

C. Sogo,
A. Parajo,
B. Acea,
R. Gayoso,
A. Gulias,
D. Gómez,
L. Taboada,
F. Sánchez

Cirugía conservadora en el tratamiento del cáncer de mama. Nuestra experiencia

SUMMARY

Since William Stewart Halsted in 1884 described in a complete and orderly manner the treatment for breast cancer, till our days, the evolution and progress of the different oncologic surgical techniques has been constant.

Today, it has been demonstrated with absolute certainty that conservative surgery offers similar results that other more radical procedures. In this article we have studied 602 cases of operated breast cancer in a period of 19 years from 1971 to 1990, 60 were treated with conservative surgery (9.9%), of the total. We analyze the characteristics in 51 of the cases; age, site, tumoral size, histology, axillary involvement and final evolution. The survival and disease free survival rates are actuarials and reach values of 94.4 and 80.8% at 72 months, data comparable to other centers and other more numerous statistics.

Palabras clave

Cirugía conservadora, Cáncer de mama, Carcinoma ductal in situ, Carcinoma ductal.

Key words

Breast neoplasms, Conservative surgery, Ductal carcinoma, Ductal carcinoma in situ.

Hospital Juan Canalejo.
Servicio de Cirugía A.
Las Jubias, 84.
15006 La Coruña.

INTRODUCCION

La evolución terapéutica del CM ha sufrido ostensibles variaciones en las últimas décadas. Desde la primera descripción de una extirpación mamaria realizada por Celso en el año 10 de nuestra era hasta la primera mastectomía radical efectuada por Halsted en 1884 las opciones desarrolladas por los cirujanos han sido múltiples, heterogéneas y diversas, como lo es el cáncer de mama en sí.¹

Hasta 1950 las aportaciones de los autores a la prensa médica se fundamentaron en la experiencia personal individualizada que con comunicaciones de

casuísticas reducidas impidieron la obtención de resultados que justificaran actuaciones terapéuticas concretas en los cánceres glandulares.² Fue a partir de esa fecha cuando algunos inconformistas no satisfechos con la tremenda radicalidad de la mastectomía halstediana, superada a veces por cirujanos como Urban y Margotini, que extendían la técnica a los ganglios de la cadena mamaria interna, o Wangenstein y Veronesi, que extirpaban los ganglios supraclaviculares y mediastínicos, o el mismo Prudente, que desarticulaba el brazo a fin de radicalizar todavía más la intervención, creyendo así mejorar la supervivencia y controlar la enfermedad, surgen, decíamos,

autores que buscan alternativas diferentes en el convencimiento de la existencia de algún método viable que evite la mutilación.¹

Crile, Cope y Adair entre otros, a mediados de los sesenta dirigen sus miradas, aunque todavía tímidamente, hacia la cirugía conservadora (CC). Como complemento a sus inquietudes, un conjunto selecto de radioterapeutas como Peters, Prosnitz, Montagne, Hellman..., etc. apoyan la conservación glandular y la limitación del proceder a la amplia extirpación del tumor seguida a continuación de la irradiación del tejido mamario residual.³ Se inicia de este modo la colaboración terapéutica interdisciplinaria que el tratamiento del CM requerirá en épocas posteriores y que algunos autores como Spitalier y Amalrich denominaron radiocirugía.

En Estados Unidos y en el año 1971, dentro del contexto del NSABP, se inician estudios randomizados y prospectivos que junto a los elaborados en el Instituto de Tumori, de Milán, comparan los resultados obtenidos entre la CC asociada a radioterapia y la cirugía radical clásica, consideran 3 parámetros fundamentales: la supervivencia, la supervivencia libre de enfermedad y la recidiva locorregional, se concluye que ninguno de los 3 valores se altera reduciendo la radicalidad de la cirugía y consecuentemente la mutilación de la mujer.⁴

Por otra parte, tampoco existe alteración definitiva de ninguno de los factores mencionados en el párrafo anterior ante la extirpación de forma separada del tumor y de la grasa axilar, criterio opuesto al mantenido tradicionalmente por la amputación monobloc, que no tiene ninguna ventaja especial en el tratamiento del CM.⁵

