

J. Torner Gracia\*,  
A. Fernández Alonso\*\*,  
E. Fuente Martín\*\*\*,  
R. Rodríguez Fernández\*\*\*\*  
J. Granell Vicent\*  
F. Nogueras Fraguas\*

## Cáncer de mama mínimo. Segunda parte: Estrategia ambulatoria

### Minimal breast cancer. Part two: Outpatient procedure

#### SUMMARY

*Currently, an outpatient MBC procedure is being promoted featuring conservative surgery without axillary clearance (unessential). Though appealing, this trend warrants some caution since 25% of 1 cm:MBC may need axillary treatment. However, alternative diagnostic («clinical-N-ultrasound-axillary FNA») and prognostic resources («NG-HG+P-SPF», in invasive cases; «NG-comedo-microinvasion», in in situ cases) for their identification are available. Moreover, radiotherapy is a good optional treatment for these patients. Therefore, we stand for (breast) conservative surgery, with or without RT (breast or axilla) according to previous parameters. This surgery is voluntary, selective (excluding criteria) and requires to be next to a hospital facility (better if breast unit) but implies a more sensible approach to MBC and a 25% budget reduction over a conventional strategy.*

- \* Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
- \*\* Servicio de Cirugía General. Hospital de Jarrío. Coaña-Navia (Asturias).
- \*\*\* Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).
- \*\*\*\* Servicio de Radioterapia. Hospital Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Correspondencia:  
J. Torner Gracia.  
Servicio de Cirugía General.  
Hospital Universitario Príncipe  
de Asturias.  
Ctra. Alcalá-Meco.  
28805 Alcalá de Henares (Madrid).

#### Palabras clave

*Cáncer de mama mínimo, Protocolo de estrategia ambulatoria, Justificación y condicionantes.*

#### Key words

*Minimal breast cancer, Out-patient procedure protocol, Justification and requirements.*

#### INTRODUCCION

En la primera parte de esta publicación efectuamos una revisión del cáncer de mama mínimo (CMM), destacando: a) su vigencia por incidencia progresiva; b) su excelente pronóstico a largo plazo, tanto en las formas *in situ* como en las infiltrantes [N(-) o 1-N(+)]; c) la indicación de cirugía conservadora (CC) como tratamiento de elección, resultando controvertida la validez de una linfadenectomía axilar (LA) sistemática en las formas infiltrantes por su reducido potencial terapéutico [en casos N(+), 15% de CMM] y por su relativo valor pronóstico al disponer de parámetros alternativos obtenidos de una completa información de la pieza tumoral (sea, grado nuclear, grado histológico, ploidía y fracción en fase «S»). En las conclusiones considerá-

bamos viable el diseño de una estrategia de tratamiento ambulatorio para la mayoría de los CMM.<sup>1</sup>

En esta segunda parte pretendemos justificar con mayor profundidad la conveniencia de esta estrategia desde el punto de vista médico y económico, finalizando con la presentación de nuestra propuesta al respecto.

#### JUSTIFICACION DE UNA ESTRATEGIA AMBULATORIA PARA EL CMM

##### Estrategia convencional actual frente al cáncer de mama

En nuestro medio, la estrategia frente al cáncer de mama suele seguir basada en la asistencia por ciru-

janos o ginecólogos (indistintamente) y por radiólogos no especializados en senología, careciendo de un carácter multidisciplinario estructurado en el marco de una unidad de patología mamaria (UPM). Aun cuando hayan tibios intentos de rectificar, existe cierta resistencia al cambio por parte de estos profesionales y gerentes de hospital,<sup>2</sup> a pesar de ser un fenómeno irreversible alentado por frases tan explícitas como la sentenciada en una editorial del profesor G. de Crombrug («Basta al aficionado»).3

Bajo esta perspectiva se carece de programas de prevención mientras que los de *screening* y diagnóstico precoz son esporádicos,<sup>4, 5, 6, 7</sup> motivando una detección relativamente tardía del cáncer.

Respecto a la técnica quirúrgica, la mastectomía sigue usurpando una indicación mayoritaria de CC en los estadios I-II,<sup>8</sup> incluso por debajo de las recomendaciones del National Health Institute<sup>9</sup> y lejos de una cifra óptima ( $\pm 50\%$  de la cirugía por cáncer<sup>10</sup>). Este hecho parece depender de la categoría del hospital (nivel asistencial y docente, volumen de camas, ambiente rural o urbano, existencia de un Servicio de Radioterapia, etc.).<sup>11</sup> Considerando que el coste de una mastectomía es un 40% superior al de una CC por implicar un 52% de mayor estancia hospitalaria media,<sup>12</sup> el presupuesto sanitario permanece elevado.

Por otra parte, la rentabilidad en el seguimiento de las pacientes intervenidas suele ser baja, sea por duplicidad de consultas (entre oncólogos y cirujanos) o por una sistemática demasiado compleja y costosa.<sup>13</sup>

En conclusión, desde un punto de vista asistencial, económico, de investigación y de docencia, la eficacia de una UPM multidisciplinaria resulta indiscutible<sup>10</sup>. Se imponen como objetivos prioritarios: a) reducir la incidencia y mortalidad del cáncer de mama; b) perfeccionar el nivel asistencial y mejorar la calidad de vida de las pacientes, y c) reducir el coste sanitario en la medida de lo posible.

La creación de una estrategia ambulatoria para el CMM está en plena sincronía con estos objetivos y resulta más factible en el marco de una UPM.

