

VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MAMARIO PRECOZ CON PRESERVACIÓN DEL SENO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 569 CASOS.

ANDRÉS VERA G, NELSON URDANETA L, ENRIQUE GUTIÉRREZ, LAURA RUAN S, PERFECTO ABREU D, MARÍA VILLEGAS, RAÚL VERA V

SERVICIO DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA DEL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los resultados del tratamiento preservador en cáncer de mama seguido de radioterapia posoperatoria, efectuado en nuestra institución. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Entre 1978 y 1998, un total de 559 pacientes con cáncer mamario en estadios I y II fueron tratados con cirugía preservadora y radioterapia posoperatoria. De éstas, 209 eran estadio I y 360 estadio II. En todos los casos el tratamiento quirúrgico consistió en mastectomía parcial, en cualquiera de sus variantes y, disección axilar (47 casos sin disección). Dosis de 4 000 a 5 400 cGy fueron utilizadas para la irradiación de toda la mama en 20 a 27 aplicaciones. Casi todas las pacientes, menos 19 de ellas, recibieron dosis adicionales al lecho tumoral que osciló entre 900 a 2 000 cGy. **RESULTADOS:** La tasa de supervivencia global a los 5 y 10 años fue de 85 % y 71 % respectivamente y, la tasa actuarial a los 5 y 10 años de control local fue de: 96 % y 90 %. Observamos diferencias estadísticamente significativas en la tasa de supervivencia global a los 10 años para pacientes con ganglios negativos (80 %); y para las pacientes con ganglios negativos (59 %) ($P=0,002$). Las pacientes con edades menores de 40 años, la tasa de supervivencia libre de recurrencias fue de 77 %; para las pacientes mayores de 40 años fue de 93 % ($P=0,03$). Ningún paciente presentó morbilidad severa debido a la radioterapia. **CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos en nuestra institución son comparables con los de centros de excelencia publicados en la literatura mundial.

PALABRAS CLAVE: Mama, cáncer, tratamiento conservador, radioterapia, recurrencias.

SUMMARY

OBJECTIVE: To analyze the results of the breast cancer conservative treatment followed by postoperative radiotherapy, this was made in our institution. **MATERIALS AND METHODS:** In the period between 1978 and 1998, 559 patients with breast cancer stages I and II were treated with conservative surgery and postoperative radiotherapy. Of these, 209 were stage I and 360 stage II. In all the cases the surgical treatment consisted on partial mastectomy, with anyone of its variants and, axillary's dissection (47 cases without dissection). Dose of 4 000 to 5 400 cGy was used for the irradiation of whole breast in 20 to 27 applications. Almost all the patients, less 19 of them received additional dose to the tumor bed (900 to 2 000 cGy). **RESULTS:** The actuarial global survival rate at 5 and 10 years was of 85 % and 71 %, respectively; and the actuarial local control survival rate at 5 and 10 years was 96 % and 90 %, respectively. Using the univariable analysis, the statistically significant recurrence risk factors were: the ganglionar state, with a 10 years survival rate of 80 % for node negative patients and 59 % for node positive patients ($P=0.002$). The age, with a 10 years local recurrences rate of 77 % for patients under 40 years old, and 93 % patients older than 40 years old ($P=0.03$). No patient presented severe morbidity due to the radiotherapy. **CONCLUSION:** The results obtained in our institution are comparable with those of excellence centers published in the world literature.

KEY WORDS: Breast, cancer, conservative treatment, radiotherapy, recurrences.

Recibido: 15/09/2001 Revisado: 30/09/2001
Aprobado para Publicación: 18/01/2002

Correspondencia: Dr. Andrés Vera Gimón
Instituto Médico La Floresta, Servicio de Radioterapia
Oncológica, Urbanización La Floresta, Caracas,
Venezuela. Mail: curve@cantv.net

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1895 cuando William Röntgen descubrió los rayos x y el descubrimiento del radium por los Curie al terminar este siglo, determina el uso de las radiaciones ionizantes en medicina.

La idea de hacer un tratamiento con intentos curativos en cáncer de mama sin tener que extirpar la glándula no es nueva y fue concebida y puesta en práctica hace más de 70 años por Keynes⁽¹⁾ y, a pesar que la experiencia posterior obtenida por los grupos de Finlandia⁽²⁾, Toronto⁽³⁾ y otros grupos europeos^(4,5), los cuales confirmaron la validez del tratamiento preservador con cirugía limitada seguido de radioterapia, esta modalidad terapéutica no vino a tener una aplicación más universal hasta la década del 70.

