + RADIOTERAPIA

	$N_{(0)}(*)$	$N_{1b}(*)$	
T ₁	177	46	TOTAL T ₁ = 70%
T ₂	58	25	
T ₃	8	2	

TOTAL $N_{(0)}$ = 77%

(*) estadificación axilar clínica

CUADRO III

RECIDIVAS LOCO-REGIONALES					
	Recidiva local	Recidiva axilar sola	Total recidiva	Cirugía rescate	Operaciones curadas
RADIOTERAPIA EXCLUSIVA (192 ptes.)	32%	3%	35%	53%	61%
CIRUGIA + RADIOTERAPIA (317 ptes.)	5%	3%	8%	68%	59%

RESULTADOS

A) Radioterapia exclusiva

Ciento noventa y dos pacientes fueron seguidas entre 172 y 12 meses después del tratamiento (promedio 121 meses). La probabilidad de control loco-regional a los 5 y 10 años fue respectivamente 70% y 65% para 42 pacientes del estadio T1N0, 61% y 52% para 68 pacientes T2N0 y 68% y 63% para 80 pacientes T3N0 y T1-2N1. (Fig. 2).

La probabilidad de sobrevida relativa libre de enfermedad (incluye cirugía de rescate) a los 5 y 10 años fue respectivamente 73% y 68% para T1N0, 69% y 62% para T2N0 y 69% y 60% para T3N0-T1-2N1. (Fig. 3).

B) Cirugía conservadora más radioterapia

Trescientos diecisiete pacientes fueron seguidas entre 172 y 12 meses después del tratamiento (promedio 41 meses). La probabilidad de control local a los 5 años fue independiente de la extensión tumoral: 90% y 95% para T1 y T2, respectivamente con o sin adenopatías axilares positivas (Fig. 4). El control loco-regional a los 5 años fue el mismo de 88% para N0 y N1 independientemente de la extensión primaria. (Fig. 5). La sobrevida relativa libre de enfermedad a los 5 años fue: 85%, 92% y 77% para T1N0, T2N0 y T3N0-T1-2N1 respectivamente. (Fig. 6).

C) Análisis de las recidivas loco-regionales

El cuadro 3 muestra la incidencia de recidivas locales y axilares para ambos grupos de tratamiento. Como era de esperar y confirmando otras observaciones⁽¹³⁾ las recidivas fueron más fre-

cuentes en el grupo de irradiación exclusiva: 35% vs 8%. Los grupos no son sin embargo estrictamente comparables por la diferente distribución etaria, de extensión tumoral y la ausencia de estadificación patológica en la axila de las pacientes tratadas con irradiación exclusiva.

En el grupo de irradiación exclusiva se observaron 32% de recidivas locales con o sin recidiva axilar y 3% de recidivas axilares sin recidiva local. Sólo 36 (ó 53%) de las 67 recidivas loco-regionales pudieron ser sometidas a cirugía de rescate por las razones expuestas: 24 a mastectomía radical, 2 a operación de Mérola, 7 a mastectomía simple, 1 a cirugía conservadora y 2 a linfadenectomía axilar. Tres recidivas no fueron operadas, se irradiaron 2 y se trató una con antiestrógenos con éxito. Con cirugía de rescate curaron 22 pacientes: 61% de las operadas o 33% del total de recidivas. Del total de pacientes curadas en este grupo 16% debió sacrificar la mama para obtener la curación.

En el grupo de cirugía conservadora seguida por radioterapia se observaron 5% de recidivas locales (con o sin recidiva axilar) y 3% de recidivas axilares sin recidiva local. Es probable que el porcentaje de recidivas aumente en el futuro con aumento del tiempo de seguimiento. De las 25 recidivas loco-regionales 2 fueron en forma de carcinoma inflamatorio que no pudieron ser operadas. De 17 pacientes con recidivas loco-regionales operables sometidas a cirugía de rescate en 4 se hizo una mastectomía radical, en 6 una mastectomía radical modificada y en 5 una linfadenectomía axilar solamente. Una paciente fue ma-

tectomizada sin recidiva local. Curaron 10 pacientes (56% de las operadas o 36% de las recidivas). Del total de pacientes curadas en este grupo solamente el 3% debió sacrificar la mama para curar. Todavía no se han utilizado resecciones segmentarias para el tratamiento de rescate de las recidivas locales.

