

COLABORADORES:

A. Tejerina, J. Aviñó y R. de la Plaza

«TERMOGRAFIA EN EL CANCER DE MAMA: CORRELACION CON LA SUPERVIVENCIA DE LAS ENFERMAS, CLASIFICACION TNM Y CONCENTRACION DE FERRITINA TISULAR». Elliot RL, Head JF, Werneke DK. Mastology Research Institute, Baton Rouge, LA 70816. Proc. ASCO 1990; 9: 27.

La supervivencia de las enfermas afectas de cáncer de mama ha sido correlacionada con diversos factores pronósticos, entre los cuales la etapa de extensión TNM es uno de los más útiles. En nuestra experiencia hemos encontrado que el 69% de las pacientes tienen una termografía anormal en la mama que contiene el tumor. De entre nuestras enfermas, aquellas que han muerto tenían una proporción de termografía anormales (88%), significativamente superior a la de las restantes enfermas. Cuando comparamos en 45 de nuestras enfermas los resultados de la termografía con los factores utilizados en la determinación de la etapa en la clasificación TNM, encontramos que las 30 enfermas con termografías anómalas tenían tumores de tamaño significativamente mayor que las 14 enfermas con termografías normales (diámetros de $4,2 \pm 2,8$ y $2,9 \pm 1,2$ cm, respectivamente; $p < 0,50$).

Los tumores de las 31 enfermas con termografías anómalas tenían asimismo concentraciones de ferritina tisular significativamente más elevadas que los tumores de aquellas 14 otras en las que las termografías fueron normales (1.637 ± 1.886 versus 587 ± 389 ; $p < 0,005$). Puesto que los niveles tisulares elevados de ferritina se han correlacionado con un aumento del pleomorfismo y proliferación tumorales, sugerimos que el patrón termográfico podría también estar relacionado con la tasa de crecimiento y la diferenciación de los cánceres y que es un buen factor pronóstico independiente de la etapa de extensión TNM.

A. Tejerina

«LA QUIMIOTERAPIA SISTEMICA ADYUVANTE REDUCE LA RECURRENCIA TUMORAL LOCAL IPSILATERAL EN ENFERMAS SOMETIDAS A LUMPECTOMIA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EFECTUADO DE MANERA ALEATORIA». Levine M, Goodyear M, Gent M, Hryniuk W, Bramwell V, Abuzahra H. Del Grupo de Oncología Clínica de On-

tario. Hamilton, Ontario, L8V 1C3. Proc. ASCO 1990; 9: 33.

Aunque la radioterapia de la mama reduce el riesgo de recaída en la glándula en las mujeres con ganglios axilares positivos que han sido sometidas a lumpectomía, no es capaz de modificar la supervivencia global (N Engl J Med 1985; 312: 665).

Hemos realizado un estudio aleatorizado en mujeres con cáncer de mama y ganglios axilares positivos en el que comparamos 12 semanas de una pauta quimiohormonoterápica (CMFVP + AT) con 36 semanas de CMFVP (Proc. ASCO 1988; 7: 28). El estudio se inició en noviembre de 1983 y el reclutamiento de las enfermas se cerró en mayo de 1987. En este estudio 120 pacientes fueron sometidas a lumpectomía (60 enfermas en cada grupo terapéutico) y 317 fueron sometidas a mastectomía radical modificada. No se administró radioterapia postoperatoria en la mama afectada. Treinta y dos pacientes sometidos a lumpectomía (27%) sufrieron una recaída local en la mama afectada; en 27 de las enfermas esta localización fue el primer lugar de recaída. La tasa acumulativa de recurrencia local mamaria como primer lugar de recaída en el grupo sometido a tratamiento durante 12 semanas fue del 39%, comparando con 16% en el grupo sometido a tratamiento durante 36 semanas ($p = 0,3$). Además no se encontraron diferencias entre las enfermas sometidas a lumpectomía y las sometidas a mastectomía radical modificada ni en la supervivencia libre de recurrencia a distancia (52% versus 50%; $p = 0,3$) ni en la supervivencia global (76% versus 72%; $p = 0,8$). Estos resultados no se modificaron tras el ajuste del análisis de acuerdo con otros factores pronósticos (por ejemplo, tratamiento, ganglios, tamaño del tumor y receptores hormonales). En conclusión, nuestros resultados en enfermas afectas de cáncer de mama con ganglios positivos:

1. Sugieren que la quimioterapia adyuvante reduce el riesgo de recurrencia local en la mama.

2. Confirman que aunque hay una tasa elevada de recurrencias locales en la mama en las enfermas sometidas a lumpectomía, sin posterior irradiación, la supervivencia libre de recaída a distancia y la supervivencia global no se ven influenciadas por la radioterapia postoperatoria de la mama.

