

# TRATAMIENTO CONSERVADOR EN CÁNCER DE MAMA

lc  
raw  
ill

Gerardo Hernández Muñoz  
Edgardo T. L. Bernardello  
José Aristodemo Pinotti  
Alfredo Carlos S. D. Barros

## **TRATAMIENTO CONSERVADOR. RESULTADOS**

Dr. Edgardo Bernardello, Dr. Daniel Otero Vázquez, Dr. Jorge Bustos (Argentina)  
Dr. Alfredo Barros (Brasil) Dr. Carlos Vázquez Albaladejo, Dr. MF Sancho Merle,  
Dr. J. Campos Mañes, Dr. F. Llopis Martínez, Dr. J. Camps Roig,  
Dr. J. Jiménez Climent, Dr. I. Bolumar Bosch (España)  
Dr. Román Torres Trujillo, Dr. Erich Basurto Kuba, Dr. Gustavo Olmos Ramírez,  
Dra. Sonia Labastida Almendaro, Dr. José Noriega Limón (México)  
Dr. Ricardo Ravelo Pages, Dr. Alberto Núñez, Dr. Ricardo Paredes Hany,  
Dr. Carlos Pacheco, Dr. Augusto Tejada, Dr. Gonzalo Barrios, Dr. Leopoldo Moreno  
Dr. Alberto Contreras, Dr. Ramón Pérez-Brett, Dra. Sara Maisi, Dra. Arly Zambrano,  
Dra. Josepmilly Peña, Dra. Morella Rebolledo de Abache, Dr. José Ravelo Celis,  
Dr. Juan Hernández Rasquin, Dr. Gerardo Hernández (Venezuela)

**E**l mayor conocimiento de la biología del cáncer de mama, aunado a criterios más funcionales y estéticos sobre su tratamiento y a la inclusión, como parte de éste, de la opinión de la paciente y su calidad de vida, han hecho que cada vez se realicen cirugías menos mutilantes y más funcionales, tratamientos sistémicos más efectivos y menos tóxicos y radioterapia más precisa.

Los avances más tangibles han sido en el aspecto quirúrgico, dado que, de cirugías radicales como la clásica de Halsted, pasamos por cirugías ampliadas como la de Urban para luego demostrar que la combinación de cirugías más limitadas como la cuadrantectomía o tumorectomía y el vaciamiento axilar tenían los mismos resultados en lo referente a sobrevida global y libre de enfermedad. La adición de radioterapia a estos tratamientos quirúrgicos más funcionales eliminó el problema del aumento de la recidiva local que apareció al limitar la extensión de las cirugías.

Desde 1991, posterior a la reunión de consenso del Instituto Nacional de Salud, el tratamiento conservador del cáncer de la glándula mamaria, entendido como una mastectomía parcial oncológica, vaciamiento axilar y radioterapia posoperatoria, es el tratamiento estándar de los carcinomas de mama estadio I y II. Hoy por hoy, la identificación del ganglio centinela, bajo un concepto más anatómico, ha logrado limitar aún más la cirugía ya conservadora, disminuyendo las desagradables complicaciones de la disección axilar, con resultados similares a ésta, en lo que a pronóstico y tratamiento se refiere.

La experiencia iberoamericana con respecto al tratamiento conservador no es diferente a la experiencia internacional, con resultados tan buenos y prometedores. En este capítulo mostramos algunos de ellos.

## **ARGENTINA**

### **RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE MAMA**

Los resultados del tratamiento de las pacientes con cáncer de mama dependen del estadio de la enfermedad. Para los estadios 0, I y II basta con analizar los resultados del tratamiento conservador, en primer lugar porque es el tratamiento de elección para dichos carcinomas de mamas, y en segundo lugar porque ya se ha demostrado que la magnitud de la resección locorregional no incide en las curvas de supervivencia.

Desde los osados ensayos de los precursores en la década del sesenta hasta los protocolos de investigación de la actualidad, miles de pacientes han dado respuesta al porqué de dichos tratamientos, y las curvas actuariales de supervivencia a 10, 15 y 20 años han competido exitosamente con la de las pacientes sometidas a mastectomía. La discusión actual ya no parece ser la de las indicaciones, sino la de los porcentajes de fallas locales. Hace ya diez años manifestábamos que el tratamiento locorregional del cáncer de mama se basaba en tres premisas:

- Menos para más, pues la supervivencia no cambia.
- Menos para más, pues es otra la calidad de vida de la paciente con ambas mamas.
- Menos para más, pues el tratamiento del cáncer de mama está más allá de la mama.

En la División Cirugía del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de Buenos Aires y en la práctica privada, entre 1981 y 2000 se trataron 1.405 pacientes con cáncer de mama. De ellas se tomaron 402 en estadios patológicos I y II a las que se les efectuó tratamiento conservador (T hasta 4 cm, N0 o N1, M0). El tratamiento conservador consistió en segmentectomía o tumorectomía amplia más vaciamiento axilar seguido de radioterapia en volumen mamario de 5.000 rads más un *boost* (dosis de refuerzo) en la zona de la tumorectomía entre 1.000 y 1.500 rads. Todas las pacientes con axila positiva o con factores histológicos de mal pronóstico recibieron tratamiento adyuvante, de preferencia quimioterapia para las premenopáusicas y hormonoterapia para las posmenopáusicas.

Se analizarán acá las características de la serie y nuestros propios resultados, sin referirnos a los resultados de la bibliografía, por firmarlo uno de los autores del libro y ser la expresión de un hospital de una capital de Latinoamérica con un grupo de trabajo especializado en mastología.

## CARACTERÍSTICAS DE LA SERIE

Se trata de una serie de 402 pacientes con cáncer de mama, estadios I y II histológicos con una media de seguimiento de 76,6 meses (r 12-231) hasta el 31 de diciembre del año 2000. La media de edad era de 54,4 años (r 25-89). La frecuencia de carcinomas por grupos etarios cada 10 años se observa en la tabla 1. De las pacientes, 26,8% tenía antecedentes hereditarios de cáncer de mama, 20,6% tenía una cirugía mamaria previa por patología benigna o maligna de mama, 40% era premenopáusica y 60% posmenopáusica. Sesenta y nueve enfermas (17,1%) tenían lesiones mamarias no palpables y por ello el diagnóstico fue a través de una biopsia radioquirúrgica.

El compromiso axilar llegó a 25,2% con una media de ganglios resecaados de 14,4 (r 4-31) y una media de ganglios positivos de 3,2 (r 1-13). De 313 pacientes en las que se investigaron receptores hormonales, la positividad alcanzó 76%. De las enfermas de la serie 56,9% recibió algún tipo de tratamiento adyuvante.