Se identificó un grupo de alto riesgo de recidiva local para el tratamiento con cirugía conservadora y resultó ser aquel que presentaba un carcinoma intraductal predominante tipo comedo. El 24% de 21 tumores tipo comedo recidivó localmente frente a 4% cuando este tipo histológico no estaba presente ($p = 0.01$).

CUADRO IV

COMPLICACIONES (%)		
	Radioterapia exclusiva	Cirugía + Radioterapia
INFECCION	0	4
EDEMA BRAZO	0	4
EDEMA MAMA	0.5	2
MASTALGIA	0	2
NEUMONITIS	1	2
BLOQUEO HOMBRO	0	2
HEMATOMA	0	1
CONDROITIS	0	0.3
ESTEATO NECROSIS	0	2
TELANGECTASIA	1	1
FIBROSIS MAMARIA	1	2
NECROSIS CUTANEA	0	0
PLEXITIS	0	0.6
FRACTURAS COSTALES	0	0

CUADRO V

RESULTADOS COSMETICOS (%)		
	Radioterapia exclusiva	Cirugía + Radioterapia
Excelentes	80	54
Buenos	17	31
Regulares	2	14
Malos	1	1

D) Complicaciones

El cuadro 4 muestra que las complicaciones observadas en los dos grupos fueron reducidas y menos numerosas en el grupo de irradiación exclusiva. La mastalgia post-irradiación solo se observó cuando esta fue precedida de cirugía conservadora. La radioepidermitis, que suele ser húmeda, y la pigmentación regresan rápidamente. El edema mamario suele persistir un tiempo prolongado. Solo fue observado en casos con cirugía conservadora previa, especialmente en aquellos sometidos a disección axilar.

El edema del miembro superior suele observarse entre el 40 y 45% de los casos sometidos a los tratamientos clásicos radicales, en 12% de ellos el edema es importante. En los tratamientos conservadores el edema del miembro superior está claramente asociado a la disección axilar⁽¹⁴⁾. No se observó ningún caso en 124 pacientes con irradiación axilar en el grupo de radioterapia exclusiva, y solo uno en 91 pacientes con irradiación axilar sin disección axilar en el grupo de cirugía conservadora. En cambio ocurrió en 3% de 77 pacientes con disección axilar sin irradiación posterior y en 8% de 113 pacientes con disección axilar y radioterapia postoperatoria en el grupo de cirugía conservadora. En uno de estos casos el edema fue importante.

La morbilidad de la mastectomía radial o radical modificada luego de la irradiación, ya sea con previa cirugía conservadora o no, no se vio aumentada con relación a cuando fue utilizada como tratamiento primario. La cicatrización de la herida, la infección y la necrosis de los colgajos es similar. No hubo necesidad de recurrir a injertos para cerrar las heridas. Cinco casos de linfadenectomía axilar exclusiva sin mastectomía, utilizada en recidivas ganglionares, no presentaron complicaciones ni resultados en edema importantes de la mama.

Trece pacientes se embarazaron luego del tratamiento, 9 tuvieron hijos normales y 4 optaron por interrumpir el embarazo.

E) RESULTADOS COSMETICOS Y SICOLOGICOS

Para valorar los efectos cosméticos desde el punto de vista clínico se consideraron 4 categorías: excelente, cuando el aspecto de la mama era idéntico con la no tratada; bueno cuando el aspecto fue casi igual; regular cuando la diferencia entre ambas mamas fue notoria y finalmente malo cuando una mastectomía hubiera dado un resultado mejor o equivalente. El 85% de los resultados cosméticos incluyó las categorías excelente y buena (Cuadro 5).

Se compararon los estudios psicológicos de 16 pacientes tratadas por métodos conservadores y 26 por mastectomías, todas en remisión clínica, que demostraron que en relación a la vivencia del cuerpo, cambios en la imagen corporal, vivencia

de inferioridad y trastornos en la sexualidad, las alteraciones fueron menos frecuentes en el grupo de tratamiento conservador. Asimismo este grupo tuvo menos estados depresivos y ansiosos y temores de recidiva⁽¹⁵⁾.

