

CÁNCER DE MAMA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SIN MASTECTOMIA

CUADRANTECTOMÍA, DISECCIÓN DE AXILA Y QUIMIOTERAPIA COADYUVANTE

*Dr. Osear Flores Funes **

RESUMEN

Se da un informe preliminar del manejo quirúrgico conservador con Quimioterapia coadyuvante en casos diagnosticados como carcinomas ductales infiltrantes de mama. Se exponen las ventajas de la Cuadrantectomía, Disección de Axila y Quimioterapia Coadyuvante sobre las mastectomías, como producto de la revisión de los resultados en instituciones especializadas en Oncología.

INTRODUCCIÓN

El propósito fundamental de este trabajo es dar a conocer una alternativa de tratamiento del carcinoma mamario, novedosa en nuestro medio.

Pretendemos llamar la atención sobre este tipo de tratamiento para lo cual presentamos una pequeña casuística y hacemos la revisión de algunos informes con los resultados obtenidos en centros oncológicos de referencia de donde se extraen importantes conclusiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un período de dos años, de febrero de 1983 a marzo de 1985, hemos realizado 9 cuadrantectomías: en 7 casos se hizo la disección de axila; 7 casos recibieron Quimioterapia Coadyuvante y 2 Radioterapia Complementaria.

Profesor de pre y postgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Oncólogo Quirúrgico del Instituto Hondureño de Seguridad Social.



FIGURA 1

Una pequeña incisión siguiendo los pliegues naturales de la axila es suficiente para su disección. Cuando los tumores están en los CSE se hace una resección en bloque del cuadrante y el contenido de la axila.

Cinco de estos casos han sido tratados en el Departamento de Ginecología-Obstetricia y en el servicio de Hemato-Oncología del Hospital-Escuela, 3 en instituciones privadas y 1 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

En 1983 realizamos tres de estos procedimientos, en 1984 tratamos 5 pacientes y el noveno caso en marzo de este año.

Todas las pacientes fueron mayores de 40 años al momento de su diagnóstico. 4 de ellas en la quinta década y únicamente una en la octava década (78 años). 4 tuvieron una evolución de 1 mes o menos, 4 más tuvieron menos de 5 meses y solamente hubo un caso con un año de evolución.

Entre los antecedentes de importancia una de las pacientes dio oncológicos familiares y otra colocación de prótesis hacía 6 años, esto último fue considerado como causa de cáncer mamario pero se ha demostrado que no es así.

Cinco de los pacientes fueron premenopáusicas, es decir, con más de un año de amenorrea.

En relación a los factores pronósticos, los hallazgos se describen en el siguiente cuadro:

FACTORES PRONÓSTICOS				
Tamaño del Tumor	No. Pos.	No. de Ganglios Pos.	Hallazgos Microscópicos	
Cáncer Mínimo	4	4	2	Invasión Vascular 3
T1	1	5 a 10	2	Invasión Linfática 2
T2	4	Más de 10	3	< de 10 Mitosis 3 Invasión de Grasas 4

Como se deduce del cuadro anterior fueron 4 los cánceres mínimos de mama (en general se acepta hasta 1 cm), 1 caso T1 y 4 casos T2; de los T2 una paciente fue premenopáusica (2.2 cm). En relación a estadios 5 fueron I (T1 NO MO) y 4 en estadio clínico II (T2 NO MO).

En dos casos no se realizó la disección de axila porque uno era microinvasor y en la otra por la edad (78 años). De las siete restantes sólo en una se informaron ganglios positivos {5 de 12}.

En cuanto a los hallazgos microscópicos 5 se consideraron de alto riesgo por tener de 2 a 4 factores pronósticos y 4 de bajo riesgo porque todos ellos fueron negativos. De las de bajo riesgo dos recibieron Quimioterapia Coadyuvante pues sus carcinomas fueron T2 y en las restantes su tratamiento se complementó con Radioterapia por ser cánceres mínimos.

Como se ve no consideramos indispensable que los ganglios fueran positivos para dar Quimioterapia, si bien esto es sumamente importante, también los hallazgos microscópicos en el tumor primario pue-

den determinar el tratamiento coadyuvante con estos medicamentos; lo que es algo muy reciente, todavía en estudio, pero los primeros informes superan lo logrado anteriormente con tratamientos locorreccionales, aunque actualmente no pueden ser valorados a 10 años. En nuestro país este es el primer informe sobre Cuadrantectomía, Disección de Axila y Quimioterapia Coadyuvante.

El pequeño número de casos que vemos en estadios iniciales se debe a que en nuestra media la gran mayoría de pacientes llegan en estadios avanzados.

Este reducido número de pacientes y el corto período de control no permite extraer conclusiones, sin embargo, todas las pacientes se encuentran libres de enfermedad y en ninguna hubo complicaciones con el tratamiento. La Quimioterapia Coadyuvante fue con FAC (5-Fluoracilo, Adriamicinay Ciclofosfamida); en una paciente se adicionó Tamoxifén; la mayoría de pacientes fueron tratadas en el servicio de Hemato-Oncología del Hospital-Escuela.

