

F. Vicente,
L. Abascal,
J. J. Íñigo,
P. Soriano,
S. Montón,
C. Miranda,
J. M. Lera

Cinco años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de pacientes procedentes de una campaña de detección precoz de cáncer de mama

Five years experience in the diagnosis and surgical treatment of patients from breast cancer early detection campaign

SUMMARY

Our 5 years experience in the diagnosis and surgical treatment of 464 patients from an early detection campaign is presented.

Results of mammography are presented and correlated with 239 nonpalpable lesions and 283 malignant tumors.

Surgical management either as diagnostic or as a therapeutic procedure is exposed.

Benign and malignant biopsy proportion was 1/1.56.

10.2% of the malignant lesions were ductal carcinoma in situ and 21.1%, if we consider only non palpable malignant lesions.

69.9% of the patients with malignant tumors underwent conservative surgery and 1/3 of all radical mastectomy patients reconstructed with a breast expander in the same procedure.

Servicio de Cirugía General.
Hospital de Navarra. Pamplona.

Correspondencia:
F. Vicente García.
Servicio de Cirugía General.
Hospital de Navarra.
Irunlarrea, 10.
31080 Pamplona (Navarra).

Palabras clave

Diagnóstico precoz, Cáncer de mama.

Key words

Early diagnostic, Breast cancer.

INTRODUCCIÓN

Es conocido el hecho que el carcinoma de mama es el más frecuente y constituye la primera causa de muerte por cáncer entre la población femenina en los países industrializados,¹ encontrándose nuestro país en la misma situación.²

El desarrollo de campañas de detección precoz ha propiciado que el tipo de tratamiento de los procesos mamarios, así como los procedimientos diagnósticos,

hayan sufrido cambios, generalizándose algunas técnicas como la biopsia dirigida y propiciando una mayor utilización de la cirugía conservadora en base a diagnósticos más tempranos.³⁻⁸ El objeto de nuestro trabajo es presentar la experiencia acumulada (diagnóstico y tratamiento) durante 5 años en la Unidad de Mama del Servicio de Cirugía del Hospital de Navarra y que es una de las dos unidades quirúrgicas relacionadas con la Unidad de Detección Precoz de Cáncer de Mama (UDPCM) de la Comunidad de Navarra.

CASUÍSTICA Y MÉTODOS

El grupo de estudio está constituido por 464 pacientes remitidas a nuestro centro por la UDPCM desde mayo de 1991 a mayo de 1996, quedando excluidas aquellas pacientes que fueron diagnosticadas sin intervención quirúrgica (punción radio o ecoguiada, citología directa). Todas las pacientes aportaban estudio mamográfico y se les realizó valoración clínica previa al diagnóstico mediante biopsia mamaria. Se analizan datos clínicos, exploraciones diagnósticas, tratamiento aplicado y resultados anatomopatológicos. El estudio estadístico se ha realizado mediante la aplicación de programa Stat View para ordenador (anova, «t» Student y Chi cuadrado).

RESULTADOS

De las 464 pacientes diagnosticadas mediante cirugía, 181 (39%) eran portadoras de lesiones benignas y 283 presentaban procesos malignos (razón benigno/maligno: 0,64).

La edad media global ha sido de 55 años, en pacientes con lesiones benignas es de 52,8 años, y de 56,5 años en aquellas con lesiones malignas ($p < 0,001$).

En la exploración mamaria del total de las pacientes 239 presentaban lesiones no palpables (51,5%), distribuidas según recoge la tabla 1; 108 pacientes que no referían ningún problema mamario presentaban una tumoración palpable en la exploración, y de éstas, 94 eran portadoras de un carcinoma. En la anamnesis se confirmó la existencia de antecedentes mamarios malignos en 65 casos (14%), 52 correspondían a mujeres portadoras de patología maligna, lo que representa el 18,3% de las mismas. Por otro lado, 27 mujeres diagnosticadas de carcinoma mamario (9,4% de los malignos) refería antecedentes personales de patología benigna.

