

## Tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de mama y ganglios negativos

La mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama presentan una enfermedad localizada en mama con o sin invasión de ganglios axilares (estadios I y II). El tratamiento clásico ha sido la mastectomía, seguida o no de radioterapia, pero los resultados no son buenos. En un período de seguimiento de 10 años el 50% presenta recidivas locales o metástasis a distancia. La supervivencia libre de enfermedad (SLE) a los 10 años es del 35% para las enfermas con 1 a 3 ganglios afectados y del 15% en aquellas con más de 4 ganglios invadidos. La SLE es del 75% en las pacientes sin invasión axilar y del 25% en las que tienen adenopatías axilares positivas. Por tanto, un 25% de pacientes sin invasión axilar, consideradas tradicionalmente de buen pronóstico y que no precisaban tratamiento adyuvante van a recidivar.

Los resultados de ya casi dos décadas de tratamiento adyuvante en pacientes con ganglios positivos han logrado una reducción significativa de la probabilidad de muertes del 14% los primeros cinco años.<sup>1</sup>

Son aún escasos los ensayos clínicos de quimioterapia adyuvante en pacientes con ganglios negativos, pero los resultados actuales muestran una mejoría en la SLE, aunque no se ha constatado todavía un alargamiento de la supervivencia global (SG). La publicación de estos resultados<sup>2,3,4,5,6</sup> motivó una alerta clínica del National Cancer Institute,<sup>7</sup> advirtiendo que las pacientes con ganglios negativos también podían beneficiarse del tratamiento adyuvante. En junio de 1990 tuvo lugar en Bethesda un Consensus Meeting para enfocar el tratamiento idóneo para las enfermas intervenidas de cáncer de mama sin invasión axilar, llegando a las siguientes conclusiones provisionales:

1. Existen evidencias de que el tratamiento adyuvante con tamoxifén o quimioterapia es efectivo en aumentar el período libre de enfermedad.

2. Deben valorarse los factores de riesgo. Tras análisis multivariados los factores pronósticos independientes son: tamaño tumoral, ganglios axilares, grado histológico (particularmente nuclear), receptores hormonales y fracción celular en «fase S».

3. Las enfermas con tumores inferiores a 1 cm tie-

nen un excelente pronóstico y en principio no requieren tratamiento adyuvante.

4. Es necesario explicar a cada paciente su situación y hacerla participar en la decisión que afecta a 70.000 enfermas cada año en Estados Unidos.

5. Se aconseja incluir pacientes con ganglios negativos en ensayos clínicos controlados.

Es importante considerar estos datos y valorar de forma individualizada las pacientes con ganglios negativos candidatas a recibir tratamiento adyuvante, pues si lo administramos indiscriminadamente a todas corremos el riesgo de sobretratar a un 75% de enfermas que ya estarían curadas con la cirugía y la radioterapia. Es muy importante compartir estas decisiones con la paciente que debe conocer el riesgo relativo de recidiva, sin y con tratamiento, la toxicidad de la quimioterapia y su repercusión en la calidad de vida.

**A. Modolell**

### REFERENCIAS

1. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of adjuvant tamoxifen and of cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer. *N Engl J Med* 1988; 319: 1681-1692.
2. Fisher B, Redmond C et al. A randomized clinical trial evaluating sequential methotrexate and fluorouracil in the treatment of patients with node-negative breast cancer who have estrogen-receptor-negative tumors. *N Engl J Med* 1989; 320: 473-478.
3. Fisher N, Constantino J et al. A randomized clinical trial evaluating tamoxifen in the treatment of patients with node-negative breast cancers who have estrogen-receptor-positive tumors. *N Engl J Med* 1989; 479-484.
4. The Ludwig Breast Cancer Study Group. Prolonged disease-free survival after one course of perioperative adjuvant chemotherapy for node-negative breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 485-496.
5. Mansour E, Gray R et al. Efficacy of adjuvant chemotherapy in high-risk node-negative breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 485-490.
6. Bonadonna G. Conceptual and practical advances in the management of breast cancer. *J Clin Oncol* 1989; 7: 1380-1397.
7. National Cancer Institute. Clinical alert. Bethesda, Md: National Cancer Institute. 16-18 de mayo de 1988.