En la década de los 80, varios estudios retrospectivos y prospectivos, estos últimos con series paralelas escogidas al azar, comprobaron la factibilidad del tratamiento preservador o conservador del seno en cáncer mamario precoz⁽⁶⁻¹³⁾. En la conferencia "Alternativas de la mastectomía", realizada en Boston (1982), se presentó la experiencia de diferentes centros europeos, Canadá y Estados Unidos; en total más de 10 000 casos tratados con cirugía preservadora y radioterapia adyuvante⁽¹⁴⁾.

En nuestro país, publicaciones de Alberto Urdaneta⁽¹⁵⁾; Andrés Vera⁽¹⁶⁾ y Gerardo Hernández⁽¹⁷⁾, también demostraron inicialmente los beneficios del tratamiento radiante como adyuvante a la cirugía preservadora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde 1978 hasta 1998 un total de 559 pacientes, 10 de ellas con doble primario (569 mamas), con carcinoma mamario en estadio I y II recibieron radioterapia adyuvante a la cirugía

preservadora en el Servicio de Radioterapia Oncológica del Instituto Médico La Floresta. Estudios de extensión pretratamiento fueron realizados para un correcto estadiaje. La edad media del grupo fue 53 años. En un 86 %, el motivo de consulta fue la presencia de nódulo mamario, y sólo en el 10 % fue un hallazgo mamográfico. La mama izquierda fue la más frecuentemente afectada (51 %). En más del 50 % de los casos (54 %) el tumor se localizó en el cuadrante superoexterno. El carcinoma ductal es la variedad histológica más frecuentemente reportado. Sólo en 40 % de los casos se pudo precisar el estado de los receptores estrogénicos, de estos el 96 % eran positivos. Inicialmente no se obtenían resultados de R.E. de rutina, solo recientemente se obtienen por métodos de inmunohistoquímica. Los receptores de progesterona sólo se determinaron en un 17 %. Sólo en 7 % se reportó HER2-NEU. En 93 % se obtuvo el tamaño tumoral, con una media de 2,13 cm. En cuanto al número de ganglios de la disección fue de 12 en promedio, con un mínimo de 1 y un máximo de 39. En el 37 % de los casos (213), se reportó la presencia de ganglios metastásicos. Las pacientes en estadio II prevalecieron con un 63 % (209 estadio I y 360 estadios II). El intervalo promedio desde la cirugía al inicio de la radioterapia fue 38 días, con un mínimo de 4 y máximo 372 días. El resultado cosmético fue informado en el 80 % de los casos como bueno/bueno-excelente, sin embargo, es un parámetro muy subjetivo y está severamente condicionado por el tipo de la cirugía. El seguimiento medio fue de 62 meses. Setenta y siete pacientes tuvieron un seguimiento de más de 10 años. Las metástasis serán analizadas posteriormente. El Cuadro 1 resume las características del grupo de pacientes.

El análisis estadístico: El objetivo primordial de este trabajo es hacer una actualización de nuestros resultados. Se realizaron curvas de sobrevida global, libre de enfermedad, por estadio y por categoría T, también por el estado de los ganglios y según el número de ganglios.