TABLA 1
CASOS TRATADOS

	No palpable	Palpable	Total
Benignos	125 (69,1%)	56 (30,9%)	181 (100%)
Malignos	114 (40,3%)	169 (59,7%)	283 (100%)
Total casos ...	239 (51,5%)	225 (48,49%)	464 (100%)

TABLA 2
ESTUDIO RADIOLÓGICO

Patrón radiológico	Benignos	Malignos	Total
Distorsión	36 (19,88%)	60 (21,20%)	96 (20,63%)
Microcalcificaciones ..	60 (33,14%)	51 (18,02%)	111 (23,92%)
Microcal. + distorsión ..	7 (3,87%)	31 (10,92%)	38 (8,18%)
Nód. bien delimitado ..	45 (24,86%)	8 (2,82%)	53 (11,53%)
Nód. mal delimitado ...	23 (12,7%)	3 (1,06%)	26 (5,60%)
Nód. espiculado	0	104 (36,75%)	104 (22,41%)
Nód. + microcal.	5 (2,76%)	23 (8,13%)	28 (6,03%)
Fibrosis	5 (2,76%)	0	5 (1,07%)
Fibronodular	0	3 (1,06%)	3 (0,64%)
Total casos	181 (100%)	283 (100%)	464 (100%)

En la tabla 2 se presenta el resultado del estudio radiológico practicado en todas las pacientes y los patrones mamográficos encontrados. Hemos encontrado diferencias significativas entre los distintos patrones radiológicos dependiendo de la benignidad o malignidad del proceso salvo en la distorsión ($p = 0,75$); el patrón radiológico más frecuente en lesiones benignas ha sido microcalcificaciones (33%) ($p = 0,0004$) y nódulo espiculado en malignas (35,6%) ($p = 0,0001$); por otro lado, había microcalcificaciones aisladas o acompañando a otros patrones radiológicos en más del 36% de los casos diagnosticados de malignidad.

En 185 casos se realizó citología preoperatoria que coincidió con el diagnóstico postoperatorio en 124 ocasiones (67%); si excluimos 34 casos en los que no se consiguió material suficiente, orientó el diagnóstico en el 82,1% de los casos estudiados.

En nueve pacientes se procedió a tratamiento neoadyuvante tras diagnóstico de carcinoma mamario mediante biopsia de la lesión (dos carcinomas inflamatorios y siete casos T3), el resto de las pacientes con lesiones palpables fueron sometidas a biopsia mamaria intraoperatoria bajo anestesia general. Las portadoras de lesión no palpable fueron diagnosticadas mediante biopsia dirigida con control radiológico intraoperatorio de inclusión de la lesión en el cilindro extirpado y estudio anatomopatológico diferido, salvo en los casos de lesiones previsiblemente bien localizables macroscópicamente en el acto quirúrgico, en los que se procedía a estudio intraoperatorio de la pieza—49 casos (43 lesiones malignas y seis lesiones benignas)—. Las biopsias dirigidas diferidas se han realizado con anestesia local más sedación, habiéndose

TABLA 3
LESIONES BENIGNAS

Anatomía patológica	N.º de casos	%
Displasia	116	62,4
Fibroadenoma	52	28
Papiloma intraductal	4	2,2
Fibrosis	4	2,2
Esteatonecrosis	4	2,2
Phyllodes benigno	2	1,1
Fibroadenolipoma	2	1,1
Otro	2	1,1

dose presentado hematoma postoperatorio que precisó evacuación en cinco casos (2,7%). Desde el punto de vista anatomopatológico los resultados obtenidos quedan recogidos en las tablas 3 y 4.

Entre las lesiones benignas la displasia es el proceso más frecuente (en 9 casos con atipias), siendo la hiperplasia epitelial la que se ha presentado en más ocasiones (27,5%) y la adenosis esclerosante la que le sigue en frecuencia (18,8%); como caso curioso se ha diagnosticado un hemangioma cavernoso entre las lesiones benignas extirpadas (tabla 3).

Las lesiones malignas han correspondido a carcinoma ductal infiltrante en el 74% de los casos, presentándose un 10,2% de carcinomas intraductales; este porcentaje se eleva si consideramos solamente las lesiones malignas no palpables hasta el 21% (tablas 4 y 5).

Una vez confirmado el diagnóstico de malignidad se completaba el tratamiento según el protocolo seguido en nuestro centro.⁹ Las intervenciones practicadas se detallan en la tabla 6. La cirugía conservadora ha supuesto el 69,6% de las intervenciones y

TABLA 4
LESIONES MALIGNAS

Anatomía patológica	N.º de casos	%
Ductal infiltrante	210	74,2
Intraductal	29	10,2
Tubular	16	5,7
Lobulillar infiltrante	15	5,3
Medular	5	1,8
Papilar	2	0,7
Phyllodes maligno	2	0,7
Inflamatorio	2	0,7
Coloide	1	0,4
Angiosarcoma	1	0,4

TABLA 5
LESIONES MALIGNAS NO PALPABLES

Anatomía patológica	N.º de casos	%
Ductal infiltrante	77	67,5
Intraductal	24	21,1
Tubular	9	7,9
Papilar	1	0,9
Coloide	1	0,9
Lobulillar infiltrante	1	0,9
Angiosarcoma	1	0,9

en un 30,2% de los casos en que se practicó mastectomía se procedió a la colocación de expansor tisular retropectoral para reconstrucción mamaria.

