

-333/98

I/333/98

*conservative surgery, experience in the Net*

**CIRUGÍA CONSERVADORA**

**EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

**JAVIER ANGEL ARISTIZÁBAL**

Para optar el título de  
Cirujano Oncólogo Mastólogo

Dr. JOSÉ JOAQUÍN CAICEDO  
Jefe Educación Médica INC

Dra. CLAUDIA RAMÍREZ  
Cirujana Oncóloga Mastóloga INC

Dr. HÉCTOR POSSO  
Jefe Sección Trabajos de Investigación INC

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**

1998

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS	6
2. MATERIALES Y MÉTODOS	7
2.1 CONTRAINDICACIONES	8
2.2 SEGUIMIENTO	9
2.3 TERAPIA QUIRÚRGICA	9
2.4 VARIABLES DE ESTUDIO	10
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSIÓN	13
5. CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFÍA	20

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de la glándula mamaria en Colombia ha venido cobrando importancia como causa de enfermedad y muerte en la mujer. Representa el 9.4% de todas las muertes por cáncer en mujeres en Colombia y ocupa el tercer lugar en mortalidad después del cáncer gástrico y el cáncer de cuello uterino. Su incidencia llega a 35 x 100.000 habitantes en nuestro país, posicionándose como una de las patologías con mayor impacto psicosocial de la mujer. La presentación de cáncer avanzado de seno sigue ocupando el primer lugar en nuestro país y con mayor razón en el Instituto Nacional de Cancerología, siendo centro de remisión.

Los esfuerzos del gobierno y las diferentes entidades privadas, la adquisición y promoción de nueva tecnología (mamografía, ecografía, resonancia) y la educación a la comunidad, han permitido que el diagnóstico del cáncer mamario sea cada vez más temprano, mejorando así el pronóstico de la enfermedad.

El cáncer mamario se conoce desde 3000 años antes de Cristo, cuando se hace mención por primera vez en el papiro de Smith. Su naturaleza y

comportamiento han hecho que la cirugía como concepto histórico radical haya evolucionado hasta el momento actual, permitiendo la práctica de cirugías menos mutilantes (conservadoras), complementadas con terapias adicionales y manteniendo el concepto de radicalidad.

A partir del año de 1976 el Doctor Bernard Fisher (USA), dirigiendo el NSABP (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project), el B-06, comienza a desarrollar lo que actualmente se tiene como conducta de manejo: "la cirugía conservadora en cáncer mamario". Paralelamente, diferentes grupos de investigación en otras latitudes, como el del Doctor Umberto Veronesi en Italia, trabajaban sobre igual campo llamándolo "cuadrantectomía".

Podemos hacer mención de la teoría de Fisher, que cambia los postulados del Dr. Halsted y que serán un derrotero en el manejo del cáncer mamario. "Las estrategias terapéuticas para el manejo del cáncer de seno han evolucionado en el tiempo, paso a paso, y son el resultado de información biológica, que ha llevado a un mejor entendimiento de la enfermedad. Es lógico anticiparse a que esto continuará y los logros futuros se basarán en hipótesis biológicas nuevas. El cáncer de seno fue, es y será siempre relacionado a la ciencia y no al populismo".

Actualmente el manejo quirúrgico del cáncer de seno, en general y principalmente en los estados tempranos, se fundamenta en la cirugía

7. Disponibilidad de quimioterapia y radioterapia.

8. Que no exista multicentricidad.

9. Debe tener una buena mamografía de base.

10. Que no exista embarazo (ejemplo: enfermedades del colágeno).

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio todas las pacientes del sexo femenino, sin límite de edad, que tuviesen diagnóstico de cáncer mamario confirmado previamente con biopsia y que no fuesen manipuladas previo al ingreso al Instituto Nacional de Cancerología.

Serían pacientes del INC y se mantendrían en seguimiento a partir del año de 1989. Deberían cumplir además con los siguientes requisitos:

1. Relación seno-tumor: se refiere a un tumor pequeño (<3 cm) con un seno grande o que estéticamente permita la cirugía.

2. Tumores hasta 3 cm.

3. Estados tempranos

Estado 0: CA in situ < 3 cm no comido

Estado I: t1 no Mo

Estado IIa: + < 3cm: to N1 Mo

+ < 3 cm: t2 N1 Mo

4. Facilidad de seguimiento de la paciente.

5. Deseo de la paciente de conservar el seno.

6. Cirujano oncólogo mastólogo que la realice.

- La quimioterapia adyuvante se dará cuando existan criterios para la misma: ganglios (+) o ganglios (-) pero con factores de mal pronóstico.
- La localización del tumor no es contraindicación para realizarla (ejemplo: retroareolar).

## 2.2 SEGUIMIENTO

- Seguimiento estricto cada 3 meses.
- Practicar mamografía bilateral cada 6 meses los dos primeros años y posteriormente anual.
- Control con rayos x tórax-fosfatasa alcalina cada seis meses los dos primeros años, luego anual.