De cualquier modo es comprensible que modificar el criterio de aquellos cirujanos que asociaban de forma mecanicista el diagnóstico de cáncer a la mastectomía radical o suprarradical es complicado y lleva tiempo. Hay que tener en cuenta además que hasta épocas recientes tampoco se ha contado con los equipos radioterapéuticos necesarios para garantizar un adecuado tratamiento que complementa la cirugía. En países como Estados Unidos y en versión del Colegio Americano de Cirujanos la CC se realiza ahora más asiduamente relegando poco a poco a las mastectomías, clásicas y modificadas, mutilantes y poco populares en lo que a estética femenina se refiere. En España y en centros avanzados de senología se puede constatar la pujanza de la conservación, lle-

gando a ocupar en algunas estadísticas hasta el 30% del total de técnicas efectuadas, así como la práctica desaparición de la mastectomía radical de Halsted, sólo justificable en casos excepcionales.⁶ Hoy no se discute la indicación conservadora en el tratamiento de los tumores mamarios, sino las modificaciones técnicas que evitando al máximo la mutilación consigan un control de la enfermedad sin interferir excesivamente en la calidad de vida de las pacientes. En este momento todas las actitudes están dirigidas a perfeccionar la técnica y las preguntas que surgen son si será aplicable a tumores de mayor diámetro, si es siempre necesaria la radioterapia complementaria o si la recidiva local implica mastectomía subsiguiente o bastaría simplemente con cirugía de rescate...; en fin, la intención por nuestra parte es aportar 51 nuevos casos de CC y analizar los resultados obtenidos, así como la aplicabilidad de esta técnica al medio en que nos desenvolvemos.

MATERIAL Y METODOS

Revisamos 602 casos de CM, de los cuales 60 fueron sometidos a CC. Estudiamos 51 casos y 52 quirúrgicos, puesto que uno de ellos fue bilateral. El período de revisión comprende desde 1971 a 1991, aunque la primera conservadora se efectuó en 1984.

La edad media de nuestras pacientes fue de 56 años, con rango entre 28 y 80. La mayor parte de ellas (54%) superaban los 56 años en el momento del diagnóstico (tabla I). Se localizaban con mayor frecuencia en los cuadrantes externos (66%), menos en cuadrantes internos (27%) y en el 6% restante fueron centrales.

El tamaño tumoral osciló entre los 0,5 cm en el 11,5% y los 4 cm en el 7,6%, el tamaño máximo para la aplicación de CC fue de 4 cm, aunque estamos dispuestos a superarlo si la relación tamaño tumoral/volumen mamario es adecuada.

TABLA I
CIRUGIA CONSERVADORA
(Edad a la cirugía)

< de 35 años	7 (14%)
36 a 45 años	4 (8%)
46 a 55 años	12 (24%)
> de 56 años	27 (54%)

TABLA II
CIRUGIA CONSERVADORA
(Localización tumoral)

Mama derecha	23 (45%)
Mama izquierda	28 (55%)
Cs. externos	34 (66%)
Cs. internos	14 (27%)
Centrales	3 (6%)

Respecto a la cirugía de la axila, y aunque en algunos casos se realizó en continuidad, lo habitual es su extirpación por separado. Obtuvimos una media de 16 ganglios con afectación en el 37% y en 3 ocasiones no se efectuó vaciamiento (tabla III).

El tipo histológico más común fue el ductal infiltrante, con una frecuencia del 77%, siendo el resto de otros tipos histológicos, predominando el lobulillar.

El tratamiento aplicado a nuestras pacientes fue cuadrantectomía y vaciamiento en 19 casos; tumorectomía y linfadenectomía en 30 casos, y tumorectomía sola en 3. Siempre se complementó con radioterapia postoperatoria.

DISCUSION

En los últimos 20 años el tratamiento del CM ha sufrido una evolución sin precedentes. Las cirugías mutilantes aplicadas de forma incondicional y la asociación de CM con mastectomía radical no tienen hoy soporte alguno. Digamos que históricamente el tratamiento conservador se inició en pacientes que no eran candidatas a la mastectomía, ya fuera por contraindicaciones inherentes al estado general de las pacientes o por rechazar las propias enfermas de forma explícita el tratamiento mutilante.

Pioneros como Baclesse, Rissanen, Peter, Key-

TABLA III
CIRUGIA CONSERVADORA
(Afectación axilar)

Rango: 4/34. Media: 16 ganglios	
Sin afectación	29 (56%)
Afectados	17 (33%)
No vaciamiento	3 (6%)
No disponibles	2 (4%)

nes... cedieron el relevo a otros como Calle, Pierquin, Amalric, Espitalier, Veronesi, etc., que convirtieron la radiocirugía en una forma de tratamiento habitual para mujeres con CM.⁷

De cualquier modo la descripción de nuestro trabajo debe basarse en peculiaridades quirúrgicas, y sobre eso fundamentaremos los párrafos sucesivos. Opinamos con Vázquez Albadalejos⁸ que la práctica de la cirugía como parte del tratamiento conservador debe someterse a un cuidadoso enjuiciamiento que fundamentalmente se puede resumir en: a) evitar la mutilación; b) con una estética aceptable, y c) manteniendo las mismas garantías en cuanto a resultados que la cirugía radical, mejorando el bienestar y calidad de vida de las pacientes, con una tasa de recidivas locales inferior al 2% anual.

