

B. Acea Nebril,
C. Sogo Manzano,
R. Gayoso García,
A. Parajo Calvo,
A. Gulias Piñeiro,
L. Taboada Filgueira,
D. Gómez Rodríguez

Tumorectomía bilateral en neoplasia sincrónica de mama

SUMMARY

We present a 55-yr-old woman with synchronic breast cancer which was clasified as T2a-N0-M0 (Stage Ila) and T2a-N1-M0 (Stage I Ib). Tumor-ectomy and axillary lymphadenectomy were performed, there was no axillary node involvement. Radiotherapy, of the tumoral sites and of the internal and external mammary nodes, was carried out. It is necessary to evaluate each tumor individually in order to use conservative tecniques in patients with synchronic bilateral breast neoplasm.

Hospital Juan Canalejo.
Servicio de Cirugía General A.
Xubias de Arriba, 84.
15006 A Coruña.

Correspondencia:
Benigno Acea Nebril.
San Jaime, 18, bajo dcha.
15005 La Coruña.

Palabras clave

Cáncer de mama, Neoplasias múltiples, Cirugía.

Key words

Breast neoplasms, Multiple primary, Surgical treatment.

INTRODUCCION

Durante la pasada década se han ido acumulando datos concernientes a los procedimientos terapéuticos en el cáncer de mama, resaltando la introducción de técnicas quirúrgicas conservadoras en sustitución de aquellos procedimientos más radicales (Halsted, Patey, Madden) y la aceptación de la radioterapia y quimioterapia adyuvante en el protocolo terapéutico de las pacientes con neoplasias mamarias. Han sido varios los hechos que han justificado un nuevo enfoque quirúrgico.¹ Por un lado la introducción de exámenes sistemáticos en un gran número de la población ha logrado la detección de tumores mamarios incipientes con una extensión limitada. Por otro, la mejor identificación por parte de los patólogos de entidades histológicas con un comportamiento diferente al cáncer invasivo como el «cáncer mínimo» y las lesiones «in situ».² Finalmente los programas de educación pública han llevado en muchas sociedades a un diagnóstico precoz del cáncer de mama y a la

concienciación de períodos de supervivencia más largos con menor trauma quirúrgico.

Paralelamente ha ido creciendo en frecuencia una entidad clínica hasta hace poco tiempo inusual como es el cáncer de mama bilateral, tanto en su forma sincrónica, debido a una mejor valoración mamográfica de la mama contralateral, como en la forma metacrónica, gracias al mejor pronóstico de aquellas pacientes diagnosticadas y tratadas precozmente.³⁻⁴ Es por ello que ahora surge con mayor frecuencia el dilema de un tratamiento quirúrgico conservador en una paciente con neoplasia mamaria bilateral sincrónica para evitar la mastectomía bilateral, psicológicamente mal aceptada por las pacientes.

Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de cáncer de mama bilateral en donde tras la valoración inicial de la extensión y estadio para cada tumor se decidió la realización de una técnica quirúrgica conservadora en ambas mamas. Discutimos, finalmente, las indicaciones para llevar a cabo este tipo

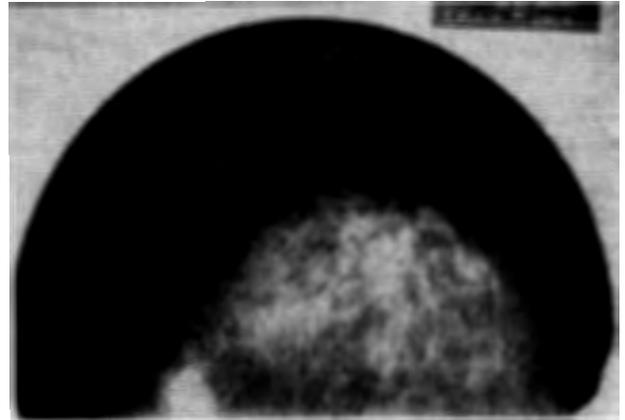
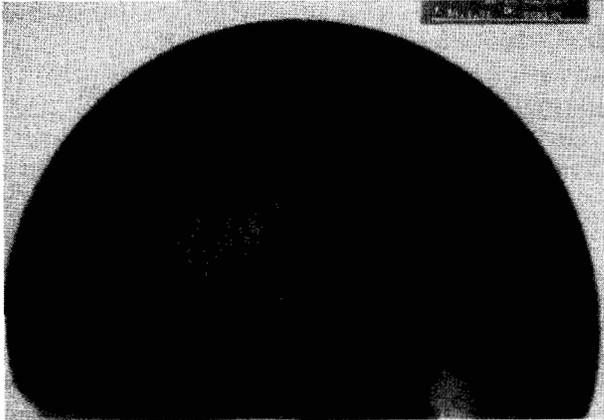


Fig. 1. A: Nódulo en cuadrante superointerno de mama derecha con características de malignidad. B: Nódulo simétrico al anterior en mama izquierda.

de cirugía, así como las peculiaridades clinicopatológicas de estas neoplasias sincrónicas.

