

IV. TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE MAMA NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE 53 CASOS

Dr. Hugo Benito Ferreira, Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Quirúrgica II, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
Jefe Sección Patología Mamaria, Hospital Central Mendoza, Argentina.

Dr. Daniel Oscar Ferreira, Residente 3^{er} año de Cirugía y Docente ad-honorem de la Clínica Quirúrgica II, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Guillermo Gil, Médico Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Central y Docente ad-honorem de la Cátedra de Clínica Quirúrgica II, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. José Emilio Muñoz, Residente 2^o año de Cirugía, Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se evalúan 53 pacientes con cáncer de mama localizado (T0, T1, ó T2 de menos de 3 cm y N0 ó N1), seleccionadas para *tratamiento conservador*, es decir, cuadrantectomía, vaciamiento axilar e irradiación. Este tratamiento se efectuó en 26,2 % de 203 pacientes operables, entre 1981 y marzo de 1988, en la Cátedra de Clínica Quirúrgica II, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y Sección Patología Mamaria, Hospital Central, Mendoza (Argentina). Se comenta el tipo histológico de cáncer, las metástasis axilares y el seguimiento de las pacientes. Dos pacientes con cáncer bilateral simultáneo se trataron bilateral y simultáneamente con este tipo de tratamiento. De 11 pacientes que llevan más de 3 años de tratadas, 10 viven sin evidencia de enfermedad y 1 está perdida de control.

SUMMARY

Fifty-three patients with localized breast cancer (T0, T1 or T2 of less than 3 cm in diameter, and N0 or N1) were selected for *conservative treatment*, that is, lumpectomy, axillary node dissection and radiotherapy. This treatment was performed in 26.2 % of the operable patients (203 patients), since 1981 up to march 1988 at the Cátedra Clínica Quirúrgica II, Faculty of Medicine, University of Cuyo, Mendoza (Argentina), and Sección Patología Mamaria, Hospital Central. The histological type of cancer, the axillary lymph node metastases, and the follow-up of the patients are commented. Two patients had bilateral simultaneous mammary cancers, and a bilateral simultaneous conservative treatment was performed. Over 11 patients with 3 or more years after treatment, 10 are alive without metastatic disease, and 1 patient is lost of follow-up.

INTRODUCCION

El tratamiento conservador en vistas a la curación del cáncer mamario ya es aceptado en la mayoría de los centros oncológicos del mundo. Los criterios de selección para este tratamiento, que evita la mastectomía, no son aún uniformes. En general se acepta este tratamiento en pacientes con tumores T1 y algunos T2 de no más de 3 a 4 cm, con N0 o N1. Se efectúa la extirpación del tumor con margen de unos 3 cm de tejido mamario sano (tumorectomía o cuadrantectomía), y vaciamiento axilar, casi siempre por otra incisión axilar estética. La irradiación posoperatoria es obligatoria y por ello la cirugía y la irradiación en su conjunto comprenden el *tratamiento conservador*. En el estadio I (ganglios axilares negativos) el *tratamiento conservador* está finalizado. En el estadio II (ganglios axilares metastásicos —más de 3 a 4—) se efectúa quimioterapia precaucional y recién después de ésta, el *tratamiento conservador* ha finalizado. Nosotros usamos para la quimioterapia precaucional o adyuvante el protocolo C.M.F. En el plan de irradiación posoperatorio hay *tendencia* cada vez más a no irradiar la axila, cualquiera haya sido el estadio, porque parece que no agrega mayor seguridad a una posible futura recidiva; pero sí favorece marcadamente la morbilidad del linfedema del miembro superior. En las pacientes con tumores receptores estrogénicos positivos (Re+) se agrega la hormonoterapia precaucional con antiestrógenos (Tamoxifeno) asociada o no a la quimioterapia.^(4,5)

Las escuelas que más contribuyeron a la difusión del *tratamiento conservador* fueron, como todos sabe-

mos, el Instituto Nacional del Cáncer de Milán, Italia (Veronesi); el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project: N.S.A.B.P. de Pittsburgh, Pennsylvania, EE. UU. (Fisher), y el Instituto de Tumores de Marsella, Francia (Spitalier).⁽⁴⁾

