

M. Rull,
A. Barnadas,
R. Ballester,
J. de la Cruz,
A. Mariscal,
E. Castellà,
F. Fusté,
A. Alastrué,
M. A. Broggi

Tratamiento conservador del cáncer de mama. Resultados a propósito de 77 casos estudiados

Conservative treatment of breast cancer. Review of 77 cases

SUMMARY

Introduction. *Conservative treatment of breast cancer is defined as the one that treats cancer with the possibility of preserving the breast. It consists on a wide tumorectomy followed by a radical axilar linfadenectomy and radiotherapy of the remaining tissue.*

Material and methods. *We analyzed a series of 77 patients with breast cancer treated in the Breast Patology Unit of our hospital who were candidate for conservative treatment in the period from January 1987 to June 1994. A wide tumorectomy with axilar linfadenectomy up to June 1994. A wide tumorectomy with axilar linfadenectomy up to level III followed by radiotherapy (45-50 Gy) in the month after surgery was performed.*

Results. *Medium tumoral size was 1.91 cm and 74% of the cases presented no axillar affection. Medium follow-up was 31 months and there have been 6 cases of local recurrence. At this time, 86% of patients are free of disease.*

Conclusions. *Conservative treatment in breast cancer must be contemplated in the therapeutic approach of small size neoplasia, offering the possibility of preserving the breast with minimum toxicity and acceptable esthetic results.*

Unidad de Patología Mamaria.
Hospital Universitario Germans
Trias i Pujol. Badalona
(Barcelona).

Correspondencia:
J. de la Cruz Verdún.
Paseo Dr. Moragas, 239, 4.º, 1.ª
08210 Barberà del Vallés
(Barcelona).

Palabras clave

Cáncer de mama, Tratamiento conservador, Recidiva local.

Key words

Breast cancer, Conservative treatment, Local recurrence.

INTRODUCCION

Se define como tratamiento conservador del cáncer de mama (TC) aquel que tiene como objetivo tratar a la paciente de su cáncer mamario con la posibilidad de seguir conservando el seno. Consiste en una tumorectomía amplia, seguida de un vaciamiento axilar radical (VAR) y posteriormente de una radioterapia superficial sobre la mama con el fin de esterilizar la glándula y el lecho tumoral de posibles restos celulares neoplásicos.

Hoy día no existe duda alguna sobre que el TC es

la opción terapéutica de elección en aquel carcinoma de mama en los estadios iniciales, suponiendo un gran esfuerzo por parte de cirujanos, radiólogos y radioterapeutas, obteniendo una satisfacción evidente por parte de la paciente por el hecho de conservar su seno.^{1, 2, 3, 4, 5}

Los trabajos prospectivos y aleatorizados de Veronesi, Sarrazin y Hayward demostraron que la mastectomía parcial con disección axilar y radioterapia de la mama remanente consigue iguales resultados que la cirugía amputativa de las teorías mecanicistas de antaño propuestas por Haslsted y Handley.^{6, 7, 8}

Junto a esto, el mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de la biología del tumor, junto con el desarrollo adquirido por la radioterapia en los últimos años, hace posible que se pueda llevar a cabo el TC, obteniendo unos resultados equiparables a la cirugía amputativa.^{9,10}

MATERIAL Y METODOS

Analizamos una serie de 77 pacientes con cáncer de mama tratadas en la Unidad de Patología Mamaria de nuestro centro tributarias de TC en el período comprendido entre enero de 1987 y junio de 1994.

Para incluir a la paciente dentro del TC debe cumplir unos criterios, como son poseer un tamaño tumoral igual o inferior a 3 cm (según la mamografía), siempre siendo menor el tamaño del tumor a la quinta parte del volumen total de la mama, conseguir unos resultados estéticos aceptables, ausencia de multifocalidad, ser N0 o N1, ausencia de metástasis, poseer la paciente un estado psíquico adecuado y tener unas garantías de seguimiento correcto, sobre todo a la hora de realizar la radioterapia.