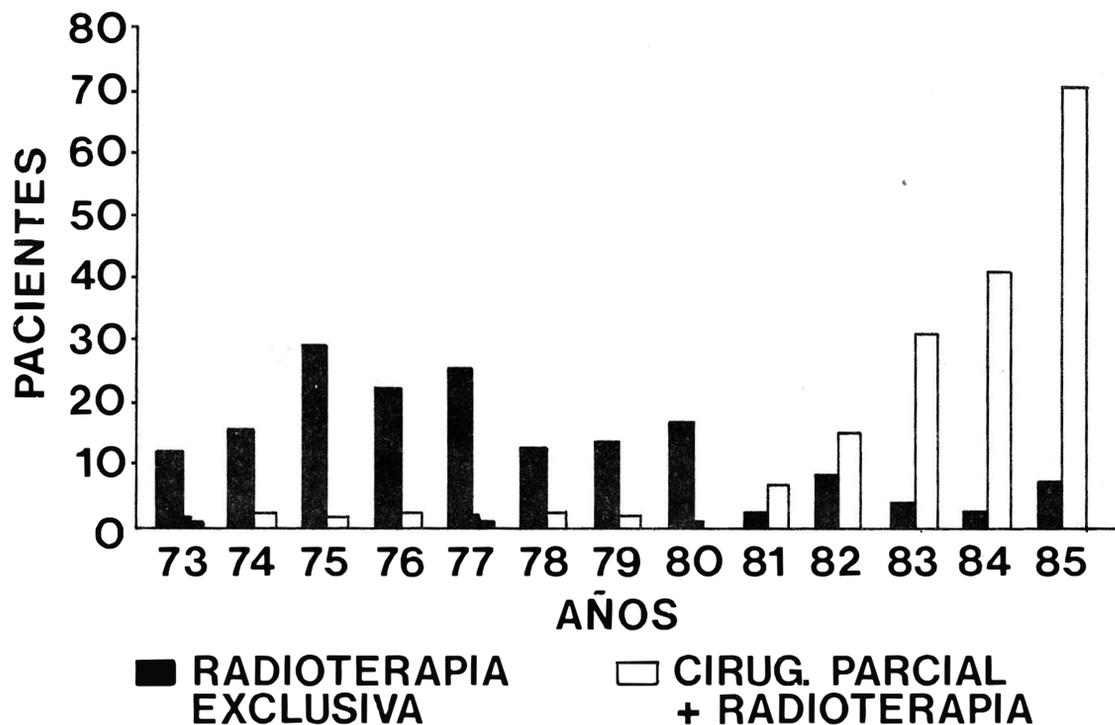


Fig. 1. Distribución de los ingresos anuales de pacientes para tratamientos con irradiación exclusiva (barras negras) y cirugía parcial más radioterapia (barras blancas) entre 1973 y 1985 inclusive.

DISCUSION

La irradiación exclusiva como tratamiento conservador del cáncer de mama tal como fue empleada en esta serie demostró un índice elevado de recidivas locales (32%). Se ha demostrado que el uso de técnicas de implantación radiactiva puede disminuir la incidencia de recidivas locales⁽⁴⁾. El rescate quirúrgico de la recidiva local no ha podido ser aplicado a la totalidad de las pa-

cientes que la presentaron por negativa de las mismas o contraindicaciones operatorias, aún así obtuvo 61% de curaciones. El 16% de las pacientes debió sacrificar la mama para curar. La irradiación exclusiva asociada al tamoxifeno parece sin embargo ser un buen tratamiento de comienzo en las lesiones no avanzadas en pacientes de más de 80 años de edad⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