El mismo planteo terapéutico conservador que se hace en un caso seleccionado, puede realizarse si aparece otro cáncer en la mama no tratada, es decir, en el caso del *cáncer bilateral*.⁽⁶⁾ Kilgore, ya en 1921, observó que en la mastectomizada a medida que pasaban los años con frecuencia se desarrollaba otro *cáncer primario* en la mama restante (*cáncer bilateral sucesivo*), calculándolo en 7 a 10 de las pacientes operadas y que no habían desarrollado ni metástasis ni recidivas de su primera operación mamaria. Se sabe actualmente que el "riesgo de cáncer en la segunda mama" es entre 4 y 7 veces más frecuente que en las mujeres que no tuvieron *cáncer mamario* previo.⁽³⁾

El *cáncer bilateral sucesivo* puede aparecer algunos años después del *tratamiento de cáncer* en una de las mamas (mastectomía o *tratamiento conservador*), y es otro primario, para lo cual no debe presentar la paciente ni metástasis ni recidivas locales de su primer *tratamiento*, el que debió ser realizado correctamente. El intervalo libre que antes se daba de 2 (dos) años, actualmente se considera que debe ser mayor, posiblemente de no menos de tres años. Si existe menor tiempo, puede ser de un desarrollo simultáneo del *cáncer de la segunda mama*, ya que según el tiempo de duplicación de los tumores de mama, para llegar al diámetro de 1 cm el tumor nece-

sita de 6 a 8 años. Por ello ahora se define al *cáncer bilateral simultáneo*, no sólo al que aparece simultáneamente, propiamente dicho, sino cuando el segundo cáncer aparece en la mama no tratada hasta unos 3 años del primer tumor mamario tratado correctamente y no existan recidivas loco-regionales ni metástasis.

CIRUGIA CONSERVADORA MATERIAL Y METODO

En la Cátedra de Clínica Quirúrgica II y Sección Patología Mamaria, Hospital Central, se han registrado desde 1981 hasta marzo de 1988, 255 pacientes con tumores malignos de mama, cuyos tratamientos figuran en el cuadro 1.

De 203 pacientes tratados en vistas a una curación, en 53 (26,2 %) se realizó cirugía conservadora. Sesenta y tres por ciento (128 pacientes) se selecciona-

CUADRO 1
Pacientes con cáncer de mama, 1981 a marzo 1988

1. Mastectomía radical en menos (Merrill y Madden)	128	63 %
2. Cirugía conservadora (cuadrantectomía y V. axilar)	53	26,2 %
3. Mastectomía radical clásica (Halsted) Parcial	22	10,8 %
4. Mastectomía paliativa y adenomastectomía	203	100 %
5. Tratamientos paliativos	11	
Total de pacientes	41	
	255	

Cátedra Clínica Quirúrgica II y Sec. Patología Mamaria
H. F. y col., Mendoza, abril 1988.

ron para mastectomías radicales en menos (tipos Merrill o Madden), y en 22 casos (sólo 10,8 %) se efectuó la mastectomía radical clásica (Halsted).

CUADRO 2
Tratamiento conservador del cáncer de mama

Preoperatorio T.N.M.	Posoperatorio		Total	%	Edades (en años)	
	Est. I	II				
T1 N0 M0	28	4	32	71,1	Hasta 30	1
T1 N1 M0	3	2	5		31 a 40	5
T2 N0 M0	1	4	5	28,8	41 a 50	14
T2 N1 M0	1	9	10		51 a 60	18
No determinado	0	0	1		Más de 61	15
Totales	33 (63,4 %)	19 (36,5 %)	53 (100 %)		Total	53

Cátedra Clínica II y Sec. Patología Mamaria, 1981 a marzo 1988
H. F. y col., Mendoza, abril 1988.

El cuadro 2 resume el estadio según la clasificación T.N.M. internacional, y en el posoperatorio la clasificación en estadios I y II según existan metástasis ganglionares axilares (estadio II) o bien no existan o sólo sean no más de tres ganglios invadidos (estadio I).