Cuadro 1. Características del grupo de pacientes

Total de pacientes T1-T2	569		QT	Nº	%
Edad	Nº	%	Si	216	38
> 40	475	83,3	No	323	62
<40	94	16,7	Terapia endocrina	Nº	%
Edad (Años)			Si	217	38,2
Mínima	23		No	352	61,7
Máxima	81		Análisis de recurrencias	Nº	%
Promedio	53		Total	33	6
Tamaño tumoral (cm)			Recurrencias y RHE	Nº	%
Mínimo	0,00		Recurrencias RE +	12	
Máximo	5,00		Recurrencias RE -	10	
Promedio	2,11		Recurrencias RE Desc.	11	
Nº de ganglios en la disección			Recurrencias	Nº	%
Mínimo	1		Premenopáusicas	17	
Máximo	39		Posmenopáusicas	16	
Promedio	12		Localización de recurrencias	Nº	%
Nº de ganglios positivos			Recurrencias locales(MAMA)	25	4,4
Mínimo	0		Recurrencias regionales	8	1,4
Máximo	32		Metástasis a distancia	Nº	%
Promedio	4,65		Recurrencia local y luego a distancia	19	3,3
Mama predominante	Nº	%	MT a distancia	89	15,9
Derecha	279	49	Pacientes con recurrencias a las cuales se pudo constatar la realización de mastectomía	11	33%
Izquierda	290	51			
Estado de los RE	Nº	%			
Positivo	218	30,3	Recurrencias y T	Nº	%
Negativo	10	1,7	Recurrencias T1	12	36
Desconocido	341	59,9	Recurrencias T2	21	64
Histología	Nº	%	Total	33	
Ductal	474	83	Recurrencias y Qt.	Nº	%
Lobulillar	52	9	Recurrencias sin QT	15	45
Medular	17	3	Recurrencias con QT	9	27
Papilar	4	0,7	Desconocido	9	27
Tubular	6	1	Resultados cosméticos:		%
Otros	16	3	Bueno-Excelente		81
Estadio	Nº	%	Regular		16
I	209	36,7	Desconocido		3
II	360	63,3	Complicaciones	Nº	%
Clasificación T	Nº	%	Total	91	16
T1	314	55,2	Edema del brazo	29	5,1
T2	255	44,8	Hiperchromía de la piel	28	4,9
Clasificación N	Nº	%	Fibrosis de la mama	24	4,2
N0	355	62,4	Neumonitis	5	0,8
N1	214	37,6			

Adicionalmente se calcularon tasas de recurrencia local, tomando en consideración los factores edad, tratamiento sistémico recibido, estado ganglionar y según el número de ganglios afectados. El método actuarial fue el utilizado, se compararon resultados y se calculó valor de Z y de P para la interpretación del significado estadístico.

TRATAMIENTO

La cirugía en todos los casos consistió en mastectomía parcial con cualquiera de sus variantes con o sin disección axilar. No se evaluaron las características de los márgenes quirúrgicos. Sólo en 47 casos no se realizó disección axilar. La radioterapia fue administrada mediante técnica usual⁽¹⁶⁾. Todos los pacientes recibieron irradiación a toda la mama mediante campos tangenciales opuestos. Filtros en cuña fueron empleados para homogeneizar la dosis. Se utilizó un acelerador lineal con fotones de 4 Mv, en promedio la dosis diaria del tratamiento fue de 200 cGy. Dosis de 4 000 a 5 400 cGy (4 951 promedio) fueron utilizadas para la irradiación de toda la mama en 20 a 27 aplicaciones. Casi todas las pacientes 550 (menos 19 pacientes) recibieron dosis adicionales (boost) al lecho tumoral que osciló entre 900 y 2 000 cGy (1 393 cGy promedio) utilizando para la misma, campos reducidos al lecho; también con fotones de 4 Mv mediante un campo directo pero angulado que excluye todo el pulmón del área de tratamiento. Curvas de isodosis fueron realizadas en todos los casos, con una heterogeneidad promedio de 13 %. Treinta y tres pacientes recibieron irradiación de la cadena mamaria interna y en 9 se indicó la irradiación de la axila. La fosa supraclavicular fue tratada en 235 casos (79 % con ganglios positivos). La indicación de tratamiento sistémico no fue determinada, sin embargo, al principio recibían quimioterapia de rutina, concomitante con la radioterapia, las pacientes

premenopáusicas con ganglios positivos (siendo el esquema utilizado el C.M.F.), las posmenopáusicas con ganglios positivos recibieron tamoxifeno. En promedio el intervalo de tiempo después de la cirugía para el inicio de la radioterapia fue de 38 días.

RESULTADOS

Para todo el grupo de pacientes la sobrevida global calculada a 5 y 10 años fue 85 % y 71 %, la sobrevida libre de enfermedad 84 % y 67 % y la tasa de control local 96 % y 90 %.

La sobrevida: La sobrevida global (Figura 1) a los 5 y 10 años fue de 85 % y 71 %. La curva de sobrevida libre de enfermedad fue muy similar a la sobrevida global, 84 % y 67 %. Resultados de sobrevida a los 5 y 10 años según clasificación T.N.M (Figura 2), fueron para T1-N0-M0: 89 % y 81 %, T1-N1-M0: 82 % y 63 %, T2-N0-M0: 88 % y 73 %, y para T2-N1-M0: 78 % y 56 %. También se calcularon para los pacientes con ganglios negativos y ganglios positivos (Figura 3), donde encontramos cifras de sobrevida de 80 % versus 59 % a los 10 años, con un valor de P= 0,002 lo cual es estadísticamente significativo. Según los grupos de edad, no encontramos resultados significativos entre las mayores o menores de 40 años.