### **Precedentes de una estrategia ambulatoria en el cáncer de mama**

Existen ciertos precedentes en la literatura relativos a unidades de cirugía ambulatoria dedicadas a

patología mamaria (cáncer de mama). Se caracterizan por una asistencia sin ingreso hospitalario convencional (o estancia máxima de 24 horas), implicando desde una simple cirugía diagnóstica (incluyendo biopsias dirigidas por nódulos subclínicos sospechosos<sup>14</sup>) hasta una cirugía «curativa» del cáncer.<sup>15, 16, 17, 18</sup> Procede diferenciar este concepto del de «cirugía con alta precoz», en donde se contempla una estancia hospitalaria media de  $\pm 3$  días.<sup>19</sup>

El Istituto Nazionale di Tumori de Milán<sup>16</sup> publicó un programa ambulatorio de cuadrantectomía efectuada con anestesia local en 111 pacientes mayores de 70 años con estadio N-clínico(-), indicándose tamoxifen coadyuvante en la mayoría de casos y radioterapia sólo esporádicamente. Con un seguimiento medio de 4 años y adherencia del 96% se registró un 9% de recidivas locales, 6,5% de metástasis a distancia y 95% de supervivencia específica del cáncer.

Recientemente, Goodman<sup>17</sup> presentó una serie de 221 pacientes intervenidas por cáncer en régimen ambulatorio con diverso grado de agresividad quirúrgica (101 CC con LA completa y 31 mastectomía radical modificada), precisando anestesia general con respiración asistida, sin intubación ni relajación. Se registró una morbilidad mínima y carencia de mortalidad. Sin embargo, la propuesta de Cady<sup>15</sup> parece más comedida al limitar esta estrategia hasta el cáncer de mama infiltrante menor de 1 cm (CMInf:1 cm), practicando en las 130 pacientes de su serie una CC sobre la mama, mayoritariamente con anestesia local, sin LA ni radioterapia (RT) postoperatoria.

Básicamente, una sección de cirugía ambulatoria (SCA) debe estar vinculada a la UPM del hospital de referencia para realizar el estudio, diagnóstico e indicación quirúrgica a través de su consulta externa y para disponer de un ingreso inmediato al centro en caso de complicaciones.<sup>17</sup>

La SCA precisa de una infraestructura, tal como una sala de recepción, un quirófano completamente equipado e independiente, una sala de reanimación y un hospital de día con la dotación de personal pertinente (médico, enfermería, auxiliar), incluyendo un servicio de asistencia domiciliaria.<sup>17, 20, 21</sup>

La SCA impone una dinámica fluida para conseguir el alta después de un período de observación postoperatorio que no supere las 24 horas,<sup>18</sup> previa comprobación de un despertar completo, tolerancia oral y revisión de herida-drenajes con las instruccio-

nes pertinentes a la familia.<sup>17, 19</sup> Si la técnica de elección es una CC sobre la mama, la incidencia de seromas no debe superar el 10-15% de casos,<sup>17, 19</sup> cifra inferior a la descrita postmastectomías.<sup>18</sup>

Deberán ser excluidas de este programa: a) pacientes que no accedan voluntariamente al mismo; b) con estado general precario, tipo ASA III-IV (sea EPOC, hipertensión o diabetes severa, cardiopatía, etc.); c) obesidad mórbida; d) con psiquismo neurolábil (incapaces de colaborar); e) sin entorno social adecuado (familiares responsables asequibles, etc.).<sup>17, 22</sup>

Por el contrario, la edad no debiera ser considerada *per se* como motivo de contraindicación.<sup>16, 22</sup>

En otro sentido se ha descrito una correlación entre tiempo de anestesia y morbilidad postoperatoria, considerándose como progresivamente valorable a partir de 1 hora de intervención.<sup>22</sup> Sin embargo, el tipo de cirugía prevista implica un tiempo quirúrgico de 30-60 minutos.<sup>17</sup>

### Justificación médica de una estrategia ambulatoria para el CMM

Entendemos que en el CMM una estrategia ambulatoria puede lograr: a) idéntica eficacia respecto a la convencional; b) tratamiento más ajustado a su condición, y c) mejor acogida por la paciente.

Una de las posibles objeciones a su instauración es la limitación en realizar una linfadenectomía axilar sistemática ambulatoria por considerar que su grado de agresividad quirúrgica impone un ingreso hospitalario, a pesar de que se hayan descrito excepciones en este sentido.<sup>17, 18</sup> Sin embargo, actualmente disponemos de argumentos convincentes para prescindir con toda garantía de la misma en el CMM:

1. En el *carcinoma in situ* existe una progresiva convicción generalizada en contraindicar una LA, salvo en los casos excepcionales que den lugar a recidivas metastásicas (1-3%),<sup>23</sup> tal como en un GN-grado 3, comedo o riesgo de microinvasión en tumores mayores de 5 cm y que en tal supuesto la radioterapia es una buena alternativa de tratamiento.<sup>24</sup>
2. En el CMInf:1 cm se propone prescindir de una LA sistemática debido a: a) la escasa incidencia de casos N(+), particularmente de «alto riesgo», y b) la aparición de parámetros al-

ternativos al «N» para la indicación de tratamientos coadyuvantes (tipo GN-GH, etc.).<sup>15</sup> Algunos autores han limitado esta iniciativa a cánceres infiltrantes menores de 0,5 cm<sup>25</sup> o a pacientes mayores de 60 años.<sup>26</sup>

Incluso más, aún cuando se tiende a supeditar el N-clínico al N-histológico por su 30% de falsos (+)(-);<sup>27, 28, 29</sup> el N-clínico también es considerado como parámetro predictivo independiente de recidiva<sup>30</sup> y supervivencia.<sup>31</sup> Al mismo tiempo se ha comprobado que el seguimiento de una axila clínicamente (-) y su tratamiento con la aparición de subsiguientes adenopatías metastásicas no repercute negativamente sobre la supervivencia (Fisher: NSABP-B 04<sup>32</sup>).<sup>26, 33, 34, 35</sup>

En otro sentido, la sensibilidad diagnóstica axilar puede ser incrementada hasta en un 30% mediante una ecografía complementaria a la exploración clínica, preferentemente ecografía de «alta definición» ( $\pm 7,5$  MHz), al describir la estructura de la adenopatía para discernir su benignidad o malignidad: si bien el tamaño no tiene valor significativo en dicho sentido, la asociación de una forma redondeada con alteración del diámetro L/T, desaparición del hilio central y engrosamiento cortical excéntrico son altamente sugestivas de malignidad.<sup>36, 37, 38</sup>

En virtud de lo anterior entendemos que el diagnóstico del CMM:1-N(+) puede ser efectuado mediante un N-clínico complementado por ecografía-PAAF axilar, prescindiendo del N-histológico de una LA, puesto que el margen de error por omisión sería muy reducido y sin traducción negativa sobre la supervivencia.