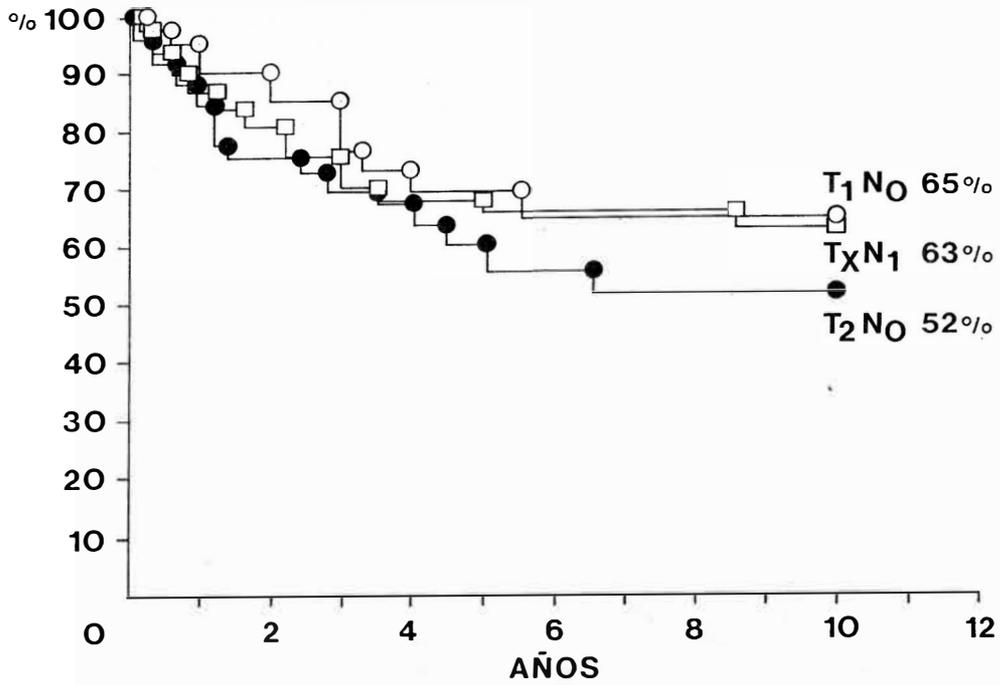


Fig. 2. Probabilidad actuarial de control loco-regional para pacientes tratadas por radioterapia exclusiva distribuidas por estadio.

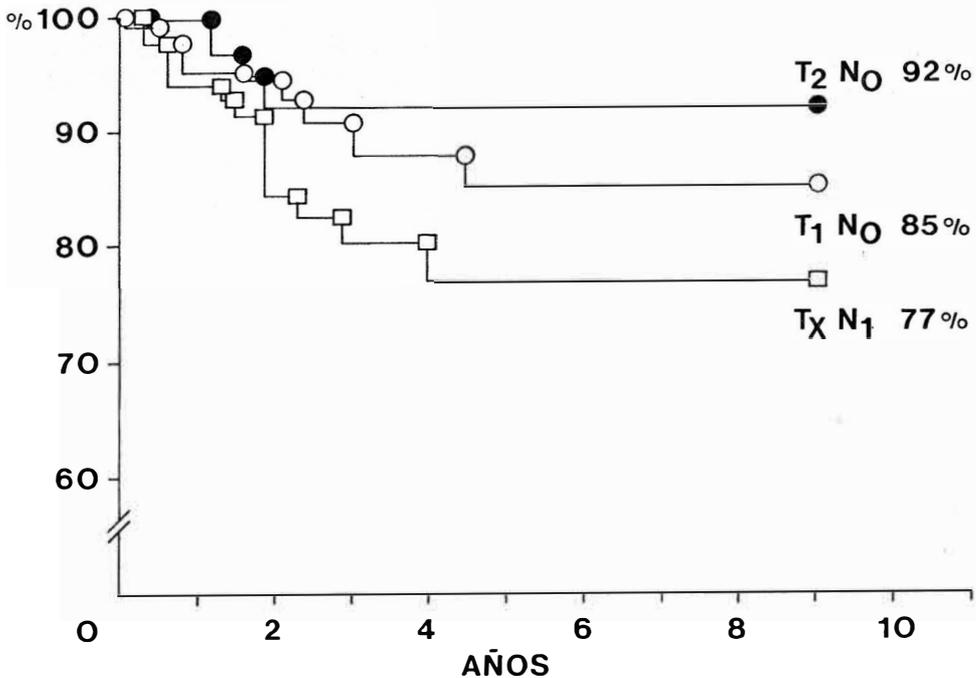


Fig. 3. Probabilidad actuarial de sobrevida relativa libre de enfermedad para pacientes tratadas por radioterapia exclusiva distribuidas de acuerdo al estadio; incluye cirugía de rescate de las recidivas loco-regionales.

