

**COLABORADOR:**

*J. Torramadé.*

«**BREAST CANCER IN THE ELDERLY**». Singletary SE, Shallenberger R, Guinee VF. *Ann Surg* 1993; 218: 667-671.

El objetivo del estudio consistió en determinar el comportamiento clínico y los resultados del tratamiento del carcinoma de mama en ancianas, tomando como grupo de estudio 184 mujeres mayores de 69 años y que recibieran tratamiento por un carcinoma de mama con afectación únicamente locorregional en el M. D. Anderson Cancer Center (Tejas, Estados Unidos) entre 1976 y 1985 y que no habían presentado ningún tipo de neoplasia previamente.

El método más frecuente de detección del tumor fue la autoexploración mamaria de la propia paciente (85%), siguiendo en orden de frecuencia un examen médico de rutina (12%) y una mamografía dentro de un seguimiento general en el 3%. La mayoría de las pacientes buscaron atención médica antes de los 2 meses de iniciarse los síntomas. Tomando como referencia el estadiaje del AJCC, el 33% de las pacientes presentaron estadio I, 46% estadio II y 21% estadio III.

El tratamiento quirúrgico consistió en mastectomía y disección axilar en el 82% de los casos, cirugía conservadora en 18 pacientes (9,5%), mastectomía sin disección axilar en 7 (3,5%) y 9 enfermas (5%) no fueron sometidas a cirugía dado lo avanzado de la enfermedad o su precario estado general. Se registraron 3 muertes postoperatorias, todas ellas a consecuencia de infarto de miocardio. El 30% de las pacientes recibieron radioterapia: 10 de ellas de forma preoperatoria y 44 postoperatoria.

El CDI fue la forma histopatológica predominante (84%) y en el 79% de las 104 pacientes en que se realizó determinación de receptores hormonales, éstos fueron positivos.

Sólo 15 pacientes recibieron tamoxifeno como adyuvante a la cirugía y 8 una combinación de tratamiento quimioterápico. El seguimiento medio de la serie ha sido de 80 meses.

Cuarenta y siete paciente presentaron recurrencia de la enfermedad: en 10 casos únicamente locorregional, a distancia en 24 y ambos en las 13 restantes. La supervivencia corregida (excluida mortalidad intercurrente) a 7 años fue del 79%.

Los autores resaltan en la discusión que la edad por sí mismo no debe suponer necesariamente una limitación en cuanto al tratamiento (quirúrgico, radioterápico o quimioterápico) a aplicar. En principio, y salvo que el estado general de la paciente lo contraindique, debe efectuarse el mismo tratamiento que a una paciente más joven con similar estadiaje. La reticencia de cirujanos y oncólogos a realizar el tratamiento quirúrgico y quimioterápico adecuado para ese proceso es cuestionada, ya que los resultados de trabajos publicados recientemente ofrecen cifras de morbimortalidad prácticamente idénticas al resto de grupos de edad, si bien debe valorarse cuidadosamente cada paciente para adecuar la indicación según el estado general.

Finalmente resaltan el derecho que asiste a estas pacientes a ser informadas correctamente sobre las opciones terapéuticas posibles y que sea ella la que finalmente decida una u otra, tal y como se haría en el resto de pacientes. Aquellas enfermas con axila clínicamente negativa, y en las que el estado general no es bueno, sería correcto una amplia extirpación local de la lesión y un seguimiento posterior de la axila.

**J. Torramadé**

«**LOCO-REGIONAL RECURRENCE AND SURVIVAL AFTER WIDE LOCAL EXCISION, RADIOTHERAPY AND AXILLARY CLEARANCE FOR EARLY BREAST CANCER**». Carpenter R, Royle GT, Cross M, Hamilton C, Buchanan R, Taylor I. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; 85: 454-456.