Respecto a los CMInf:-N(-): Aceptando una cifra global de riesgo en recidiva a largo plazo de  $\pm 30\%$ <sup>39, 40</sup> resulta admisible que este índice sea menor en el subgrupo de CMInf:1 cm-N(-) y que en tal supuesto disponemos de parámetros alternativos («GN-GH-P-SPF») para la indicación de un tiempo axilar.<sup>41</sup>

Bajo estas premisas calculamos que la demanda de un *tiempo axilar* en el tratamiento del CMM es de un 25% de casos al incluir: a) carcinoma *in situ*-DCIS «de alto riesgo» (5% de CMM); b) CMInf:1 cm-N(-)

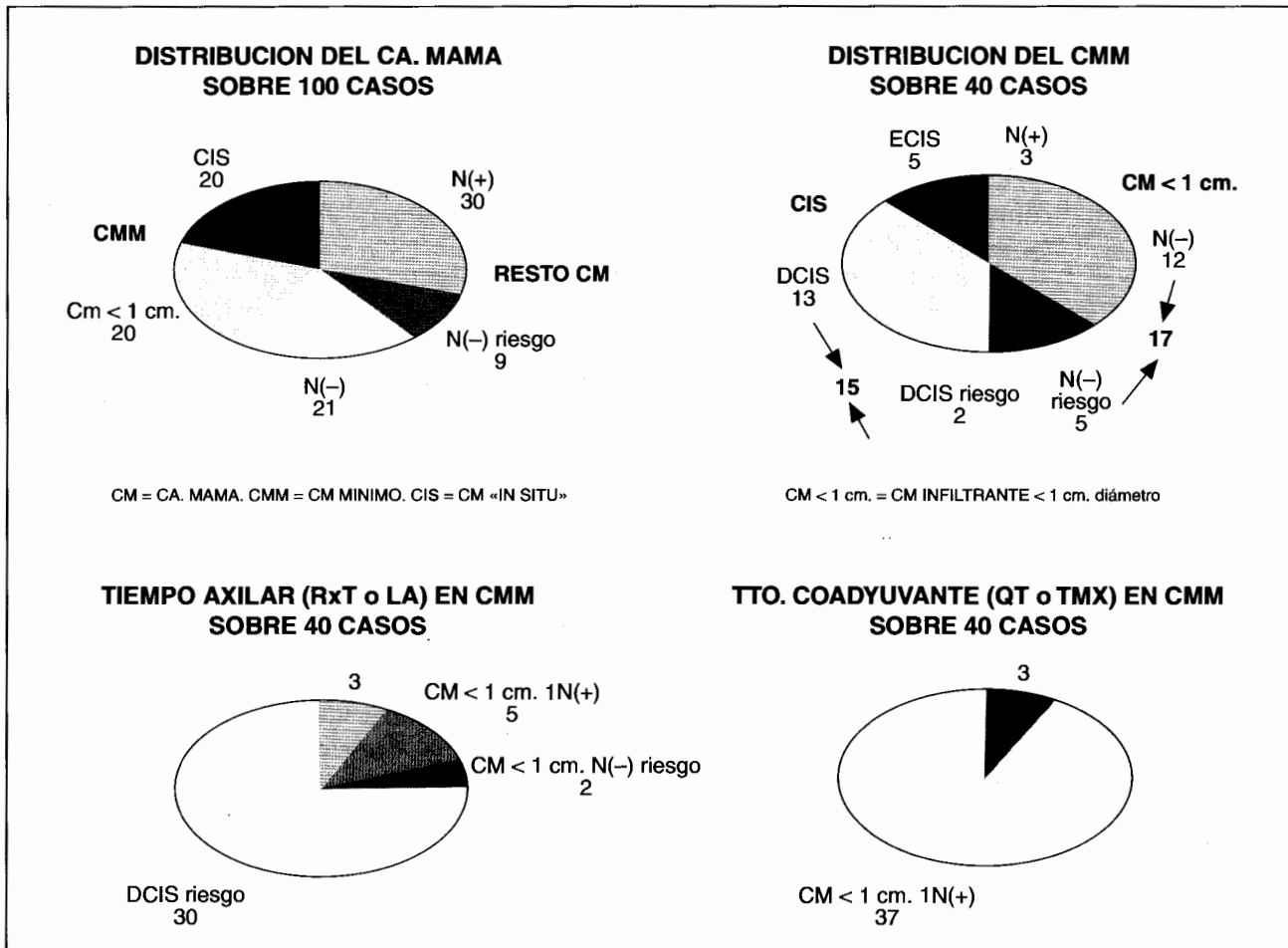


Fig. 1. Distribución de los distintos tipos de cáncer de mama y tratamiento en el CMM.

«de riesgo» (12% de CMM), y c) CMInf:1 cm-1-N(+)  
(8% de CMM) (fig. 1).

En tal supuesto se ha demostrado que la radioterapia axilar es una alternativa válida a la linfadenectomía axilar por la experiencia contrastada en estadios precoces del cáncer,<sup>30, 42</sup> permitiendo evitar una reintervención con ingreso hospitalario o, cuando menos, considerar ambas opciones con la paciente.

Respecto a un *tratamiento coadyuvante* con quimioterapia (QT) o tamoxifen (TMX): Considerando el excelente pronóstico de todos los carcinomas *in situ* y CMInf:1 cm, con una tasa de supervivencia a 10 años de  $\pm$  90% (tabla I), actualmente existe unanimidad en su contraindicación de entrada.<sup>43</sup> Resulta obvio que esta postura sea más enérgica en casos de CMM:N(-),<sup>44, 45, 46</sup> mientras que se admita la excep-

ción en casos de CMM:1-N(+), lo cual equivaldría a un 7,5% de casos.