## RESULTADOS

Un total de 59 pacientes tuvo recurrencia de la enfermedad (14,6%), 38 como manifestación a distancia y 21 como recidiva local (11 pacientes tuvieron ambas alternativas en forma diferida o simultánea), con una media de seguimiento de 76,6 meses (r 12-231). Se analizarán a continuación las recidivas locorregionales, las metástasis y la supervivencia actuarial global y libre de enfermedad a 5 y 10 años.

## RECIDIVAS LOCORREGIONALES

Se considera recidiva local cualquier manifestación nueva del cáncer en la mama tratada, sea cual fuere el tejido que toma, el lugar en que aparece en relación con el sitio primario, o el intervalo libre, y como recidiva regional la presencia de tumor en los ganglios axilares. Resumiendo, recidivas locorregionales son todas aquellas que aparecen en el área donde actuó el tratamiento primario.

**Tabla 1.** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Frecuencia de la serie por grupos etarios cada 10 años.

Grupo etario	No. carcinomas	Frecuencia
20-29 años	5	1,2%
30-39 años	37	9,2%
40-49 años	119	29,6%
50-59 años	103	25,6%
60-69 años	84	21%
70-79 años	51	12,6%
80-89 años	3	0,7%

**Tabla 2** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Recidivas locorregionales por año. Nótese que la mayoría de las recurrencias ocurren dentro de los primeros 5 años.

No. de años	No. recidivas	Frecuencia
1	3	9,3%
2	7	21,8%
3	5	15,6%
4	4	12,5%
5	1	3,1%
6	2	6,2%
7	1	3,1%
8	2	6,2%
9	1	3,1%
10	1	3,1%
Más de 10	5	15,6%

En la serie, las recidivas locorregionales fueron de 8% (32 pacientes), con una media de intervalo libre de 56 meses. En los primeros 5 años de operadas, aparece 62,5% de aquéllas (31,2% en los primeros 2 años) (tabla 2).

Con respecto al estado hormonal de las pacientes, correspondió a las premenopáusicas 13,7% (22/161) de las recurrencias locorregionales, y a las posmenopáusicas 4,2% (10/241) con una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0005$ ) y un riesgo relativo de 3,6. Pese a ello, la media de intervalo libre hasta la aparición de las recurrencias locorregionales no tuvo diferencias con respecto al estado hormonal: 55,1 meses para premenopáusicas ( $r$  9-187) y 56,5 meses para las posmenopáusicas ( $r$  6-130). En el tabla 3 se exponen las recidivas por grupos etarios. Sí existió diferencia ostensible de valores entre la media de edad de las pacientes con recidiva locorregional y sin recidiva locorregional: 46 años y 55 años, respectivamente.

Si se toman las pacientes más jóvenes –hasta 39 años de edad– y se las compara con el resto, los valores de recidivas locorregionales de 20,9% (9/43) y 6,4% (23/259) respectivamente, también señalan una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0006$ ), lo que avala la mayor posibilidad de las pacientes menores de 40 años a las que se les efectúa tratamiento conservador de su cáncer de mama de padecer una recurrencia locorregional.

El tipo de biopsia a la que fueron sometidas las pacientes no motivó diferencias estadísticas en la aparición de las recidivas, como se observa en la tabla 4.

El componente intraductal extenso de los tumores de mama (98/402 = 24,4%) no influyó en una mayor cantidad de recidivas locorregionales: 5,1% (5/98) de recidivas

**Tabla 3** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Recidivas locorregionales por grupos etarios cada 10 años. Las pacientes menores de 40 años tienen los porcentajes más elevados.

Grupo etario	No. carcinomas	No. recidivas	Frecuencia
20-29 años	8	1	12,5%
30-39 años	37	8	21,6%
40-49 años	119	11	9,2%
50-59 años	103	9	8,7%
60-69 años	84	2	2,4%
70-79 años	51	1	1,9%

**Tabla 4** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Recidivas locorregionales de acuerdo con el tipo de biopsia realizada ( $p = 0,67$ ).

Tipo de biopsia	No. de casos	Recidivas	Frecuencia
Radioquirúrgica	69	5	7,2%
Diferida	44	5	11,3%
Congelación	289	22	7,6%

cuando había componente intraductal extenso contra 8,8% (27/304) cuando no lo había ( $p = 0,22$ ), ni para la persistencia de carcinoma residual, 42,8% contra 29,2% respectivamente, con  $p = 0,35$ .

La presencia de carcinoma residual luego de una biopsia radioquirúrgica o de una biopsia propiamente dicha sobre 55 casos en los que se realizó una retumorectomía posterior alcanzó a 18 enfermas (32,7%), sin tener valor para la posible futura recidiva local: de 7 recidivas en pacientes en las que se había investigado el carcinoma residual, 5/37 (13,5%) ocurrieron cuando no había dicho carcinoma y 2/18 (11,1%) cuando lo había, con  $p$  no significativa ( $p = 0,80$ ).

El análisis de las recidivas locorregionales de acuerdo con la extirpe histológica del tumor primario se desarrolla en la tabla 5, la cual no muestra diferencias estadísticamente significativas.

El estado de la axila no tuvo influencia en la aparición de las recidivas locorregionales. Sobre 301 axilas negativas, hubo 27 recidivas (9%), y sobre 101 axilas positivas, 5 (4,9%) ( $p = 0,19$ ). Tampoco lo tuvo el estadio del carcinomas, 9,6% de recidivas para estadio I (22/228) y 5,7% para estadio II (10/174) ( $p = 0,15$ ).

La relación entre los receptores hormonales y las recidivas locorregionales no mostró ninguna diferencia, pues en el grupo de 75 pacientes con receptores hormonales negativos hubo 4 recidivas (5,3%), y en el de 238 con receptores hormonales positivos 14 (5,8%) ( $p = 0,85$ ). Cuando se desconocía los receptores hormonales (89 pacientes), hubo 14 recidivas locorregionales (15,7%).

**Tabla 5** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Recidivas locorregionales de acuerdo con la extirpe histológica del carcinoma.

Tipo de cáncer	No. de casos	Recidivas	Frecuencia
Lobulillar	30	3	10%
Ductal	360	28	7,7%
Mixto	12	1	8,3%

Un total de 229 pacientes recibieron tratamiento adyuvante, sea con hormonoterapia o quimioterapia. En dicho grupo hubo 10 recidivas locorregionales (4,3%) contra 22/173 (12,7%) entre las pacientes que no recibieron adyuvancia ( $p = 0,002$ ).