En 71,1 % (37 pacientes) eran tumores T1, o sea de hasta 2 cm de diámetro; y en 28,8 % tumores T2, de hasta 3 a 4 cm de diámetro (15 pacientes).

En el posoperatorio se demostró que 33 pacientes (63,4) no tenían metástasis ganglionares, o sea, eran estadio I, y 19 las presentaban (36,5 %) correspondiendo al estadio II.

En los estadios II se hizo quimioterapia precaucional con protocolo C.M.F., entre 12 y 6 ciclos. En algunas se agregó simultáneamente a la quimioterapia, la hormonoterapia con antiestrógenos. En un pequeño grupo de estos estadios II, de edad superando los 65 años, se efectuó antiestrógenos como único tratamiento precaucional, evitando la quimioterapia.

Más de la mitad de las pacientes tenía 50 años o más.

En el cuadro 3 se evalúan 48 de las 53 pacientes tratadas con tratamiento conservador. No conocemos

la evolución en sólo 5 casos (9,5 % de los pacientes). Sólo hay 11 pacientes con más de 3 años de su tratamiento, 10 sin evidencia de enfermedad y 1 pérdida de control. Se necesita tiempo para obtener conclusiones definitivas.

CUADRO 3
Tratamiento conservador del cáncer de mama

Tiempo	N.E.E.	C. met.	Viven	Fall.	Desconocido	Total
— 1 año	8	0	8	0	0	8
1 a 2	10	0	10	2	3	15
2 a 3	16	2	18	0	1	19
3 a 4	5	0	5	0	0	5
4 a 5	3	0	3	0	0	3
Más de 5	2	0	2	0	1	3
Totales:	44	2	46	2	5	53

Cátedra Clínica Quirúrgica II y Sec. Patología Mamaria, 1981 a marzo 1988. Evolución
H. F. y col., Mendoza, abril 1988.

De las 53 pacientes, 51 correspondieron a tratamiento conservador unilateral y 2 a tratamiento conservador bilateral simultáneo. El tratamiento conservador bilateral representó 3,8 % del total de los tratamientos conservadores. Esta incidencia es similar a

otras estadísticas^{2, 6)}. Estos casos se resumen en el cuadro 4.

CUADRO 4
Tratamiento conservador del cáncer
bilateral de mama

Pacientes con tratamiento conservador	53	100 %
Tratamiento conservador unilateral	51	96,2 %
Tratamiento conservador bilateral simultáneo	2	3,8 %

- Paciente: Reg. 39, Y. P., 57 años
Mama D. T1 N0 M0. Est. I, linfoma No Hodgkin, dic. 86
Mama I. T1 N0 M0. Est. I, carcinoma medular, oct. 87
- Paciente: Reg. 53, M. C., 45 años
Mama D. T1 N0 M0. Est. I, carcinoma ductal infiltrante
Mama I. T1 N0 M0. Est. I, carcinoma ductal infiltrante
(En ambos casos era "C. A. mínimo", marzo 88)

Cátedra Clínica Quirúrgica II y Sec. Patología Mamaria, 1981 a marzo 1988
H. F. y col., Mendoza, abril 1988.

La recidiva se ha dado hasta ahora en sólo 1 caso (en números enteros, en 2 % de los casos). Se confirmó la misma con biopsia, al año de efectuado el tratamiento conservador, efectuándose mastectomía simple de rescate, pero la paciente falleció unos meses después con diseminación metastásica. Dos pacientes fueron biopsiadas por sospecha clínica de recidivas, tratándose solamente de fibrosis y necrosis por la irradiación, o sea lo que se llama *seudorrecidiva* (en números enteros la *seudorrecidiva* fue de 4 %).

El tipo histológico de cáncer fue en más de 80 % de los casos, carcinoma ductal infiltrante (cuadro 5).