Esperamos informar a su debido tiempo de resultados definitivos.

DISCUSIÓN

Las resecciones parciales de mama en casos de carcinoma de este órgano fueron reservadas durante mucho tiempo para pacientes ancianas, debilitadas,

que rehusaban la mastectomía o, bien, con fines meramente paliativos. Después fue aceptada para lesiones de 2 cm o menos, situadas periféricamente, aparentemente localizadas y sin multicentricidad (1,9). Tal es el caso de los llamados cáncer mínimo de mama (en general se acepta hasta 1 cm de diámetro), los que infortunadamente pueden tener enfermedad diseminada al momento de su diagnóstico (1). Este es uno de los puntos que apoyan un manejo "agresivo" en base a tratamientos sistémicos complementarios. Además, otra razón de peso es el conocimiento de la biología del tumor, aceptándose que en la mayoría de mujeres el cáncer de mama parece ser una enfermedad sistémica al momento de su diagnóstico (1).

Es bueno recordar que la Cirugía, al igual que la Radioterapia, proporciona un control local y re-

gional de la enfermedad; por ello, cuando se realiza un tratamiento quirúrgico conservador debe adicionarse otra modalidad terapéutica oncológica.

Cuando se considera que un cáncer es de buen pronóstico y tributario de tratamiento quirúrgico conservador, se puede recurrir a la Radioterapia coadyuvante y muchas son las instituciones de prestigio que así lo hacen (4, 5, 10, 11). Una de las razones es que existe la posibilidad de múltiples focos de origen del cáncer de mama, los que son comunes, especialmente en mujeres jóvenes, variando del 13.4o/o hasta 33o/o según el tipo de tumor (8). Desde el punto de vista clínico, algunos autores han sugerido, que la multicentricidad del cáncer de mama es tan frecuente en la mama contraíateral como en el sitio del primario (2), lo cual también apoya el tratamiento sistemático.

Se sabe también que existe un 20 a 30o/o de pacientes con cáncer de mama en estadios I y II que presentarán recurrencia independiente del tratamiento quirúrgico que se les haga (2, 6, 10). Hay trabajos que han explicado estas fallas al demostrar que desde el punto de vista histopatológico existen tres grupos de pacientes, de alto, intermedio y bajo riesgo; toman como base cuatro características: a) diferenciación citológica; b) invasión de linfáticos; c) invasión de vasos sanguíneos; y, d) invasión de tejidos alrededor del tumor (6). Otros estudios informan que el compromiso en los linfáticos del tumor no es tan importante, siendo el compromiso dérmico por el tumor la única variable pronostica importante (3). No obstante esto último, nosotros, con el diagnóstico del Patólogo, enmarcamos a nuestras pacientes en uno de los tres grupos de riesgo y de acuerdo a ello decidimos que paciente recibirá Radioterapia o Quimioterapia como tratamiento coadyuvante.

En algunos centros, a mediados de la década del setenta iniciaron con excelentes resultados la combinación de Cirugía conservadora, Radioterapia y Quimioterapia (CMF) coadyuvante cuando hay ganglios positivos (10).

Ya son muchas las instituciones de prestigio que utilizan este tratamiento quirúrgico conservador, que tiene entre algunas de sus ventajas excelentes resultados cosméticos (Fig. No. 2), marcado au-

FIGURA 2



La cuadrantectomía es la resección de todo el cuadrante donde se focaliza el tumor, e incluye la fascia del músculo pectoral.

mentó en la calidad de vida y no dar complicaciones mayores. El análisis de estas instituciones a 10 y 20 años da las mismas tasas de sobrevida para las pacientes con tratamiento conservador y estas con mastectomías (2), 4, 5, 6, 10, 10).

Resumiendo dos trabajos de los más importantes, encontramos en el estudio del Doctor Veronesi y col (10) publicado en 1981, la comparación sin precedentes, entre mastectomías tipo Halsteu (349 pacientes) y Cuadrantectomías (352 pacientes), reuniendo iguales características en cuanto a edad, tamaño del tumor, etc. Es un estudio prospectivo que determina un mismo resultado en ambos grupos en relación a recurrencia, metástasis ganglionares, sobrevida, etc., valorados a 7 años. Todos los casos fueron de tumores menores de 2 cm y sin ganglios clínicamente tumorales, TI NO MO, es decir estadio I.

A 11 años nuevamente se obtienen iguales resultados en ambos grupos, con un intervalo libre de enfermedad de 85o/o y de sobrevida de 90.2o/o, (11). En la experiencia del M.D. Anderson, de 1955 a 1980, se incluyen 1073 pacientes con tumores T1S y estadios I y II. De estos se hicieron 728 mastectomías radicales o radicales modificadas y 345 cirugías conservadoras más Radioterapia. La recurrencia fue de 4.9o/o y 5.6o/o respectivamente y la sobrevida a 5 y 10 años la misma en los dos grupos; el de Cirugía Conservadora fue: Cáncer

Mínimo: 97o/o a 5 años y 92o/o a 10 años, Estadio I: 85o/o y 78o/o, y en Estadio II: 78o/o y 65o/o respectivamente (5). Como algo relevante señalan en su excelente trabajo que aún las tasas de sobrevida a 5 y 10 años, después de "cirugía de salvamento", apoyan la conclusión que una recurrencia en la mama intacta no es tan perjudicial a la sobrevida del paciente como una recurrencia en la pared torácica que sigue a una mastectomía radical o radical modificada. Lo que también ha sido encontrado en otros estudios (2).