## 2.3 TERAPIA QUIRÚRGICA

El diagnóstico inicial cuando existe masa se realiza con Bacaf y previo a la cirugía se practica biopsia trucut confirmatoria. Cuando no hay masa y la sospecha es por microcalcificaciones mamográficas se practica biopsia estereotaxica o con marcación con arpón.

- Incisión radial o circunareolar.
- Se prefiere doble incisión para el vaciamiento axilar.
- Elipse de piel de 2 cm.

- Talla de colgajos con margen de tejido sano peritumoral de 3 cm.
- Hemovack a la glándula y a la axila.
- Sostén deportivo en el P.O.P. inmediato.

## 2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Se incluyen las siguientes variables: edad, antecedentes de consumo hormonal, antecedentes de cáncer de seno en la familia, hallazgo del tumor (autoexamen, ocasional, examen médico, mamografía, biopsia axilar), citología mamaria (Bacaf), mamografía con o sin presencia de microcalcificaciones, localización del tumor en los 4 cuadrantes (CSZ, CSF, CZZ, CZF) o en la axila, el tamaño tumoral, estado clínico inicial, ganglios comprometidos, tipo histológico, tratamiento quirúrgico.

Tratamiento complementario: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, resultado estético final, recidiva, reintervención, mortalidad.

Todas las pacientes que cumplían con los requisitos iniciales entraron al estudio protocolo como Grupo A. Hubo un grupo de pacientes que no cumplieron todos los requisitos y se decidió analizar como Grupo B.

El tipo histológico más frecuente en ambos grupos fue el ductal infiltrante. El Grupo A recibió la totalidad del tratamiento y 28 pacientes recibieron quimioterapia complementaria. Los resistentes con éxito clínica se trataron con tamoxifen.

### 3. RESULTADOS

Se incluyeron 79 pacientes en el Grupo A y 17 en el Grupo B. La edad promedio de las pacientes fue de 50 años, con un mínimo de 27 y máximo de 75 años. Ocho pacientes del Grupo A y una del Grupo B consumieron hormonas por un período de más de 5 años.

El diagnóstico por examen médico en el Grupo A fue del 43% y 48% en el Grupo B. Sólo 21 pacientes del Grupo A fueron con autoexamen. Nueve pacientes del Grupo A tenían mamografía positiva para el diagnóstico. A 21 pacientes del Grupo A se les tomó mamografía y 11 tenían microcalcificaciones.

La localización más frecuente fue el CSF en un 62.5%. Cincuenta y un pacientes del Grupo A eran t2 y 21 t1 y del Grupo B cinco t2, seis t2 y 2 t3. En el Grupo A 20 eran Estado I, 30 Estado IIA, 9 Estado IIB, 4 Estado 0. Del Grupo B, 12 eran estados tempranos y 5 estados avanzados. Sesenta y un pacientes del Grupo A tenían compromiso axilar y 16 pacientes del Grupo B.

## GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo A:	Protocolo	79
Grupo B:	Fuera Protocolo	17

## 5. CONCLUSIONES

### ANTECEDENTES

- La cirugía conservadora de seno con radioterapia radical es una opción válida para el tratamiento del cáncer de mama.

Grupo A	8	71	4	75
---------	---	----	---	----

- Proporciona un excelente control local y buen resultado cosmético.

Tempo de supervivencia				
------------------------	--	--	--	--

- Requiere de una evaluación clínica y mamografía muy precisa.

- Las recaídas pueden ocurrir cuando hay una mala clasificación y/o una cirugía completa.

Examen Médico				
---------------	--	--	--	--

- La mamografía debe realizarse previo a cualquier manipulación mamaria.

Biopsia Axilar				
----------------	--	--	--	--

- El compromiso ganglionar no limita el procedimiento, pero requiere de terapia complementaria.

GRUPO	1	2	3	4	5	6	7	8
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

- La edad no es una limitante para el procedimiento y el sustituto de la quimioterapia, la hormonoterapia, obtiene un buen control sistémico.

### MAMOGRAFÍA

	GRUPO A	GRUPO B
Sí	21	4
No	58	13
Microcalcificación	11	4

### TAMAÑO

	GRUPO A	GRUPO B
Tx: No clasificable	7	4
T1: < 2 cm	21	6
T2: 2 - 5	51	5
T3: > 5	-	2

### ESTADO CLÍNICO

	GRUPO A	GRUPO B
Estado 0	4	3
Estado I	20	5
Estado IIa	39	4
Estado IIb	9	1
Estado IIIa		2
Estado IIIb		2

	Grupo A		G-B	
	Ganglios (+)	Ganglios (-)	Ganglios (+)	Ganglios (-)
PACIENTES	13	61	1	16

### HISTOLOGÍA

	GRUPO A	GRUPO B
Ductal in situ	3	2
Ductal infiltrante	62	8
Anaplásico	1	0
Coloide	4	1
Papilar	1	4
Medular	2	0
Tubular	2	0
Lobulillar infiltrante	2	0
Lobulillar in situ	1	1
Células granulosas	1	1