Respecto a las indicaciones tenemos que matizar que cada vez son más amplias y las variaciones son diversas, pero lo fundamental se resume así: 1) T₁-T₂ hasta 4 cm de diámetro máximo; 2) N_{1a}-N_{1b} sin afectación masiva axilar; 3) correcta relación entre volumen tumoral y volumen mamario; 4) no multifocalidad ni características de crecimiento rápido.

Con estos criterios hemos realizado 60 CC de 602 CM tratados, de los que no han sido evaluados 10. Ninguna de nuestras pacientes ha superado los límites máximos propuestos; esto es, T₂ < 4 cm y N_{1b} y sólo en 1 caso descubrimos la presencia de 2 tumores adyacentes que no nos indujeron a modificar la técnica. Tampoco hemos variado de actitud en aquellos tumores de localización central que permitía la extirpación con un razonable margen de seguridad, como ha ocurrido en nuestros casos de Paget. Sin embargo, pensamos que si la indicación en los centrales es discutible, no lo es en ningún caso la buena información que debe suministrar el cirujano a las mujeres para que ellas escojan la técnica que les parezca más aceptable. Creemos, como refiere Cawley,⁹ que cada vez es mayor el número de pacientes que prefieren conservar su mama.

En los tumores *in situ* también mantenemos la indicación conservadora, pues nos parece difícil justificar su utilización en los estadios I y II sino la practicásemos en estadios iniciales, siempre la complementásemos con radioterapia. Creemos que es un cirugía apropiada y permitida.¹⁰

La edad media de nuestras enfermas fue de 56 años, con un rango comprendido entre los 28 y 80 años. Es posible pensar que a las mujeres postmeno-

páusicas les es indiferente la conservación glandular, pero la experiencia es la contraria, pues en nuestra serie sólo el 29,5% eran premenopáusicas y el 54% de ellas superaban los 56 años.

Se clasificaron por estadios, siendo el 6% estadio 0, el 38% estadio I, el 48% estadio IIa y el 8% restante IIb; como se ve, la mayoría de los casos fueron IIa.

En 1984, y al comienzo de nuestra aventura conservadora, efectuábamos aquella técnica que manteniendo la glándula mamaria se parecía más a la mastectomía radical convencional, esto es, la cuadrantectomía y vaciamiento axilar, en continuidad para cuadrantes externos y en discontinuidad si no tenían esa localización. Posteriormente nos inclinamos por tumorectomía amplia con 2 cm de margen y linfadenectomía independiente.

Siempre determinamos bordes histológicos y componente intraductal, que cuando es elevado exige una valoración cuidadosa del tratamiento quirúrgico.¹¹

Aunque aceptamos que el vaciamiento axilar completo es una técnica idónea, no lo es menos la linfadenectomía de los niveles I y II, a lo Auchincloss, ya que el nivel III sólo contiene 2,3 ganglios como valor medio¹² y las skip metástasis no se dan en axila, así como tampoco existen problemas si se radia la misma como terapéutica complementaria. Nuestra media ganglionar fue de 16, con un rango entre 4 y 29.

Creemos que la biología médica, en breve, hará innecesaria la cirugía axilar, ya que la correcta utilización de anticuerpos monoclonales y oncogenes permitirá obtener información suficiente sobre el estado ganglionar de manera que la decisión de la terapéutica a aplicar a este nivel podrá ser incruenta. El 63% de nuestras pacientes fue N(-) y el 37% N(+).

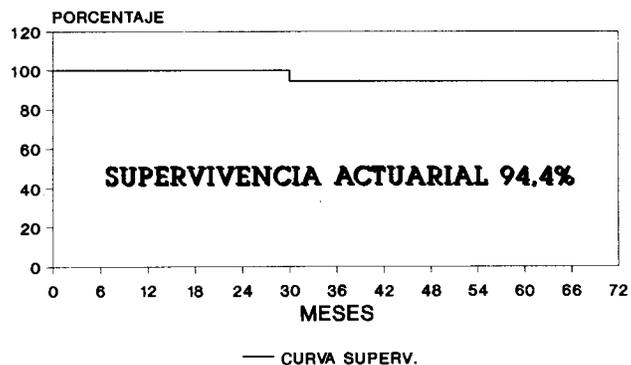


Fig. 1. Cirugía conservadora. Supervivencia actuarial.