Los autores revisan los resultados de tratamiento conservador por carcinoma de mama en una serie de 145 pacientes con tumores menores de 5 cm y mamográficamente unifocales, que fueron tratadas mediante extirpación quirúrgica de la lesión con amplio margen de seguridad, limpieza axilar y radioterapia sobre la mama. La mediana de seguimiento fue de 42 meses. La supervivencia global de la serie a 6 años fue del 52% y la supervivencia libre de enfermedad en el mismo período del 47%. Apareció recurrencia locorregional en el 11% de los casos, de los que en el 4% era locorregional aislada. En el resto de pacientes con recidiva locorregional —10— ésta se asoció a enfermedad metastásica. El 80% de las primeras recurrencias tuvieron lugar como enfermedad a distancia.

La discusión del artículo se centra en 2 puntos: 1) limpieza axilar vs muestreo ganglionar, y 2) supervivencia según la localización de la recurrencia y su relación con el tratamiento quirúrgico.

En cuanto al primer apartado los autores abogan por la realización de una cuidadosa limpieza axilar frente al simple muestreo linfático, considerando que sólo la primera modalidad asegura un correcto estadiaje y proporciona suficiente información para una selección adecuada del tratamiento posterior; no presenta mayor morbilidad, disminuye —cuando no evita— la recurrencia a ese nivel y permite circunscribir el tratamiento radioterápico sólo la mama.

En cuanto al segundo aspecto, el hecho que en aquellos casos en que previa o concomitantemente a la recurrencia locorregional apareciera enfermedad a distancia las pacientes fallecieron con una mediana de 10 meses, mientras que en aquellas con recidiva locorregional aislada se encontraron bien y libres de enfermedad tras un seguimiento medio de 17 meses después del fallo local y su tratamiento, justifica la realización de un tratamiento conservador. Por un lado, un tratamiento quirúrgico más agresivo en los casos que desarrollaron enfermedad a distancia no hubiera aportado ningún beneficio a esas pacientes, y por otro, la realización de una mastectomía de entrada no garantiza de manera absoluta la no aparición de una recurrencia locorregional.

**J. Torramadé**

**«PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. PRIMEROS RESULTADOS ABRIL 92-ABRIL 93».**  
Generalitat Valenciana. Consellería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Octubre 1993.

*Conclusiones.* En el Programa se han establecido una serie de parámetros básicos de evaluación que nos permiten valorar los resultados obtenidos hasta el momento.

La tasa de participación en este período, del

71,74%, cumple el objetivo marcado y se encuentra por encima de los estándares (60-70%).

La tasa de mujeres que requieren proyecciones adicionales para completar el estudio radiológico, 11,85%, también está dentro de margen establecido (10-15%).

La tasa de mujeres que requieren otras pruebas diagnósticas (tanto en la Unidad como en la Atención Especializada) asciende al 7,47%, lo que es muy favorable en cuanto al objetivo previsto (< 10%).

En cuanto a la tasa de biopsias se solicitaron 0,84%, lo que también es un valor que cumple con el objetivo (< 1,5%). La relación entre biopsias benignas y malignas es de 1/1,04 (referida a las biopsias con resultado conocido), en referencia a un criterio de calidad establecido en menos de 1,5/1.

En lo que se refiere a la tasa de detección en este período es próxima a un 4 por 1.000 en relación a un objetivo del 4 al 5 por 1.000. Al valorar este indicador hay que tener en cuenta el margen de variabilidad que lleva consigo la reducida población vista hasta el momento en algunas unidades.

Pese a lo reducido del número de casos diagnosticados (48) por tratarse de unos primeros resultados sobre una población de sólo 13.000 mujeres estudiadas, se ha estudiado su distribución en función del estadio TNM y del tipo histológico. Cabe destacar que el 21,28% fueron carcinomas *in situ* (para un estándar de más del 10%) y que se encontraron un 68,18% de menos de 2 cm (con un estándar de más del 50%) y un 60,47% sin afectación ganglionar (estándar del 70%).

Si bien para la evaluación de una serie de indicadores relacionados con la descripción de los casos diagnosticados hay que esperar a tener un número más elevado de mujeres estudiadas, se puede decir que los resultados en general se encuentran dentro de los objetivos previstos y se pueden comparar a los obtenidos por otros estudios con la misma metodología nacionales e internacionales.

**(Del capítulo V del libro editado por la Generalitat Valenciana)**