

TRATAMIENTO DE CONSERVACIÓN EN CÁNCER DE MAMA

Rolando Sánchez

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar los resultados de la cirugía de conservación asociada a la radioterapia como tratamiento primario del cáncer de mama estadios I y II. **LUGAR:** Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud. **DISEÑO:** Estudio clínico retrospectivo descriptivo observacional. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de 110 casos de carcinoma infiltrante de mama en estadios clínicos I y II atendidos entre enero de 1986 y diciembre de 1997. **RESULTADOS:** La edad varió mayormente entre 40 y 59 años. En 59% de los casos, el tamaño del tumor fue T1, principalmente T1c, con 87% de casos con estado ganglionar N0, número de ganglios 0 en 69%, 52% estadio clínico I y 46% estadio II. Se practicó tumorectomía en 90% de los casos y cuadrantectomía en 10%, con resultado cosmético satisfactorio en 90%. Se encontró carcinoma ductal infiltrante en 84% y lobulillar infiltrante en 7%. Hubo recurrencia en 6/110 casos (5%). Las complicaciones fueron escasas, en especial edema de brazo en 18%, seroma 9% y radio epidermitis 36%. **CONCLUSIONES:** Se observa los resultados favorables de la cirugía de conservación y radioterapia, para cáncer de mama estadios I y II, similares a los de mastectomía radical, siendo plenamente justificada como tratamiento de elección para carcinomas pequeños.

Palabras clave: Cáncer de mama, carcinoma de mama, cirugía de conservación de mama, radioterapia en cáncer de mama, tumorectomía, mastectomía radical.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46: 59-64

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the results of conservative surgery associated to radiotherapy for breast cancer primary treatment stages I and II. **SETTING:** Gynecology Oncology

Service of EsSalud Edgardo Rebagliati Martins Nacional Hospital. **DESIGN:** Clinical retrospective observational study. **MATERIAL AND METHODS:** Study of 110 cases of breast infiltrative carcinoma stages I and II attended between January 1986 and December 1997. **RESULTS:** Age varied mainly between 40 and 59 years. In 59% of cases, tumor size was T1, mainly T1c, with 87% ganglionar stage N0, lymph node number 0 in 69% of cases, 52% clinical stage I and 46% stage II. Tumorectomy was done in 90% of cases and quadrantectomy in 10%, with satisfactory cosmetic results in 90%. Infiltrative ductal carcinoma was found in 84% and infiltrative lobulillar in 7%, with recurrence in 6 of 110 cases (5%). Complications were rare, specially arm edema in 18%, seroma 9% and radio epidermitis 36%. **CONCLUSIONS:** We found favorable results of surgical conservation and radiotherapy for breast cancer stages I and II, similar to those of radical mastectomy, and is plainly justified as elective treatment for small carcinomas.

Key words: Breast cancer, breast carcinoma, conservative surgery of breast, radiotherapy in breast cancer, tumorectomy, radical mastectomy.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46: 59-64

INTRODUCCIÓN

Está plenamente establecido que la combinación de cirugía de conservación y radioterapia es un método apropiado de tratamiento primario para la mayoría de mujeres con cáncer de la mama en estadios I y II.

Nosotros publicamos nuestras primeras experiencias -(40 casos)- en 1995¹. Desde aquel año hasta junio de 1998, nuestra casuística se ha incrementado a 150 casos.



MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realiza en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" del IPSS (actualmente EsSalud). Se inició en enero de 1986 y se continúa en la actualidad.

Presentamos el análisis de 110 casos de carcinoma infiltrante de mama, en estadios clínicos I y II (T1-2, NO-1, NO-1, MO).

Hasta junio de 1998, hemos realizado este tipo de tratamiento en 150 casos, pero sólo presentaremos nuestros casos hasta diciembre de 1997 (110 casos). Inicialmente hacíamos cuadrantectomía (enero 86 a setiembre 91) y desde octubre del 91, todos nuestros casos son tratados con tumorectomía.

Toda paciente es evaluada clínica y radiológicamente y el estudio comprende examen físico general y preferencial, mamografía bilateral, radiografía de pulmones, *survey* óseo, hemograma, glicemia, creatinina, pruebas de función hepática.

Se confirma el diagnóstico con biopsia aspiración y/o biopsia congelación.