De las 32 recidivas locorregionales, 4 fueron puestas de manifiesto por estudios mamográficos y el resto eran clínicas (tabla 6). Las intervenciones se exponen en la tabla 7.

Del total de 26 reoperaciones con carácter curativo, se realizaron 16 mastectomías de rescate y 10 retumorectomías. Cuatro pacientes, 2 con mastectomía y 2 con retumorectomía presentaron recurrencia local.

**Tabla 6** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Formas de presentación de las recidivas locorregionales.

Tipo	Forma	No. de casos	Frecuencia
Subclínica	Microcalcificaciones	2	6,2%
	Opacidad	2	6,2%
Clínica	Aguda	2	6,2%
	Difusa	2	6,2%
	Nodular	18	56,2%
	Cutánea	5	15,6%
Casual		1	3,1%

**Tabla 7** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Tipo de operaciones efectuadas en las pacientes con recidivas locorregionales.

Tipo de operación	No. de casos	Frecuencia
Biopsia	6	18,7%
Mastectomía	16	50%
Retumorectomía	10	31,3%

**Tabla 8** Tratamiento conservador del cáncer de mama. Relación entre metástasis y recurrencia locorregional ( $p < 0,005$ ).

Recidiva local	Metástasis		Totales
	Positivas	Negativas	
Positiva	11	21	32
Negativa	27	343	370
Totales	38	364	402

## METÁSTASIS

En la serie hubo un total de 38 pacientes con metástasis con una media de seguimiento de 76,6 meses ( $r$  12-231), lo que junto a 21 mujeres con recidivas locorregionales y sin diseminación lleva a 59 (14,6%) el número de recurrencias.

La media de intervalo libre para las 38 pacientes con metástasis fue de 53,3 meses ( $r$  6-190), y hubo una diferencia estadísticamente significativa para metástasis entre pacientes con o sin recurrencia locorregional previa ( $p < 0,005$ ) (tabla 8). La media de intervalo libre para pacientes con recidiva locorregional que luego hicieron metástasis fue de 36,3 meses ( $r$  0-112).

## SUPERVIVENCIA

La supervivencia global actuarial sobre 357 pacientes a 10 años fue de 80%, mientras que la libre de enfermedad, de 69%. Los valores para el estadio I fueron de 85% y 71%, respectivamente, y para estadio II, de 73% y 67%, respectivamente. La supervivencia actuarial a 5 años de 15 pacientes luego de la recidiva locorregional aislada fue de 59%.

## BRASIL

### CLÍNICA GINECOLÓGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO

A partir del año 1982, la Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo comenzó a realizar cirugías conservadoras para el tratamiento del carcinoma de mama.

De inicio este tipo de cirugía era practicada excepcionalmente. Al pasar de los años, en especial después de 1982, pasó a ser una opción preferencial para tumores T1-T2, con un diámetro hasta 3 cm, y en ciertos casos seleccionados de mamas voluminosas, con un diámetro superior a los 5 cm.

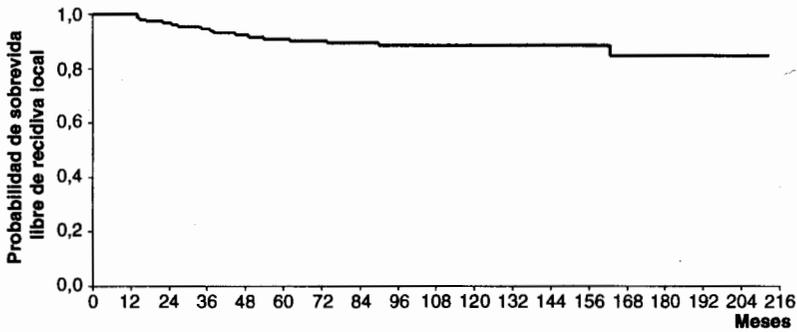
En esta forma se realizaron aproximadamente 600 cirugías conservadoras para tratamiento del cáncer de mama en nuestra institución, con diferentes técnicas quirúrgicas y dificultades en el seguimiento para aceptar la evaluación de estos resultados.

Apenas 251 casos en los que se realizó la misma técnica quirúrgica de radiaciones y de seguimiento van a ser analizados.

Todas las pacientes tratadas entre 1981 y 1999 presentaron tumores T1-T2, fueron operadas por la técnica de cuadrantectomía y disección axilar propuestas por Veronesi, seguida de radioterapia. El tratamiento sistémico adyuvante fue básicamente de quimioterapia (CMF o FAC) cuando había por lo menos un ganglio linfático comprometido, y el tamoxifen por 5 años, en pacientes posmenopáusicas o premenopáusicas con receptores hormonales positivos.

El tiempo medio de seguimiento fue de 80,7 meses. En este periodo se presentaron 17 casos de recidivas local (6,7%), 58 metástasis a distancia (23,1%) y murieron 46 pacientes debido al cáncer de mama (18,3%).

Las figs. 1, 2 y 3, evaluadas por el método Kaplan-Meier, presentaron las curvas libre de recidiva local, libre de metástasis a distancia y sobrevida global.



**Figura 1** Sobrevida libre de recidiva local.



**Figura 2** Sobrevida libre de metástasis a distancia.



**Figura 3** Sobrevida global.

**ESPAÑA****TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL CÁNCER DE MAMA****Análisis de 451 pacientes con seguimiento mínimo de 5 años**

Entre los años 1978 y 1992 se evaluaron 451 pacientes con tumores epiteliales infiltrantes de la mama menores de 3 cm, con un pequeño subgrupo clasificado como T4 (n = 21) que tras el estudio histológico infiltraban la dermis profunda. El promedio de edad fue de 54 años (26-79). La clasificación posquirúrgica demostró que 54% eran T1 y 70% N0.

La supervivencia global (SG) a los 60 meses fue de 91% y a los 120 de 80%. Al hacer una división en subgrupos según tamaño tumoral, para los T1 es 94%, para los T2 es 80%, y 85% para los T4. Si se contempla la SG en relación con la infiltración ganglionar, oscila entre 92% para los N0 y 86% para los N1.

El intervalo libre de enfermedad (ILE) hasta la aparición de las primeras metástasis es de 83% a los 5 años y de 80% a los 10 años. Los subgrupos según tamaño tumoral T1, T2 y T4, dan cifras de 88, 75 y 76%, respectivamente. Según exista o no infiltración ganglionar, el ILE es del 86 y 75%. Se demuestra que el ILE es menor a mayor tamaño tumoral y afectación ganglionar.

El intervalo de tiempo hasta la aparición de la recidiva (ILR) es de 93% a los 60 meses, con valores de 92% para los T1, 94% para los T2 y 92% para el T4. La afectación ganglionar no influye.