Sin duda resulta esencial valorar cómo responderán nuestras pacientes frente a esta nueva estrategia. Atendiendo idénticas o similares experiencias previas,<sup>17, 18, 47</sup> la respuesta es muy favorable si se ofrece una completa información de todo el proceso al sentar la indicación quirúrgica y se obtiene el consentimiento de una candidata con psiquismo normal y entorno social convencional. Es evidente que las pacientes prefieren una recuperación de la intervención a domicilio si logramos transmitirles una sensación de control, proximidad y seguridad ante eventuales complicaciones postoperatorias lejos del recinto hospitalario.

En definitiva, estos argumentos refuerzan nuestras

TABLA I  
PORCENTAJES DE SUPERVIVENCIA DEL CANCER DE  
MAMA MINIMO (CMM) SEGUN DATOS PUBLICADOS  
(ver cita bibliográfica 1)

Tipo, tamaño y ganglios Superviv. a	Carcinoma <i>in situ</i>		Carcinoma infiltrante		Estadio ganglionar	
	LCIS	DCIS	Ca. infiltr. < 0,5 cm	Ca. infiltr. < 1 cm	N(-)	N(+)
5 años .....	100	100 99,5	96	94	98	94 si 1-3
7 años .....			94	87	96	89 si 1 79 si 2-3
10 años .....	100	97	90	91	96	78,8

propias conclusiones<sup>1</sup> respecto a la viabilidad del proyecto desde una óptica médica.

#### Justificación económica de una estrategia ambulatoria para el «CMM»

En España el coste de una intervención convencional por cáncer de mama en la red sanitaria pública es superior a las 400.000 pesetas ( $\pm$  3.600 dólares). Esta cifra es similar a la registrada en Italia (3.800 dólares),<sup>12</sup> pero notablemente inferior a la de Estados Unidos (6.000-10.000 dólares).<sup>15, 17, 18</sup>

Existe unanimidad<sup>12, 17, 20</sup> al considerar que el coste de un preoperatorio es más o menos constante y que la factura sanitaria viene encarecida por una elevada media de hospitalización, la cual a su vez está condicionada por el tipo de técnica utilizada; así, el coste de una mastectomía es un 40% superior al de una CC<sup>12</sup> y el de una estrategia ambulatoria resulta un 36-50% inferior al de una hospitalaria.<sup>17, 18</sup>

Atendiendo cifras oficiosas del Insalud obtenidas de nuestros propios hospitales, en la tabla II se efectúa un estudio comparativo del coste de una intervención por cáncer de mama mediante estrategia convencional o incluyendo la propuesta de cirugía ambulatoria para el CMM:

- Preoperatorio.* Coste idéntico en ambas estrategias (40.000 pesetas).
- Intervención propiamente dicha.* Sea una mastectomía o una CC convencional con biopsia intraoperatoria, su coste es más o menos el doble respecto a una CC sobre la ma-

TABLA II  
ESTUDIO COMPARATIVO DE COSTE  
DE LA INTERVENCION

Concepto	Tratamiento convencional	Tratamiento ambulatorio
1. Preoperatorio .....	40.000 ptas.	40.000 ptas.
2. Cirugía .....	112.700 ptas.	62.000 ptas.
— Intervención .....	100.000 ptas.	62.000 ptas.
— Biopsia perop. ....	12.700 ptas.	
3. Hospitalización .....	280.000 ptas.	40.000 ptas.
4. Estudio anat.-pat. ....	40.000 ptas.	25.000 ptas.
— Macro y microsc. ....	20.000 ptas.	5.000 ptas.
— ER, PR, P y SPF ....	20.000 ptas.	
— EGF, p53, P y SPF .		20.000 ptas.
Total .....	472.700 ptas.	167.000 ptas.
Difer. estrategias .....	305.000 ptas.	64% menos
Difer. cir. 100 casos cualquier estadio .....	12.228.000 ptas.*	25% menos
	472.000 x 60 = 28.362.000	47.270.000
	167.000 x 4 = + 6.680.000	- 35.042.000
	35.042.000	12.228.000*

ma, sin LA, con anestesia local (112.700 *versus* 62.000 pesetas).

- Hospitalización-reeanimación.* Calculando una estrategia convencional con 7 días de hospitalización media, su coste es de 280.000 pesetas, mientras que el de una estrategia ambulatoria con estancia máxima de 24 horas es de 40.000 pesetas (cifras actualizadas de junio, 1994).
- Anatomía patológica.* El coste del estudio de una mastectomía o CC + LA convencional es casi doble respecto a una CC ambulatoria (40.000 *versus* 25.000 pesetas), porque si bien el importe de los respectivos factores citológicos de riesgo es similar ( $\pm$  20.000 pesetas), el coste del informe macromicroscópico de la CC ambulatoria es 4 veces menor. Esto es debido a que al analizar una pieza operatoria más reducida: 1) el tiempo invertido por el patólogo es menor (20 *versus* 90 minutos); 2) se requiere menos personal técnico auxiliar, y 3) se produce un menor gasto de material de laboratorio.

En otro sentido mediante una pieza de CC ambulatoria se consigue un diagnóstico más rápido (48-72 horas) con un informe más simplificado.