La edad media de nuestras pacientes es de 55,1 años (34-81). En cuanto a la paridad, el 15,6% no tenían descendencia, el 61,1% tenían 1 ó 2 hijos y el 23,4% tenían más de 2 hijos (tabla I). En lo que al estado hormonal se refiere han predominado las mujeres postmenopáusicas con un 59,7% de los casos, las perimenopáusicas con un 14,3% y las premenopáusicas con un 26% (tabla II). El motivo fundamental de consulta fue el hallazgo por parte de la paciente de una tumoración a nivel mamario de características malignas o sospechosas de malignidad (dura y adherida al tejido mamario circundante) en el 76,6% de los casos, en un 15,6% la paciente no tenía clínica alguna y el hallazgo fue por *screening* mamográfico, en el 7,8% restante las características clínicas de la tumoración no hacían sospechar de patología ma-

ligna (consistencia más blanda al tacto y no adherida al tejido peritumoral).

En el estudio radiológico el 5,2% de las pacientes no presentaban signos de malignidad en la mamografía (ausencia de microcalcificaciones o patrón radiológico de benignidad), en el 81,7% de los casos la radiología era francamente maligna, con presencia de microcalcificaciones o un patrón distorsionado y/o espiculado, el 9,1% restante presentaba en la mamografía signos no concluyentes de malignidad, pero sí sospechosos de la misma.

Realizamos citología en 66 pacientes, siendo diagnóstica de carcinoma de mama en 56 casos (84,8%), benigna en 2 (3,0%) y no concluyente en 8 (12,1%).

La cirugía consiste en una tumorectomía amplia con un margen de 2 cm de tejido peritumoral libre de lesión a nivel macroscópico, junto a un VAR, llegando hasta el tercer nivel de Berg, siempre realizando 2 incisiones, una sobre el seno circular y siguiendo las líneas de Langer de tensión cutánea y una segunda a nivel axilar desde el margen de los músculos pectoral a dorsal.

Se realizó radioterapia siempre antes de 1 mes del tratamiento quirúrgico, entre la 3-4 semanas. Se realiza telecobaltoterapia superficial 45-50 Gy en total, fraccionadas en 5 sesiones (una vez por semana) y en algunos casos sobredosis con electrones o iridio 10-15 Gy en total sobre lecho tumoral.

En un total de 25 pacientes (32,5%), por estar afectada la axila o por ser cánceres de alto riesgo, se añadió poliquimioterapia; la combinación CMF (ciclofosfamida, metotrexate y fluorouracilo), 6 ciclos en total, fue la más empleada.

Cuando la paciente es postmenopáusica, sin afectación ganglionar y con receptores positivos, se administra hormonoterapia (tamoxifeno a dosis de 20 mg/día). En los primeros casos el tiempo de administración del tamoxifeno era de 2 años; en la actualidad se administra de forma permanente.

TABLA I
PARIDAD

	N.º de casos	Porcentaje
Sin hijos	12	15,6
1 hijo	10	13,0
2 hijos	37	48,1
> 2 hijos	18	23,4

TABLA II
ESTADO HORMONAL

	N.º de casos	Porcentaje
Premenopáusicas	20	26,0
Perimenopáusicas	11	14,3
Postmenopáusicas	46	59,7

TABLA III
ESTUDIO DE LA AXILA

Número de ganglios aislados

— Media: 13,18 (9-24).

Número de ganglios afectados

— Media: 3,15 (1-11).

RESULTADOS

El tamaño tumoral ha tenido una media de 1,91 cm (0,5-4) y siempre ha sido menor de una quinta parte del volumen global de la mama. La media de ganglios aislados es de 13,18 (9-24), con 20 pacientes (26,0%) con afectación ganglionar y 57 (74,0%) sin afectación. De los 20 pacientes que tenían ganglios positivos, la media de ganglios afectados es de 3,15 (1-11) (tabla III).

