

Cirugía conservadora en cáncer de mama, experiencia del Instituto Nacional de Cancerología

Conservative surgery in breast cancer, experience from National Institute of Cancerology

Martínez-Madrigal M,¹ Muñoz-González DE.²

▷ RESUMEN

Objetivo: Revisar la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en cirugía conservadora de mama.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, periodo 1981 a 2006. Se revisaron 230 expedientes de pacientes a quienes se les realizó cirugía conservadora de mama.

Resultados: El 49.5% de las pacientes eran premenopáusicas y 50.4%, posmenopáusicas; con histología canalicular infiltrante en 80.4%; recurrencias en 12.1%, y sólo un 5.4% del 2000 a 2006. Los factores histológicos más importantes que contribuyeron a las recurrencias fueron la comedonecrosis y la permeación vascular y linfática; las edades más afectadas fueron 41 a 50 años en 33% y 51 a 60 años en 27%. Las menores de 30 años de edad recayeron con mayor frecuencia. Las etapas clínicas (EC) que llevaron a este procedimiento fueron: EC I en 35.2%, EC IIA en 28.6%, EC IIB en 25.2%. Las EC que más recurrieron (50%) fueron las EC IIIB y IIIC. Las pacientes con más de 10 ganglios recayeron en 33.3%; la axila se manejó con disección radical en 63.4%, ganglio centinela (GC) 18.6%, GC + disección radical 17.8%, las

▷ ABSTRACT

Objective: To review the experience of the Instituto Nacional de Cancerología, at Mexico City, about conservative surgery in breast cancer.

Material and methods: A retrospective study, from 1981 to 2006 was done. Were reviewed records of 230 patients was performed CC.

Results: Pre-menopauses 49.5%, 50.4% post-menopauses, histology more frequent ITC was 80.4%, 12.1% recurrences, and only 5.4% from 2000 to 2006, histological most important factors that contributed to the recurrences were comedonecrosis and vascular/lymphatic permeation, the most affected were aged 41 to 50th. 33% and 51 to 60th. 27%, and those related with the highest percentage of recurrence were patients aged under 30. That the EC took this procedure was at a 35.2% in the EC, 28.6% EC IIA, IIB 25.2% EC and the EC that turned in a 50% EC were IIIB and IIIC, patients over 10 nodules turned in a 33.3%, the armpit was handling with DRA in 63.4%, 18.6% GC, GC RBA + 17.8%, the patient was RH pl. 51.7% RH neg. 23.9%, 24.3% unknown. Recurrences were more frequent in those who had RH neg. and

1 Médico residente de Ginecología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología (INCan). México, DF. 2 Médico adscrito al servicio de Ginecología Oncológica, INCan.

Correspondencia: Dra. Migdania Martínez Madrigal. Instituto Nacional de Cancerología. Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI.

Departamento de Enseñanza. México, DF. CP. 14080. Teléfono: 56280400 Celular: 044-55-32-00-57-67 Correo electrónico: migdaniammadrigal@yahoo.com.mx

pacientes fueron RH positivo en 51.7%, RH negativo en 23.9% y desconocido en 24.3%. Se presentaron más recurrencias en pacientes RH negativo o desconocido, o positivo que no recibieron tamoxifén adyuvante. Los campos de radiación (tangenciales vs ciclo mamario completo) no tuvieron relevancia en la recurrencia. Actualmente, 77.8% de las pacientes se encuentran vivas sin enfermedad y 2.1%, vivas con enfermedad; 14.7% se perdieron durante el seguimiento y sólo 5.1% ha muerto.

Conclusiones: La cirugía conservadora en el INCan es en la actualidad un tratamiento estándar para los estadios tempranos en cáncer de mama, con supervivencia similar a la mastectomía radical modificada y con porcentajes de recurrencia cada vez menores.

Palabras clave: cáncer de mama, cirugía conservadora, recurrencia, México.

unknown or negative who did not receive adjuvant tamoxifen. The radiation fields (tangential vs. CMC) had no relevance in recurrences. They are currently alive without disease a 77.8% of patients living with illness and a 2.1% were lost to follow up 14.7%, and they died only 5.1%

Conclusions: *Conservative surgery in the INCan is now a standard treatment for early stage breast cancer, with survival similar to the modified radical mastectomy and recurrence rates dwindling.*

Key words: *breast cancer, conservative surgery, recurrence, Mexico.*

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública mundial y es la patología más frecuente en nuestro instituto. El tratamiento del cáncer de mama operable se ha modificado en las últimas décadas hacia procedimientos menos agresivos, como la cirugía conservadora de mama (CCM).

