

Cáncer de mama

Tratamiento conservador

Comunicación preliminar

Dres. Graciela Sabini, Ignacio Musé,
Roberto Notejane, Alberto Viola y Graciela Pees.

Se analizan 45 casos de cáncer de mama estadios I y II, tratados con procedimientos conservadores. Las pacientes fueron seleccionadas de un total de 894 casos procedentes del área de la asistencia médica colectivizada, asistidas y controladas por el mismo equipo médico durante un periodo de hasta 8 años.

Recibieron cirugía conservadora 28 casos, con una edad media de 57 años. En todos los casos se practicó vaciamiento axilar, en el 82% se realizó cuadrantectomía y en el 18% se practicó tumorectomía. Sistemáticamente las pacientes fueron irradiadas en el postoperatorio, y en el grupo que tenía ganglios axilares comprometidos se agregó tratamiento sistémico.

No fueron operados 17 casos, con una media de edad de 78 años, siendo todos tratados con hormonoterapia, y en el 59% de los casos con radioterapia local-regional.

Se presentan los resultados terapéuticos preliminares, haciendo énfasis en los fracasos observados y en la cautela con que se deben aplicar estos procedimientos en nuestro medio.

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

SUMMARY: Breast cancer. Conservative treatment.

45 cases of breast cancer, stages I and II, treated with conservative procedures are analysed. Patients were

Presentado ante el 37° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. Noviembre de 1986.

Prof. Adjunto y Prof. Agregado de Oncología, Médico, Prof. Adjunto de Oncología y Médico.

Dirección: Rivera 5079, Montevideo (Dra. G. Sabini).

Departamento de Oncología, CASMU.

selected from a group of 894 cases derived from the area of socialized medicine, assisted and controlled by the same medical group in a period of up to 8 years.

28 cases with an average of 57 years old, received conservative surgical procedures. Axillary node dissection was done in all the cases, 82% received a quadrantectomy and in 18% a lump resection was performed. All patients received roentgentherapy postoperatively and in the group with positive axillary nodes, chemotherapy was added.

17 patients weren't operated on, with an average of 78 years old, and all received hormonal therapy and in 59% of them local and axillary roentgentherapy were applied.

Preliminary results are presented, stressing the pitfalls observed and the caution these procedures have to be applied with in our milieu.

RESUME: Cancer du sein. Traitement conservateur. Communication préliminaire.

On analyse 45 cas de cancer de sein, aux stades I et II, traités avec des procédés conservateurs. Les malades furent sélectionnées parmi un total de 894 cas appartenant à la assistance médicale collectivisée, traitées et contrôlées par le même équipe médicale pendant une période de jusqu'à 8 ans.

28 cas, avec une moyenne d'âge de 57 ans, furent traités avec chirurgie conservatrice. Dans tous les cas on a pratiqué l'ablation des ganglions axillaires; dans le 82% quadrantectomie et dans 18% ablation de la tumeur. De façon systématique les patients ont reçu traitement radiothérapique et en ajoutant un traitement chimiothérapique à celles qui avaient une participation des ganglions axillaires.

17 cas avec une moyenne d'âge de 78 ans n'ont pas été opérés et furent traités avec hormonothérapie et dans 59% des cas avec radiothérapie préliminaires sont présentés, en soulignant les échecs observés et la précaution avec laquelle il faut employer ces procédés dans notre milieu.

INTRODUCCION

Si bien hace más de 50 años se han propuesto tratamientos conservadores para el cáncer de mama⁽¹⁾, es en los últimos 15 años que esta conducta se ha afianzado. En ello ha influido, en forma decisiva, el mejor conocimiento de la historia natural de esta enfermedad y la mayor eficacia de los procedimientos de irradiación, tanto con fuentes externas como intersticiales. En la actualidad son numerosas las series europeas y americanas que presentan resultados terapéuticos a largo plazo^(2,3,4). Todas ellas concuerdan en afirmar que los tratamientos del cáncer mamario en estadios iniciales realizados con procedimientos quirúrgicos que conservan la mama y asociados con irradiación, tienen resultados semejantes a los logrados con la mastectomía radical; tanto en lo que se refiere al intervalo libre de enfermedad como a la sobrevida total.

