

TRATAMIENTO PRESERVADOR DEL CÁNCER DE LA MAMA. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

LAURA BERGAMO, EFRÉN BOLÍVAR, ALÍ GODOY, NELLY CARRERO, LUIS BETANCOURT,
GABRIEL ROMERO, JOANNE SALAS, JUAN LEÓN

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI". CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: Experiencia de nuestra institución en tratamiento preservador del cáncer de mama, analizando cirugía preservadora en términos de recidiva local, sobrevida global y libre de enfermedad. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo durante 2004-2005, en pacientes sometidos a tratamiento preservador: la realización de mastectomía parcial oncológica con márgenes negativos, evaluación quirúrgica de axila mediante técnica del ganglio centinela o disección axilar, el tratamiento adyuvante con radioterapia, y quimioterapia en los casos que tuviesen indicación. **RESULTADOS:** 132 cirugías conservadoras. Edad media 51,49 años, Tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante (70,06 %), (85,94 %) fueron estadio I y II. La cirugía que más se realizó fue la mastectomía parcial oncológica más disección axilar (80 pacientes, 61,87 %). 10,6 % recibieron neoadyuvancia con quimioterapia. El promedio de ganglios obtenidos fue de 11,37, el 62,6 % estado patológico axilar 0. 50 % expresaron receptores de estrógeno y progestágenos positivos el 13,17 % sobre expresaron el Her2neu. 66,66 % recibió quimioterapia adyuvante, 79,84 % radioterapia adyuvante. 56,58 % terapia hormonal adyuvante, seguimiento 39,89 meses promedio. 88,88 % vivas libres de enfermedad, 2,22 % vivas con recaída local, 5,92 % viva con metástasis, 1,48 % viva con recaída local y metastásica 1,07 % muerta por enfermedad. El intervalo libre de enfermedad promedio fue de 25,8 meses y la sobrevida global a los 5 años de 98,24 %. **CONCLUSIONES:** El tratamiento preservador es una terapia primaria efectiva en casos de cáncer de mama estadio I y II.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, tratamiento, preservador, evolución.

Recibido. 12/08/2009 Revisado: 11/11/2009
Aceptado para publicación: 14/06/2010

SUMMARY

OBJECTIVE: Presented the experience in our institution in the conservative treatment of breast cancer, we analyzed the surgery, local recurrence, and the global super life, and the disease free survival. **METHOD:** These are a descriptive and retrospective study during 2004-2005 in patients underwent conservative treatment: Realize of partial oncology mastectomy with negative margins surgical evaluation of axillaries sentinel node technique or axillaries dissection. The adjuvant treatment with radiation therapy and chemotherapy when there are indicated in the patients. **RESULTS:** We realize 132 conservative surgery, median ages of patients were 51.49 histological type more frequent was ductal infiltrante carcinoma (70.06 %), (85.94 %) were stage I and II. The surgical more frequent were partial oncology mastectomy with axillaries dissection (80 patients, 61.87 %). 10.6 % received adjuvant chemotherapy. The average of finding nodes was 11.37, the 62.6 % pathological axillaries state were 0.50 % expression positive estrogen and progesterone receptors 13.17 % super expression of Her2neu. 66.66 % received adjuvant chemotherapy, 79.84 % adjuvant radiation therapy 56.58 % adjuvant hormonal therapy. Average vigilance was 39.89 months. 88.88 % alive free disease, 2.22 % alive with local recurrence, and 5.92 % alive with metastases. 1.48 % alive with local and metastasis recurrence 1.07 % dead for disease. The free interval of disease was 25.8 month and the global super life to 5 years 98.24 %. **CONCLUSIONS:** The conservative treatment is a primary and effective in breast cancer therapy for stage I and II.

KEY WORDS: Cancer, breast, treatment, preserved, evolution.