El tamaño medio de las lesiones extirpadas ha sido de 1,9 ($\pm 1,3$) cm, 173 casos eran menores de 2 cm y ocho medían en el momento de la intervención más de 5 cm.

Hemos realizado linfadenectomía axilar en 268 casos con una media de 13,49 ($\pm 5,1$) ganglios aislados. Los casos sin linfadenectomía corresponden a 11 pacientes portadoras de carcinoma intraductal, dos phyllodes malignos y un carcinoma tubular de 6 mm. En 179 casos no había afectación axilar y 33 presentaban más de tres ganglios con colonización tumoral. La afectación ganglionar entre los tumores no palpables clínicamente se ha presentado en 15 casos (15%), siendo mayor de tres ganglios afectados en tres ocasiones. No hemos encontrado diferencias al relacionar el tamaño de la lesión con la edad ($p = 0,15$). Por el contrario, sí las hay entre los Tp1 y Tp2-Tp3 al comparar el tamaño con la afectación ganglionar ($p < 0,05$), y no encontrando estas diferencias entre los Tp2 y Tp3.

TABLA 6
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LESIONES MALIGNAS

Técnica	N.º de casos	%
Segmentectomía + VA	170	60,1
MRM (Madden)	58	20,5
MRM (Madden) + expansor	25	8,9
Tumorectomía + VA	15	5,3
Tumorectomía	12	4,2
Mastectomía simple	2	0,7
Mastectomía simple + expansor ...	1	0,4

VA: vaciamiento axilar. MRM: mastectomía radical modificada.

Todas las pacientes a las que se practicó cirugía conservadora recibieron tratamiento complementario con radioterapia mamaria.

Dado que el tiempo de evolución es todavía pequeño para valorar recidivas locales no entramos a analizar este punto.

DISCUSIÓN

Desde que se conocieron los primeros resultados del HIP (Health Insurance Plan of Greater New York),¹⁰ en el que se constataba una disminución de la mortalidad del cáncer de mama en base a un diagnóstico precoz de la enfermedad, se han presentado múltiples estudios que lo refrendan.¹¹⁻¹³

La edad media de las pacientes por nosotros tratadas se ve influenciada por la población diana a la que va dirigida el estudio (45-65 años); no obstante, las lesiones benignas se presentan en pacientes más jóvenes ($p < 0,001$).

Es de destacar que un 23,3% de las mujeres presentaban una lesión palpable en el momento del diagnóstico sin que subjetivamente hubieran percibido la presencia de la lesión, lo que nos hace suponer que, sin ponerlo en duda, hoy por hoy el método de *screening* por excelencia es la mamografía, la existencia de un hábito de autoexploración mamaria entre la población estudiada nos podría haber llevado a un diagnóstico más precoz en mayor número de pacientes.

El gran número de lesiones no palpables detectadas en los programas de diagnóstico precoz ha hecho necesario el desarrollo de técnicas de marcaje preoperatorio (aguja, tinción)³⁻⁷ o intraoperatorias (eco);¹⁴ nosotros hemos utilizado la biopsia dirigida con aguja de Kopans para el diagnóstico de lesiones no palpables. Esta técnica de marcaje ha tenido poca morbilidad (2,7%) en nuestra serie, si bien en ocasiones, debido a la localización de la lesión o a características de la mama, su colocación ha planteado dificultades en nuestro medio.

En nuestra serie la relación biopsia benigna/maligna en lesiones no palpables ha sido 1,09, cifra algo superior a la obtenida por Allen¹⁵ (1/1,72) y muy inferior a la de Canavese³ (3,2/1), encontrándose en un nivel correcto para una unidad de detección precoz.¹⁶

Queremos destacar que en nuestra serie el número de carcinomas *in situ* ha representado el 10,2%

del global de carcinomas diagnosticados. Si consideramos únicamente las lesiones malignas no palpables alcanzan el 21,1% de los casos tratados, cifra similar al obtenida por Denning et al¹⁷ y Skinner et al¹⁸ e inferior a la obtenida por otros grupos.^{5, 6, 19}

En cierta medida por el diagnóstico cada vez más precoz de las lesiones mamarias el tratamiento quirúrgico también se ha visto modificado en sus planteamientos y la cirugía conservadora representa el 69,6% de nuestra serie de lesiones malignas.