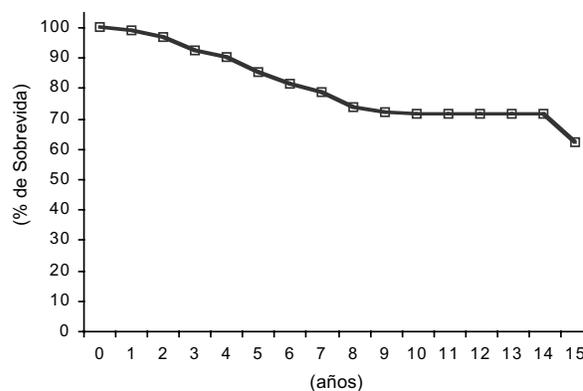


Figura 1. Tasa de sobrevida global.

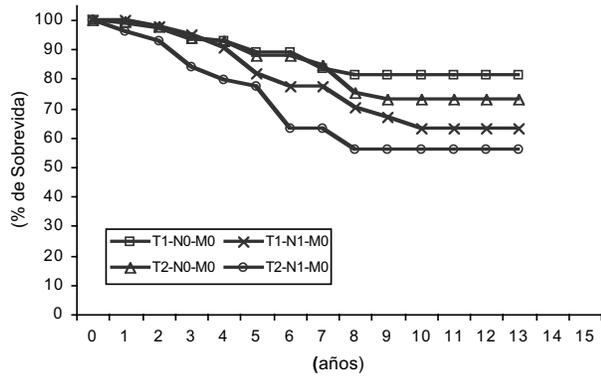


Figura 2. Tasa de sobrevivida según el estadio de la enfermedad.

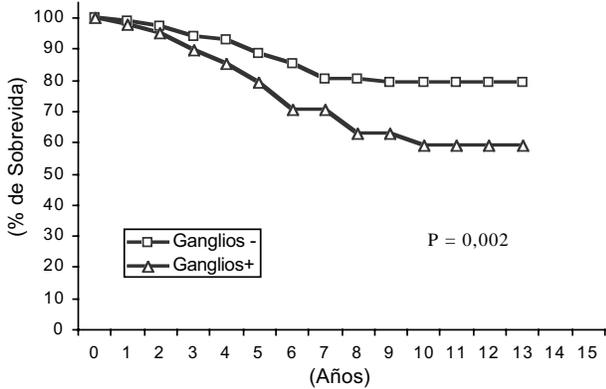


Figura 3. Tasa de sobrevivida según el estado ganglionar.

El control local: Un total de 33 recurrencias locales fueron reportadas en 569 casos, de estas 6 (22 % aparecieron después de 15 años). Mastectomía total fue utilizada para el rescate de estos casos. La tasa de control local calculada por método actuarial a los 5 y 10 años fue de: 96 % y 90 % (Figura 4). El control local fue evaluado por varios factores pronósticos: la edad, se compararon las poblaciones de pacientes menores de 40 años con las mayores de 40 años; quimioterapia, pacientes que recibieron alguna modalidad de tratamiento

sistémico contra las que no la recibieron; los ganglios, positivos versus negativos y el número de ganglios positivos, menos de 4 ganglios positivos o más de 4. De estos sólo se encontró significado estadístico en la edad (Figura 5), siendo de 78 % a los 10 años en menores de 40 años y 93 % en mayores de 40 años, con un valor de $P = 0,03$. Proporcionalmente también existió mayor número de recurrencias en menores de 40 años 12 % (11 de 94 pacientes) que en mayores de 40 años 5 % (22 de 475).

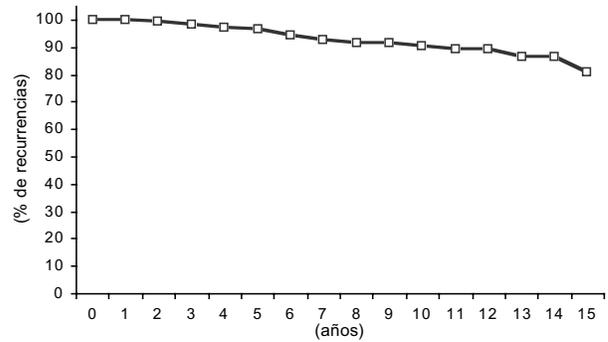


Figura 4. Recurrencias locales.