La CCM se define como la resección completa de tumor con un margen concéntrico de tejido sano, realizado de una manera cosméticamente aceptable,¹⁻³ y que en pacientes adecuadamente seleccionados es equivalente a la mastectomía en términos de recurrencia y supervivencia.^{4,5} Este tipo de procedimiento se realiza en pacientes con tumores menores de 3 cm, siempre y cuando la relación mama-tumor sea respetada.^{6,7} La evaluación quirúrgica de los ganglios axilares forma parte rutinaria de la CCM y esto puede realizarse mediante una disección radical de axila o la técnica de ganglio centinela.⁸⁻¹⁰ En México existen pocos reportes sobre la experiencia de este tipo de procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 230 expedientes de pacientes con cáncer de mama que fueron tratadas con CCM / cuadrantectomía o segmentectomía con DRA, GC o ambos procedimientos, y con radioterapia posterior a la cirugía conservadora. Veintitrés pacientes fueron tratadas en la

década de 1980; 10, en la de 1990; y 197, del año 2000 al 2006.

▷ RESULTADOS

Hubieron 114 (49.5%) expedientes de mujeres premenopáusicas y 116 (50.4%) de mujeres posmenopáusicas.

Patología. El carcinoma canalicular infiltrante fue el más frecuente, se presentó en 185 pacientes (80.4%), seguido del mixto en 21 (9.1%), el carcinoma lobulillar infiltrante se presentó en 12 pacientes (5.2%) y otras 12 (5.2%) tuvieron otro tipo histológico, dentro de los cuales el más frecuente fue el mucinoso puro. Las recurrencias se presentaron en 28 pacientes (12.1%); las locales fueron seis (21.4%) y las sistémicas 14 (50%), a diferencia de lo que muestra la literatura, que documenta mayor frecuencia de recurrencias locales que sistémicas en el seguimiento de las pacientes tratadas con CCM. Las recurrencias mixtas, tanto locales como sistémicas, se presentaron en ocho pacientes (28.5%).

De las incidencias mencionadas, ocho correspondieron a pacientes tratadas en el decenio de 1980; tres, en el de 1990 y 17 en los años 2000 al 2006, siendo el porcentaje más bajo en los últimos años con sólo 4.0%, lo que probablemente se deba a la selección de pacientes para este procedimiento y a la mejoría en la técnica quirúrgica.

Cuarenta y cuatro pacientes (14.7%) fueron tratadas previamente a su ingreso al Instituto con tumorectomía,

de las cuales 10 presentaron recurrencias que significaron el 35% de las registradas durante el seguimiento. Encontramos siete pacientes menores de 30 años de edad (3.0%), quienes presentaron el más alto porcentaje de recurrencias (14.2%); 76 pacientes entre los 41 y 50 años (33%), con recurrencias en 1.3%; 64 pacientes (27%) entre 51 y 60 años de edad, sin ninguna recurrencia registrada entre los 61 y 70 años (12.6%), y pacientes de más de 70 años sólo 13 (5.6%) con 7.6% de recurrencias. Los factores histológicos que se relacionaron con las recurrencias fueron la extensión extracapsular en 25%, la comedonecrosis en 16.1% y la permeación vascular linfática (PVL) en 14.6%.

De acuerdo con los estadios clínicos, las pacientes estudiadas se dividieron de la siguiente manera: EC I, 81 pacientes (35.2%), con ocho recurrencias (9.8%); EC IIA, 66 pacientes (28.6%), con siete (10.6%); EC IIB, 58 pacientes (25.2%), con siete (12.0%); EC IIIA, 21 pacientes (9.1%), con tres (14.2%); EC IIIB, dos pacientes, de las cuales una recurrió (50%); EC IIIC, dos pacientes, una incidencia (50%).

De acuerdo al T patológico encontramos 14 pacientes con T(x) 6.0%, con tres recurrencias (21%); T1, 127 (55.2%), con 15 (11.8%) recurrencias; T2, 75 pacientes (32.6%), con nueve (12%); T3, 13 pacientes (5.6%), con una (7.6%) recurrencia; T4, una (0.4%), sin recurrencia. De acuerdo con el N patológico las pacientes N0 fueron 141 (61.3%), con 15 recurrencias (10.6%); 1-3 ganglios positivos, 66 pacientes (28.6%), con siete recurrencias (10.6%); de 4-10 ganglios positivos, 17 pacientes (7.3%), con cuatro (23.5%); más de 10 ganglios positivos, seis pacientes con dos incidencias (33.3%).

La axila se manejó de la siguiente manera: con disección radical de axila, 146 pacientes (63.4%), con 27 recurrencias (18.4%); con ganglio centinela, 43 pacientes (18.6%), sin recurrencia; con técnica de ganglio centinela más disección radical de axila, 41 pacientes (17.8%), con sólo una recurrencia.

Las pacientes que presentaron receptores hormonales positivos (RH+) fueron 119 (51.7%), de las cuales en su gran mayoría recibieron tamoxifeno adyuvante y presentaron tres recurrencias (2.7%); y de las pacientes que presentaron receptores hormonales negativos (RH-) fueron 104 (45.2%), las cuales no recibieron tratamiento hormonal adyuvante, con cinco recurrencias (4.8%); 56 pacientes tuvieron RH desconocidos (24.3%), en la gran mayoría recibieron tratamiento hormonal adyuvante y no presentaron ninguna recurrencia durante el seguimiento.