Los criterios que tenemos para decidir este tipo de tratamiento son²:

- a. Deseo de la mujer de conservar su mama, el más importante.
 - b. Diámetro del tumor: Consideramos hasta 4 cm de diámetro tumoral. Los tumores de 4 cm son aceptados a condición de que el tamaño de las mamas permitan obtener un buen resultado cosmético.
 - c. Sitio del tumor: No modifica los resultados de la cirugía de conservación y radioterapia.
 - d. Bordes quirúrgicos: La mayoría de estudios exige una ablación local amplia y la extirpación del tumor con 1 ó 2 cm de tejido mamario vecino, con el fin de que no quede células neoplásicas en los bordes (bordes limpios).
 - e. Recomendaciones quirúrgicas:
 - Este tipo de tratamiento destaca la importancia enorme del cirujano para mejorar los resultados estéticos, llevar al mínimo la tasa de recidiva local y llevar al máximo la satisfacción de la paciente.
 - Debemos siempre cuidar la estética. Las incisiones deben ser arqueadas, seguir las líneas de Langer de tensión cutánea en el seno y hacerse directamente sobre el tumor. No es aconsejable eliminar piel.
 - El cuidado de la hemostasia es esencial y no es necesario dejar dren.
 - Para obtener una adecuada evaluación patológica, es necesario señalar el espécimen, para una correcta orientación y marcar los márgenes de resección.
 - f. Disección axilar: Si bien la disección axilar no agrega ventaja alguna a la supervivencia, es necesaria para definir la etapa tumoral y lograr control local y evaluar el pronóstico. Se practica una incisión horizontal, independiente de la incisión de la mama, siguiendo el surco axilar.
 - g. Radioterapia: La radioterapia da radicalidad al tratamiento, generalmente se inicia 2 a 4 semanas después de la cirugía primaria. La radioterapia postoperatoria a la cirugía conservadora consiste en el tratamiento a toda la mama, utilizando campos tangenciales. Se aplica dosis de 5000 cGy en un lapso de cinco semanas (200 cGy / fracción); seguidas de una dosis de refuerzo al lecho tumoral, hasta completar 6000 cGy, como dosis total. La dosis adicional asegura que la región con mayor peligro de recurrencia reciba la dosis máxima. No aplicamos radioterapia a la axila, ni a la región supraclavicular.
 - h. Terapia adyuvante: En los casos que sea necesario, se emplea terapia adyuvante, en metástasis axilares, émbolos tumorales en los vasos, poca respuesta linfocitaria. Usamos dos esquemas terapéuticos: CMF (ciclofosfamida, metotrexato, 5-fluorouracilo) ó FAC (5-fluorouracilo, adriamicina y ciclofosfamida).
- La quimioterapia se administra preferentemente a las mujeres premenopáusicas. En las posmenopáusicas usamos generalmente hormonoterapia: tamoxifeno 30 mg/d; durante 3 a 5 años.
- i. Complicaciones:
 - Pueden ser quirúrgicas: hematoma, infección, dehiscencia, seroma.
 - También pueden ser producto de la radioterapia:



- Fibrosis leve y retracción del seno tratado, con cambios en la pigmentación de la piel y aréola.
- Sequedad de la piel y aréola.
- Neumonitis.
- Pericarditis.
- Oclusión de arteria subclavia.
- Inducción de segundos cánceres, incluyen leucemias que aparecen en los primeros años después del tratamiento, así como carcinomas y sarcomas mamarios, que aparecen después de un período de latencia de 5 años como mínimo.

j. **Vigilancia:** Las personas tratadas con cirugía de conservación y radioterapia por carcinoma de mama están en peligro de sufrir recidivas en el mismo seno y también de presentar un nuevo primario en la mama contralateral.

La exploración física y mamográfica se complementan mutuamente en la detección de recidivas.

k. **Resultados cosméticos:** Estos pueden ser:

- Excelente: Mamas de contornos normales y sin cambios en la piel.
- Satisfactorio: Pequeña deformidad o moderada despigmentación, telangiectasia, edema o incremento en la consistencia de la mama.
- Regular: Deformidad significativa de la mama. Distorsión y telangiectasia.
- Pobre: El aspecto cosmético no es aceptable, linfedema del brazo ipsilateral, evaluado como ligero o moderado.