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y COMPLEMENTARIO

Grupo	Cirugía	Paciente %	Rx	Qx	H	RQH	RH	RQ
A	Cuadrantectomía +Vac	79 - 82	33	1	2	5	10	32
B	Resec. L.	12 - 12	4	1	1	0	2	0
	Cuadrantectomía	5 - 5	2	0	1	0	1	1

	GRUPO A	GRUPO B	
Estado	I	III B	III B
Ganglios	-	+	-
Histología Desfavorable	Sí	Sí	Manipulada
Mastectomía	No	Sí	Pendiente
Defunción	Sí	No	No

### REINTERVENCIONES

2 pacientes por borde comprometido	Grupo A
1 paciente por recidiva	Grupo B

### DEFUNCIONES

Una por su enfermedad	Grupo A
Una por accidente automovilístico	Grupo A

## BIBLIOGRAFÍA

ARRIAGADA, R; LE-MG; ROCHARD-F; CONTESSO, G. *Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: patterns of failure with 15 years of follow-up data.* Institut Gustave-Roussy, Villejuif, France. J-Clin-Oncol. 1996 May; 14(5): 1558-64.

BENSON, EA. *Reservations about conservative surgery for early breast cancer [letter].* BMJ. 1996 Mar 30; 312(7034): 845-6.

CAFIERO, F; GIPPONI, M.; PERESSINI, A. *Radiation-associated angiosarcoma: diagnostic and therapeutic implications - two case reports and a review of the literature.* Departamento de Oncología Clínica y Experimental, Facultad de Medicina, Genoa, Italia.

DEWAR, JA; ARRIAGADA, R; BENHAMOU, S. *Local relapse and contralateral tumor rates in patients with breast cancer treated with conservative surgery and radiotherapy.* (Institut Gustave Roussy 1970-1982). Department of Radiotherapy & Oncology, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, Scotland.

GORDON, PB; GOLDENBERG, SL. *Malignant breast masses detected only by ultrasound. A retrospective review.* Department of Radiology, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia. 1975.

HARRIS, L; SWAIN, SM. *The role of primary chemotherapy in early breast cancer.* 1996 Feb; 23: 31-42.

HUGHES-DAVIES, L; SACKS, D; RESCIGNO, J; HOWARD, S; HARRIS, J. *Serum cardiac troponin T levels during treatment of early-stage breast cancer.* J-Clin-Oncol. 1995 Oct; 13(10): 2582-4.

JAMALI, FR; RICCI-A Jr; DECKERS, PJ. *Paget's disease of the nipple-areola complex.* Surg-Clin-North-Am. 1996 Apr; 76(2): 365-81.

KAIJA, H; MAUNU, P. *Tangential breast irradiation with or without internal mammary chain irradiation: results of a randomized trial.* Radiother-Oncol. 1995 Sep; 36(3): 172-6.

KAUFMAN, Z; SHPITZ, B; ROZIN, M. *Mastectomy as the preferred treatment for breast cancer among new immigrants from the former USSR.* J-Surg-Oncol. 1995 Nov; 60(3): 168-73.

OHTAKE, T.; ABE, R.; KIMIJIMA, I.; FUKUSHIMA, T.; TSUCHIYA, A.; HOSHI, K; WAKASA, H. *Intraductal extension of primary invasive breast carcinoma treated by breast-conservative surgery. Computer graphic three-dimensional reconstruction of the mammary duct-lobular systems.* Second Department of Surgery, Fukushima Medical College, Japan.

RECHT, A; HOULIHAN, JM. *Conservative surgery without radiotherapy in the treatment of patients with early-stage invasive breast cancer. A review.* Ann-Surg. 1995 Jul; 222 (1): 9-18.

SCHNITT, SJ; HAYMAN, J; GELMAN, R. *A prospective study of conservative surgery alone in the treatment of selected patients with stage I breast cancer.* Department of Pathology, Beth Israel Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts 021155 USA.

SILVESTRINI, R; BENINI, E; VENERONI, S; DAIDONE, MG. *P53 and bcl-2 expression correlates with clinical outcome in a series of node-positive breast cancer patients.* J-Clin-Oncol. 1996. May; 14(5): 1604-10.

TOUBOUL, E; BUFFAT, L; LEFRANC, JP; BLONDON, J; DENIAUD, E; MAMMAR, H. *Possibility of conservative local treatment after combined chemotherapy and preoperative irradiation for locally advanced noninflammatory breast cancer.* Int-J-Radiat-Oncol-Biol-Phys. 1996 Mar 15; 34(5): 1019-28.

TRALINS, AH. *Lactation after conservative breast surgery combined with radiation therapy.* Am-J-Clin-Oncol. 1995 Feb; 18(1): 40-3.

VERONESI, U; ZURRIDA, S. *Breast cancer surgery: a century after Halsted.* J-Cancer-Res-Clin-Oncol. 1996; 122(2): 74-7.

I/333/98

- Neoplasmas de la mama
- Cirugía
- Mastectomía
- Axila
- Radioterapia
- Tamoxifen

Instituto Nacional de Cancerología



INC002641