Correspondencia: Dra. Laura Bergamo. Urb. Vista Alegre calle 2. Edificio San Gaetano. Apto 20. Caracas, Venezuela. Tel. 0416725964. E-mail: laurabbrondon@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La cirugía preservadora de la mama es una alternativa en el tratamiento quirúrgico oncológico de la mama. Los criterios de inclusión para estas modalidades son la resección tumoral mamaria con márgenes sanos, resultado estético aceptable y la capacidad para administrar radioterapia⁽¹⁾. Se ha demostrado internacionalmente con múltiples estudios que existen resultados similares en supervivencia global comparados con los pacientes sometidos a cirugía radical, después de un largo período de seguimiento^(2,3). La radioterapia a la mama remanente después de la cirugía preservadora reduce significativamente la incidencia de recurrencia local ipsilateral^(2,3) por lo cual el tratamiento estándar actual implica ambas modalidades terapéuticas resultando además en una potencial mejoría en la supervivencia global. La detección de lesiones cada vez más pequeñas, el mejor conocimiento de la enfermedad, el uso de criterios anatomopatológicos que permiten identificar pacientes de riesgo, la implementación de terapias sistémicas y la radioterapia han permitido un cambio en la manera de tratar quirúrgicamente el cáncer de la mama, permitiendo una mayor cabida a la cirugía preservadora^(4,5).

El tratamiento preservador de la mama es una técnica adecuada como terapia primaria para la mayoría de los pacientes con estadios I y II⁽⁶⁾. Las pacientes candidatas a este tratamiento son aquellas con tumores menores de 5 cm, únicos, independientemente del tipo histológico⁽⁷⁾. Realizamos una revisión del tratamiento preservador del cáncer de mama en el Instituto de Oncología “Dr. Luis Razetti” durante el 2004-2005.

MÉTODOS

En este estudio clínico, descriptivo,

retrospectivo, analítico, no comparativo se revisaron las historias clínicas de 147 pacientes con carcinoma de mama sometidas a cirugía preservadora que fueron atendidas en el servicio de patología mamaria del Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti” de Caracas, entre 2004 y 2005.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de mama *in situ* o infiltrante confirmado por biopsia (o citología) de cualquier estadio clínico, obteniendo la información de seguimientos y datos en la historia clínica completos.

En todos los casos se incluyeron las siguientes variables: edad del diagnóstico, sexo, fecha de consulta, estadio de la enfermedad, lateralidad, reporte histológico completo, tipo de cirugía realizada, márgenes quirúrgicos, resultado estético de la cirugía definido como excelente cuando ambas mamas quedan iguales. Bueno donde se evidencia mínima diferencia entre ambas mamas. Aceptable hay obvia diferencia entre ambas mamas. Y pobre cuando hay disfuncionalidad y secuela estética en mama tratada⁽⁸⁾.

También se evalúa el tratamiento adyuvante con radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia, estatus de los receptores hormonales, estado actual.

Se considera recurrencia a la presencia de actividad tumoral locorregional o sistémica documentada por biopsia o imágenes (según el caso) posterior a la cirugía en un lapso mayor a 6 meses.

El intervalo libre de enfermedad es el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la aparición de enfermedad.

El tiempo de supervivencia incluye desde la fecha del diagnóstico hasta su última visita o muerte.

RESULTADOS

Se realizaron 132 cirugías conservadoras por cáncer de la mama. La edad media de los

pacientes fue 51,49 años (rango: 26-72). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante en 103 pacientes (70,06 %), seguido por el carcinoma lobulillar (6,8 %) y el carcinoma ductal *in situ* (4,76). El 48,48 % estuvo representado por el grado histológico y nuclear II. El 34,38 % fueron estadio IIA, mientras la mayoría de los pacientes (85,94 %) fueron estadio I y II. La cirugía que más se realizó fue la mastectomía parcial oncológica más disección axilar (80 pacientes, 61,87 %), seguido de la mastectomía parcial oncológica más ganglio centinela (22,44 %) y las mastectomías parciales radio localizadas (5,44 %). 10,6 % recibieron neoadyuvancia con quimioterapia, siendo la droga más usada la adriamicina (99 %). 64,9 % de los pacientes tuvieron buena respuesta a la neoadyuvancia. El nódulo con espícula se observó en el 63,26 %, y 12,92 % presentaron microcalcificaciones pleomórficas. 53,74 % presentó en el ultrasonido mamario un nódulo sólido de bordes irregulares. El 46,7 % tuvo un resultado estético bueno, solamente el 5,1 % un pobre resultado. El promedio de ganglios obtenidos en las disecciones axilares fue de 11,37, el 62,6 % tuvo un estado patológico axilar 0, y el 24,4 pN1. El 58,91 % expresaron receptores de estrógeno positivos, 48,83 % receptores de progestágenos positivos y el 13,17 % sobre expresaron el Her2neu.