Tabla 1. Frecuencia por años

Año	N	%
1985	1	0,9
1986	3	2,7
1987	0	0,0
1988	1	0,9
1989	2	1,8
1990	0	0,0
1991	7	6,4
1992	7	6,4
1993	11	10,0
1994	11	10,0
1995	21	19,0
1996	23	20,9
1997	23	20,9

Tabla 2. Estadío clínico

Estadio	N	%
• I	57	51,8
• II a	45	40,9
• II b	6	5,4
• III a	1	0,9
• III b	1	0,9

RESULTADOS

Podemos observar en la Tabla 1 que progresivamente aumentamos nuestros casos, año a año.

En el grupo etáreo de 40 a 49 años, tenemos 38 casos (34,5%) y de 50 a 59 años, 31 casos (28,2%). Nuestra paciente más joven tuvo 29 años y la de mayor edad, 87 años. El cáncer de mama tiene su mayor incidencia a partir de los 40 años.

El tamaño del tumor de los 110 casos, 59% correspondió a T1 y de estos el T1c tuvo el mayor número de casos, 44 (40%), el T1b 17 casos (15%) y el T1a 4 casos (3,6%). En T2 tuvimos 43 casos (39,1%). Dos casos (T3 y T4) no aceptaron cirugía radical y además tenían riesgo quirúrgico alto, por lo que fueron tratados con cirugía de conservación y radioterapia.

Tuvimos 96 casos (87%) con NO y 14 (12%) casos con N1.

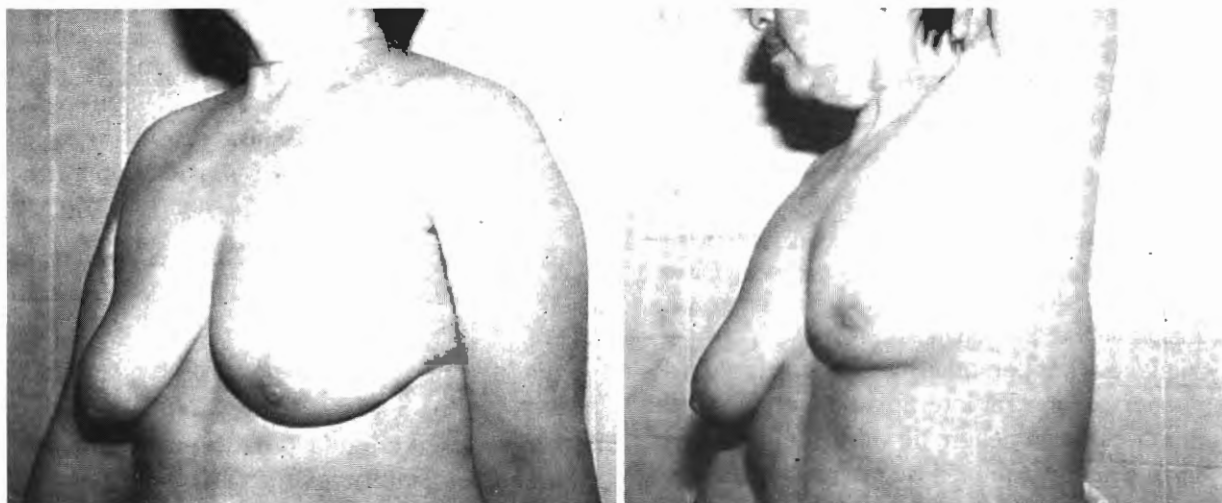
Al realizar el estudio patológico, nuestros NO disminuyeron a 68% (72 casos) y N1 aumentaron a 31% (33 casos).

En cinco casos no se hizo disección axilar por riesgo quirúrgico alto.

El número de ganglios nos sirve para evaluar el pronóstico de los casos. Actualmente disecamos

Tabla 3. Resultados cosméticos

Resultado cosmético	N	%
• Excelente	80	72,7
• Satisfactorio	19	17,3
• Regular	11	10,0
• Pobre	00	0,0
Total	110	100,0



Figuras 1 y 2.

los tres grupos ganglionares, pero, posiblemente en el futuro, sólo hagamos disección de los grupos 1 y 2.

No encontramos ganglios positivos en 72 casos (68%), de uno a tres ganglios positivos en 17 casos (16%) y más de cuatro ganglios en 16 casos (15%).

En cinco casos no se hizo disección axilar.