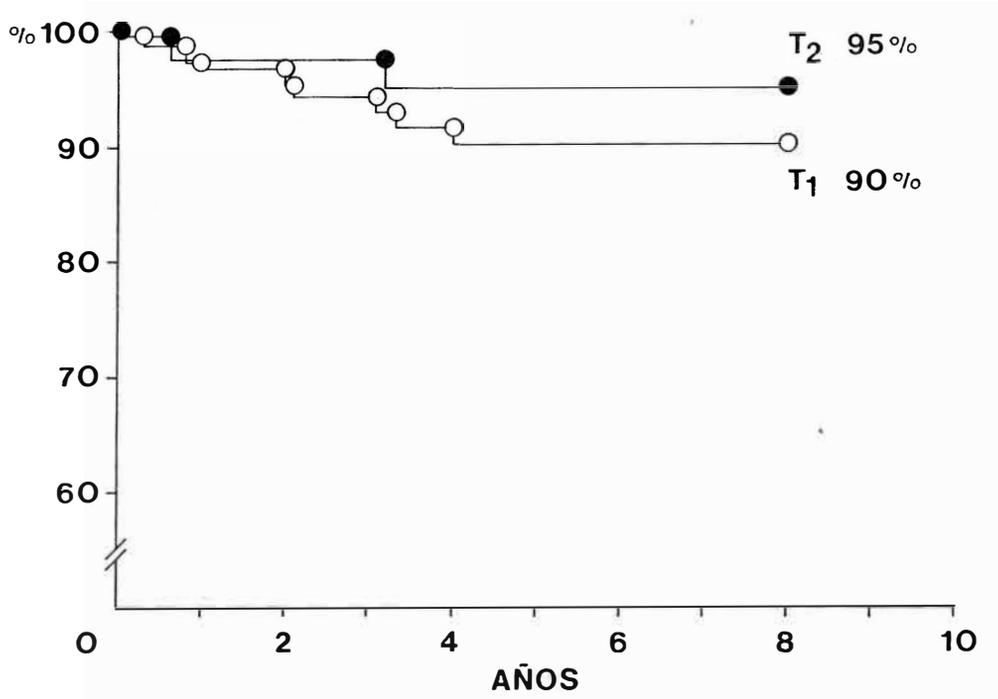


Fig. 4. Probabilidad actuarial de control local para pacientes T1 y T2 con o sin ganglios axilares positivos tratadas con cirugía parcial más radioterapia.

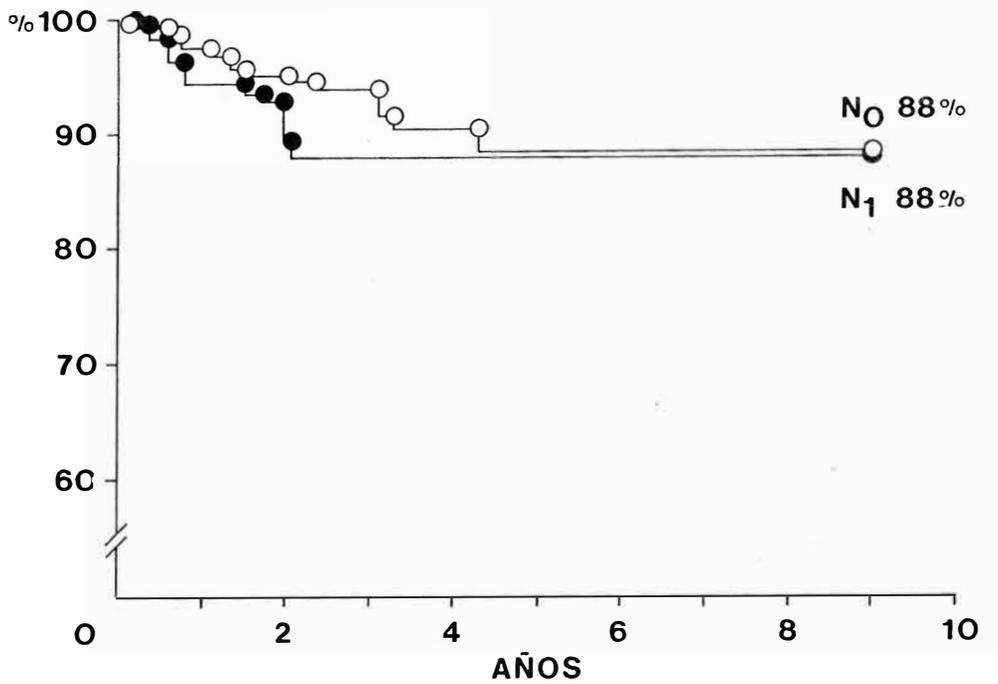


Fig. 5. Probabilidad actuarial de control local para pacientes con o sin ganglios axilares positivos tratadas con cirugía parcial más radioterapia.