En el análisis multivariado son significativos, en relación con SG, el número de ganglios axilares afectados y el grado histológico. Para el ILE, lo son el tamaño tumoral y el número de ganglios axilares infiltrados y para el IRL, el estado pre y perimenopáusico de la paciente y el componente intraductal extenso en el tumor (tabla 1).

**Tabla 1** Factores de riesgo.

	Variable	RR	IC	p Valor
ILE	T1 vs otros	0,24	0-0,864	0,029
	Num N+	1,145	1,049-1,250	0,003
SG	Num N+	1,152	1,029-1,29	0,014
	SBR	1,527	1,138-2,048	0,005
ILR	Pre vs Pos	6,35	0,8085-49,88	0,079
	Peri vs Pos	5,234	0,835-32,8	0,077

## MÉXICO

### CIRUGÍA CONSERVADORA, HITO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MAMARIO

Desde 1982 y hasta 1998, en el servicio de tumores mamarios del Hospital de Oncología del Centro Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social se estudiaron 105 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, con tumores menores a 4 cm, sin evidencia clínica de enfermedad regional o sistémica (T1, T2, N0, M0. Estadios I y II). La edad promedio fue de 48,7 años (24-77). En 81,9% de los casos el tipo histológico del tumor fue carcinoma canalicular infiltrante.

Se diseccionaron los tres niveles anatómicos de la axila, desde el borde del dorsal hasta el ligamento de Halsted, con un promedio de 22,8 ganglios resecaados en cada caso (10-42), 81% negativos. El resultado estético fue clasificado como excelente en 93,3% de los casos.

El seguimiento tuvo una mediana de 56 meses (6-114). La recidiva local se presentó en 6 casos (5,7%) y las metástasis a distancia en 16 (15,2%), 3 de las cuales coincidieron con recidiva local.

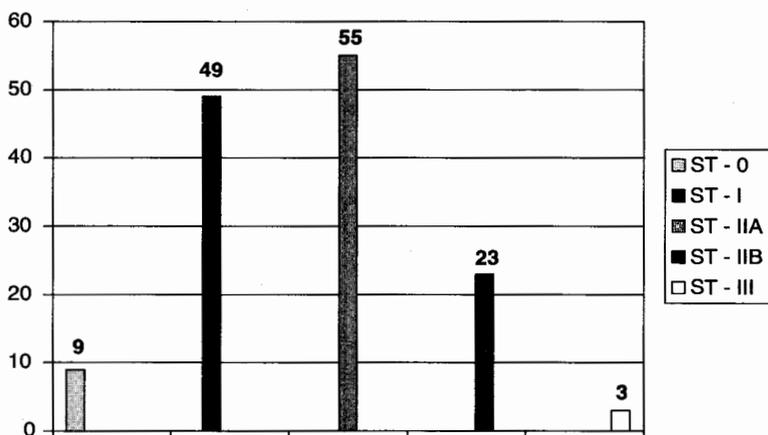
La sobrevida global de la serie, a 5 y 10 años fue de 88,2% y 73,7% respectivamente, obteniéndose una mejor sobrevida en tumores menores de 3 cm (89,1%). Actualmente se encuentran vivas y sin actividad tumoral 87 pacientes (82,8%), vivas con actividad tumoral 3 (2,8%), muertas por actividad tumoral 14 (13,3%) y muertas sin actividad tumoral 1 (0,9%).

## VENEZUELA

### INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "LUIS RAZETTI" CARACAS

Dr. Ricardo Ravelo Pages, Dr. Alberto Núñez, Dr. Ricardo Paredes Hany

Entre 1985 y 1996 se revisaron 134 casos de tratamiento preservador. La distribución por estadios se puede observar en la fig. 1.



**Figura 1** Tratamiento preservador en cáncer de mama; distribución de casos por estadios. I.O.L.R. (n = 134).

Se realizaron 113 (84,33%) mastectomías parciales y 21 (15,67%) cuadrantectomías. De las pacientes, 97,01% recibió tratamiento radiante y 82,09% algún tipo de tratamiento sistémico. Se reportaron 19 recidivas locales (14,18%) y 12 metástasis a distancia (8,96%).

El intervalo libre de enfermedad fue de 51 meses para recidiva local y 28 meses para enfermedad metastásica. Se demostró una relación estadísticamente significativa entre las recidivas locales, edad menor a 35 años, tamaño tumoral mayor de 2 cm, presencia de factores tumorales adversos y ausencia de tratamiento sistémico.

La sobrevida libre de enfermedad a 5 y 10 años fue de 84% y 66%, respectivamente, y la global, de 97% y 89% (figs. 2 y 3).

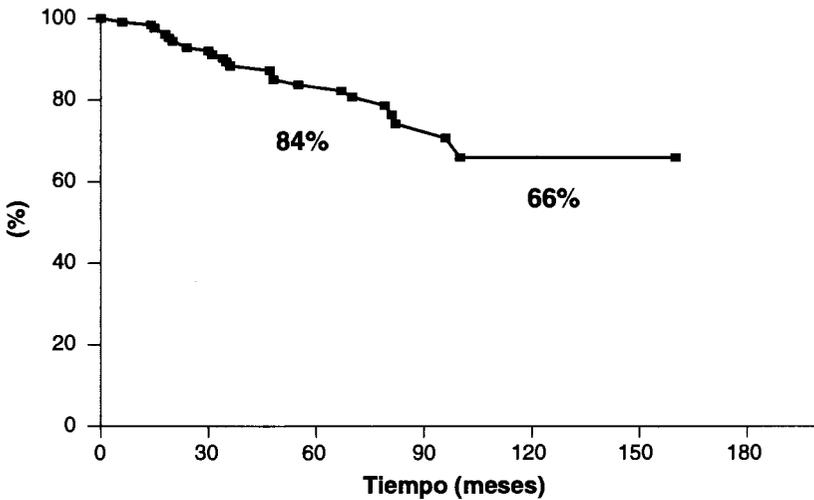


Figura 2 Sobrevida libre de enfermedad.