Al revisar el estadio clínico, 57 casos corresponden al estadio I, 51 al estadio II y 2 casos al estadio III, los últimos incluidos en nuestra casuística, por tratarse de casos de riesgo quirúrgico alto (Tabla 2).



Figuras 3.

Inicialmente hacíamos cuadratectomía, 11 casos (10%), desde enero 1986 hasta setiembre de 1991. Posteriormente, todos los casos tienen tumorectomía - 99 casos (90%).

El 90% tiene un resultado cosmético excelente o satisfactorio. Tabla 3 y Figuras 1 a 3.

Al analizar la Tabla 4, apreciamos que la mayor incidencia de tipo histológico corresponde al carcinoma ductal infiltrante (84%), hecho conocido en cáncer de mama.

De los 110 casos, han recurrido 6, que hacen un 5%, resultado comparable a la gran mayoría de series.

Nuestras recurrencias se presentaron después de 2 años del tratamiento inicial. Posteriormente fueron sometidas a cirugía de rescate, mastectomía total. Cinco de estas pacientes se encuentran vivas y libres de enfermedad, la más antigua tratada inicialmente hace 11 años (Tabla 5).

Tabla 4. Tipo histológico

Tipo histológico	N	%
• Ductal infiltrante	93	84,5
• Lobulillar infiltrante	08	7,3
• Medular infiltrante	03	2,7
• Papilar infiltrante	05	4,5
• Mucoide (coloide) infiltrante	01	0,9
Total	110	100,0



Tabla 5. Recurrencia y manejo

1. 2 a 7 m	Recurrencia local Cirugía 86 Recurrencias 88	Mastectomía total NEE
2. 6 a 10 m	Recurrencia local Cirugía 91 Recurrencias 97	Resección local CO60 NEE Hormonoterapia
3. 3 a 1m	Recurrencia local Cirugía 91 Recurrencias 94	Mastectomía total NEE QT adyuvante, por émbolos.
4. 2 a 3 m	Metástasis ósea Cirugía 94 Metástasis 96	Tamoxifeno NEE
5. 3 a 8m	Recurrencia local Cirugía 94 Recurrencias 97	Mastectomía total NEE
6. 2 a	Recurrencia local Cirugía 94 Recurrencias 96	Mastectomía total Metástasis múltiple Fallece en 2 a 8 meses.

Aquí sólo analizamos la sobrevida en 91 casos; no consideramos 19 casos por tener menos de un año de tratamiento inicial. De nuestros ocho casos fallecidos (8,8%), uno muere por enfermedad evolutiva, uno de leucemia mieloide aguda y seis de causas no neoplásicas.

Son escasas las complicaciones que hemos tenido y, cuando se presentaban, fueron leves. No hemos tenido complicaciones severas. Las más frecuentes fueron producto de la radioterapia.

Tabla 6. Complicaciones

Complicaciones	N	%
• Edema de brazo		
– leve	20	18,2
– moderado	0	0,0
• Seroma (leve)	10	9,1
• Infección axilar (leve)	5	4,5
• Dehiscencia de herida	0	0,0
• Infección de herida de mama	0	0,0
• Radio epidemitis		
– leve	40	36,4
– moderada	10	9,1
– severa	1	0,9
• Otra neoplasia (leucemia mieloide aguda)	1	0,9

DISCUSIÓN

Los resultados favorables del cáncer de mama, tratados con cirugía de conservación y radioterapia, son similares a los de mastectomía radical, lo que es sostenido por minuciosos estudios, tanto en forma retrospectiva, como de manera prospectiva.

Nuestros resultados a cinco años han demostrado que la cirugía de conservación más radioterapia están plena y ampliamente justificados como tratamiento de elección para carcinomas pequeños (T_1 y $T_2 \geq 4$ cm).

Nuestros resultados son comparables a los de la literatura internacional, que alcanzan sobrevida a cinco años, de 86 a 97% y a 10 años de 80 a 86%.

La edad no es contraindicación para este tipo de tratamiento; tanto las mujeres jóvenes como las de mayor edad desean conservar el seno.

El lugar del tumor no tiene relación con el tratamiento inicial, con las tasas de sobrevida ni con los resultados cosméticos.

La estadificación axilar es un procedimiento que debe ser realizado como un complemento indispensable de la tumorectomía y no olvidarse que el estado ganglionar; es decir, el compromiso o no y el número de ganglios metastásicos, es un factor pronóstico de gran significación.