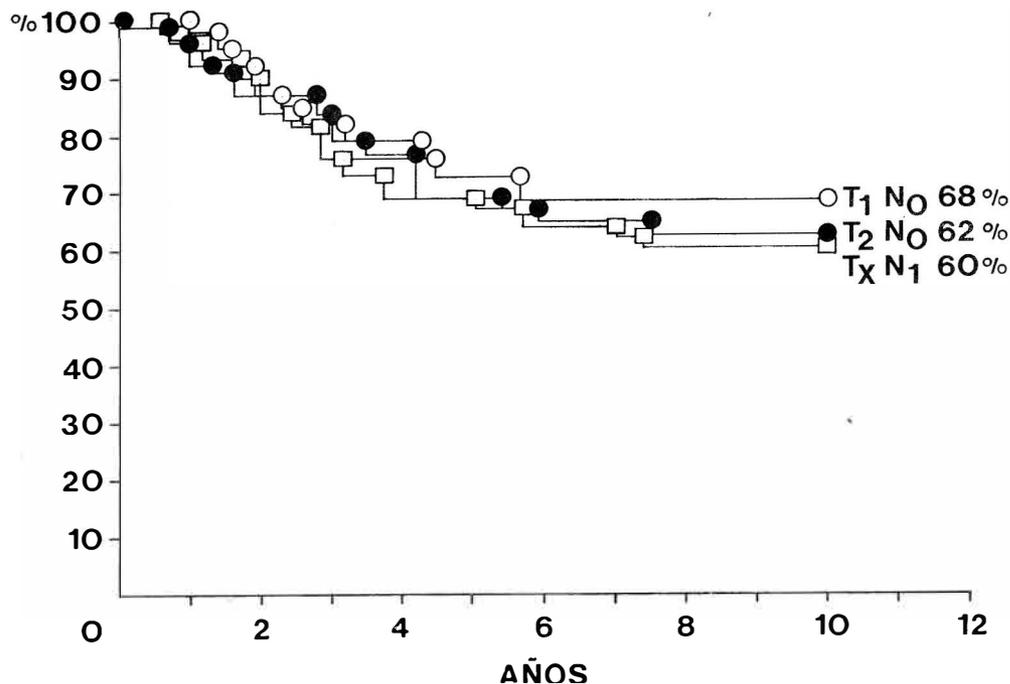


Fig. 6. Probabilidad actuarial de sobrevida relativa libre de enfermedad para pacientes tratadas con cirugía parcial y radioterapia (incluye cirugía de rescate por recidiva loco-regional) distribuidas por estadio.

Cuando se utiliza la cirugía conservadora seguida de radioterapia el porcentaje de recidivas locales es significativamente menor (5%) y resultó independiente del tamaño del tumor. Según Recht y col.⁽¹⁸⁾ la probabilidad de recidiva local fue independiente del tamaño del tumor hasta 5 cm. En el estudio NSABP-B-06⁽¹⁹⁾ las recidivas locales fueron 6.5% para T1 y 9.6% para T2.

Los porcentajes de control loco-regional y de sobrevida libre de enfermedad han sido comparables con otros estudios publicados y son comparables con los resultados obtenidos por los tratamientos clásicos. Debe advertirse que el tiempo de seguimiento promedio de esta serie es corto (41 meses) y es posible que el porcentaje de recidivas locales aumente con el tiempo. Hay estudios que demuestran que la incidencia de fracasos locales aumenta con el tiempo de observación. Spitalier y col.⁽⁶⁾ en 1.133 pacientes tratadas entre 1961 y 1979 observaron 15% de recidivas loco-regionales; 91% de las recidivas pudieron operarse y 61% de las operadas estaban curadas 5 años más tarde. En un análisis multiinstitucional de pacientes tratadas hasta 1967 se ob-

servó un 29% de probabilidad actuarial de recidiva local a los 15 años. Ningún paciente recidivó entre los 15 y 20 años⁽²⁰⁾. Las recidivas locales pueden rescatarse con cirugía radical o raramente con cirugía parcial. El porcentaje de curación de las recidivas locales se encuentra en 50% a los 5 años o lo que equivale al 75% de los operados. Algunas pacientes no pueden ser operadas por presentar metástasis a distancia o carcinomas inflamatorios. En el estudio NSABP B-6⁽¹⁴⁾ 14% de las recidivas fue en forma de carcinoma inflamatorio, frente al 13% en esta serie.

Las recidivas locales de la mastectomía tienen, por el contrario un pronóstico más reservado. Aparecen en el 3% al 8% de los pacientes con ganglios axilares negativos y en el 19% a 27% de aquellas con ganglios positivos⁽²¹⁻²²⁾. La sobrevida libre de enfermedad en esta situación se ha descrito como 20% al 30% a los 5 años y 7% al 15% a los 10 años⁽²³⁻²⁴⁾.