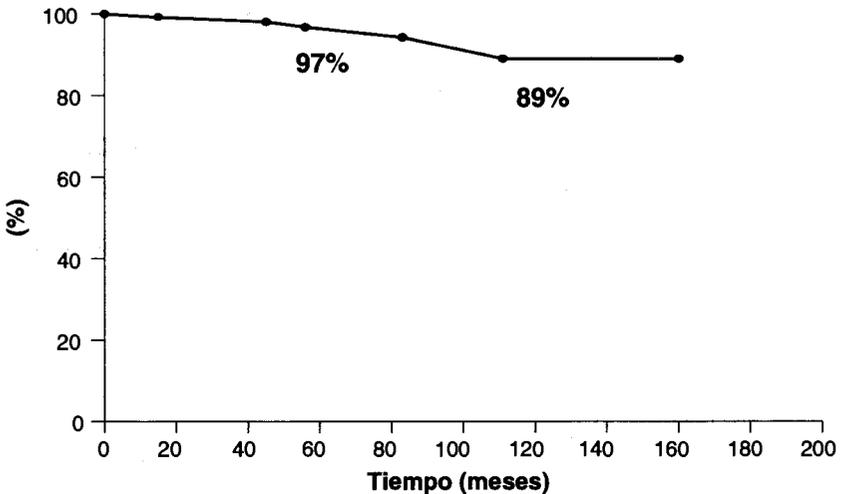


Figura 3 Sobrevida global.

## TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE MAMA. HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO

Carlos Pacheco, Augusto Tejada, Gonzalo Barrios,  
Leopoldo Moreno, Alberto Contreras, Ramón Pérez-Brett,  
Sara Maisi, Arly Zambrano, Josepmilly Peña

Desde septiembre de 1980 y hasta noviembre de 1991 fueron estudiadas 138 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama, tratadas con tratamiento conservador y seguidas por un periodo promedio de 56,25 meses (3 a 168 meses).

La tasa de sobrevida global fue de 85% y 74% (fig. 1) a 5 y 10 años, y la tasa de sobrevida libre de enfermedad, de 66% y 55% en el mismo periodo.

La incidencia de recurrencias locales fue de 16,63% (23/138), con tasa de sobrevida en este grupo de 62%. No hubo recurrencias axilares. Los factores de riesgo estadísticamente significativos para recidiva local fueron: edad menor de 40 años, tamaño tumoral mayor de 2 cm, bajo grado de diferenciación histológica, márgenes positivos, receptores estrogénicos negativos, y más de 4 ganglios axilares metastásicos. La tasa de metástasis a distancia fue de 22,46% (31/138). Sólo 6 pacientes presentaron metástasis de forma sincrónica con las recurrencias locales.

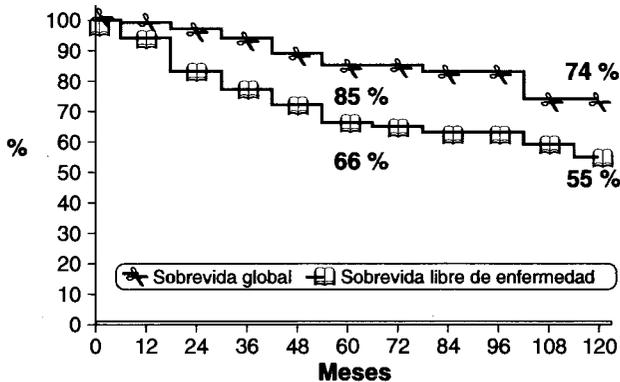


Figura 1 Sobrevida global.

## TRATAMIENTO PRESERVADOR VS MASTECTOMÍA EN EL CARCINOMA MAMARIO, ESTADIOS I Y II. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, 1981-1995

Morella Rebolledo de Abache

### Introducción

En el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Caracas, entre 1981 y 1995 se trataron 388 pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario, estadios I y II de la AJC, de las cuales 183 fueron sometidas al tratamiento tradicional de mastectomía Rt posoperatoria y 155 pacientes se trataron con procedimiento preservador de acuerdo con el protocolo de la Comisión de Patología Mamaria del HUC.

El cierre del estudio fue el 30 de junio de 1996; se evaluaron aspectos epidemiológicos, clínicos, tratamientos recibidos, sobrevida de 5 y 10 años calculada por el método actuarial así como seguimiento y condición de salud al último control.

## Resultados en cuanto a sobrevida global y recidiva local

### Sobrevida global

La sobrevida global para todas las pacientes mastectomizadas fue de 89% a los 5 años y de 78% a los 10 años, mientras que para el grupo preservador fue de 85% y 74%, respectivamente (gráfico 1), no existiendo diferencias estadísticamente significativas en la posibilidad de sobrevida ( $p > 0,05$ ).

Para la serie de mastectomía se obtuvo 4% y en la de preservación 5%, siendo similar para ambos grupos sin diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) (cuadro 1).

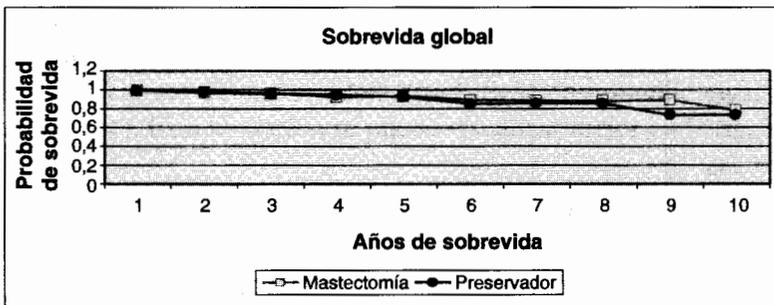
## CONCLUSIONES

La sobrevida global obtenida es similar a las presentadas por las series históricas de la literatura universal y la comparación de mastectomía y tratamiento preservador según la sobrevida para 5 y 10 años. El hecho de no existir diferencias estadísticamente significativas nos hacen preconizar la efectividad de ambos procedimientos así como también que el control de la recidiva local es semejante con cualquiera de los dos tratamientos.

**Cuadro 1** Tratamiento preservador vs Mastectomía en el carcinoma mamario, estadios I y II, de acuerdo con recidiva local. Hospital Universitario de Caracas, 1981-1995.

Condición	Mastectomía No. / %	Preservación No. / %
Recidiva locorregional	9 / 4 %	8 / 5 %

**Fuente:** Archivo de Radioterapia y Medicina Nuclear. Departamento de Historias Médicas. Hospital Universitario de Caracas.



**Fuente:** Archivo de Radioterapia y Medicina Nuclear. Departamento de Historias Médicas. Hospital Universitario de Caracas.

**Gráfico 1** Tratamiento preservador vs Mastectomía en el carcinoma mamario, estadios I y II, de acuerdo con recidiva local. Hospital Universitario de Caracas, 1981-1995.

## TRATAMIENTO PRESERVADOR EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA PERSONAL

José Ravelo Celis, Ricardo Ravelo Pages

Entre 1981 y 1997 se evaluaron 100 pacientes, 2 de ellas con lesiones bilaterales, lo que representó 102 casos. El seguimiento promedio fue de 51 meses (rango 2-175). El promedio de edad fue de 55 años (27-90). La distribución por estadios la podemos observar en la fig. 1.