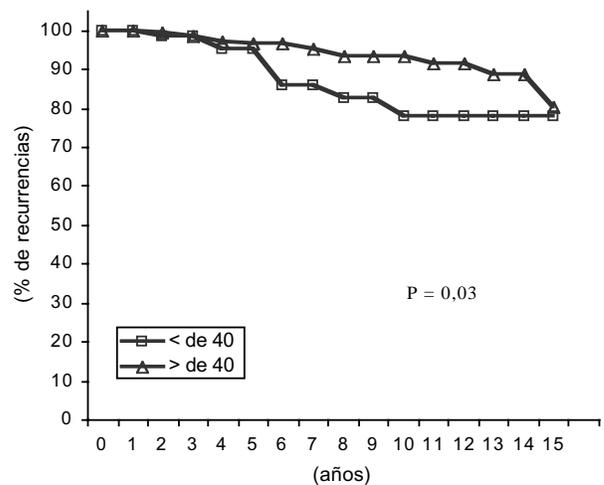


Figura 5. Recurrencias según grupos de edad.

Las complicaciones: complicaciones agudas no serán consideradas. Sólo en 91 casos (16 %) se describió alguna complicación tardía, la más frecuente fue algún grado de edema del miembro ipsilateral en 29 pacientes (5,1 %), seguida de hiperchromía de la piel en 28 pacientes (4,9 %) y fibrosis de la mama en 24 pacientes (4,2 %). Neumonitis se reportó en 5 pacientes (0,8 %), la cual fue reversible y respondió al tratamiento con esteroides, 4 de ellas recibieron tratamiento sistémico. Fractura costal en 2 casos (0,4 %). No hubo complicaciones fatales.

DISCUSIÓN

Múltiples trabajos publicados en la literatura internacional, tanto retrospectivos como prospectivos con series paralelas y pacientes seleccionadas al azar han mostrado la efectividad del tratamiento preservador del seno en cáncer de la mama precoz⁽¹⁸⁻²²⁾. Este tratamiento se inició en Venezuela a finales de la década de los 70, siendo reportados inicialmente por los doctores Urdaneta, Gutiérrez y Trivela, en 1981 por la experiencia del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

A principio de la década de los 90 múltiples instituciones tanto públicas como privadas de nuestro país presentaron sus series algunas iniciales pero con resultados satisfactorios⁽²³⁻²⁸⁾. En nuestra Institución, en 1985, reportamos los primeros 100 casos tratados con este método, obteniendo un seguimiento para el momento de 92 %. En esa serie, la tasa de recurrencias locales fue de 6 % y la sobrevida fue de 77 %⁽¹⁶⁾.

En esta revisión, analizamos los casos tratados entre 1978 y 1998 (20 años). El número de casos tratados hasta este momento es de 559 pacientes. Nuestro análisis de sobrevida global a los 5 y 10 años fue de 85 % y 71 %, respectivamente. Fueron analizados los resultados luego de ser estratificados por edad (mayor o menor de 40 años), estado ganglionar (positivos

y negativos) y por estadio clínico. Solamente se encontró una diferencia estadística básicamente significativa cuando fueron clasificados según el estado ganglionar, con un 80 % de sobrevida a los 10 años para las pacientes con ganglios negativos y 59 % en las pacientes con ganglios positivos ($P = 0,002$). El análisis variable única según edad, estadio clínico y tamaño de tumor, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a las recurrencias locales totales, también se obtuvieron cifras satisfactorias, con 4 % de reactivaciones locales a los 5 años y 10 % a los 10 años. Fueron analizadas y estratificadas las pacientes según la edad (mayores o menores de 40 años), estadio clínico, positividad axilar y número de ganglios positivos. Al hacer el análisis estadístico, solamente la edad fue estadísticamente significativa para reactivaciones locales. Se obtuvo un 93 % de control local para las mayores de 40 años y 78 % para las menores de 40 años ($P = 0,03$). Los demás grupos analizados, no demostraron diferencias estadísticas. La edad ha sido reportada como un factor pronóstico negativo para recurrencia local^(12,29-31). Al analizar nuestros resultados hemos corroborado que las pacientes menores de 40 años tienen mayor riesgo de recurrencia local.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia, con un seguimiento promedio de 62 meses, los resultados obtenidos tanto de sobrevida, como de control local, son equiparables a series norteamericanas y europeas, de centros de excelencia. Según el análisis de nuestros datos la presencia de ganglios positivos es un factor de mal pronóstico en la sobrevida de estas pacientes, y la edad (menores de 40 años) es un factor desfavorable para la aparición de recurrencias locales.

