

Cirugía conservadora y mastectomía radical modificada en el cáncer de mama de etapas I y II

Conservative surgery and radical mastectomy in stage I and II breast cancer

Inés Casadevall Galán,^I Pastor Villavicencio Crespo,^{II} Ivis Margarita Castillo Naranjo,^{III} María Isabel Rojas Gispert^{IV} y María de los Ángeles Castañeda Capote^V

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Docente «Julio Trigo López». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital «Calixto García». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Hospital General Docente «Julio Trigo López». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital «Calixto García». La Habana, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Aballí. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer y se ha convertido en una pandemia que amenaza continuar si no se halla la forma de prevenirlo. El objetivo de este trabajo fue evaluar la supervivencia global y el intervalo libre de enfermedad en pacientes que recibieron como tratamiento inicial cirugía conservadora más radioterapia y mastectomía radical modificada; y determinar otras variables pronósticas, como la edad, clínicas histológicas, recaídas y tiempo entre la cirugía y la radioterapia.

MÉTODOS. Entre enero del 2000 y diciembre del 2005 se realizó en el Hospital «Julio Trigo López» un estudio retrospectivo y descriptivo de un grupo de pacientes con cáncer primario de mama, en etapas I y II. Los datos se extrajeron de las historias clínicas y de encuestas. Se creó una base de datos y se realizó un análisis descriptivo de los datos, frecuencia y porcentajes para el caso de las variables

cualitativas y medias, y desviaciones estándares para las cuantitativas. Se estimó la supervivencia y el intervalo libre de enfermedad utilizando el método de Kaplan Meir y se compararon en curvas según las variables de interés de Sug Rank. El análisis de las variables pronósticas de supervivencia e intervalo libre de enfermedad se realizó mediante análisis de regresión de Cox.

RESULTADOS. El intervalo libre de enfermedad fue mayor en la cirugía conservadora que en la mastectomía radical modificada, y de igual manera se comporto la supervivencia global. Las pacientes con Rh positivo presentaron mayor intervalo libre de enfermedad (88 %). El carcinoma infiltrante fue la variedad más frecuente y de mayor número de recaídas, en las cuales influyó el tiempo entre la cirugía y la radioterapia. La frecuencia más alta de cáncer de mama se observó en las mujeres mayores de 50 años. En la cirugía conservadora predominó la conducta terapéutica de cirugía más radioterapia y quimioterapia y en la mastectomía radical modificada, la quimioterapia. En la cirugía conservadora fueron más frecuentes las recaídas locoregionales, mientras que en la mastectomía radical, las recaídas más frecuentes se registraron a distancia.

CONCLUSIONES. El tipo de cirugía no influyó significativamente en el intervalo libre de enfermedad, pero sí hubo diferencias entre las técnicas conservadoras. Los factores pronósticos tamaño del tumor, estado ganglionar y receptores hormonales influyeron en la supervivencia y en el intervalo libre de enfermedad en todas las pacientes.

Palabras clave: Mastectomía radical modificada, cuadrantectomía, tumorectomía, supervivencia global, intervalo libre de enfermedad.

SUMMARY

INTRODUCTION. Breast cancer is the first cause of death from cancer in females and it has become a pandemic threatening to continue if the way to prevent it is not found. The objective of this paper was to evaluate global survival and the disease free interval in patients that underwent conservative surgery plus radiotherapy and modified radical mastectomy as initial treatment, and to determine other prognostic variables, such as age, histological clinics, relapses and time elapsed between surgery and radiotherapy.

METHODS. A retrospective and descriptive study was conducted in a group of patients with stage I and II primary breast cancer at «Julio Trigo López» Hospital from January 2000 to December 2005. Data were taken from the medical histories and surveys. A database was created and a descriptive analysis was made of the data, frequency and percentages for the case of qualitative and mean variables, and of the standard deviations for the quantitative variables. Survival and the disease free interval were estimated by Kaplan Meir's method and they were compared by curves according to the Sug Rank's variables of interest. The analysis of the prognostic variables of survival and disease free interval was carried out by Cox's regression analysis.