La sobrevida global actuarial fue de 83% y 70% a los 5 y 10 años, respectivamente (fig. 2). Existe diferencia significativa en la sobrevida entre las pacientes con ganglios con positivos y negativos, siendo ésta más evidente a los 10 años de seguimiento (fig. 3). Las recidivas locales se presentaron en 10% de los casos y las metástasis a distancia, en 18% de ellos.

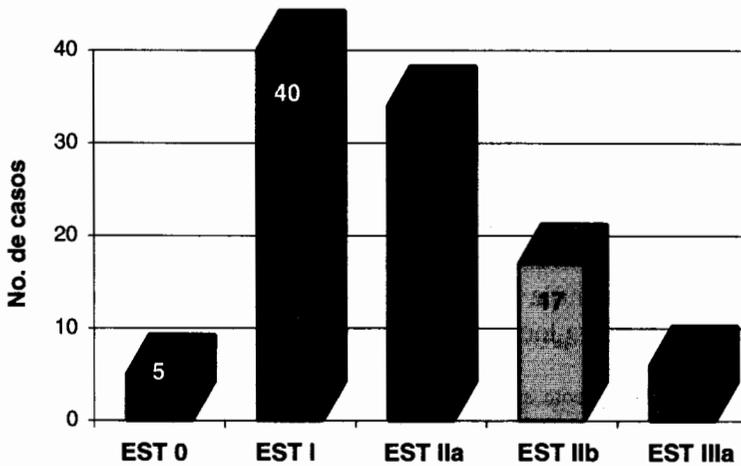


Figura 1 Distribución según estadio.

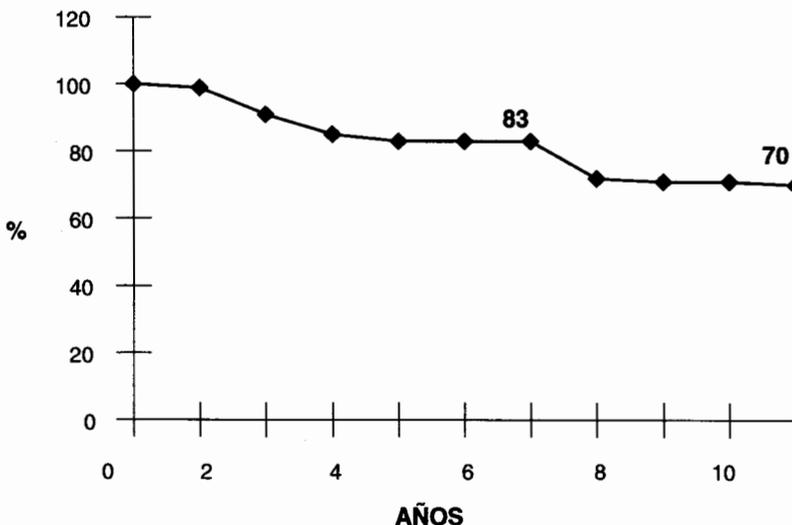


Figura 2 Sobrevida global.

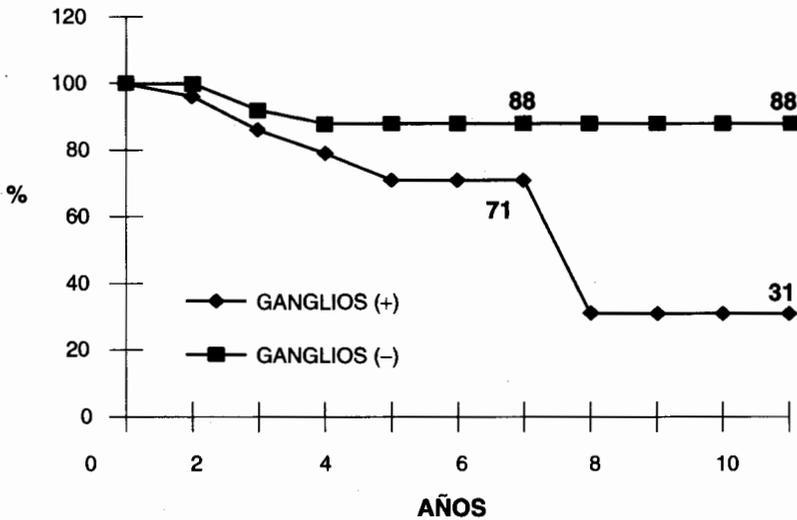


Figura 3 Sobrevida según estado axilar.

**TRATAMIENTO PRESERVADOR EN CÁNCER DE MAMA.**

**UNIDAD DE MASTOLOGÍA.**

**CENTRO CLÍNICO DE MATERNIDAD LEOPOLDO AGUERREVERE.**

Gerardo Hernández Muñoz,  
Ricardo Paredes Hany,  
Juan Hernández Rasquin.

Desde mayo de 1980 y hasta diciembre de 1999 se evaluaron 297 pacientes con cáncer de mama T1 y T2, N0, N1, M0, según la clasificación TNM de la UICC. El promedio de edad fue de 52,3 +/- 11,9 años.

La sobrevida global según el tamaño del tumor a 5, 10 y 15 años fue de 87,6%, 77,5% y 74,4% respectivamente, para los T1 y de 81,1%, 62,5% y 45,5%, respectivamente, para los T2, lo cual representó una diferencia significativa (p = 0,01) (fig. 1). La sobrevida libre de enfermedad para el mismo periodo de tiempo fue de 86%, 67,5% y 55,7% para los T1, y de 72,2%, 48,9% y 47,7%, con una diferencia igualmente significativa (fig. 2).

Al analizar la sobrevida global según el grupo etario podemos observar una mejor evolución en las pacientes de mayor edad, estadísticamente significativa, tanto a los 5, 10 y 15 años (tabla 1). Esta tendencia se puede visualizar mejor en la fig. 3.