REFERENCIAS

1. Keynes, G. Conservative treatment of cancer of the breast. *Br Med J* 1937;2:643-647.
2. Mustakalio, S. Treatment of breast cancer by tumor extirpation and roentgen therapy instead of radical operation. *J Fac Radiologist G* 1954:23-26.
3. Vera Peters, M Wedge. Resection and irradiation and effective treatment in early breast cancer, En: Rubin, P, editor. *Current Concepts in Cancer*. 1967.p.18-19.
4. Calle R, Pilleron JP, Schlienger P, Vilcoq JR. Conservative management of operable breast cancer: Ten years experience at the Foundation Curie. *Cancer* 1978;42:4 2045-2053.
5. Amalric R, Santamaria F, Robert F, Seigle J, Altschuler C, Kurtz JM, et al. Radiation therapy with or without primary limited surgery for operable breast cancer: A 20-year experience at the Marseilles Cancer Institute. *Cancer* 1982;49(1):30-34.
6. Mansfield C, Krishnan L, Komarnicky L, Ayyangar KM, Kramer CA. A review of the role of radiation therapy in the treatment of patients with breast cancer. *Semin Oncol* 1991;18:525-535.
7. Pierquin B, Huart J, Raynal M, Omezguine Y, Calitchi E, Mazon JJ, et al. Conservative treatment for breast cancer: Long-term results (15 years). *Radiother Oncol* 1991;20(1):16-23.
8. Calle R, Vilcoq JR, Zafrani B, Vielh P, Fourquet A. Local control and survival of breast cancer treated by limited surgery followed by irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986;12:873-878.
9. Schmidt-Ullrich RK, Wazer DE, DiPetrillo T, Marchant DJ, Smith TJ, Safaii H, et al. Breast conservation therapy for early stage breast carcinoma with outstanding 10-year locoregional control rates: A case for aggressive therapy to the tumor bearing quadrant. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;27:545-552.
10. Fisher B, Redmond C, Poisson R, Margolese R, Wolmark N, Wickerham L, 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;320:822-828.
11. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, Banfi A, Zucali R, Del Vecchio M, et al. Conservative treatment of early breast cancer: Long-term results of 1 232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. *Ann Surg* 1990; 211(3):250-259.
12. Recht A, Connolly JL, Schnitt SJ, Silver B, Rose MA, Love S, Harris JR. The effect of young age on tumor recurrence in the treated breast after conservative surgery and radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988;14(1):3-10.
13. Fowble BL, Solin LJ, Schultz DJ, Goodman RL. Ten year results of conservative surgery and irradiation for Stage I & II breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21(2):269-277.
14. Alternativas de la mastectomía. Conferencia internacional sobre el uso de la cirugía conservadora y radioterapia en el tratamiento de cáncer de mama precoz. Dirigida por los Doctores: Samuel Hellman, Jay R. Harris y William Silen. Hotel Hyatt Regency. Cambridge, Massachusetts. 1982:20-22.
15. Urdaneta A, Gutierrez E, Trivela M. Mastectomía parcial y radioterapia como tratamiento del cáncer de mama precoz. Trabajo presentado en el XVIII coloquio médico del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas 15 de Junio de 1981.
16. Vera Gimón A, Vera Vera R, Urdaneta N, Turbay N, Gyorfí M, Vera Gimón R, Gutiérrez E. Tratamiento preservador del cáncer mamario. Análisis de los primeros 100 casos. Ed. por Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la UCV. Caracas, 1988.
17. Hernández G, Ballenilla A, Longorbardi I, Hurtado O. Tratamiento preservador en cáncer de mama. Experiencia en la Unidad de Mastología CCMLA. En: Hernández G, editor *Avances en Mastología*. 1ª edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A; 1992.p.225-236.
18. Haffty BG, Goldberg NB, Fischer D, McKhann C, Beinfield M, Weissberg JB, et al. Conservative surgery and radiation therapy in breast carcinoma: Local recurrence and prognostic implications. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989;17(4):727-732.
19. Mansfield CM, Komarniky LT, Schwartz GF, Rosenberg AL, Krishnan L, Jewell WR, et al. Ten-Year results in 1070 patients with Stage I and II breast cancer treated by conservative surgery and radiation therapy. *Cancer* 1995;75:2328-2336.
20. Veronesi U, Salvadori B, Greco M, Saccozzi R, Vecchio del M, Mariani L, Rilke F. Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast. Long-term results of three randomized trials on 1973 patients. *Eur J Cancer* 1995;31(10):1574-1579.