3. Sugieren que la radioterapia rutinaria de la mama no es necesaria para todas las enfermas sometidas a lumpectomía.

A. Tejerina

«**ORAL CONTRACEPTIVES AND BREAST CANCER: A CASE CONTROL STUDY WITH HOSPITAL AND COMUNITY CONTROLS**». Schildkraut JM, Hulka BS, Wilkinson WE. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 76: 395-402.

Los datos analizados en este artículo proceden de un estudio sobre 158 cánceres de mama [se descartan 121 previamente por ser mujeres de más de 60 años y, por tanto, sobrepasaban la edad reproductiva en 1960 cuando empezó la anticoncepción hormonal (AO)] y grupo control, en los que se incluían mujeres blancas y de otras razas.

No se ha visto ninguna relación entre el uso de AO y el cáncer de mama (CA) entre mujeres que utilizaron AO antes del nacimiento de su primer hijo o entre aquellas que lo utilizaron AO antes del nacimiento de su primer hijo o entre aquellas que lo utilizaron antes de los 25 años de edad. Sí que parece haber riesgo de CM en nulíparas con 5 o más años de AO en comparación con el grupo control.

El aumento del riesgo del CM observado en el transcurso de la vida de las mujeres no embarazadas, aunque de una manera no estadísticamente significativa, es coincidente con otros recientes informes. El efecto observado en las mujeres no embarazadas parece ser modificado por el embarazo debido a los cambios biológicos que experimentan las células mamarías durante el mismo.

Durante la fase lútea del ciclo menstrual las células de la mama sufren una división preparatoria de una proliferación de cambios requeridos durante el embarazo, que llamaremos «proliferativas», y que estarán transitoriamente diferenciadas de aquéllas.

Potten et al (*Br J Cancer* 1988; 58: 163-70) sugieren que las mamas de las mujeres gestantes podrían contener un equilibrio diferente de células «germinales» y «proliferativas» en relación a las no gestantes. Con los sucesivos ciclos menstruales después del embarazo, los cambios preparativos en las mamas son acomodados por una mayor proliferación de células diferenciadas que de células germinales. Si las células germinales desempeñan un mayor papel en la carcinogénesis, los cambios debidos al embarazo podrían explicar el menor riesgo de CM después de éste.

Un análisis de los datos de este estudio da un aumento en la posibilidad de efectos adversos de la AO en la aparición del CM en mujeres entre 45-50 años que tomaron AO en la perimenopausia. Este hallazgo

no es defendido por otros estudios como el de Stadel et al (*Lancet* 1985; ii: 970-73) que no detecta asociación entre el uso de AO y CM entre mujeres mayores de 45 años.

Los resultados de este estudio son tranquilizadores para las jóvenes que usan AO. El único aumento de CM observado fue entre mujeres no embarazadas que usaron largo tiempo (más de 5-8 años) AO y en mujeres por encima de 45 años y AO.

Dr. José Aviñó

«**MAMOGRAPHIC MEASUREMENTS BEFORE AND AFTER AUGMENTATION MAMMAPLASTY**». Silverstein MJ, Handel N, Gamagami P, Ellem Waisman BS, Gierson ED. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 1126.

En la actualidad más de 150.000 mujeres se operan anualmente en Estados Unidos de mamoplastia de aumento. Un reciente estudio estima que existen aproximadamente más de 2.000.000 de mujeres que han recibido este tratamiento. Sin embargo, se conoce poco el efecto que puede tener la mamoplastia de aumento en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer de mama.

Los autores de este artículo estudiaron 35 pacientes con mamoplastia de aumento, a las cuales se les practicó una mamografía utilizando la técnica habitual de compresión del implante y cuando fue posible la técnica de desplazamiento del implante. Todas las pacientes tenían una mamografía preoperatoria para evaluación. El área de tejidos mamaríos visualizados mamográficamente, antes y después de la mamoplastia, se midió utilizando una parrilla transparente.

Las pacientes con implantes subglandulares mostraron una disminución del 49% de tejidos mesurable con la técnica de mamografía de compresión y una disminución del 39% con la técnica de desplazamiento. Las pacientes con implantes submusculares mostraron un 28% de disminución de tejido mesurable con la técnica de mamografía de compresión y sólo del 9% con la técnica de desplazamiento. El tejido anterior mamarío se veía mejor con la técnica de desplazamiento; el posterior con la mamografía de compresión. La mayoría de las pacientes mostraban cierto grado de cicatriz parenquimatosa e imagen de baja calidad después del aumento.

Aparte de esto, los autores consideran que la contractura capsular hace que la mamografía de compresión, la autoexploración y la exploración del médico sean más dificultosas.

R. de la Plaza