No obstante lo anterior, se debe ser muy cuidadoso en la extrapolación de resultados terapéuticos internacionales a nuestro país.

Esta comunicación preliminar presenta nuestra experiencia sobre el tema, a propósito de 45 pacientes.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 849 casos de cáncer mamario tratados en el área de la asistencia médica colectiva, durante un período máximo de 8 años.

Se seleccionaron las pacientes sometidas a tratamiento conservador, en los estadios I y II. Con este criterio se analizaron 45 casos (5.3% del total), de los cuales 17 (38%) no fueron operadas y 28 (62%) fueron sometidas a tratamientos quirúrgicos conservadores.

Todas las pacientes fueron seguidas por el mismo equipo médico y los resultados se analizaron en función del estadio.

En la Tabla 1 se muestran las características de la población analizada.

Los tratamientos loco-regionales y sistémicos efectuados se muestran en la Tabla 2.

RESULTADOS

La Tabla 3 muestra la sobrevida de las pacientes en los grupos de enfermas operadas y no operadas.

En la Tabla 4 se presentan, para cada grupo, los fracasos de los tratamientos y sus complicaciones.

En los 4 casos recidivados del grupo de pacientes operadas, hubo 2 cirugías de rescate (una mastectomía radical y una tumorectomía), recibiendo todas tratamiento sistémico. Actualmente, se encuentran dos pacientes en cura clínica y las otras dos, vivas con enfermedad.

Los tres casos recidivados del grupo de pacientes no operadas fueron tratadas: una con tumorectomía de rescate, y todas con hormonoterapia. En la actualidad una paciente está en cura clínica, otra viva con enfermedad y otra fallecida de causa no oncológica.

Uno de los casos recidivados del grupo de pacientes operadas, presentó concomitantemente con la recidiva, metástasis óseas diseminadas, con un intervalo libre de enfermedad de un año. Recibió poli quimioterapia, estando en el momento actual viva con enfermedad.

En otra paciente, a los 26 años del tratamiento inicial, se observó la aparición de un nuevo tumor en la misma mama y un año después un cáncer en la mama contralateral. Esta paciente se encuentra actualmente en cura clínica.

Hasta el presente, se observaron 3 muertes en el grupo de enfermas no operadas. Las 3 fueron de causa cardiovascular, estando 2 de ellas en cura clínica y otra con enfermedad oncológica.

En todos los casos los resultados cosmiéticos de los tratamientos realizados fueron entre aceptables y buenos.

DISCUSION

El número de tratamientos conservadores, particularmente los quirúrgicos, es muy bajo dado que en nuestro medio esta conducta no está plenamente aceptada.

El grupo de enfermas no operadas corresponde a una población añosa que se beneficia de tratamientos conservadores no quirúrgicos, como consecuencia de su particular biología tumoral⁽⁵⁾ (hormonosensibilidad) y la limitada expectativa de vida por razones no oncológicas. Este último hecho se hace evidente en esta casuística, donde las tres muertes se debieron a causas cardiovasculares, con sobrevidas entre 14 meses y 5 años.

El tratamiento en este grupo fue sistemáticamente la hormonoterapia, acompañada o no de radioterapia.

El grupo de las enfermas operadas corresponde a pacientes de menor edad, con predominio de los estadios I, situación inversa a la que acontece en el grupo de las no operadas.

En los casos operados predominó la cuadrantectomía sobre la tumorectomía, ambas situaciones con vaciamiento axilar.

La radioterapia fue el complemento sistemático de la cirugía, con excepción de 3 casos, cuyas características figuran en la Tabla 2. El tratamiento sistémico complementario se realizó sólo en el estadio II (ganglio axilar positivo) y en tal situación se indicó antiestrógenos en la post-menopausia y CMF en la pre-menopausia, siguiendo criterios ampliamente aceptados^(6 7).

De las 28 pacientes operadas, 26 (93%) se encuentran en cura clínica, con sobrevividas en períodos variables, descritos en la Tabla 3. Predominan en este grupo los seguimientos menores de un año, como consecuencia del incremento reciente de enfermas sometidas a tratamientos quirúrgicos conservadores. Dentro de este grupo sólo 2 pacientes (7%) están vivas con enfermedad, con una sobrevivida entre 1 y 2 años.