El 66,66 % recibió quimioterapia adyuvante, a base de esquemas multidroga, mientras el 79,84 % recibió radioterapia adyuvante con una dosis convencional en todos los pacientes de 5 000cGy y 1 000 cGy de *boost* al lecho tumoral. 56,58 % recibió terapia hormonal adyuvante, principalmente tamoxifeno (66,39 %), seguido de letrozole (24,41 %) y anastrozole (10,16 %), como modalidad continúa en el 84,93 % y terapia *swiche* en el 12,32 %. El tiempo de seguimiento fue de 39,89 meses en promedio. El 88,88 % estaban vivas libres de enfermedad, 2,22 % vivas con recaída local, el 5,92 % viva con metástasis, 1,48 % viva con recaída local y metastásica y 1,07 % muerta por enfermedad. Se presentaron

5 recurrencias locales y 10 sistémicas. De los pacientes que presentaron metástasis 4 eran estadio I, 2 IIA, 2 IIB y 1 IIIA. El intervalo libre de enfermedad promedio fue de 25,8 meses y la sobrevida global a los 5 años de 98,24 %.

DISCUSIÓN

Los resultados del tratamiento preservador en cáncer de mama han sido ampliamente publicados, en el estudio (EBCTCG) se demostró que la tasa de recurrencia local y la supervivencia global a los 15 años de seguimiento después de cirugía preservadora de la mama seguida de radioterapia eran similares a las obtenidas después de mastectomía sola⁽⁸⁾. Los resultados estéticos satisfactorios han sido apreciados en casi todos los estudios realizados, aproximadamente del 65 % al 95 % de los pacientes presentan resultados buenos a excelentes. Para obtener los mejores resultados oncológicos y estéticos se deben tomar en cuenta una serie de factores como lo son: el tamaño y la localización del tumor primario, la relación mama-tumor, y las posibilidades de tratamiento neoadyuvante con quimioterapia como cito reductor e inclusive con respuestas patológicas completas.

La mayoría de los pacientes presentaron ganglios negativos en nuestro estudio, inclusive las que presentaron metástasis.

La supervivencia global obtenida y el intervalo libre de enfermedad son equiparables a los resultados reportados en otros trabajos. El tratamiento preservador es una terapia primaria efectiva en casos de cáncer de mama estadio I y II. Los resultados oncológicos y cosméticos dependen de la selección adecuada de pacientes.

REFERENCIAS

1. [No authors listed]. Practice guideline for the breast conservation therapy in the management of invasive breast carcinoma. J Am Coll Surg. 2007;205:145-161.

2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty- year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1233-1241.
3. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty- year follow up of a randomized study comparin breast- conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;347:1227-1232.
4. Halsted WS. The result of operations for the cure of cancer of the breast performed of Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Ann Surg.* 1894;20(5):497-555.
5. [No authors listed]. National Institute of Health Consensus Development Conference Statement. Treatment of the early stage breast cancer. *JAMA.* 1991;265:391-395.
6. Winchester JD, Cox J. Standards for breast conservation treatment. *CA Cancer J Clin.* 1992;42:134-136.
7. Winchester JD, Cox JD. Standards for diagnosis of invasive breast carcinoma. *CA Cancer J Clin.* 1998;48:83-107.
8. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, et al. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: An overview of the randomised trials. *Lancet.* 2005;366:2087-2106.