En las tablas IV y V presentamos la histología y exponemos la clasificación de nuestros casos por estadios y dentro del TNM. Aun cuando la clasificación es clínica, se han añadido casos de anotaciones de estudio anatomopatológico. Es el caso de 2 pacientes que fueron clasificadas en estadio N2 por existir rotura de la cápsula ganglionar.

Se determinaron los receptores hormonales en 51 pacientes, siendo positivos en 40 ocasiones (78,4%) y negativos en 11 (21,5%), siempre con valores superiores a 10 fmol/mg.

El seguimiento se realizó cada 3 meses el primer año, cada 6 meses hasta el tercer año y con posterioridad anualmente. Tenemos una media de seguimiento de 31,5 meses (9-94). De las 77 pacientes estudiadas, 62 (80,5%) no presentan recidiva, 6 (7,9%) han presentado recidiva a nivel local, procediéndose en 5 de ellas a realizar una mastectomía y a una nueva tumorectomía más radioterapia de rescate. La

TABLA IV
ANATOMIA PATOLOGICA

	N.º de casos	Porcentaje
Ductal infiltrante	68	88,3
Intraductal	4	5,2
Lobulillar	3	3,9
Otros	2	2,6

TABLA V
ESTADIOS Y TNM

Estadio	Clasificación	N.º de casos	Porcentaje
0	TisN0M0	4	5,2
I	T1N0M0	22	28,6
IIA	T1N1M0	9	11,7
	T2N0M0	31	40,3
IIB	T2N1M0	9	11,7
IIIA	T2N2M0	2	2,6

presencia de metástasis se presenta en 9 pacientes (11,7%), realizándose en todas ellas poliquimioterapia con pauta CMF (tabla VI).

En el momento actual tenemos 8 pacientes (10,4%) que han sido exitus, 7 por causa de la enfermedad y 1 por una sobreinfección respiratoria; de las 69 restantes (89,6%), 2 pacientes se encuentran con metástasis y el resto se encuentran libres de enfermedad en la actualidad (87,0%).

DISCUSION

La posibilidad de radioterapia en la mama sin lesionar de forma importante la piel o la pared del tórax ha producido opciones para tratar el cáncer mamario. El tratamiento sistémico eficaz y la terapéutica local con conservación del tejido mamario ha obligado a los cirujanos a hacer un enfoque crítico de los objetivos y las opciones de los diversos cuadros que componen la diversidad de tipos de cáncer mamario.^{1, 2, 3, 4, 5, 11}

Numerosos estudios han señalado que con la cirugía conservadora y la radioterapia se logran índices de control local y regional y supervivencia semejantes a los que se alcanzan con la mastectomía radical o radical modificada.

TABLA VI
RECIDIVA

	N.º de casos	Porcentaje
Sin recidiva	62	80,5
Recidiva local	6	7,9
Metástasis a distancia	9	11,7

El estudio prospectivo más antiguo fue el de Hayward en 1971, que señaló que la ablación amplia sin disección axilar y radioterapia inadecuada aumentaba el número de recidivas locales y regionales.⁶ Serrazin en una serie de 179 mujeres con tumores menores de 2 cm, divididas en 2 grupos (mastectomía vs tumorectomía), señaló después de 10 años de vigilancia que no hubo diferencia alguna entre los 2 grupos referente a tasas de supervivencia, recidiva local y regional, metástasis a distancia o tumores en el seno contralateral.⁷

Veronesi en un estudio que incluyó a 701 mujeres con neoplasias menores de 2 cm, a las cuales dividió entre mastectomía y tumorectomía junto a vaciamiento axilar y radioterapia, no observó diferencias significativas en las tasas de supervivencia global o sin enfermedad entre los 2 grupos a los 8 años de vigilancia.⁸

En nuestro país desde el año 1975 se practica de forma rutinaria el TC, a nuestro entender no siempre de forma correcta, ya que no existe en todos los casos una estricta indicación, experiencia y meticulosidad que la cirugía y radioterapia precisan.