Las pacientes con mayor riesgo de fracaso local son aquellas que presentaron carcinoma intraductal predominante (mayor del 25% de la masa tumoral primaria) y carcinoma intraductal

fuera de los bordes infiltrantes del tumor. Schnitt y col.⁽⁵⁾ han observado 23% de recidivas locales en esta circunstancia vs. 2% para las pacientes sin estas características histológicas. Estas cifras coinciden con nuestros hallazgos de 24% Y 4% de recidivas para los tumores tipo "comedo" y para los no "comedo" respectivamente. Este marcador histológico de riesgo no fue confirmado en el estudio NSABP-B06⁽¹⁹⁾, ni en los de Milán⁽¹⁸⁾ y Villejuif, en este último empleando resecciones locales más amplias⁽³⁾.

Las complicaciones del tratamiento han sido escasas y leves, pero significativamente más bajas en el grupo de irradiación exclusiva. Las pocas complicaciones están relacionadas con los procedimientos quirúrgicos conservadores: 6% de edema moderado del miembro superior en pacientes sometidas a disección axilar, 4% de infecciones de la herida operatoria, 2% de mastalgias post tumorectomía seguida de irradiación.

Los resultados cosméticos han sido excelentes a buenos en el 86% de los casos, cifras idénticas a las obtenidas por Recht y col.⁽¹⁸⁾. El resultado cosmético está en relación inversa a la magnitud de la resección y de la disección axilar. En general, utilizando las técnicas de radiación recomendadas, la radioterapia no es un factor negativo en el resultado cosmético.

Las pacientes tratadas conservadoramente tendrán una imagen corporal más positiva y menor temor a una recidiva⁽²⁵⁾. Estos hallazgos fueron confirmados en el Hospital Pereira Rossell donde se observó también una menor incidencia de estados depresivos y ansiosos y trastornos de la sexualidad que en las pacientes tratadas por mastectomía radical⁽¹⁵⁾. Otros estudios muestran, sin embargo que no se observan alteraciones psicopatológicas severas en pacientes psicológicamente sanas luego de la mastectomía radical⁽²⁶⁾, o que estas alteraciones severas ocurren en el 39% de los casos⁽²⁷⁾.

INDICACIONES Y CONCLUSIONES

El tratamiento conservador está indicado en toda paciente con lesiones T1-2, con ganglios axilares negativos o de pequeño tamaño, capaces de someterse a un seguimiento prolongado, y especialmente en aquellas en que los factores cosméticos o psicológicos sean importantes. Está contraindicado en el embarazo, en la gigantomastía, en las mamas muy pequeñas, en los carcinomas mamográficamente multicéntricos, en los que la mamografía demuestre extensiones intra-

mamarias importantes, y en los que la excisión del tumor primario haya dejado lesión macroscópica en la mama.

Los estudios randomizados y prospectivos han demostrado que los resultados del tratamiento para los estadios I y II son similares en cuanto a la sobrevida libre de enfermedad para la mastectomía radical como para la cirugía parcial seguida de radioterapia, pero que este último tiene un mejor resultado cosmético y psicológico. La probabilidad de recidiva local a los 5 años es de alrededor de 7%. El 50% de estos pacientes van a curar con la cirugía de rescate.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMALRIC R., SANTAMARIA F., ROBERT F. y col. — Radiation therapy with or without primary limited surgery for operable breast cancer. A 20 year experience at the Marseilles Cancer Institute. *Cancer* 49:30-4. 1982
2. BAEZA M.R., ARRAZTDA J., SOLE J. y RODRIGUEZ R. — Conservative surgery followed by radical radiotherapy in the management of stage I carcinoma of the breast. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 8:1775-80. 1982
3. CLARKE D.H., LE, M.G. y SARRAZIN D. y col. — Analysis of local-regional relapses in patients with early breast cancers treated by excision and radiotherapy: Experience of the Institut Gustave Roussy. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 11:137-45. 1985
4. PIERQUIN B., OWEN R., MAYLIN C. y col. — Radical radiation therapy of breast cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 6:17-24. 1980.
5. SCHNITT S.J., CONNOLLY J.L., SILVER B. y col. — Updated results on the influence of pathological features in treatment outcome in stage I and II breast cancer patients treated by primary radiation therapy. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. (Suppl. 1 Abstr.)*, 11:104-15. 1985
6. SPITALIER J.M., GAMBARELLI J., BRANDONE H. y col. — Breast-conserving surgery with radiation therapy for operable mammary carcinoma: A 25-year experience. *World J. Surg.* 10:1-7. 1986
7. MADDOX W.A., CARPENTER J.T., LAWS H.L. y col. — A randomized prospective trial of radical (Halsted) mastectomy versus modified radical mastectomy in 311 breast cancer patients. *Ann. Surg.* 198:202-12. 1983
8. MARTIN J.K., van HEERDEN J.A., TAYLOR W.F. y GAFFEY T.A. — Is modified radical mastectomy really equivalent to radical mastectomy in treatment of carcinoma of the breast? *Cancer* 57:510-5. 1986
9. TURNER B., SWINDELL R., BELL W.G.T. y col. — Radical versus modified radical mastectomy for breast cancer. *Ann. R. Coll. Surg. England.* 63:239-43. 1981
10. LEBORGNE F. — Radioterapia del cáncer mamario. En avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Congreso Uruguayo de Ginecología. 8º, 1983 (inédito)
11. LEBORGNE F., LEBORGNE J.H., BARLOCCI L.A., ORTEGA B y DOLDAN R. — El valor de la radioterapia en el tratamiento del cáncer de mama no avanzado. En: Leborgne, F. ed., *Cáncer de Mama: Estado actual y aspectos en controversia*. Montevideo, Poligraf, 1986. p. 45.