**TABLA III**  
**TRATAMIENTO COADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE 100 CASOS**

Estrategia convencional	Estrategia ambulatoria del CMM
<p>CM 100 casos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N(+) --&gt; 40 casos 40%</li> <li>N(-) --&gt; N(-) riesgo --&gt; 20 casos 60%</li> <li>30%</li> <li>Total: 60 casos</li> </ul>	<p>CM 100 casos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CIS --&gt; 20 casos 50%</li> <li>CM &lt; 1 cm --&gt; 20 casos 50%</li> <li>Resto 60 casos 60%</li> <li>50%</li> <li>50%</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>LCIS (25%) 5 casos --&gt; ChP</li> <li>DCIS (75%) 15 casos-riesgo --&gt; 2 RxT</li> <li>N 1(+) --&gt; 3 RxT + QT + HT 15% de 20</li> <li>N (-) riesgo --&gt; 5 RxT 30% de 17</li> <li>N(+) --&gt; 30 casos --&gt; RxT + QT + HT 50%</li> <li>N(-) --&gt; 30 casos --&gt; N(-) riesgo --&gt; 9 casos RxT + QT + HT 30% de 30</li> </ul> <p style="text-align: right;">Total tto. coady.: 49</p>
<p>Coste:</p> <p>TC --&gt; 350.000 × 60 ..... 21.000.000 ptas.</p> <p>C --&gt; 472.700 × 100 ..... 47.270.000 ptas.</p> <hr/> <p>Total ..... 68.270.000 ptas.</p>	<p>Coste:</p> <p>TC --&gt; 7 RxT × 150.000 ..... 1.050.000 ptas.</p> <p>42 RxT + QT + HT × 350.000 ..... 14.700.000 ptas.</p> <p>C --&gt; 40 × 167.000 ..... 6.680.000 ptas.</p> <p>60 × 472.700 ..... 28.362.000 ptas.</p> <hr/> <p>Total ..... 50.792.000 ptas.</p>
<p>Costes básicos:</p> <p>RxT: 150.000 ptas.</p> <p>QT: 350.000 ptas.</p> <p>HT: 60.000 ptas.</p> <p>(banda de oscilación entre 200.000 y 500.000 pesetas)</p>	<p>Diferencia entre las estrategias:</p> <p>Coste tto. convencional ..... 68.270.000 ptas.</p> <p>Coste tto. ambul. CMM ..... 50.792.000 ptas.</p> <hr/> <p>Diferencia de costes ..... 17.478.000 ptas.</p> <p>% diferencial = 25% a favor de la estrategia con cirugía ambulatoria asociada.</p>

CM: Cáncer de mama. LCIS: CIS lobulillar. RxT: Radioterapia. TC: Tto. coadyuvante. CMM: Cáncer de mama mínimo. DCIS: CIS ductal. QT: Quimioterapia. C: Cirugía. CIS: Cáncer de mama *in situ*. ChP: Quemoprevención. HT: Hormonoterapia (TMX).

Resumiendo, en una paciente con CMM el coste de una CC ambulatoria es un 64% inferior al de una cirugía convencional (167.000 *versus* 472.700 pesetas). Efectuando presupuesto sobre 100 pacientes de cualquier estadio, el coste de una estrategia quirúrgica con CC ambulatoria asociada sería un 25% inferior al de una estrategia exclusivamente convencional.

En la tabla III se exponen las posibles candidatas a tratamiento coadyuvante (RT, QT, TMX) atendiendo los criterios-consenso de St. Gallen<sup>48</sup> y su coste mediante estrategia convencional o con la propuesta de cirugía ambulatoria asociada:

- a) En la primera, 60 de cada 100 pacientes intervenidas serán candidatas a tratamiento coadyuvante: 40 casos N(+) y 20 N(-) «de riesgo» [30% de las N(-)], con un coste promedio de 350.000 pesetas por paciente.
- b) En la segunda se indicaría tratamiento coad-

yuvante en 49 de cada 100 casos intervenidos. Además, en 7 de los mismos sólo se precisaría una RT coadyuvante por pertenecer al subgrupo de CMM con carcinoma *in situ* o CMMInf:1 cm-N(-). Ello se traduce en una reducción del 25% respecto al coste de la anterior.

En conclusión, el coste global de una estrategia convencional en el tratamiento del cáncer de mama es un 25% superior al de otra que contemple una cirugía ambulatoria para el «CMM».

### PROPUESTA DE ESTRATEGIA AMBULATORIA PARA EL «CMM»

Se propone la creación de una sección de cirugía ambulatoria vinculada a la UPM del hospital de refe-

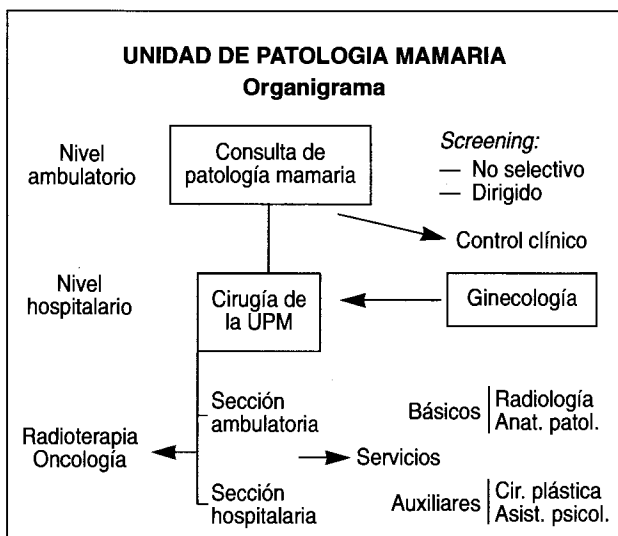


Fig. 2. Distribución de servicios.

rencia con el propósito de atender la patología mamaria benigna y el cáncer de mama mínimo (PMB + CMM).

En la figura 2 se expone el organigrama y dinámica funcional prevista: mediante una labor de *screening* (selectivo o no), la presunta patología mamaria será atendida en primera instancia a través de la consulta externa de la UPM, donde se efectuarán los estudios e interconsultas oportunas para establecer un diagnóstico y actitud terapéutica (alta, control clínico o cirugía). Las pacientes con PMB o CMM, exentas de contraindicaciones según los criterios de exclusión expuestos previamente, serán remitidas a la sección de cirugía ambulatoria previo consentimiento de las mismas en virtud a una detallada información.

Las instalaciones de esta sección deben tener un carácter independiente, pero vinculado al hospital para gozar de una infraestructura de apoyo, por ejemplo, conseguir un ingreso inmediato en caso de complicaciones imprevistas o contar con la proximidad del Servicio de Radiología y Anatomía Patológica para la realización de biopsias dirigidas, etc.