Queremos destacar que en casi un tercio de las pacientes sometidas a mastectomía se procedió a reconstrucción mamaria en el curso de la misma intervención utilizando expansores tisulares. Esta opción es, en nuestra opinión, muy válida por ser una cirugía poco traumática que alarga poco la intervención quirúrgica y con una morbilidad, hasta el momento, escasa en nuestras manos.

El estudio presentado carece de un control evolutivo prolongado como para sacar conclusiones, pero nos plantea las características de diagnóstico y tratamiento en estos programas.

RESUMEN

Presentamos la experiencia de 5 años en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico en pacientes procedentes de una campaña institucional de detección precoz desarrollada en la Comunidad Autónoma de Navarra.

Del total de 464 pacientes, 239 presentaban lesiones no palpables.

La relación de biopsia benigna/maligna ha sido de 1/1,56 (1,09 entre los no palpables).

El 10,2% de las lesiones malignas fueron diagnosticadas de carcinoma *in situ*; esta cifra sube hasta el 21,1% cuando se consideran únicamente las lesiones malignas no palpables.

La cirugía conservadora fue aplicada en el 69,9% de los casos y un tercio de las pacientes tratadas con mastectomía fueron sometidas a reconstrucción mediante expansión tisular con implante del expansor en el mismo tiempo quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Leis HP Jr. Epidemiología en el cáncer de mama. En: Stromberg JO, Rosato FE, eds. Cirugía de la mama.

- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mama. Barcelona: Salvat; 1990.
- Ascunce N, González J, González A, Herranz C, Marqués A, Martín J. Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de un programa de detección precoz de cáncer de mama y de cérvix uterino en España. *Rev San Hig Pub* 1993;67:23-37.
 - Canavesé G, Catturich A, Vecchio C, Tomei D, Estienne M, Moresco L, Imperiale A, Parodi GC, Massa T, Badellino F. Preoperative localization of non palpable lesions in breast cancer by charcoal suspension *Eur J Surg Oncol* 1995;21:47-9.
 - Dagnelie J. Cyto-punctions a l'aiguille fine et/ou micro-biopsies *Rev Med Brux* 1995;16:216-7.
 - Shaw AD, Gazet JC, Ford HT. The importance of the non palpable lesions in women under 50, detected by mammography on self referral for screening, symptoms or follow up. *Eur J Surg Oncol* 1995;21:284-6.
 - Delporte P, Laurent JC, Cambier L. Reperage preoperative des lesions mammaires infracliniques par la technique du tatouage stereotaxique et du «harpon». A propos de 670 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1994;23:259-63.
 - Tubiana M, Holland R, Kopans DB, Kurtz JM, Petit JY, Rilke F, Sacchini V, Tornberg S. Commission of the European Communities «Europe Against Cancer» Programme. European School of Oncology Advisory Report. Management of non palpable and small lesions found in mass breast screening. *Eur J Cancer* 1994;30(4):538-47.
 - Ciatto S, Del Turco MR, Bonardi R, Cataliotti L, Distance V, Cardona G, Bianchi S. Non palpable lesions of the breast detected by mammography - review of 1,182 consecutive histologically confirmed cases. *Eur J Cancer* 1994;30A:40-4.
 - Ascunce N, Del Moral A. Programa de detección precoz del cáncer de mama en Navarra. Edit. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 1991.
 - Shapiro S, Strax P, Venet L. Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *JAMA* 1971;215:1777-85.
 - Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Ten to fourteen years effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1982;69:349-55.
 - Strax P, Venet L, Shapiro S. Value of mamography in reduction of mortality from breast cancer in mass screening. *Am J Roentgenol* 1973;117:686-9.
 - Tabar I, Fagerberg CJG, Gad A, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the breast cancer screening working groups of the Swedish National Board of Health an Welfare. *Lancet* 1985;1:829-32.
 - Di Giorgio A, Alessi G, Arnone P, Canavesse A. Ultrasonographically guided excisional biopsy of non palpable breast lesions. *Br J Surg* 1996;83:103.
 - Allen MJ, Thompson WD, Stuard RC, Gill PT, Walton EW, Karczenski K, Hoffman J, Peel AL. Management of non palpable breast lesions detected mammographically. *Br J Surg* 1994;81:543-5.
 - Wolf CJM, Perry NM, eds. European guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition. European Commission. Public Health; 1996.
 - Denning DP, Farha GJ, McBoyle MF. Role of needle localization of non palpable breast lesions. *Am J Surg* 1987;154:593.
 - Skinner MA, Swain M, Simmons R, et al. Nonpalpable breast lesions at biopsy: a detailed analysis of radiographic features. *Ann Surg* 1988;208:203.
 - Griffen MM, Welling RE. Needle localized biopsy of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1990;170:145-8.