

COLABORADORES:

A. Sierra, J. Torramadé.

«**INVASION LINFATICA PERITUMORAL EN PACIENTES CON CARCINOMA DUCTAL DE MAMA Y SIN INVASION GANGLIONAR**». Claudio G, Clemente et al. Cancer 1992; 69 (6): 1396-1403.

Se evalúan 506 casos consecutivos de carcinoma ductal infiltrante de la mama (T_{1-2} , N_0 , M_0) para determinar la frecuencia de invasión linfática peritumoral (PLI) y su posible significación pronóstica; se caracteriza por la presencia de émbolos neoplásicos en el interior de la luz vascular, reconocida por su revestimiento de células endoteliales, en las cercanías del tumor, pero fuera de éste. En la valoración rutinaria, la frecuencia de la PLI es del 6,9%, mientras que en un grupo randomizado de 234 pacientes en las que se revisó posteriormente la frecuencia asciende hasta un 20%. Los autores encuentran que en el grupo con PLI hallada en el análisis de rutina tienen peor pronóstico que las pacientes que no la presentaban en relación a la supervivencia libre de enfermedad ($p=0,0001$) y a la supervivencia total ($p=0,0001$); la diferencia en la recurrencia local fue significativamente alta ($p=0,0001$) y también fue significativa respecto al desarrollo de metástasis ($p=0,0576$). En el material revisado, la diferencia entre los casos PLI positivos y los negativos no fue confirmada respecto a la supervivencia total, mientras que persiste la diferencia significativa para la supervivencia libre de enfermedad. El hallazgo de PLI, siguiendo estrictos criterios anatomopatológicos, parece seleccionar un grupo de pacientes sin metástasis ganglionares que presentan un elevado riesgo de recurrencias y que podría beneficiarse con otro tratamiento diferente al reservado para las pacientes sin metástasis ganglionares y sin PLI.

La supervivencia global de las pacientes con cáncer de mama que no presentan metástasis ganglionares oscila entre el 68-80% a los 10 años, mientras que la supervivencia libre de enfermedad para el mismo grupo de pacientes está entre el 72-76%.

En este estudio se recogen los hallazgos obtenidos de un grupo de pacientes con cáncer de mama sin metástasis ganglionares a las que se ha practicado cirugía conservadora y a las que se ha controlado durante un período medio de 5 años. En él se eva-

lúan: 1) los criterios para la identificación de la invasión de vasos linfáticos y sanguíneos por células tumorales; 2) la frecuencia de este hallazgo en las revisiones de rutina, y 3) su posible significación pronóstica.

MATERIAL Y METODOS

Se analizan 519 pacientes con carcinoma ductal infiltrante de la mama (T_{1-2}) a las que se practicó cuadrantectomía, disección axilar y radioterapia; todas las pacientes son pN_0 y no tenían biopsia antes de la intervención. Se revisó de rutina la existencia de PLI en todos los casos y posteriormente se volvieron a evaluar más estrictamente un grupo de 234 pacientes elegidas al azar. Los criterios de identificación de PLI se basan en la identificación de émbolos neoplásicos en el interior de la luz de al menos un vaso linfático, y sólo si éste está situado en el tejido mamario peritumoral y no dentro del tumor.

RESULTADOS

De los casos recogidos, han sido útiles para el estudio 506; de éstos, existía PLI en 35 (6,9%); según la gradación histológica de Bloom de estos casos, un 17,6% eran grado 1, 35,3% grado 2 y 47,1% grado 3. La distribución por edades en ambos grupos no mostró diferencias significativas. Las pacientes PLI+ presentan un pronóstico significativamente peor con respecto a las PLI- en cuanto a supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad. A 7 años, la probabilidad de supervivencia era del 89% en pacientes PLI- frente al 69% para pacientes PLI+; respecto a la supervivencia libre de enfermedad, era del 82% para las PLI- y del 48% para las PLI+. La probabilidad de desarrollar recidiva local a 7 años fue del 5% para las PLI- y del 38% para las PLI+; la probabilidad de desarrollar metástasis para ambos grupos fue del 15 y 21%, respectivamente.

En los 234 casos revisados más estrictamente, se encontró PLI en 46 casos (20%); el 17% de las pacientes inicialmente clasificadas como PLI- fueron reclasificadas como positivas. Los resultados muestran diferencia estadísticamente significativa entre PLI-/PLI+ respecto a la supervivencia libre de enfermedad, pero no confirman la diferencia observada respecto a la supervivencia global.

Dr. Antonio Sierra García

«**SALVAGE MASTECTOMY FOR LOCAL AND REGIONAL RECURRENCE AFTER BREAST-CONSERVING OPERATION AND RADIATION THERAPY**». Osborne MP, Borgen PI, Wong GY, Rosen PP, McCormick B. Surg Gynecol Obstet 1992; 174: 189-194.