Se pretende realizar una cirugía poco traumática y de corta duración (30-45 minutos) sobre la mama, con anestesia local o general superficial y evitando una relajación o intubación.

En la figura 3 se describe gráficamente nuestro protocolo de tratamiento en el CMM:

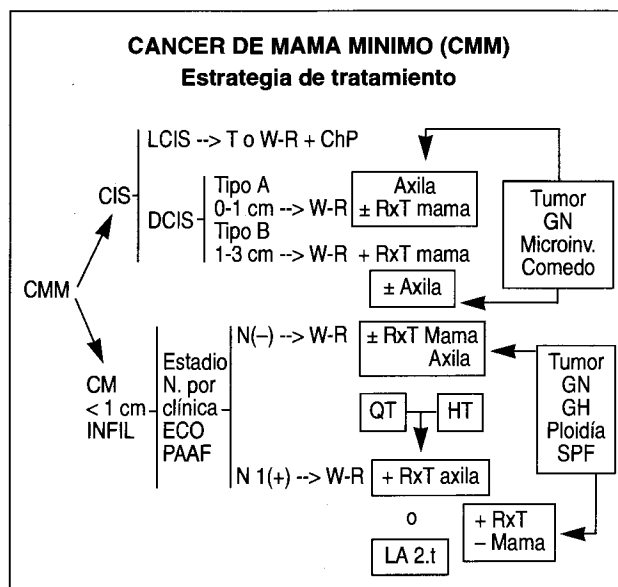


Fig. 3. Protocolo de actuación.

### Carcinoma *in situ*

**Forma lobulillar (LCIS).** Procede una biopsia mediante tumorectomía («T» o tumorectomía ampliada («W-R»), complementada con una quimioterapia de tamoxifen (incluida en un ensayo clínico).

**Forma ductal (DCIS).** Se actuará en función de su diámetro (0-1; 1-3 cm) y existencia de factores de riesgo (FR: GN-comedo-microinvasión):

- 0-1 cm: Se practicará una W-R. Si existen FR(+), se complementará con una RT sobre la mama y axila.
- 1-3 cm: Se practicará de entrada una W-R y RT sobre la mama. Si se registran FR(+), se complementará con una RT sobre la axila.

### Cáncer de mama infiltrante: menor de 1 cm

Se actuará en función del N-clínico-ecografía-PAAF axilar y de los factores de riesgo establecidos (FR: «GN», grado nuclear; «GH», grado histológico; «P», ploidía; «SPF», fracción en fase «S»):

- N(-). Se procederá a una W-R, complementada con una RT sobre mama y axila si los FR son (+).

- 1-N(+). Se procederá a una W-R con tiempo axilar (RT o LA), complementada con una RT sobre la mama si los FR son (+).

Una vez finalizada la intervención la paciente será trasladada a una estancia de reanimación que ejercerá a su vez un cometido de hospital de día. En la misma se pretende conseguir un «despertar completo» (si se había efectuado una anestesia general), comprobar una tolerancia oral y normalidad en la herida operatoria o funcionamiento de drenajes. Por definición dicha estancia no debe superar las 24 horas, período tras el cual la paciente será dada de alta o ingresada en el hospital ante una complicación determinada.

Una vez de alta, la paciente será controlada alternando su asistencia a la consulta externa de la UPM con un seguimiento a domicilio diario efectuado por un equipo médico o de enfermería (sea telefónica o personalmente), prestando especial atención al estado de la herida y funcionamiento de drenajes, los cuales serán retirados en la consulta externa a partir del 3.º-5.º día de la intervención si el débito es inferior a 10-20 cc.

*Rendimiento de la sección de cirugía ambulatoria (SCA).* Entendemos que para mantener una SCA operativa se requiere un promedio de 6 intervenciones diarias ( $\pm 1.500$ /año), cifra difícil de conseguir en un área sanitaria convencional (de 300.000-400.000 habitantes) si sólo se atiende a patología mamaria.

Atendiendo la experiencia de nuestra práctica diaria, la distribución aproximada de la patología mamaria implica un 10% de cáncer de mama (sea *in situ* o infiltrante), un 20% de nódulos sólidos benignos (fibroadenomas, etc.) y un 70% de mastopatía fibroquística. Según Page,<sup>49</sup> dentro de la displasia mamaria benigna existe un 26% de hiperplasia proliferativa (HP: papiloma, adenosis esclerosante, etc.) y un 4% de HP con atipias, posibles candidatas a cirugía. Por tanto, estimamos que una UPM eficaz debe ofrecer un  $\pm 50\%$  de indicaciones quirúrgicas sobre las primeras visitas, lo cual implica unas 500 intervenciones/año en un área sanitaria convencional.

Sin embargo, existen soluciones alternativas: a) ubicar la SCA en la UPM de un hospital de referencia capaz de alcanzar una población tributaria próxima al millón de habitantes, o b) completar el tiempo útil restante de la SCA con patología alterna-

tiva apropiada (por ejemplo, hernias), de lo cual existen varios precedentes en la literatura.<sup>21, 22, 50, 51, 52</sup>

## CONCLUSIONES

- a) Desde un punto de vista médico consideramos justificada una estrategia ambulatoria para el CMM porque:

1. Podemos prescindir de una linfadenectomía axilar sistemática en virtud de que: a) el diagnóstico y pronóstico de los CMM infiltrantes puede ser confirmado con el binomio «N-clínico-ecografía-PA-AF axilar» y el «GN-GH+P-SPF» en sustitución del N-histológico, mientras que los CMM *in situ* pueden ser definidos a través de la tríada «GN-comedo-microinvasión», y b) la radioterapia es una alternativa contrastada y eficaz a la LA en el 25% de CMM que pueden precisar un tiempo axilar.
2. La demanda de tratamiento coadyuvante sistémico es mínima (inferior al 10%).
3. La acogida de las pacientes promete ser muy favorable si ofrecemos una buena información y una labor protocolizada.