Tabla 1 Sobrevida global según grupo etario (n = 297)

Años/Edad	< 35	35 - 45	46 - 55	56 - 65	> 66
5	76,6%	77,8%	82,7%	89,9%	92,4%
10	60,3%	57,6%	72,6%	83,0%	83,0%
15	52,4%	48,8%	64,9%	76,6%	77,9%

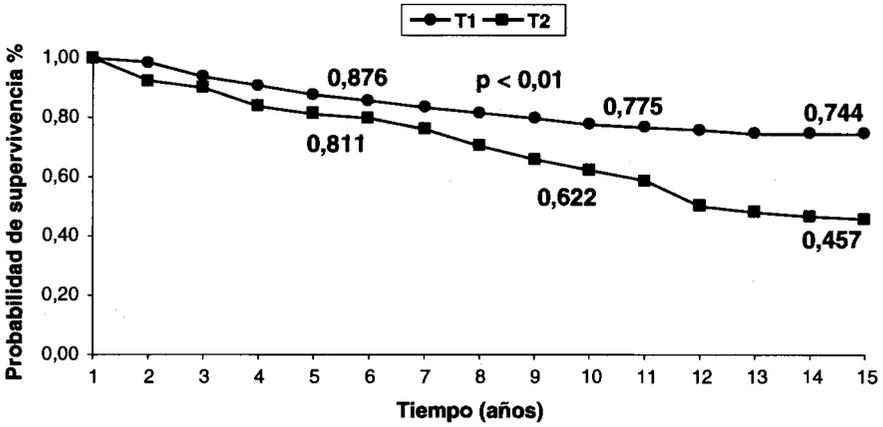


Figura 1 Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida global según el tamaño del tumor (n = 297).

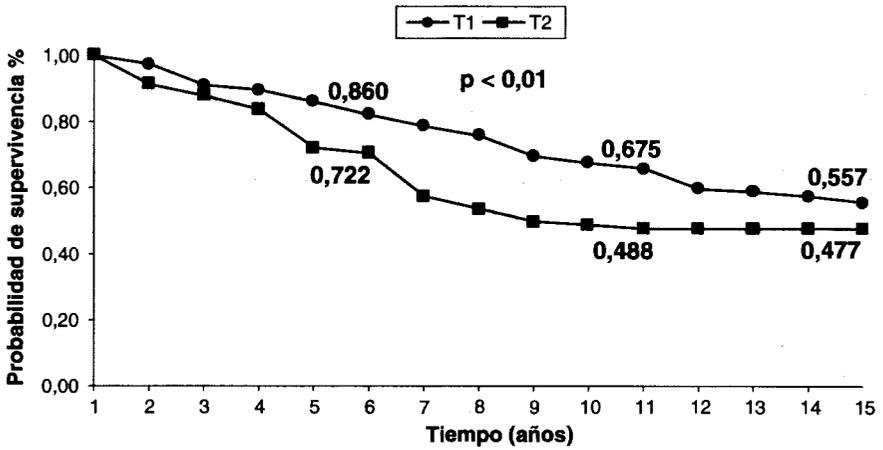


Figura 2 Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida libre de enfermedad según el tamaño del tumor (n = 297).

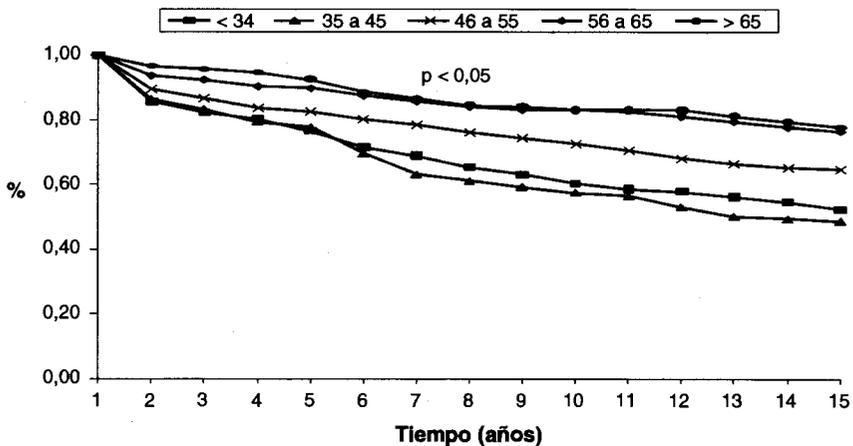
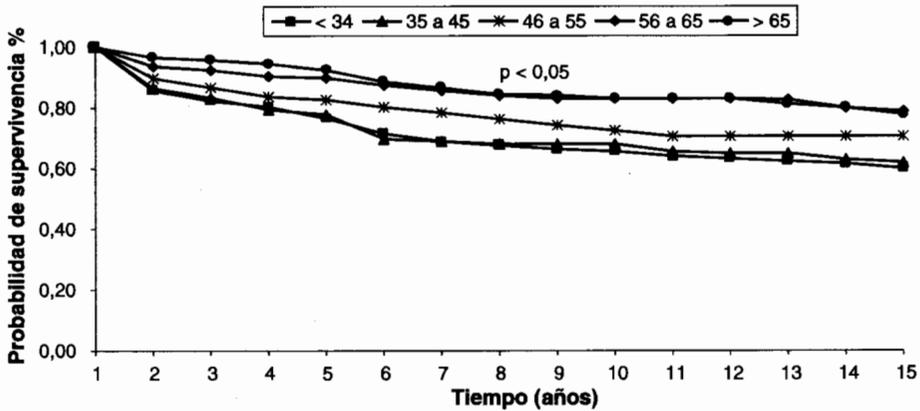


Figura 3 Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida global según grupo etario (n = 297).

**Tabla 2** Sobrevida libre de enfermedad según grupo etario (n = 297)

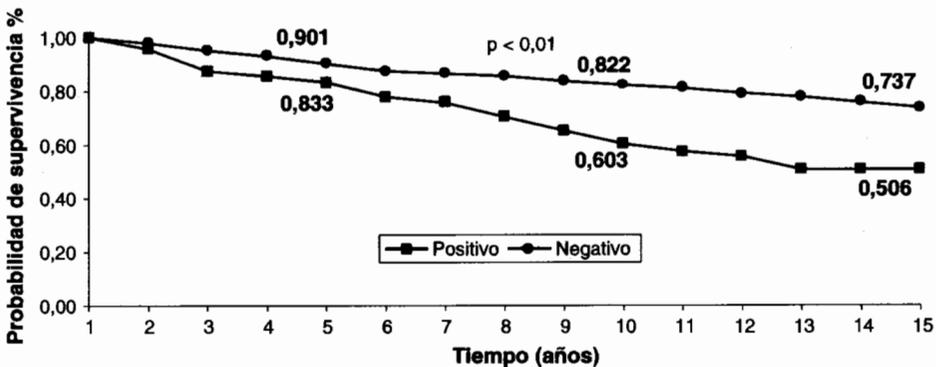
Años/Edad	< 35	35 - 45	46 - 55	56 - 65	> 66
5	76,6%	77,8%	82,7%	89,9%	92,4%
10	65,6%	68,0%	72,6%	83,0%	83,0%
15	60,0%	62,0%	70,6%	78,8%	77,8%