En nuestro centro desde el año 1983 realizamos el TC siempre y cuando se cumplan los criterios establecidos y la paciente lo acepte. En los primeros años éramos más estrictos a la hora del tamaño tumoral y en la actualidad ampliamos el límite hasta los 3 cm, incluso 1 paciente con un tumor de 4 cm se incluyó en el TC, ya que el volumen de la mama lo permitía.

El VAR también durante este tiempo ha evolucionado; en un principio nos guiábamos por el hecho de que el VAR debe ser diagnóstico y con una media de 10 ganglios era suficiente. En la actualidad creemos que el VAR debe ser terapéutico y extraemos la mayor cantidad de ganglios posible, siempre llegando al tercer nivel de Berg, aumentando, por consiguiente, el riesgo de linfedema en el brazo.^{12, 13}

Respecto a la indicación de tumorectomía o cuadrantectomía nuestra opinión es que, aunque nosotros siempre realizamos tumorectomía con un margen de 2 cm de tejido libre de lesión, pues lo consideramos suficiente, lo que cuenta es la intencionalidad por parte del cirujano en la exéresis, pero creemos que la cuadrantectomía deja el seno con un volumen mucho más pequeño respecto al otro y proporciona menores resultados estéticos.¹⁴

Durante la intervención únicamente nos interesa si hay o no infiltración macroscópica en los 2 cm peritumorales, ya que la posible infiltración microscópica

será misión de la radioterapia, realizando en nuestro caso sobreimpresión sobre el lecho tumoral. Una vez realizada la tumorectomía marcamos la disposición de la pieza y la incluimos en tinta china para precisar de forma exacta los límites de afectación.^{15, 16, 17}

En cuanto a la toxicidad de la radioterapia vemos que el eritema cutáneo es la forma de presentación más frecuente que cede prácticamente en su totalidad una vez terminada la radioterapia. El edema cutáneo es una complicación menos frecuente, pero de mayores consecuencias, que intentamos evitar desde el comienzo de la radioterapia, incluyendo a la paciente en un programa de rehabilitación, con lo cual obtenemos unos resultados satisfactorios.¹⁸

En lo que a la recidiva local se refiere creemos que la mastectomía es el tratamiento de elección, realizable en la mayoría de los casos, excluyendo los casos en que se asocien metástasis a distancia. Por otra parte, la tumorectomía puede utilizarse en casos de recidivas locales pequeñas y en mujeres de edad, siendo en todo caso indicaciones muy restrictivas, ya que los fracasos de este segundo TC tienen muy mal pronóstico.^{19, 20, 21}

Como conclusión vemos que el TC en el cáncer de mama debe contemplarse en el abordaje terapéutico de las neoplasias de pequeño tamaño, siendo este tratamiento radical, completo y multidisciplinario, ofreciendo la posibilidad a la paciente de conservar el seno, siendo la toxicidad al tratamiento mínima y los resultados estéticos aceptables.

RESUMEN

Introducción. Se define como tratamiento conservador del cáncer de mama aquel que tiene como objetivo tratar a la paciente de su cáncer mamario con la posibilidad de seguir conservando el seno. Consiste en una tumorectomía amplia, seguida de vaciamiento axilar radical y posteriormente una radioterapia sobre la mama restante.

Material y métodos. Analizamos una serie de 77 pacientes con cáncer de mama tratadas en la Unidad de Patología Mamaria de nuestro centro, tributarias de tratamiento conservador en el período comprendido entre enero de 1987 y junio de 1994. Realizamos una tumorectomía amplia y vaciamiento axilar hasta el III nivel, seguido de radioterapia 45-50 Gy, siempre antes del mes de realizada la cirugía.

Resultados. El tamaño tumoral medio fue de 1,91 cm y en el 74% de los casos no existió afectación ganglionar axilar. El seguimiento medio ha sido de 31 meses y se han presentado 6 casos de recidiva a nivel local. En la actualidad se encuentran libres de enfermedad el 87% de las pacientes.