- b) Desde el punto de vista económico el coste global de una estrategia convencional en el tratamiento del cáncer de mama se reduciría un 25% mediante la inclusión de esta propuesta ambulatoria para el CMM.

Para conseguir un óptimo rendimiento de la SCA puede ser necesario complementar la actividad asistencial dedicada a la mama con otra patología alternativa.

- c) En síntesis, proponemos una estrategia de cirugía ambulatoria para el CMM basada en una CC sobre la mama, con o sin RT sobre la mama o axila en función de los parámetros descritos en el punto a-1.

La linfadenectomía axilar queda como una alternativa a la radioterapia en los CMM:1-N(+).

## RESUMEN

Actualmente se fomenta una cirugía ambulatoria en el CMM mediante una CC sin LA (por innecesaria).



Aunque válida, esta iniciativa merece cierta reserva puesto que un 25% de CMM:1 cm puede precisar un tiempo axilar. Sin embargo, para identificarlos existen medios alternativos de diagnóstico («N-clínico-ecografía-PAAF axilar») y pronóstico («GN-GH+P-SPF» en casos infiltrantes; «GN-comedo-microinvasión» en casos *in situ*). Más aún, la radioterapia es una opción de tratamiento eficaz para estos casos. Por todo ello nuestra propuesta se basa en una CC (mama), con sin RT (mama o axila) según los parámetros descritos. Esta cirugía es voluntaria, selectiva (contraindicaciones) y exige una infraestructura yuxtahospitalaria (preferible en UPM), pero implica una estrategia más ajustada al CMM y una reducción del 25% respecto al coste de una pauta convencional.

#### REFERENCIAS

1. Torner Gracia J, Fernández Alonso A, Rodríguez Fernández R. Cáncer de mama mínimo. Primera parte: Revisión del tema. *Rev Senología y Patol Mam* (en prensa).
2. Basilio Bonet E. La senología vuelve a peregrinar (editorial). *Rev Senología y Patol Mam* 1993; 6 (6): 157-158.
3. De Crombrugge G. Cáncer milimétrico de mama: Pesadilla del año 2000 (editorial). *Rev Senología y Patol Mam* 1992; 5 (4): 153-154.
4. Domínguez Cunchillos F. Programa de detección precoz del cáncer de mama en Navarra. Reflexiones de un clínico (editorial). *Rev Senología y Patol Mam* 1993; 6 (2): 67.
5. Salvador R, Martín M, Olona M et al. Programa de detección precoz de cáncer de mama entre el personal de la Ciutat Sanitaria Vall d'Hebrón: Segundo año. *Rev Senología y Patol Mam* 1992; 5 (1): 23-25.
6. Genovés JL, Genovés M, Más JM, García Romero R, Madrigal M. Detección de cáncer de mama en la AECC de Murcia. *Rev Senología y Patol Mam* 1992; 5 (2): 62-68.
7. Caicoya M. Programa piloto de *screening* de cáncer de mama femenino en el Area IV. Oviedo. *Rev Senología y Patol Mam* 1992; 5 (4): 169-174.
8. Fisher B, Ore L. Sobre la infrautilización de la cirugía conservadora de la mama en el tratamiento del cáncer de mama. *Annals of Oncology* (ed. esp.) 1993; 2 (4): 305-307.
9. Lazovich DA, White E, Thomas DB, Moe RE. Underutilization of breast-conserving surgery and radiation therapy among women with stage I or II breast cancer. *JAMA* 1991; 266: 3433-3438.
10. August DA, Carpenter LC, Harness JK et al. Benefits of a multidisciplinary approach to breast care. *J Surg Oncol* 1993; 53 (3): 161-167.
11. Nattinger AB, Gottlieb MS, Veum J, Yahnke D, Goodwin JS. Geographic variation in the use of breast-conserving treatment for breast cancer. *N Engl J Med* 1992; 326: 1102-1107.
12. Capri S, Majno E, Mauri M. The cost of hospital stay for operable breast cancer. *Tumori* 1992; 78 (6): 359-362.
13. Schapira DV, Urban N. A minimalist policy for breast cancer surveillance. *JAMA* 1991; 265 (3): 380-382.
14. Salvador R, Mármol G, Salvador M et al. Localización de lesiones mamarias ocultas. Propuestas de un método en régimen ambulatorio. *Rev Senología y Patol Med* 1991; 4 (2): 71-74.
15. Cady B, Stone MD, Wayne J. New therapeutic possibilities in primary invasive breast cancer. *Ann Surg* 1993; 218 (3): 338-349.
16. Galante E, Cerrotta A, Martelli G et al. Treatment of breast cancer in elderly women: Retrospective analysis of 111 wide lumpectomies performed in a day hospital regimen between 1982 and 1988. *Tumori* 1992; 78 (2): 111-114.
17. Goodman AA, Méndez AL. Definitive surgery for breast cancer performed on an outpatient basis. *Arch Surg* 1993; 128: 1149-1152.
18. Clark JA, Kent RB. One-day hospitalization following modified radical mastectomy. *Am Surg* 1992; 58: 239-242.
19. Orr RK, Ketcham AS, Robinson DS, Moffat FL, Tennant ND. Early discharge after mastectomy: A safe way of diminishing hospital costs. *Am Surg* 1987; 53: 161-163.
20. Colomer Mascaró J. La cirugía con hospitalización. Cirugía ambulatoria. En: Campoy Domene LF, Rodríguez Vera MI. *Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios*. Editorial Spain Graf, S. L. Hellín, 1993; 401-402.
21. Bassons MJ. Funcionamiento de una unidad de cirugía ambulatoria en Gran Bretaña y nuestro proyecto en el Hospital Germans Trías i Pujol. En: Giner Noguera M. *Cirugía mayor ambulatoria*. Edición Syntex-Latino, 1991; 59-62.
22. Ramón C, Linares MJ, Pelegrí MD et al. Criterios de selección de pacientes para un programa de cirugía mayor ambulatoria. Protocolo de la UCSI del Hospital de Viladecans. En: Giner Noguera M. *Cirugía mayor ambulatoria*. Edición Syntex-Latino, 1991; 55-57.
23. Silverstein MJ, Rosser RJ, Gierson ED et al. Axillary lymph node dissection for intraductal breast carcinoma. Is it indicated? *Cancer* 1987; 59: 1819-1824.
24. Torner Gracia J, Fernández Alonso A, García-Díaz M. Carcinoma de mama *in situ*. Revisión del tema. *Rev Senología y Patol Mam* 1994 (en prensa).
25. Silverstein MJ, Gierson ED, Waisman JR et al. Axillary lymph node dissection for T-1a breast carcinoma. Is it indicated? *Cancer* 1994; 73: 664-667.
26. Chadha M, Chabon AB, Friedmann P, Vikram B. Predictors of axillary lymph node metastases in patients with T-1 breast cancer. A multivariate analysis. *Cancer* 1994; 73: 350-353.
27. Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willett W. Breast cancer. Review article. Second of three parts. *N Engl J Med* 1992; 327 (6): 390-398.
28. Barr LC, Baum M. ¿Es hora de abandonar la clasificación TNM del cáncer de mama? *The Lancet* (ed. esp.) 1992; 21 (3): 172-173.
29. Acea Nebriil B, Sogo Manzano C, Parejo Calvo A et al. Invasión linfoaxilar en el cáncer de mama: Significación clínico-terapéutica. Revisión de 83 casos. *Rev Senología y Patol Mam* 1991; 4 (3): 131-136.
30. Mazon JJ, Otrmezguine Y, Huart J, Pierquin B. Conservative treatment of breast cancer: Results of management of axillary lymph node area in 3353 patients. *The Lancet* 1985; I: 1387.