A pesar que el número de casos analizados es escaso, a igual tiempo de seguimiento, se destaca que el porcentaje mayor de las pacientes en cura clínica pertenece al grupo de enfermas operadas (26/33: 79%). Esto es consecuencia del alto índice de fracasos terapéuticos loco-regionales en la población no operada (7/17: 42%).

Tabla 1

CANCER DE MAMA

TRATAMIENTO CONSERVADOR. POBLACION

	Operadas	No operadas
N (45)	28	17
Edad (años)		
x	57	78
rango	26 -80	60 -89
Estadio		
I	21	7
II	7	10

Tabla 2

CANCER DE MAMA

TRATAMIENTO CONSERVADOR. INICIAL

	Estadios	Operadas		No operadas	
		I	II	I	II
N = 45		21	7	7	10
CIRUGIA**					
- cuadrantectomía		18	5		
- tumorectomía		3	2		
RADIOTERAPIA***		18*	7	2	8
HORMONOTERAPIA +,		2*	3	7	10
QUIMIOTERAPIA + +			4		1

El caso restante no recibió trat. complementario por ser un microcarcinoma del prolongamiento mamario axilar.

Incluye vaciamiento axilar.

Cobaltoterapia de la mama y de las regiones ganglionares satélites.

+ Tamoxifeno 20 mg/día.

+ + Ciclofosfamida, Metotrexate y 5 Fluoracilo (CMF).

Tabla 3

CANCER DE MAMA

TRATAMIENTO CONSERVADOR. EVOLUCION

Sobrevida (meses)	Operadas		No operadas	
	CC	CE	CC	CE
0 - 12	13		1	4
13 - 24	6	2	2	2
25 - 36	1		2	
37 - 48	2			
49 o más	4		2	1
TOTAL	26	2	7	7

CC: Cura clínica

CE: Viva con enfermedad

De las complicaciones se destaca la neumonitis rádica en 3 (9%) de las pacientes irradiadas, lo que corresponde con la frecuencia esperada para estas situaciones.

Nuestra casuística tiene pocos casos y seguimiento corto, con lo cual no se puede establecer comparaciones de resultados con otras series. La experiencia controlada, con un gran número de casos y seguimientos prolongados, definirá en el futuro si los procedimientos quirúrgicos conservadores son aplicables a nuestro medio.

Mientras tanto, la decisión de practicar esta conducta debe quedar restringida a grupos multidisciplinarios con capacidad de seguimiento estricto y en todos los casos con el consentimiento de la paciente, debidamente informada.

Tabla 4

CANCER DE MAMA

**TRATAMIENTO CONSERVADOR.
FRACASOS TERAPEUTICOS**

	Operadas	No operadas
N = 45	28	17
No esterilización		4 (24%)
Recidiva	4 (14%)	3 (18%)
Metástasis	1	
Cáncer contralateral	1	
Neumonitis r�dica	1	2
Muertes		3

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DANOFF B., HALLER D., GLICK J., GOODMAN R. — Conservative surgery and irradiation in the treatment of early breast cancer. *Ann. Intern. Med.* 1985, 102: 634.
2. SPITALIER J.M., BURMEISTER R., BOJARSKI R., AMALRIE R. — Cirugía conservadora primaria. Técnicas. Resultados, Indicaciones. En: Viola, A y Mus  I. ed. - Cáncer de mama. Montevideo, División Publicaciones de la Universidad de la República, 1981. t.2, p.3.
3. VERONESI V., COSTA A. — The role of surgery in the management of primary breast cancer. *Cl n. Oncol.* 1982, 1: 853.
4. FISHER R., BAUER M., MARGOLESE R. y col. — Five-year results of a randomized and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *New Engl. J. Med.* 1985, 312: 666.
5. SABINI G., GAROFALO E., MARTINO I., PELUFFO J. — Receptores hormonales en el cáncer mamario. *Cl n. Ginecol. Obstet. Perinatol.* 1985, 2: 227.
6. MUSE I., VIOLA A., SABINI G. — Tratamientos sist micos complementarios. *Cl n. Ginecol. Obstet. Perinatol.* 2: 349, 1985.
7. Consensus Conference "Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer". *JAMA* 1985, 254: 3461.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

TIEMPO DE APARICION DE LA RECIDIVA LOCAL POST-CIRUGIA CONSERVADORA Y RADIOTERAPIA PARA EL CANCER NO AVANZADO DE MAMA.