No sólo en estos dos institutos se han dado tales resultados. Es aplastante ya la información en la literatura mundial, de otros estudios con excelentes resultados sin hacer mastectomías, como en el Hospital Princes Margaret, de Toronto o el Instituto Curie de París, entre otros. El realizar únicamente tumorectomía o lumpectomía para el cáncer de mama, es obvio que no ofrecen las mismas garantías. En base a resultados objetivos, producto del estudio clínico-patológico de pacientes mastectomizadas, se sabe que la lumpectomía sola, falla en erradicar un significativo número de metástasis en ganglios regionales los cuales no se sospechan clínicamente (7). Aunque en las pacientes con TINOMO, no es completamente necesario hacer la linfadenectomía axilar como tratamiento de rutina, su control debe ser más cuidadoso, aún a largo plazo; la paciente debe ser instruida a examinarse la axila frecuentemente, perpetuándose la ansiedad de la misma. Lo segundo es que la información del estado de invasión de los ganglios es de considerable importancia para planificar el tratamiento coadyuvante (9).

Finalmente, se han hecho varios estudios del impacto psicológico de los dos tipos de cirugía y en ellos se evidencian las ventajas de la cirugía conservadora sobre las mastectomías, pero lo más importante es que ya existe el conocimiento en muchas mujeres de que las mastectomías resultan ser procedimientos innecesarios para la vida, demasiado mutilantes y con iguales resultados que el tratamiento conservador (4).

El Doctor Veronesi dice que: "las indicaciones para mastectomía, aunque existen, son hoy muy limitadas".

CONCLUSIONES

En relación a nuestra pequeña casuística no podemos sacar conclusiones porque su control es menor de 10 años.

La revisión de algunos informes de la literatura mundial nos permite decir que:

- 1.- LA CUADRANTECTOMIA Y DISECCIÓN DE AXILA es un tratamiento quirúrgico seguro para el control locorregional del carcinoma mamario y se logran altas tasas de curación si se adicionan tratamientos sistémicos.
- 2.- LA CUADRANTECTOMIA ofrece amplias ventajas sobre las mastectomías, pero las mastectomías todavía conservan algunas indicaciones precisas.

RECONOCIMIENTO

Al Dr. Silvio R. Zúñiga por la revisión, corrección y colaboración en la redacción de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ACKERMAN, L.V., Katzanstein, A. L.: The concept of minimal breast cancer and the role in the diagnosis of early carcinoma. *Cáncer* 39:2755-2763, 1977.
- 2.- CRILE, G., Cooperman, A., Esselstyn, C.B., Hermann, R. E.: Results of partial mastectomy in 173 patients followed for from five to ten years. *Surgery, Gyn and Obstx* 150:563-566, Abril 1980.
- 3.- HASKELL, C. M.: *Cáncer Treatment*. Second edition, W.B. Saunders, 146, 1985.
- 4.- International Conference: "Alternatives to Mastectomy 1982". *JAMA* 248,15:1793-1802, Oct. 1982.
- 5.- MONTAGUE, E.D., Ames, F.F., Schell, S.R., Ronsdahl, M.M.: Conservation surgery and irradiation as an alternative to mastectomy in the treatment of clinically favorable breast cancer. *Cáncer* 54:2688-2672, 1984.
- 6.- NEALON, T-R, Nikongho, A-, Grossi, CE., Ward, R., Nealon, C, Gilleley, J.F.: Treatment of early cancer of breast (T1 NO MO and T2 NO MO) on the basic

of histologic characteristics. *Surgery* 89,3: 279-289, marzo 1981.

- 7.- PICKREN, J. W., Satchidand, Y. K., Lañe, N. W., Haagensen, C. D:- Lumpectomy for mammary carcinoma, A. retrospective analysis of 40 presumptive candidates from a surgical series. *Cáncer* 54:1692-1695,1984.
- 8.- ROSAI, J. A. *Ackerman's Surgical Pathology*, St. Louis, Toronto, London, C. V. Mosby, 1108-1109, 1981.
- 9.- VERONESI, U:- Value of limited surgery for breast cancer. *Seminars in Oncology* 5:395-402,1978.
- 10.- VERONESI, U., Saccozzi, R., Vecchio, M. D., Banfi, A., Clemente, C, Lena, M. D., Gallus, G., Greco, M., Luini, A-, Marubini, E., Muscolino, G., Rilke, F., Saldory, B., Zacchini, A.: Comparing radical mastectomy in patients with small cancers of the breast. *N. Engl. J. Med.* 305-6-11,1981.
- 11.- VERONESI U:- Quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy for carcinoma of the breast. *Surgical Rounds*, 32-36, Sept. 1984.