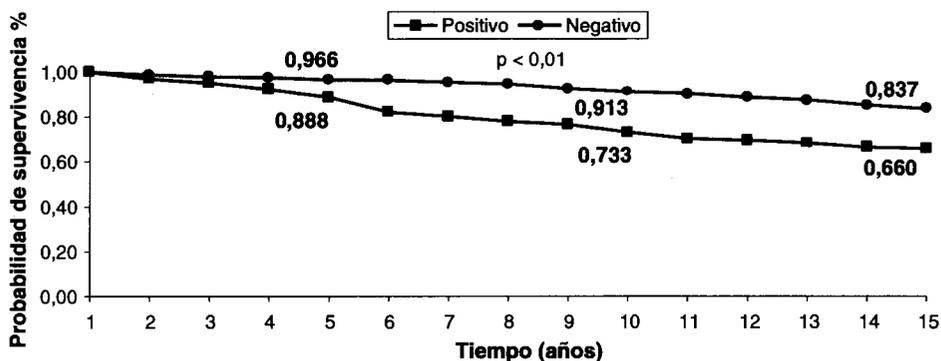
**Figura 4** Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida libre de enfermedad según grupo etario (n = 297).

Cuando se analiza la sobrevida libre de enfermedad, se observa igualmente una mejor evolución en las pacientes de mayor edad (tabla 2 y fig. 4).

El estado de la axila es factor pronóstico importante en la evolución y pronóstico de la paciente. De nuestras pacientes, 54,9% tenían ganglios negativos y su sobrevida global para 5, 10 y 15 años fue de 90,1%, 82,2% y 73,7% respectivamente, comparada con 83,3%, 60,3% y 50,6%, durante el mismo periodo para las pacientes con axila positiva. Esta diferencia es estadísticamente significativa (fig. 5).



**Figura 5** Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida global según estado axilar (n = 297).



**Figura 6** Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida libre de enfermedad según estado axilar (n = 297).

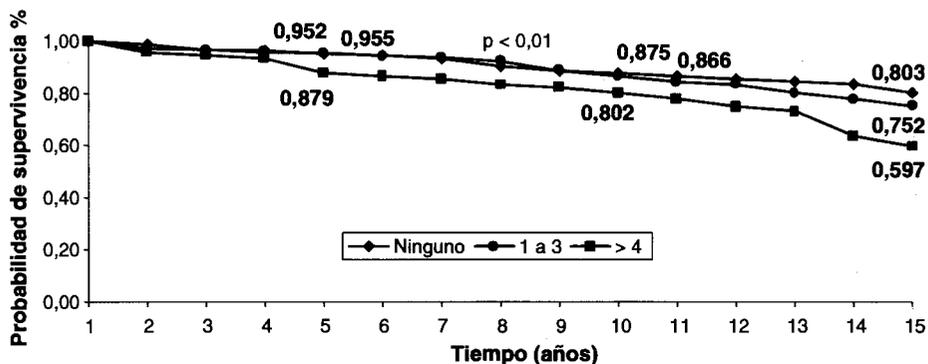
Este mismo resultado se observa para la sobrevida libre de enfermedad (fig. 6).

El número de ganglios afectados por la enfermedad también es de vital importancia para el pronóstico y tipo de tratamiento por aplicar a las pacientes. La evolución fue evidentemente mejor en las pacientes sin ganglios positivos o con menos de 3 ganglios invadidos (fig. 7), que cuando había más de 4 ganglios con tumor, a los 5, 10 y 15 años de seguimiento. Esta diferencia entre los dos primeros y el tercer grupo fue estadísticamente significativa.

Aunque al analizar las curvas de sobrevida libre de enfermedad se observa una mayor diferencia entre cada grupo evaluado, la diferencia sigue siendo estadísticamente significativa cuando se tienen más de 4 ganglios metastásicos (fig. 8).

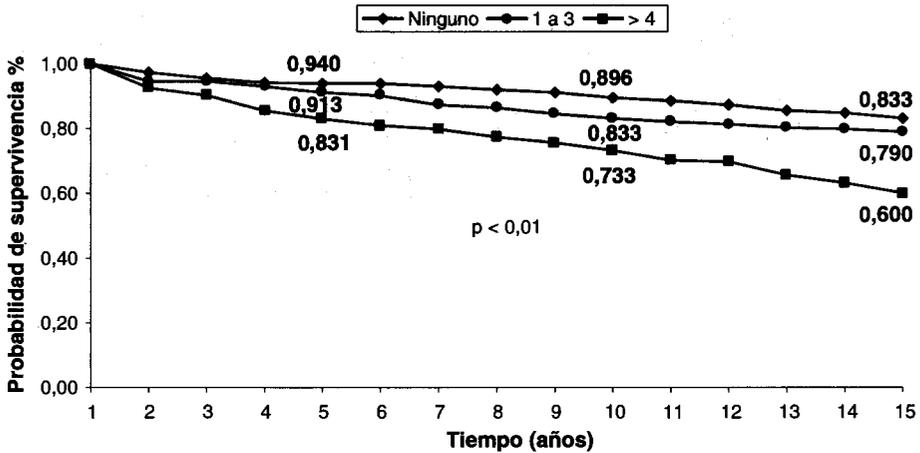
Las recidivas se presentaron en 7,4% de las pacientes y las metástasis, en 10,4%. La complicación más frecuentemente referida fue el seroma (12,1%), seguida del edema leve del brazo con 5,1%.

Como hemos podido demostrar a lo largo de este seguimiento, el diagnóstico precoz, que nos permite tratar a las pacientes en etapas más tempranas de la enfermedad, es la única garantía real de un mejor pronóstico y una mejor sobrevida de la paciente con cáncer de mama. Este hecho se mantiene en el tiempo y coincide con las estadísticas



**Figura 7** Tratamiento preservador de mama. Curva de sobrevida global según el número de ganglios (n = 297).

iberoamericanas aquí mostradas y las del resto del mundo. Por esta razón debemos distribuir nuestros esfuerzos tanto a mejorar la cultura e información de la población para que consulte y se sume a las campañas de pesquisa, a dictar cursos de actualización de nuestros médicos en lo que a patología mamaria se refiere, e igualmente a optimizar los diferentes métodos diagnósticos que nos permitan el hallazgo de lesiones cada vez más tempranas y, por supuesto, al desarrollo de tratamientos cada vez más conservadores, menos tóxicos no sólo para la anatomía de la paciente sino también para su autoestima e imagen corporal y así lograr un equilibrio físico y mental, con una mejor calidad de vida.



**Figura 8** Tratamiento preservador de mama. Curva de supervivencia libre de enfermedad según el número de ganglios (n = 297).