El tratamiento hormonal con tamoxifeno fue administrado a 111 pacientes (48.2%) con tres recurrencias

(2.5%); a 104 no se les administró tratamiento adyuvante con tamoxifeno, recurrieron cinco (4.8%). Quince pacientes han recibido Inhibidores de la aromataasa a partir del 2004 al 2006 (6.5%), no han presentado ninguna recurrencia hasta el momento.

Finalmente, 179 pacientes se encuentran vivas sin enfermedad (77.8%), de las cuales tres recurrieron y actualmente no tienen enfermedad; cinco pacientes se encuentran vivas con enfermedad (2.1%); 25 pacientes (10.8%) no continuaron su seguimiento, sin presentar recurrencia hasta la última cita, en la gran mayoría porque cambiaron de institución de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social / Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); nueve pacientes se ausentaron con enfermedad (3.9%), por la razón antes mencionada. Una (0.4%) paciente falleció por causa no oncológica y 11 pacientes (4.7%), durante la recurrencia sistémica.

► DISCUSIÓN

La CCM es empleada en nuestro Instituto como primera opción en los estadios clínicos tempranos, ya que en los últimos años las recurrencias han disminuido a sólo 4.0%, nuestra casuística coincide con la literatura mundial;^{11,12} la histología más frecuente es el CCI, y contamos con un bajo porcentaje en recurrencias locales. Las edades más afectadas son entre los 41 a 50 años; la permeación vascular y linfática y la comedonecrosis son factores histológicos que se deben tomar en cuenta, ya que presentan un alto porcentaje de recurrencias. Las etapas clínicas tempranas son las ideales para realizar CCM, y la axila se debe manejar con técnica de ganglio centinela y con disección radical de axila si el ganglio centinela es positivo; las pacientes con RH negativos tienen más posibilidades de recurrir y, finalmente, concluimos que la CCM no disminuye la supervivencia, como se ha observado en otros estudios.

► CONCLUSIONES

1. Consideramos que la cirugía conservadora, en nuestro estudio, es exitosa y la técnica a utilizar en el cáncer de mama cuando se cumplan los requisitos exigidos para su realización. A mayor tamaño del tumor y más cantidad de ganglios metastásicos, mayor incidencia de recurrencia en la cirugía conservadora, acortamiento del intervalo libre de enfermedad y de la supervivencia.
2. La CCM debe realizarse cuando existe una buena relación de tamaño entre el tumor y la mama, con

mamografía previa y con la garantía de técnicas especiales de radioterapia.

3. La CCM es un procedimiento estético adecuado en la mujer con cáncer de mama.
4. No debe llevarse a cabo en los tumores retroareolares.
5. No debe practicarse en los estadios III y IV.

Bibliografía

1. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1233-41.
2. Blichert-Toft M, Rose C, Andersen JA, et al. Danish randomized trial comparing breast conservation therapy with mastectomy: six years of life-table analysis. *Danish Breast Cancer Cooperative Group. J Natl Cancer Inst Monogr* 1992;(11):19-25.
3. Van Dongen JA, Bartelink H, Fentiman IS, et al. Randomized clinical trial to assess the value of breast-conserving therapy in stage I and II breast cancer, EORTC 10801 trial. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1992;(11):15-8.
4. Sarrazin D, Lê MG, Arriagada R, et al. Ten-year results of a randomized trial comparing a conservative treatment to mastectomy in early breast cancer. *Radiother Oncol* 14 (3): 177-84, 1989. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995;332(14):907-11.
5. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1227-32.
6. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, et al. Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast. Long-term results of three randomized trials on 1,973 patients. *Eur J Cancer* 1995;31A(10):1574-9.
7. Solin LJ, Fowble BL, Schultz DJ, et al. The significance of the pathology margins of the tumor excision on the outcome of patients treated with definitive irradiation for early stage breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21(2):279-87.
8. Wazer DE, Schmidt-Ullrich RK, Schmid CH, et al. The value of breast lumpectomy margin assessment as a predictor of residual tumor burden. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997;38(2):291-9.
9. Holland R, Connolly JL, Gelman R, et al. The presence of an extensive intraductal component following a limited excision correlates with prominent residual disease in the remainder of the breast. *J Clin Oncol* 1990;8(1):113-8.
10. Renton SC, Gazet JC, Ford HT, et al. The importance of the resection margin in conservative surgery for breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1996;22(1):17-22.
11. Whelan TJ, MacKenzie RG, Levine M, et al. A randomized trial comparing two fractionation schedules for breast irradiation postlumpectomy in node-negative breast cancer. *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology* 2000;19:2a-5a.
12. McLaughlin SA, Ochoa-Frongia LM, Patil SM, Cody HS, Sclafani LM. Influence of frozen-section analysis of sentinel lymph node and lumpectomy margin status on reoperation rates in patients undergoing breast-conservation therapy. *J Am Coll Surg* 2008;206(1):76-82.