31. Tubiana-Hulin M, LeDoussal V, Hacene K, Rouessé J, Brunet M. Sequential identification of factors predicting distant relapse in breast cancer patients treated by conservative surgery. *Cancer* 1993; 72: 1261-1271.
32. Fisher B, Redmond C, Fisher ER et al. Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. *N Engl J Med* 1985; 312: 674-681.
33. Clark RM, Wilkinson RH, Mahoney LJ, Freid JG, MacDonald WD. Breast cancer: A 21 year experience with conservative surgery and radiation. *Int J Radiol Oncol Biol Phys* 1982; 8: 967-975.
34. Forrest APM, Roiberts MM, Preece RP et al. The Cardiff-St. Mary Trial. *Br J Surg* 1974; 61: 766-769.
35. Lythoque JP, Palmer MK. Manchester Regional Breast Study: 5 and 10 year results. *Br J Surg* 1982; 69: 693-696.
36. Bruneton JN, Caramella E, Hery M et al. Axillary lymph node metastases in breast cancer: Preoperative detection with US. *Radiology* 1986; 158: 325-326.
37. Rubaltelli L, Proto E, Salmaso R et al. Sonography of abnormal lymph nodes *in vitro*: Correlation of sonographic and histologic findings. *AJR* 1990; 155: 1241-1244.
38. Vassallo P, Wernecke K, Roos N, Peters PE. Differentiation of benign from malignant superficial lymphadenopathy: The role of high-resolution US. *Radiology* 1992; 183: 215-220.
39. Henderson IC, Hayes DF, Parker LM et al. Adjuvant systemic therapy for patients with node-negative tumors. *Cancer* 1990; 65: 2132-2147.
40. Modolell A. Tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de mama y ganglios negativos (editorial). *Rev Senología y Patol Mam* 1991; 4 (3): 123.
41. Torner Gracia J, Fernández Alonso A. Linfadenectomía axilar en el cáncer de mama: Pasado, presente, futuro. *Rev Senología y Patol Mam* 1994 (en prensa).
42. Pierquin B, Otmezguine Y, Lobo PA. Conservative management of breast carcinoma. *The Creteil experience. Acta Radiologica Oncology* 1983; 22 (2): 101-107.
43. NIH Consensus Conference. Treatment of early-stage breast cancer. *JAMA* 1991; 265 (3): 391-395.
44. Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willett W. Breast cancer. Review article. Third of three parts. *N Engl J Med* 1992; 327 (7): 473-480.
45. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW, Norton L. Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: Analysis of 767 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>/T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> patients with long-term follow-up. *J Clin Oncol* 1993; 11: 2090-2100.
46. Rosner D, Lane WW. Node-negative minimal invasive breast cancer patients are not candidates for routine systemic adjuvant therapy. *Cancer* 1990; 66: 199-205.
47. Martín-Duce, Díez M, Gallego JL. Organización de la cirugía de pared abdominal en el área de Alcalá de Henares. En: Giner Nogueras M. *Cirugía mayor ambulatoria*. Edición Syntex-Latino, 1991; 23-24.
48. Glick JH, Gelber RD, Goldhirsch A, Senn HJ. Adjuvant therapy of primary breast cancer: 4th International Conference of Adjuvant Therapy of Primary Breast Cancer. St. Gallen, Switzerland. *Annals of Oncology* 1992; 3: 801-807.
49. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312 (3): 146-151.
50. Marsal F, Sánchez A, Caubet E, González M, Giner M. Programa de cirugía mayor ambulatoria de las hernias inguinales en el Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. En: Giner Nogueras M. *Cirugía mayor ambulatoria*. Edición Syntex-Latino, 1991; 31-33.
51. Rivera J, Giner M. Cinco años de experiencia en cirugía mayor ambulatoria y de estancia corta en nuestro país. En: Giner Nogueras M. *Cirugía mayor ambulatoria*. Edición Syntex-Latino, 1991; 85-87.
52. Zaragoza C, Villalba S, Trullenque R, Company R. Cirugía mínimamente invasiva. Cien pacientes intervenidos consecutivamente en 5 meses. En: Giner Nogueras M. *Cirugía mayor ambulatoria*. Edición Syntex-Latino, 1991; 89-92.