Conclusiones. El tratamiento conservador en el cáncer de mama debe contemplarse en el abordaje terapéutico de las neoplasias de pequeño tamaño, ofreciendo la posibilidad a la paciente de conservar el seno, siendo la toxicidad al tratamiento mínima y los resultados estéticos aceptables.

REFERENCIAS

1. Osborne MP, Ormiston N, Harmer CL et al. Breast conservation in the treatment of early breast cancer: a 20 years follow-up. *Cancer*. 1984;53:349.
2. Bartelink H, Borger JH, Van Donzen JA et al. The impact of tumor size and histology on local control after breast conserving therapy. *Radiother Oncol*. 1988; 11:297.
3. Calle R, Pelleron JP, Schleinger P et al. Conservative management of operable breast cancer: ten years' experience at the Fondation Curie. *Cancer*. 1978; 42: 2045.
4. Fisher B, Redmond C, Poisson R et al. Eight year results of randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 1989; 320:822.
5. Clark RM, Wilkinson RH, Mahoney LJ et al. Breast cancer: a 21 year experience with conservative surgery and radiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1982; 8:967.
6. Hayward J. The significance of local control in the primary treatment of breast cancer. *Arch Surg*. 1987; 122: 1244.
7. Sarrazin D, Le M, Rouse J et al. Conservative treatment vs mastectomy in breast cancer tumors with macroscopic diameter of 20 mm or less. *Cancer*. 1984; 53:1209.
8. Veronesi U, Banfi A, Del Vecchio M et al. Comparison of Halstead mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in early breast cancer. Long-term results. *Eur J Cancer Oncol*. 1986;22:1085.
9. Haffty BG, Goldberg NB, Rose M et al. Conservative surgery with radiation therapy in clinical stage I and II breast cancer: results of a 20 year experience. *Arch Surg*. 1989;124:1266.
10. Fourquet B, Bauer M, Poisson R. Five years results of a randomized trial comparing total and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Eng J Med*. 1985;312:665.
11. Pierquin B, Huart J. Conservative treatment for breast cancer: long-term results (15 years). *Radiol Oncol*. 1991; 20:16.
12. Rose ChM, Botnick LE, Goodman RL et al. The role of limited axillary dissection in the treatment of breast cancer by primary irradiation. In: *Conservative management of breast cancer*. Philadelphia: Ed. Lippincott Comp. 1983.
13. Kissin MW, Querci della Rovere G, Easton D et al. Risk of lymphedema following the treatment of breast cancer. *Br J Surg*. 1986;73:580.
14. Sancho Merle F. Tratamiento conservador del cáncer de mama. Análisis de 177 casos. *Cir Esp*. 1990;5:529.
15. Schnitt SJ, Connolly JL, Khettry U et al. Pathologic findings on re-excision of the primary site in breast cancer patients considered for treatment by primary radiation therapy. *Cancer*. 1987;59:675.
16. Schwartz GF, D'Ugo DM, Rosenberg AL. Extent of axillary dissection preceding irradiation for carcinoma of the breast. *Arch Surg*. 1986;121:1395.
17. Kurtz JM, Jacquemier J, Brandone H et al. Inoperable recurrence after breast-conserving surgical treatment and radiotherapy. *Surg Gyn Obst*. 1991;172:357.
18. Harris JR, Levine MB, Svensson G et al. Analysis of cosmetic results following primary radiation therapy for stage I and II carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1979;5:257.
19. Torramade J, Martínez-Regueira F, Díez-Caballero A et al. Tratamiento conservador en el cáncer de mama: resultados a 5 años. *Rev Senología y Patol Mam*. 1995; 8:28.
20. Achard JL, Verrelle P, Rozan R. Valeur pronostique de la recidive local. En: Suzanne F, ed. *Actualites en senologie*. Montpellier: Sauramps Medical, 1993.
21. Anscher MS, Jones P, Pronitz LR et al. Local failure and margin status in early-stage breast carcinoma treated with conservation surgery and radiation therapy. *Ann Surg*. 1993;1:22.