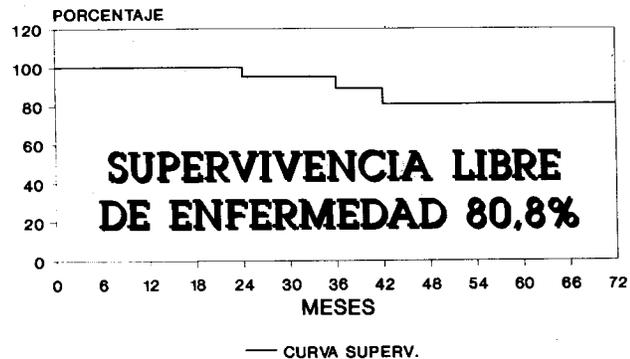


Fig. 2. Cirugía conservadora. Supervivencia libre de enfermedad.

Entre los datos histológicos a valorar, además de márgenes y componente intraductal, ya referidos, determinamos sistemáticamente el Scarff-Bloom, que nos permitirá, cuando nuestra serie sea más amplia, obtener las conclusiones oportunas. El 43,7% de nuestros casos fueron SB-I, el 39,5% fueron SB-II, el 14,5% fueron SB-III, no siendo evaluado en el 7,6% restante.

Nuestros resultados no difieren de los del resto de los autores,^{6, 11} aunque no disponemos de datos suficientes en el momento actual. Diremos que recidivaron 4 casos en la mama operada, lo que representa el 7,6% del total, haciéndolo siempre en la vecindad del tumor. Tres pacientes presentaron metástasis, lo que supone un porcentaje del 5,7%, 2 de estas pacientes (66%) después de una recidiva local.

La supervivencia actuarial global a los 72 meses fue del 94,4% (fig. 1), mientras que la supervivencia actuarial libre de enfermedad fue del 80,8% (fig. 2).

RESUMEN

Desde 1884 en que William Stewart Halsted describió de manera completa y ordenada el tratamiento del cáncer de mama (CM) hasta nuestros días, la evolución y progreso de las diferentes técnicas quirúrgicas oncológicas ha sido constante.

Hoy está demostrado con absoluta certeza que la cirugía conservadora (CC) ofrece similares resultados a los de otros procedimientos más radicales. Estudiamos en este trabajo 602 casos de cáncer de mama operados en un lapso de 19 años y que comprende desde 1971 a 1990, 60 han sido tratados con cirugía

conservadora, lo que supone el 9,9% del total. Se analizan las características de 51 de ellos, tales como edad, localización, tamaño tumoral, histología, afectación axilar y evolución final. La supervivencia y supervivencia libre de enfermedad son actuariales y alcanzan valores del 94,4 y 80,8% a los 72 meses, datos equiparables a los de otros centros y otras estadísticas más numerosas.

REFERENCIAS

1. Die Goyanes A. Cirugía moderna del cáncer de mama. *Rev Cáncer* 1987; 1: 45-52.
2. Sogo Manzano C. Cáncer de mama. Cirugía radical o conservadora. *Galicia Clínica* 1988; 60: 100-102.
3. Fisher B, Readmond C, Poisson R et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 30: 822-828.
4. Veronesi U, Banfi A, Sacozi R et al. Conservative treatment of breast cancer. A trial in progress at the Cancer Institute of Milan. *Cancer* 1977; 39: 2823-2826.
5. Felci U, Personeni A, Pompei L et al. Quadrantectomy and tumorectomy followed by radiotherapy in early tumors of the breast. *Radiol Med (Torino)* 1990; 79: 87-91.
6. Sanromán Terán JM. El papel actual de la mastectomía en el tratamiento del cáncer de mama. En: Díaz Faes (ed.). *Cáncer de mama. Avances en el diagnóstico y tratamiento* 1990; 130-154.
7. Biete A, Alonso C, Ojeda B et al. El tratamiento conservador del cáncer de mama. Una nueva técnica del Hospital de Santa Cruz y San Pablo. *Oncología* 1989; 11: 443-451.
8. Vázquez Albadalejo C, Llombart Bosch F. Problemática clinicopatológica en el tratamiento conservador del cáncer de mama. *Rev Senología y Pat Mamaria* 1989; 2: 100-108.
9. Cawley M, Kostic J, Capello C. Informational and psychosocial needs of women choosing conservative surgery primary radiation for early stage breast cancer. *Cancer Nurs* 1990; 13: 90-94.
10. Vilcoq Jr, Fourquet A, Campana F et al. Treatment of borderline lesion and infiltrating carcinoma. *Rev Prat* 1990; 40: 900-904.
11. Kurtz J, Jaquemier J, Spitalier JM et al. Risk factors for mammary recurrence in pre and postmenopausal women with infiltrating ductal cancers. Seventh Annual Meeting of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology. September 5-8 1988. Den Haag, The Netherlands 1988; 216.
12. Veronesi U, Luini A, Galimberti V et al. Extent of metastatic axillary involvement in 1446 cases of breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1990; 16: 127-133.