12. KAPLAN E.L. y MEIER P. — Non parametric estimation from incomplete observations. *J. Am. Stat. Assoc.* 53:457-82. 1958
13. AMALRIC R., BOJARSKI R., BURMEISTER R. y SPITALIER J.M. — Radioterapia curativa exclusiva de los cánceres de mama. En: Viola, A. y Muse, I., ed., *Cáncer de Mama*, Montevideo Div. Gral. de Extensión Univ., 1981.
14. LARSON D., WEINSTEIN M., GOLDBERG I y col. — Edema of the arm as a function of the extent of axillary surgery in patients with stage I-II carcinoma of the breast treated with primary radiotherapy. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 12:1575-82. 1986.
15. ORIBE M.J. y LEBORGNE J.H. — Estudio psicológico post-tratamiento del cáncer de mama. Comunicación oral, 1987.
16. BRADBEEER J.W. — Primary tamoxifen treatment of breast cancer in elderly women. En: *Anti-oestrogens in oncology. Past, present and prospects*, Amsterdam Excerpta Medica. p. 139. 1985.
17. HELLEBERG A. y LUNDGREN B. — "Nolvadex" as primary treatment in small breast cancers in elderly patients. *Rev. Endocrine-related cancer. ICI Pharm. Div. (Suppl. 17):* 151. 1985
18. RECHT A., CONNOLLY J.L., SCHNITT S.J. y col. — Conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer: Results, controversies and unsolved problems. *Sem. Oncol.* 13:434-49. 1986.
19. FISHER B. y WOLMARK N. — Conservative surgery: The American experience. *Sem. Oncol.* 13:425-33. 1986.
20. HARRIS J.R., RECHT A., AMALRIC R. y col. — Time course and prognosis of local recurrence following primary radiation therapy for early breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2:37-41. 1984.
21. HAAGENSEN C.D. — *Diseases of the Breast*. 2ª ed. Philadelphia. Saunders, 1971.
22. VALAGUSSA P., BONADONNA G. y VERONESI U. — Patterns of relapse and survival following radical mastectomy. Analysis of 716 consecutive patients. *Cancer* 41:1170-8. 1978.
23. BECK T.M., HART N.E., WOODARD D.E., y col. — Local or regionally recurrent carcinoma of the breast. Results of therapy in 121 patients. *J. Clin. Oncol.* 1:400-5. 1983.
24. BEDWINEK J.M., FINEBERG B., LEE J. y col. — Analysis of failures following local treatment of isolated local-regional recurrences of breast cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 7:581-5. 1981.
25. BARTELINK H., VAND DAM F. y VAN DONGEN J. — Psychological effects of breast conserving therapy in comparison with radical mastectomy. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 11:381-5. 1985
26. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF BREAST CANCER STUDY GROUP. Psychological response to mastectomy. *Cancer* 59:189-96. 1987
27. MAGUIRE G.P., LEE E.G., BEVINGTON D.J. y col. — Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *Br. Med. J.* 6.118:963-5. 1978