CUADRO 5
Tratamiento conservador del cáncer de mama.
Histopatología

Carcinoma ductal infiltrante	46	83,6 %
Carcinoma medular	2	
Carcinoma mucinoso	1	
Carcinoma adenoiástico	1	
Carcinoma lobulillar infiltrante	1	
Carcinoma trabecular	1	
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	1	
Carcinoma ductal y papilar	1	
Linfoma No Hodgkin	1	
Total	55	estudios
Dos casos: Cáncer bilateral		

Cátedra Clínica Quirúrgica II y Sec. Patología Mamaria, 1981 a marzo 1988
H. F. y col., Mendoza, abril 1988.

El estudio anatomopatológico del vaciamiento axilar demostró en 19 pacientes metástasis ganglionares (estadio II del cuadro 2). El promedio de ganglios

axilares estudiados fue de 11 ganglios (pacientes con número de ganglios por axila, valores extremos entre 7 y 20). De los 19 pacientes con metástasis ganglionares, 13 presentaron entre 1 y 4 ganglios metastásicos (68,5 %). A este grupo de pacientes se lo tiende a considerar como estadio I (mejor pronóstico), o sea con los pacientes sin metástasis axilar, pero en este trabajo figuran, como ya dijimos, como estadio II (ver cuadro 6).

Hubo sólo 6 pacientes que presentaron en su axila 5 ó más ganglios metastásicos (31,5 %) (6 de 19).

CUADRO 6
Tratamiento conservador del cáncer de mama.
Vaciamiento axilar

Promedio de ganglios estudiados por cada vaciamiento axilar (entre 7 y 20)	11	
1 ganglio metastásico	6	casos
2 ganglios metastásicos	3	casos
4 ganglios metastásicos	4	casos
Parcial	13	68,5 %
5 ganglios metastásicos	1	caso
Más de 5 ganglios metastásicos	5	casos
Parcial	6	31,5 %
Pacientes con metástasis axilar	19	100 %

Cátedra Clínica Quirúrgica II y Sec. Patología Mamaria, 1981 a marzo 1988
H. F. y col., Mendoza, abril 1988.

CONCLUSIONES

El tratamiento conservador tiene sus indicaciones para tratar con éxito el cáncer mamario, preservando la glándula, tanto para el cáncer unilateral como bilateral, sea este último simultáneo o sucesivo. La mamografía ha demostrado gran poder de diagnosticar lesiones mamarias malignas uni o bilaterales, como así también multicéntricas, y muchas veces antes que el hallazgo clínico, por lo que resulta imprescindible para tomar decisiones.

La duda se plantea al tratar un cáncer de la mama restante, en una mastectomizada, encuadrada en las indicaciones del tratamiento conservador, para su única mama. Aquí hay que consultar con la paciente, y en esto ella decidirá si desea mastectomía o cirugía conservadora de su mama restante, conociendo que tiene igualdad de posibilidades de curación.⁽¹⁾

Hemos presentado dos pacientes tratadas con tratamiento conservador bilateral simultáneo, cuya evolución seguiremos. Con el tiempo tendremos la oportunidad de diagnosticar cáncer en la mama no tratada, en nuestras pacientes con tratamiento conservador previo, y la mamografía, juntamente con el examen clínico, serán nuestra forma de hacer su seguimiento adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- Berger, K., y Bostwick, J.: "A Woman's Decision". C. V. Mosby Comp., 1984.
- Castano, R.: "Cáncer bilateral de mama". Rev. Arg. de Mastología, vol. 6 nº 16, pág. 9, julio 1987.
- De Vita, H.; Hellman, S., y Rosemberg, S.: "Cáncer", tomo I. Salvat Ed. Cap. 27, 1984.
- Ferreira, H. B.: "Rol de la cirugía en el cáncer de mama". La Prensa Médica Argentina, vol. 74 (2):52-56, 1987.
- Ferreira, H. B.; Ferreira, D. O., y Vega Benítez, V. M.: "Tratamiento conservador del cáncer de mama. Nuestra experiencia". Rev. Canaria Médica (España), vol. 4 (2):29-35, 1987.
- Pellegrino, F. M.: "Nuestra experiencia en el tratamiento conservador del cáncer de mama". Rev. Arg. Mastología, vol. 6 (16), pág. 9, julio 1987.