

COLABORADORES:

A. Sierra y E. Pertejo.

**«CIRUGIA CONSERVADORA SIN RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER INVASIVO DE MAMA EN ESTADIO PRECOZ».** «Conservative surgery without radiotherapy in the treatment of patients with early-stage invasive breast cancer». Reacht A, Houlihan MJ. Joint Center for Radiation Therapy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA. *Ann Surg.* 1995;22(1):9-18.

*Objetivo.* Los autores determinan si algunas pacientes con cánceres de mama invasivos en estadios I o II pueden ser tratadas adecuadamente con cirugía conservadora sin radioterapia.

*Introducción.* Frecuentemente muchas pacientes están siendo tratadas de esta manera en algunos hospitales. Este procedimiento no es tan efectivo como la mastectomía o la cirugía conservadora seguida de radioterapia en la prevención de recurrencias locales. De todos modos puede haber algunas pacientes en las cuales puede ser adecuado el tratamiento con cirugía aislada, con una tasa de recurrencias locales bajas.

*Métodos.* Los autores revisan retrospectivamente las historias de pacientes a las que se había practicado cirugía conservadora de forma aislada (estudio randomizado), comparando con los resultados de este tratamiento con o sin radioterapia posterior.

*Resultados.* La tasa de recurrencias locales es inaceptablemente alta cuando las pacientes (elegidas aleatoriamente) se tratan con cirugía conservadora sin radioterapia. Puede haber resultados más satisfactorios cuando se practican excisiones amplias en mujeres postmenopáusicas seleccionadas, con lesiones pequeñas sin componente intraductal extenso, invasión linfática o vascular, con ganglios axilares histológicamente negativos. El papel del tamoxifén en la disminución del riesgo de recurrencia del cáncer de mama es incierto. A pesar de la cirugía de rescate, algunas pacientes pueden desarrollar enfermedad diseminada como consecuencia de la recurrencia local.

*Conclusiones.* Los autores creen que el diseño de estudios prospectivos cuidadosamente seleccionados para la cirugía conservadora sin tratamiento co-

adyuvante es razonable para pacientes a quienes se haya informado adecuadamente sobre los potenciales riesgos de la omisión de tratamiento radioterápico.

De todas formas habitualmente las pacientes no deberían ser tratadas con cirugía conservadora aislada (sin radioterapia) sin un seguimiento muy estricto.

**«¿TIENE INFLUENCIA LA COLOCACION DE CLIPS QUIRURGICOS EN EL LECHO DE LA EXCISION PARA CONTROL LOCAL EN PACIENTES TRATADOS CON CIRUGIA CONSERVADORA Y RADIOTERAPIA?».** «Does the placement of surgical clips within the excision early influence local control for patients treated with breast-conserving surgery and irradiation». Fein DA, Fouwle BL, Harlon AL, Hoffman JP, Sigurdson ER, Eisenberg BL. Department of Radiation Oncology, Fox Chase Center, Philadelphia, PA USA. *Int J Radiat Oncol Biol.* 1996;5:1009-1017.

*Objetivo.* Varios autores han demostrado la importancia del uso de clips quirúrgicos para delimitar el lecho tumoral en el planteamiento del tratamiento del Ca. de mama en estadio precoz.

Los clips han sido útiles para delimitar los bordes de los campos tangenciales, especialmente en las lesiones muy mediales o muy laterales.

Si los clips quirúrgicos definen mejor el lecho tumoral se pueden disminuir las recurrencias en los márgenes.

Nosotros hemos comparado la incidencia de recurrencias mamarias en mujeres con y sin clips quirúrgicos, controlando otros factores pronósticos demostrados.

*Material y métodos.* Entre 1980 y 1992 1.364 mujeres con Ca. de mama invasivo en estadios I o II recibieron biopsia excisional, disección axilar y radioterapia.

La media de seguimiento fue de 60 meses; la edad media fue de 55 años.

El 71% de las enfermas estaban en estadio N0, el 22% tenían de 1 a 3 ganglios y el 7% tenían más de 4 ganglios.

El 61% eran positivos para receptores estrogénicos y 44% positivos para receptores de progesterona.

Los márgenes fueron negativos en el 62%, positivos en el 10%, márgenes estrechos en el 9% y desconocidos en el 19%.

El 57% de las mujeres presentaron reexcisión.

La quimioterapia adyuvante y el tamoxifén se administraron en el 29% y el tamoxifén sólo en el 17%.

Los clips quirúrgicos se colocaron en el lecho quirúrgico en 556 pacientes, mientras que no se colocaron en 808.

A todas las pacientes se les realizó radioterapia del lecho tumoral.

No se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos para una edad media, estatus normal, estatus ganglionar, estatus de receptores estrogénicos y progesterogénicos, región irradiada o localización tumoral.

Las pacientes sin clips tuvieron márgenes negativos con menos frecuencia; una tasa mayor de márgenes indeterminados o más recibieron tratamiento adyuvante con menor frecuencia que las pacientes con clips quirúrgicos.

**Resultados.** Veinticinco y 27 pacientes con y sin clips quirúrgicos, respectivamente, desarrollaron una recurrencia verdadera o en los márgenes de las mamas tratadas.

La probabilidad actuarial de recurrencia mamaria fue del 2% a los 5 años y del 5% a los 10 para pacientes sin clips, comparando con 5 y 11%, respectivamente, para pacientes con clips ( $p = 0,01$ ).

Comparando la tasa de recurrencias mamarias para pacientes con y sin clips no se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores: quimioterapia, tamoxifén, márgenes negativos, positivos o estrechos, reexcisión, N1 y tumor primario central o interno.

Las tasas de aumento de recurrencia mamaria tuvieron lugar en pacientes con clips para las siguientes

variables: no tratamiento adyuvante ( $p < 0,001$ ), márgenes desconocidos ( $p < 0,001$ ) y excisión simple ( $p = 0,003$ ), estadio N0 ( $p = 0,001$ ) y localización externa.

Un análisis estratificado de multivariantes se realizó para todas las 1.364 pacientes usando las variables mencionadas anteriormente, así como la presencia o ausencia de clips quirúrgicos y el cirujano de primera intervención quirúrgica.

El cirujano ( $p = 0,03$ ) y la falta de tratamiento adyuvante ( $p = 0,01$ ) influyen de forma significativa en la recurrencia mamaria.

Para las pacientes con clips quirúrgicos la tasa de recurrencia mamaria aislada a los 10 años fue del 21% para un solo cirujano frente al 6% en el resto del grupo ( $p = 0,01$ ). Para las pacientes con clips este cirujano presentaba enfermas con márgenes desconocidos en el 48% de los casos, comparando al 10% en el resto ( $p = 0,001$ ). Excluyendo a este cirujano del análisis, la recurrencia mamaria aislada para pacientes con clips fue de 6 frente al 5% en pacientes sin clips (0,18).

**Conclusiones.** En conjunto hay una diferencia significativa en la tasa de recurrencia mamaria a los 10 años a favor de las mujeres sin clips a pesar de otros factores pronósticos más adversos.

No había diferencia en la tasa de recurrencia mamaria para pacientes con o sin clips quirúrgicos si se tenía especial cuidado con los márgenes quirúrgicos.

El fracaso en la tinción de la pieza quirúrgica que tiene lugar por tener márgenes desconocidos no puede compararse por la colocación de clips.