RESULTS. The disease free interval was longer in conservative surgery than in the modified radical mastectomy. Global survival had a similar behaviour. Patients with positive Rh presented a longer disease free interval (88 %). The infiltrating carcinoma was the most frequent variety and it had the greatest number of relapses, which were influenced by the time elapsed between surgery and radiotherapy. The highest frequency of breast cancer was observed in females over 50. The therapeutic conduct of surgery plus radiotherapy and chemotherapy prevailed in conservative surgery, whereas chemotherapy predominated in the modified radical mastectomy. The locoregional relapses were more common in conservative surgery; however, the most frequent relapses in radical mastectomy

were registered at a distance.

CONCLUSIONS. The type of surgery did not exert a significant influence on the disease free interval, but there were differences among the conservative techniques. The prognostic factors size of the tumor, ganglionic state and hormone recipients influenced on the survival and on the disease free interval of all patients.

Key words: Modified radical mastectomy, quadrantectomy, tumorectomy, global survival, disease free interval.

INTRODUCCIÓN

La evolución de la vida humana ha estado acompañada de padecimientos disímiles que afectan a todo el planeta, y su desarrollo hasta nuestros días muestra huellas inequívocas de estos. Sin dudas, el cáncer ha sido responsable de más muertes que todas las guerras y catástrofes conocidas, y el cáncer de mama se ha convertido en una pandemia que amenaza con seguir propagándose aún más, si no hallamos la forma de lograr una prevención adecuada que se pueda aplicar a toda la población susceptible.¹

El cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. El hecho de que las cifras de incidencias se igualen en las poblaciones emigrantes en una o dos generaciones, habla a favor de que los factores culturales, dietéticos y ambientales son fundamentales, más que los étnicos, y otros. Un alto porcentaje de los cánceres de mama no tienen factores de riesgo, por eso se plantea que la etiología del cáncer de mama al igual que el de otros, es multifactorial.²

Los conocimientos sobre la historia natural de la enfermedad y la biología de este cáncer se modificaron cuando se analizaron grandes series y se constató que la enfermedad está condicionada por factores biológicos intrínsecos.^{3,4} Numerosos trabajos sobre cirugía han demostrado que la sobrevida global (SG) es similar entre la cirugía radical y el tratamiento conservador; este último es un tratamiento seguro, instituido a lo largo de estos 20 años, cuando se alcanzan los parámetros selectivos que buscan excelencia en los resultados.⁵⁻⁷

El objetivo de este trabajo fue evaluar la supervivencia global y el intervalo libre de enfermedad en pacientes que recibieron como tratamiento inicial cirugía conservadora más radioterapia y mastectomía radical modificada. Se persigue, además, determinar variables pronósticas, clínicas e histopatológicas que influyeron en la sobrevida de las pacientes tratadas; determinar la incidencia del cáncer de mama por grupos de edades; determinar recaídas y sitios de estas según las técnicas quirúrgicas empleadas y precisar el tiempo que transcurrió entre la cirugía y la radioterapia con las recaídas.

MÉTODOS

Se tomaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, ingresadas en el Hospital Docente «Julio Trigo López» entre enero de 2000 y diciembre de 2005, cuyo estadio clínico fue de etapas I y II según la clasificación de la UICC (1997). Se realizó como tratamiento inicial cirugía conservadora más radioterapia y a otro grupo de pacientes de iguales etapas clínicas se practicó cirugía radical. Para la selección de la muestra se tomaron 181 pacientes en las etapas anteriormente mencionadas, que cumplieran con una serie de criterios para su inclusión:

- Cualquier edad.
- No carcinoma bilateral.
- Etapa I y II según la clasificación de la UICC (1997).
- No haber sido tratada en otros centros.
- Confirmación del cáncer por anatomía patológica.

Para nuestros objetivos se creó una base de datos en el sistema estadístico *SPSS*. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, frecuencia y porcentaje para el caso de las variables cualitativas y medias y desviaciones estándares para las cuantitativas. Se estimó la supervivencia y el ILE utilizando el método de Kaplan-Meier y se compararon en curvas según las variables de interés de Log Rank. El análisis de las variables pronósticas para la supervivencia y el ILE se llevó a cabo mediante un análisis de regresión Cox.

RESULTADOS

De las 181 pacientes mujeres tratadas se realizó mastectomía radical modificada a 58 pacientes y a 123, cirugía conservadora. Entre las cirugías conservadoras se practicó cuadrantectomía a 101 pacientes, y tumorectomía a 22. Predominaron las pacientes mayores de 50 años, y 117 pacientes (64,6 %) eran posmenopáusicas y 64 (35,4 %) premenopáusicas.

