

COLABORADORES:

A. Modolell Roig y T. Checa Ruiz.

«TEN-YEAR RESULTS OF A COMPARISON OF CONSERVATION WITH MASTECTOMY IN THE TREATMENT OF STAGE I AND II BREAST CANCER». Jacobson JA, Danforth D, Cowan KH et al. *N Engl J Med* 1995; 332: 907-911.

Se trata de un estudio llevado a cabo por el National Cancer Institute de Estados Unidos realizado en una sola institución entre 1979 y 1987. Se han randomizado 237 pacientes afectas de cancer de mama estadios I y II entre mastectomía radical modificada (MRM, 116 mujeres) y tratamiento conservador con tumerectomía más radioterapia (TC, 121 mujeres). No se irradió la pared torácica en el grupo MRM. En el grupo TC se irradió la mama y la cadena supraclavicular, abarcando también la mamaria interna, y se aplicó curiterapia intersticial con iridio en el 81% de pacientes y sobredosificación en el lecho quirúrgico en el 19% de pacientes. Todas las pacientes con ganglios positivos recibieron quimioterapia adyuvante. Se administró tamoxifén a partir de 1985 a todas las mujeres postmenopáusicas con ganglios positivos a dosis de 20 mg/día durante 5 años.

La supervivencia libre de enfermedad (SLE) a los 10 años es del 69% para el grupo MRM y del 72% para el grupo TC, con incluso una pequeña ventaja del 3% para el TC. La supervivencia global (SG) a los 10 años es del 75% para el grupo MRM y del 77% para el grupo TC. La recidiva en la misma mama en el grupo TC fue tratada con mastectomía, siendo el riesgo actuarial a los 10 años del 18%. No se han observado tampoco diferencias entre MRM y TC en relación con la edad.

Se conocen 6 estudios randomizados en el mundo que comparan MRM y TC (NSABP B-06, Gustave Roussy, Milán, EORTC, Danish Breast Cancer Group, NCI). Se ha criticado al grupo cooperativo de Fisher (NSABP B-06) por falsificación de los datos por parte de una institución canadiense, aunque luego se confirmó que los resultados globales no variaban. Con todo, este trabajo realizado en una sola institución viene a confirmar que tras un seguimiento de 10 años las mujeres afectas de cancer de mama estadios I y II pueden ser tratadas con MRM o TC, obteniendo idénticos resultados. No existe ningún dato pronóstico ni predictor biológico que nos decante hacia qué opción es me-

yor. Sólo la discusión franca y abierta con la enferma y las posibilidades técnicas disponibles en cada centro condicionarán la opción a seguir.

«ADJUVANT CYCLOPHOSPHAMIDE, METHOTREXATE, AND FLUOROURACIL IN NODE POSITIVE BREAST CANCER. THE RESULTS OF 20 YEARS OF FOLLOW-UP». Bonadonna G, Valagussa P, Moliterni A, Zambetti M y Brambilla C. *N Engl J Med* 1995; 332: 901-906.

En este importante artículo de Bonadonna y su grupo, del Instituto Nacional de Tumores de Milán, se reportan los resultados conseguidos con la quimioterapia adyuvante CMF. Desde 1973 se han incluido 386 pacientes tras la mastectomía. Las enfermas con ganglios positivos eran randomizadas entre grupo control sin otro tratamiento (179 mujeres) y grupo tratado con quimioterapia adyuvante tipo CMF (207 mujeres) con ciclofosfamida, 100 mg/m²/oral/días 1 a 14; methotrexate, 40 mg/m²/i.v./días 1 y 8; fluorouracilo, 600 mg/m²/días 1 y 8, administrado cada 28 días durante 12 ciclos. No se administró en ningún grupo ni radioterapia ni hormonoterapia (tamoxifén).

Este análisis a los 20 años nos aporta los siguientes datos:

1. La supervivencia libre de enfermedad (SLE) en el grupo control fue de 40 meses, en contraste con los 108 meses del grupo CMF, siendo la supervivencia global (SG) de 104 y 137 meses, respectivamente.
2. La mayoría de las recidivas aparecieron dentro de los primeros 3 años tras la mastectomía. El tipo de tratamiento aplicado tras la recidiva no influyó en la evolución, luego el aumento de SG en el grupo tratado parece debido a la quimioterapia adyuvante y no al tratamiento de rescate.
3. Excepto las mujeres postmenopáusicas con 4 a 9 ganglios axilares positivos, todos los otros subgrupos se beneficiaron del CMF. El beneficio fue máximo en el grupo de 1 a 3 ganglios afectos. Cuando están afectados más de 10 ganglios el pronóstico es infausto y actualmente debe considerarse la quimioterapia de intensificación seguido de autotrasplante de progenitores hemopoyéticos como alternativa terapéutica.

4. La aparición de amenorrea o no no influyó en la SLE ni en la SG. Sigue abierta la discusión sobre la influencia de la castración química en el beneficio del CMF en las mujeres premenopáusicas, aunque en este trabajo no se demuestra.
5. Es muy importante el administrar la máxima dosis de la quimioterapia programada. Las enfermas que recibieron al menos el 85% de dosis del CMF presentaron una SLE y SG sensiblemente mejor que las tratadas con el 65 al 84% o con menos del 65%. No hay diferencia en este último grupo con el brazo control.
6. Bonadonna sigue insistiendo en que los escasos resultados conseguidos con CMF en las postmenopáusicas son debidos a las bajas

dosis recibidas por las enfermas, bien por prescripción insuficiente o porque las enfermas no se han tomado los comprimidos de ciclofosfamida. Es también una cuestión debatida, pero diversos trabajos están demostrando que la quimioterapia es igualmente efectiva en las premenopáusicas que en las postmenopáusicas.

Es muy recomendable leer atentamente este artículo. Se aportan definiciones claras de premenopausia, postmenopausia, amenorrea, intensidad de dosis, etcétera. En el mismo número puede encontrarse un interesante trabajo sobre resultados a los 10 años del tratamiento conservador y una nota editorial muy ponderada.