CASO CLINICO

Mujer de 55 años de edad, postmenopáusica de 3 años, que acude a la consulta por nódulo mamario derecho de 2 meses de evolución. En sus antecedentes personales presenta 2 casos de cáncer de mama en 2 de sus hermanas, mientras que en los ginecológicos destaca una menarquía a los 18 años y lactancia de 30 meses en 2 hijos. A la exploración de la mama derecha se aprecia nódulo en CSI de 3-3,5 cm de diámetro mayor, de contorno irregular y consistencia dura, siendo la exploración axilar normal. Cuando se explora la mama izquierda llama la atención la existencia de un nódulo en CSI de 2,5-3 cm de diámetro mayor, de contorno irregular y consistencia dura. La exploración axilar izquierda revela la existencia de adenopatías móviles. Posteriormente se realiza estudio mamográfico, en donde se aprecian las 2 lesiones anteriormente citadas con características infiltrativas (fig. 1), quedando clasificada la tumoración derecha como T2a-N0-M0 (estadio IIa) y la izquierda como T2a-N1-M0 (estadio IIb). Se efectúa tumorectomía bilateral con bordes de seguridad, confirmando la biopsia intraoperatoria la naturaleza maligna de las lesiones y la ausencia de invasión de los bordes. Posteriormente se abordan ambas axilas para estudio patológico de la grasa axilar. Los resultados patológicos quedan reflejados en la tabla I.

Al alta hospitalaria la paciente queda citada para la realización de sesiones de telecobaltoterapia sobre los lechos tumorales y se deja pauta con 20 mg de tamoxifén al día. Tras un año de seguimiento no se han apreciado signos de recurrencia local, siendo el resultado estético aceptable (fig. 2).

DISCUSION

Los cambios llevados a cabo en la actitud quirúrgica del cáncer de mama han sido consecuencia de la aparición de 3 fenómenos. Por un lado, la transformación acontecida en el concepto oncológico de la en-

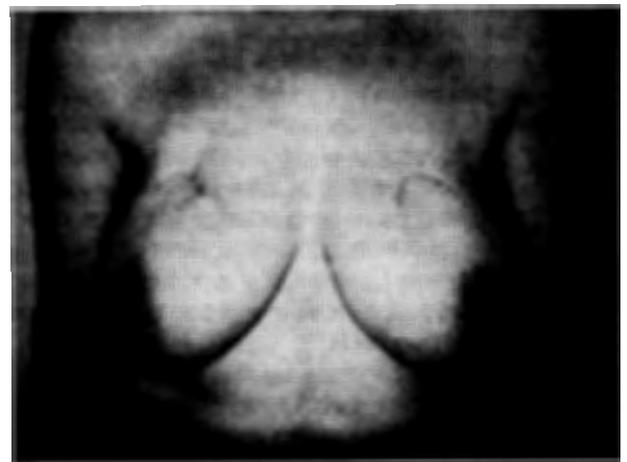


Fig. 2. Resultado estético de la tumorectomía bilateral tras un año de seguimiento y telecobaltoterapia.

TABLA I
RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE AMBOS TUMORES Y DE LA GRASA AXILAR

	Derecha	Izquierda
a) Macroscopia		
— Localización	CSI	CSI
— Tamaño	1,5 × 1,5	2 × 2
— Consistencia	Firme-elástica	Firme-elástica
— Color	Pardo-amarillento	Pardo-amarillento
— Márgenes tumorales	Mixtos	Expansivos
b) Microscopia		
— Histología	Ductal infiltrante	Ductal infiltrante
— Grado citohistológico:		
• Diferenciación tubular	III	III
• Grado nuclear	II	III
• Grado mitótico	I	II
• Grado final	II	III
— Ganglios:		
• Número global	10	18
• Número metastatizados	0	0

CSI = Cuadrante superointerno.

fermedad, que ha pasado de ser considerada un proceso de desarrollo locorregional a la concepción actual de proceso generalizado al diagnóstico. Por otro lado, la evolución técnica sufrida por el instrumental diagnóstico ha llevado a la detección de los procesos neoplásicos en estadios más tempranos. Finalmente la introducción de la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento adyuvante ha permitido que el cirujano sea menos agresivo en el acto quirúrgico. Por todo ello el papel actual de la cirugía se dirige hacia un control local de la enfermedad con la mínima agresión quirúrgica amparada en los resultados finales de los diferentes estudios comparativos llevados a cabo.⁵⁻¹⁰ Se ha roto así el concepto «halstediano» de extirpación en bloque (tumor, drenaje linfático y cadena ganglionar tributaria) para adoptar una nueva concepción de tratamiento quirúrgico consistente en la exéresis local de la tumoración y la obtención de grasa axilar para adquirir información sobre el grado de extensión de la neoplasia.¹¹