En la incidencia de la correlación clínica y posquirúrgica comprobamos que la etapa II prevaleció sobre la I, y que esta última disminuyó al esclarecerse por los datos posquirúrgicos: 42 pacientes (23,2 %) fueron de la etapa I y 139 (76,8 %) de la etapa II.

El carcinoma ductal infiltrante (151 pacientes; 83,4 %), el lobular (15 pacientes; 8,3 %) y el medular (5 pacientes; 2,8 %) fueron los tipos histológicos más frecuentes. Las recaídas fueron más frecuentes en el carcinoma ductal infiltrante (51 mujeres; 33,7 %). Los ganglios metastáticos fueron negativos el 23,3 % (42 pacientes), mientras que 138 mujeres los tuvieron positivos, y 86 de estas pacientes (47,5 %) presentaron 4 o más ganglios positivos.

El estado de receptores hormonales es un indicador pronóstico y nos orienta la conducta después de la cirugía: en 74 casos (40,9 %) fueron positivos y en 107 pacientes (59,1 %), negativos. Se observó mayor número de recaídas locorregionales en la cirugía conservadora, con 17 pacientes (10,4 %), 10 de las cuales tenían tumorectomía y 7, cuadrantectomía. En la mastectomía radical modificada predominaron las recaídas a distancia en hueso y pulmón (17 casos; 29,3 %).

El intervalo libre de enfermedad (ILE) según el tipo de cirugía tuvo pocas diferencias: en la cirugía conservadora fue del 70,7 % y en la radical modificada, de

63,7 %. La sobrevida global fue del 84,5 % para la cirugía conservadora y del 79,3 % para la radical modificada. No hubo diferencias significativas entre las dos cirugías.

El ILE entre las dos técnicas de la cirugía conservadora sí mostró diferencias: de 87 pacientes libres de enfermedad según esta cirugía solo 10 (11,4 %) está libre después de la tumorectomía y 77 pacientes (76,2 %) de una cuadrantectomía. En nuestra serie el ILE de la cirugía conservadora fue, de forma global, de un 70,7 %. La sobrevida global entre los dos tipos de cirugía conservadora fue mayor significativamente en la cuadrantectomía que en la tumorectomía, con un 88 % y 60 %, respectivamente.

El ILE según el tamaño del tumor es mejor en los tumores menores de 2 cm (50,85), entre 2-3 cm (37,6 %) y hasta 5 cm (11,6 %). El ILE para ganglios negativos fue de 76,2 %, y en los positivos fue de un 28,3 %. La sobrevida según tipo de cirugía y estado ganglionar se comportó en un 90,4 % y 96 % para ambas cirugías con ganglios negativos, mientras disminuyó a 51 % para la conservadora con ganglios positivos y 39 % para la radical modificada con ganglios positivos.

De las 123 pacientes tratadas con cirugía conservadora, recibieron radioterapia adyuvante 112 y las tratadas con radical modificada 12, de estas 132 pacientes comenzaron antes de los 30 días y solo 2 tuvieron recaídas (8 %).

Según los resultados hormonales el ILE fue mayor, con un 88 % en los positivos y en los negativos con el 65 %.

DISCUSIÓN

El tumor mamario es muy estudiado en todos los aspectos y no se ha producido aún una gran mejoría en la tasa de supervivencia individual, pero sí en la sobrevida global y en el intervalo libre de enfermedad, debido a los tratamientos adyuvantes a la cirugía y a la precocidad del diagnóstico. Otro avance ha sido la demostración del tratamiento quirúrgico conservador en determinados casos que son equivalentes en cuanto a la supervivencia global a los tratamientos radicales, pues aportan mejoría estética y psicológica a la enferma.^{7,8}

La frecuencia del cáncer de mama según la edad estuvo por encima de los 50 años, con prevalencia de las posmenopáusicas (29,3 %).⁸ Respecto a las etapas clínicas así como la correlación de la clasificación clínica y posquirúrgica, prevaleció la etapa II, ya que se aclararon los datos en el posoperatorio.⁸ Coincidimos con la literatura revisada, en que el carcinoma ductal infiltrante, el lobular y el medular son las variedades histológicas más frecuentes, y que el número de recaídas es mayor en el primero.

Parámetros como ganglios metastáticos positivos, tumor mayor de 2 cm, receptores hormonales negativos, ensombrecieron el pronóstico de ILE y sobrevida global.