Actualmente existe controversia si se disecciona los tres grupos ganglionares o sólo los niveles I y II. En la segunda opción, se disminuye las probabilidades de hallar metástasis y nos informa de la extensión y cantidad de ganglios positivos en forma restringida. Una disección axilar completa nos proporciona una información adicional mínima e incrementa las complicaciones.

No hemos encontrado segundos cánceres en la mama irradiada, lo que nos permite decir que, al menos dentro de los primeros cinco años después del tratamiento inicial, la irradiación intensa a la mama no aumenta el riesgo de nuevos cánceres.

La quimioterapia adyuvante ha sido señalada como un factor importante en la disminución de la recidiva local.

No encontramos otros estudios similares a nivel nacional; tal vez el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas tenga trabajos al respecto, por ser centro especializado, pero no han sido publicados.



CONCLUSIONES

1. Nuestros resultados muestran concordancia con otros estudios, donde la conservación de la mama es una alternativa de tratamiento para pacientes con cáncer de mama en T1 y T2 \geq 4 cm.
2. La cirugía de conservación con criterio oncológico, seguida de radioterapia, está plena y ampliamente justificada, como tratamiento de elección para carcinoma de mama T1 y T2 \geq 4 cm, independiente de su localización.
3. Es necesario realizar la disección de los tres grupos ganglionares axilares, para la correcta estadificación quirúrgica del estado ganglionar y definir correctamente la terapia adyuvante a seguir.
4. Para realizar un adecuado tratamiento con esta modalidad, debe existir un equipo multidisciplinario, integrado por oncólogos cirujanos, radioterapeutas, oncólogos clínicos anatomopatólogos y radiólogos.
Todo este equipo multidisciplinario y de calidad lo encontramos en el Hospital "Edgardo Rebagliati Martins", EsSalud.
A nivel nacional, sólo el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cuenta con un equipo similar.
5. El seguimiento radiológico con mamografía debe ser realizado en forma bilateral, el primer estudio a los 6 meses y posteriormente en forma anual.
6. El control clínico es necesario e indispensable.
7. Nuestras cifras de recidivas locales -5%- se ajustan a las publicadas por otros autores.

8. Nuestras tasas de sobrevida a 5 años llegan a 91%.
9. Las complicaciones que se presentan son mínimas y de poca importancia.
10. No hay trabajos similares en la literatura nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez R, Alvarez O. Tratamiento conservador en cáncer de mama. Rev Med IPSS 1996; 5-4: 18-22.
2. Manual de procedimientos técnicos de servicio de oncología ginecológica del Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins» del IPSS, Lima 1992.
3. Almaric R, Santamaría F, Robert F, et al. Radiation therapy with or without limited surgery for operable breast cancer. 1982; 49: 30.
4. Beadle GF, Silver BL, Botnick I. Cosmetic results following radiation therapy for early breast cancer. Cancer 1984; 54: 2911.
5. Clerke DH, Le M, Sarrazin D et al. Analysis of local regional relapses in patients with early breast cancers treated by excision and radiotherapy. Experience of the Institute Gustave Roussy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1985; 11: 137.
6. Fisher B, Welmark N. Limited surgical management for primary breast cancer. A commentary of the JNABP report. World J Surg 1985; 9: 682.
7. Veronesi U, Banti A, Del Vecchio M et al. Comparison of Halstead mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in early breast cancer: long term result. Eur J Cancer Clin Oncol 1985; 22: 1085.
8. Hernández G y col. Avances en Mastología. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1992.
9. Veronesi U. Nuevas tendencias en oncología. Rev Eur Sch Oncol 1994; 3 (1).
10. Journal of the National Cancer Institute. Consensus Development Conference on the treatment of early-stage Breast Cancer. NIP Publication, 1992; Vol. 11.
11. Cady B, Kirby B. Cáncer mamario. Estrategias para el decenio de 1990 Parte I y II. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol 4-5 1990. México: Interamericana.
12. Veronesi U, Volterrani F, Luini A, et al. Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. Eur J Cancer 1990; 26: 671-3.
13. Osborne MP, Ormiston N, Harmer CI, et al. Breast conservation in the treatment of early breast cancer. A 20-year follow-up. Cancer 1984; 53: 349-55.
14. Kevin PB. Breast conservation. Predictors and treatment of local recurrence. Sem Surg Oncol 1996; 12: 332-8.