Los autores realizan un estudio retrospectivo de 46 pacientes tratadas mediante mastectomía de rescate por recurrencia locorregional de cáncer de mama y que inicialmente habían recibido tratamiento conservador.

En el momento del tratamiento conservador 7 pacientes presentaban estadio 0, 13 estadio I, 14 estadio II, 1 estadio III y no se pudo determinar en las 11 restantes. El tratamiento del tumor primario consistió en cirugía (tumorectomía con vaciamiento axilar en 27 casos y sin vaciamiento axilar en las 19 restantes) y radioterapia (48 Gy).

Las pacientes fueron atendidas entre los años 1970 y 1990 por recurrencia de la neoplasia en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, siendo sometidas a mastectomía simple 23 de ellas, mastectomía radical modificada 15 y mastectomía radical 8. La media desde el tratamiento inicial a la recurrencia fue de 28 meses (rango: 5 meses-7 años). En 35 casos la afectación fue mamaria, en 1 paciente axilar y en otras 10 mixta. La recurrencia se detectó en el mismo cuadrante que el primario en 24 pacientes y en un cuadrante adyacente en otras 13. El tipo histopatológico coincidió en 29 de las 39 pacientes en que éste era conocido, siendo el más frecuente el carcinoma ductal infiltrante (61%).

La supervivencia actuarial libre de enfermedad a 5 años tras la mastectomía fue del 55% y la global del 76%. En el momento del cierre del estudio 3 pacientes habían desarrollado una nueva recurrencia locorregional, 6 metástasis y 4 recidiva mixta. No se observaron diferencias en cuanto a complicaciones de la cirugía (7%) respecto a pacientes sin irradiación previa.

La discusión del artículo se centra fundamentalmente en 4 aspectos:

1. La comparación de este estudio con otros publicados ofrece resultados similares.
2. Apuntar criterios para detectar pacientes con mayor riesgo de una segunda recurrencia o diseminación de la enfermedad:

- Aparición de la recurrencia tras el tratamiento inicial con un intervalo inferior a 2 años,
- Dicha recurrencia sea histológicamente invasiva.
- Ganglios axilares afectados (N+) al realizar el primer tratamiento.

3. Destacar la importancia del vaciamiento axilar en el tratamiento inicial para disminuir el número de recurrencias axilares (3 de 27 en el grupo en que éste se había realizado y 7 de 19 en el grupo sin vaciamiento).
4. La mastectomía de rescate proporciona un control local de la recurrencia del carcinoma de mama, pero dado el porcentaje de pacientes que desarrollan progresión a distancia debe valorarse en estudios posteriores la indicación de un tratamiento sistémico complementario.

J. Torramadé

«**EARLY DETECTION OF BREAST CARCINOMA: A COMPARISON OF PALPABLE AND NONPALPABLE LESIONS**». Perdue P, Page D, Nellestein M, Salem C, Galbo C, Ghosh B. Surgery 1992; 111: 656-659.

Los autores del artículo realizan un estudio retrospectivo comparativo de los resultados histopatológicos en biopsias en 2 grupos de pacientes: el primero con lesión palpable (623 pacientes, 11,1% carcinomas) y el segundo imagen sospechosa detectada en mamografía (536 pacientes, 17,9% carcinomas). En este último caso se colocaba previamente una aguja-guía dirigida por radiología, previa a la biopsia.

Los resultados mostraron diferencias estadísticas altamente significativa en 4 aspectos:

1. El 92,7% de los tumores en el grupo de pacientes con lesión palpable eran de carácter invasivo, frente a un 50% de los hallados por mamografía.
2. La afectación axilar fue del 37,7% en el grupo de tumores palpables e invasivos *versus* el 9,8% en no palpables e infiltrantes.
3. Se clasificaron como T1 (<2 cm) el 93,5% de

los hallados mamográficamente, frente a sólo el 54,7% en el grupo con palpación positiva.

4. Las pacientes del grupo detectado por mamografía presentaron estadios más precoces, 82,9% en estadio I *versus* 47,2%.

El trabajo no aporta resultados de supervivencia y señala la necesidad de un estudio prospectivo posterior en este aspecto.

El estudio concluye haciendo una reflexión sobre la esperada mejor supervivencia en el grupo pacien-

tes de screening mamográfico, en función de la suma de:

- Detección del tumor infiltrante en un estadio más precoz.
- Extirpación de tumores no invasivos que en un futuro podrían haber desarrollado un carcinoma infiltrante, y además obligan a un seguimiento pormenorizado de esas pacientes.

J. Torramadé