Si bien en la actualidad este tipo de cirugía se encuentra bien establecida para aquellas neoplasias en estadios I y II,^{12,13} persisten todavía dudas a la hora de tratar neoplasias mamarias especiales, como es el caso de aquellas que se presentan de forma bilateral

sincrónica. Al igual que en las formas unilaterales, el tratamiento quirúrgico va encaminado al control local de la enfermedad, considerando por separado el estadio de cada neoplasia e intentando la realización simultánea de las 2 intervenciones.¹⁴ De esta forma, y atendiendo a los mismos principios de inclusión que rigen para el cáncer unilateral, en la actualidad la bilateralidad no contraindica el tratamiento conservador, debiendo ser complementado con radioterapia, poliquimioterapia y/o hormonoterapia.¹⁵⁻¹⁸

En el caso que es presentado se ha valorado independientemente cada neoplasia, decidiéndose la realización de ambas tumorectomías y la comprobación de la no infiltración de los bordes quirúrgicos. El vaciamiento axilar nos ha informado sobre el estadio particular de cada tumor, y a pesar de la no infiltración de los ganglios axilares, se decidió la administración de hormonoterapia adyuvante por el fuerte componente familiar de neoplasias mamarias y la elevada indiferenciación citohistológica. Creemos que esta terapéutica, junto con la radiación de los lechos tumorales, proporcionan un adecuado control local del proceso y una buena aceptación psíquica por parte de la paciente, en comparación con la realización de una mastectomía bilateral.

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad cuyo examen reveló la existencia de 2 tumora- ciones mamarias sincrónicas, clasificadas inicialmen- te como T2aN0M0 (estadio IIa) y T2aN1M0 (estadio IIb). Tras la realización de 2 tumorectomías con va- ciamiento axilar y comprobar la no afectación linfática axilar, se decidió la irradiación de los lechos tumora- les, así como de la cadena ganglionar axilar y mama- ria interna. Discutimos la necesidad de valorar inde- pendentemente cada neoplasia para poder aplicar los criterios de inclusión en una técnica conservadora a aquellas pacientes con neoplasias sincrónicas de mama.

REFERENCIAS

1. Salvadori B, Rovini D, Farante G. Tratamiento conser- vador del cáncer de mama. En: Díaz Faes J. Cáncer de mama, 1.^a (ed.), León. Santiago García (ed.), 1990; 157-165.
2. Rosner D, Bedwani R et al. Noninvasive breast cancer. *Annals of Surgery* 1980; 192 (2): 139-147.
3. Donegan W, Spratt J. Multiple primary cancers in mammary and extramammary sites and cancers me- tastatic to the breast. En: Donegan, Spratt. *Cancer of the breast*, 3.^a ed. Philadelphia. WB Saunders Com- pany, 1988; 632-647.
4. Cody H, Urban J. The opposite breast. En: Ariel I, Cle- ary J. *Breast cancer*. New York. McGraw Hill Book Company, 1986; 459-462.
5. Veronesi U, Banfi A et al. Conservative treatment of breast cancer. *Cancer* 1977; 39: 2822-2826.
6. Fisher B, Montague E et al. Comparison of radical mastectomy with alternative treatments for primary breast cancer. *Cancer* 1977; 39: 2827-2839.
7. Donegan W. Surgical clinical trials. *Cancer* 1984; 53: 691-699.
8. Veronesi U, Cascinelli N et al. Prognosis of breast can- cer after mastectomy and dissection of internal mam- mary nodes. *Annals of Surgery* 1985; 202 (6): 702-707.
9. Bluming A, Dosik G et al. Treatment of primary breast cancer without mastectomy. *Annals of Surgery* 1986; 204 (2): 136-146.
10. Rosen P, Saigo P et al. Predictors of recurrence in sta- ge I (T1N0M0) breast cancer. *Annals of Surgery* 1981; 193 (1): 15-25.
11. Fisher B, Slack N et al. Ten years follow-up results of patients with carcinoma of the breast in a cooperative clinical trial evaluating surgical adjuvant chemothe- rapy. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 140: 528-534.
12. Fisher B, Bauer M et al. Five-year results of a randomi- zed clinical trial comparing total mastectomy and seg- mental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *Engl J Med* 1985; 312 (11): 665-673.
13. Veronesi U, Saccozzi R et al. Comparing radical mas- tectomy with cuadractectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1981; 305 (1): 6-11.
14. García Villanueva A, Cabañas Navarro R, Porrero Ca- bo J, Die Goyanes E. Cáncer bilateral de mama. Nues- tro criterio sobre su detección y tratamiento. *Cirugía Española* 1983; 37: 20-26.
15. Solin L, Fowble B, Schultz D, Goodman R. Bilateral breast carcinoma treated with definitive irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989; 17 (2): 263-271.
16. Berte E, Buzdar A, Smith T, Hortobagyi G. Bilateral pri- mary breast cancer in patients treated with adjuvant therapy. *Am J Clin Oncol* 1988; 11 (2): 114-118.
17. Biete A. Radioterapia en el cáncer de mama. En: Biete A. *Radioterapia en el cáncer de mama*. Monogra- fías Clínicas en Oncología, vol. 7. Ediciones Doyma, Barcelona, 1990; 87-100.
18. Acea B, Sogo C et al. Cáncer bilateral de mama: Estu- dio de 9 casos. *Rev Senología y Patol Mam* 1991; 4 (2): 107-112.