A. Recht, W. Silen, S.J. Schnitt, et al. Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys. 255-261, 15, 1988. Se estudiaron 607 pacientes con cáncer de mama estadios I y II tratados conservadoramente en la Universidad de Harvard. El riesgo acumulado de recidiva local fue de 10% a los 5 años y de 16% a los 10 años. El porcentaje de riesgo por año aumentó durante los 2 primeros años postratamiento, fue bastante constante entre los 2 y 6 años (2.5%/año) y disminuyó a 1%/año a los 8 años. La mayor parte de los fracasos locales fue en el área del tumor primario o sus proximidades con una media de aparición luego de 38.5 meses. Los fracasos alejados del tumor primario ocurrieron luego de una media de 64.5 meses. El riesgo actuarial de recidiva local fue de 33% a los 10 años cuando había componente intraductal importante vs 8% cuando esta estaba ausente. La recidiva local fue independiente de la estadificación axilar. El estudio confirma la necesidad de períodos largos de seguimiento postratamiento conservador mediante el examen físico y la mamografía para realizar un tratamiento de salvataje adecuado en forma precoz.

Dr. F. Leborgne

RESULTADOS DE EXCISION AMPLIA POR RECIDIVA LOCAL MAMARIA LUEGO DE TRATAMIENTO CONSERVADOR

J.M. Kurtz, R. Amalric, H. Brandone, et al. Cancer 1969-1972, 61, 1988. De 1.245 pacientes tratados con cirugía conservadora y radioterapia por carcinoma de mama estadios I y II en el Instituto Paoli-Calmette de Marsella, 118 requirieron una segunda intervención por recidiva localizada en la mama tratada. 52 de estos 118 fueron seleccionados para tratamiento de rescate por excisión amplia con o sin disección axilar, en lugar de recurrir a la mastectomía. Con una media de observa-

ción de 6 años, la sobrevida relativa actuarial (Kaplan-Meier) luego del tratamiento de la recidiva fue de 79% a los 5 años y de 64% a los 10 años. La probabilidad de control local en la mama tratada luego de la cirugía conservadora de salvataje fue de 79% a los 5 años. De 12 pacientes que desarrollaron una segunda recidiva local o regional, 10 pudieron ser tratados con nueva cirugía. Los autores concluyen a partir de esta experiencia que la cirugía local es una alternativa adecuada a la mastectomía para recidivas localizadas en la mama que son móviles, menores de 2 cm y sin signos de crecimiento rápido.

Dr. F. Leborgne,
traducción del resumen del autor

CARCINOMA LOBULAR IN SITU DE MAMA

E.R. Frykberg, F. Santiago, W.L. Betsill y P.H. O'Brien Surg. Gynecol. & Obstet. 164, 285, marzo 1987. Excelente revisión del tema en 16 páginas. El CLIS de mama es una entidad patológica definida que se encuentra en 2.5% de las biopsias de mama, especialmente en pacientes premenopáusicas. El diagnóstico es virtualmente incidental debido a la ausencia de signos clínicos y mamográficos. La edad temprana de las pacientes implicaría una etapa de transición entre tejido benigno y maligno. Pero muchos autores lo ven como un marcador de aumento de riesgo de cáncer invasor en todo el tejido mamario genéticamente idéntico, tal como puede ser considerada la existencia de una historia familiar de cáncer o un cáncer controlateral. La hiperplasia lobular atípica (benigna) puede confundirse histológicamente con CLIS. A pesar de que el CLIS da origen a carcinoma lobular infiltrante con una frecuencia 18 veces mayor, la forma más frecuente de carcinoma invasor post CLIS es la ductal. El pronóstico de las formas invasoras es más favorable post CLIS. El tratamiento del CLIS es todavía controversial. Hay tres posibilidades terapéuticas: mastectomía ipsilateral con biopsia controlateral, mastectomía bilateral u observación sin tratamiento. Esta última posición es más popular últimamente coincidiendo con una política de cirugía más conservadora para los carcinomas invasores, el concepto de que no todas las pacientes van a desarrollar un cáncer invasor post CLIS y de que puede establecerse un procedimiento estricto de control clínico mamográfico de la paciente.

Dr. F. Leborgne