Después de la cirugía conservadora siempre se debe aplicar la radioterapia y algunos autores otros preconizan la quimioterapia en todo tumor mayor de 1 cm, factor de alto riesgo o ganglios positivos.⁹⁻¹¹ Existen autores que plantean que la omisión de la radioterapia está relacionada con el aumento de la recurrencia local, y ésta se debe recibir antes de los 30 días posquirúrgicos, la extirpación amplia sin

radioterapia podría ser adecuada en pacientes de 70 años o más. Las recaídas locorregionales son mayores en la cirugía conservadora donde se realiza tumorectomía (mama operada) y en las radicales modificadas son más frecuentes las metástasis a distancia (hueso y pulmón).¹²⁻¹⁵

Concordamos con la literatura actual en que el ILE es similar en todos los tipos de cirugía, e igualmente la sobrevida global.¹⁶⁻¹⁹ No obstante, la cuadrantectomía ofreció mayor ILE y sobrevida global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrales Romay R. Cáncer de mama y factores asociados en el Municipio Arroyo Naranjo. [Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en MGI]. La Habana: Policlínico Capri; 2004.
2. MINSAP. Anuario Estadístico. La Habana: MINSAP; 2003.
3. Veronesi A, Curi C. Los tratamientos conservadores en el cáncer mamario: Bases teóricas y realizaciones prácticas. Rev Latinoamericana European School of Oncology 1992;I(9):24-9.
4. Henderson IC. Cancer of the breast. In: De Vita Cancer: Principles and practice of Oncology. Chapter 38. USA: Ed. Lippincott Co; 1997. Pp.1217-18.
5. Sakorafos GH. Selection criteria for breast conservation in Breast cancer. Eur J Surg 2000 Nov;166(11):835-46.
6. Nambiar RM. Breast conservation therapy surgical aspects. Gan to Kaga-Ku Ryoho 2000 May;27 suppl 2:268-71.
7. Martínez F. Protocolo unificado en el cáncer de mama. Sección de patología mamaria. Asociación Española de cirujanos; 2004.
8. Ianni W. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-II breast cancer-long-term follow up of a matched-pair analysis. Ann Surg. Oncology 2001;8(6):542-8.
9. De Csepel J. When not to give radiation therapy after breast conservation surgery for breast cancer? J surg Oncology 2000 Aug;74(4):273-7.
10. Swanson GP. Breast conservation in the treatment of breast cancer: Community based experience. South Med J 2001 Mar;94(3):287-92.
11. Voogd AC. Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast conserving therapy or mastectomy for stage I and II breast cancer: pooled results of two large european randomize trials. J Clin Oncology 2001 May;19(9): 2583.
12. Janni W. Matched pair analysis of survival after chest wall recurrence: a long term follow up. J Ancer Res Clin Oncology 2001 Jul;127(7):455-62.

13. Deutsch M. Radiotherapy for posmastectomy local regional recurrent breast cancer. American Journal of Clinical Oncology 2000 Oct;23(5):494-8
14. Dimita-Kakis CE. Does axillary's dissection affect prognosis in T1 breast tumours. Eur J Gynaecology Oncology 1999;20(5-6):403-7.
15. Blñand KI. Axillary's dissection in breast conserving surgery for stage I and II breast cancer: A national cancer data base study of patterns of omission and implications for survival. J Am Coll Surg 1999 Jun;188(6):586-95.
16. Francis M. Prognosis after breast recurrence following conservative surgery and radiotherapy in patients with node negative breast cancers. Br J Surg 2000 May;87(5):681.
17. Abadir R. Breast carcinoma treated by conservative surgery result of postoperative external radiotherapy with photons only and a nonsolid supraclavicular field. American Journal or Clinical Oncology 2000 Apr; 24(2):120-23.
18. Deutsch M. Shoulder and arm problems after radiotherapy for primary breast cancer. American Journal of clinical oncology 2001 Apr;24(2):172-5.
19. Krishanm L. Breast conservation therapy with tumour irradiation alone in a selected group of patients with stage I breast cancer. Breast J 2001 Mar-Apr;7(2):91-6.

Recibido: 20 de abril de 2007.

Aprobado: 16 de agosto de 2007.

Dra. Inés Casadevall Galán. Continental No. 45 entre Joerge y D´strampes.
Sevillano, 10 de Octubre. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
ines.casadevall@infomed.sld.cu