21. Burke M, Allison R, Tripcony L. Conservative therapy of breast cancer in Queensland. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;31:295-303.
22. Fisher B, Anderson S, Redmond CK, Wolmark N, Wickerham DL, Cronin WM. Reanalysis and trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995;333:1456-1461.
23. Briceño W, Macarrone B, Vera A, Coutinho R, Miranda R. Tratamiento preservador del cáncer mamario. Primera comunicación. *Acta Oncol Venez* 1988;21(2):94-105.
24. Gutiérrez E, Vera A, Turbay N, Urdaneta N, Vera R. Tratamiento preservador del cáncer mamario: análisis de recurrencias loco-regionales. En: Hernández G, editor. *Avances en Mastología*. 1ª edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A; 1992.p.219-224.
25. Millán R, Arcia F. Tratamiento preservador del carcinoma mamario precoz. Experiencia de la Policlínica Santiago de León de Caracas. Comunicación personal 1993.
26. Martínez P, Paredes R, Ruiz A, et al. Cirugía preservadora en el carcinoma de mama. Experiencia en el I.O.L.R. Caracas: Anales III Congreso Venezolano de Mastología, 1993.
27. Hernández G, Vallenilla A, Bracho J, Magnelli A, Hurtado O. Tratamiento preservador del cáncer de mama precoz. En: Hernández Muñoz G, editor. *Avances en Mastología*. 2ª edición. Caracas: Editorial Cromotip; 1996.p.374-381.
28. Rebolledo M. Tratamiento preservador del carcinoma mamario precoz, Una revisión del tema. En: Hernández Muñoz G, editor. *Avances en Mastología*. 2ª edición. Caracas: Editorial Cromotip; 1996.p.356-373.
29. Fourquet A, Campana F, Zafrani B, Mosseri V, Vielh P, Durand JC, Vilcoq JR. Prognostic factors of breast recurrence in the conservative management of early breast cancer: A 25-year follow-up. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989;17(4):719-725.
30. Stotter A, McNeese M, Ames F, Oswald MJ, Ellerbroek NA. Predicting the rate and extent of locoregional failure after conservation therapy for early breast cancer. *Cancer* 1989;64: 2217-2225.
31. Wazer DE, Schmidt-Ullrich RK, Ruthazer R, Schmid CH, Graham R, Safaii H, et al. Factors determining outcome for breast-conserving irradiation with margin-directed dose escalation to the tumor bed. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;40(4):851-858.

Comentarios

VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MAMARIO PRECOZ CON PRESERVACIÓN DEL SENO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO

THAÍS MORELLA REBOLLEDO

SERVICIO DE RADIOTERAPIA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO, CARACAS, VENEZUELA.

La aceptación definitiva del tratamiento del cáncer de mama precoz con preservación de la mama ha sido uno de los avances terapéuticos en la medicina que más dificultades tuvo que vencer, dada la conmoción que la ruptura de uno de los paradigmas más sólidos de la oncología del siglo XX podía generar.

Desde los conocimientos históricos de Keynes en 1924 (braquiterapia mamaria igual resultado que mastectomía) y de Baclese en 1936 (erradicación tumoral mediante irradiación externa), pasando por las series de Peter y Mustakallio entre 1936 y 1945 que afloraron en los años 60, así como las experiencias europeas de los 70, y los resultados de la escuela americana de Fisher, consolidaron a este procedimiento como la alternativa terapéutica a la mastectomía radical^(1,2). La mayoría de estos trabajos pasaron por la validación de los resultados de este procedimiento, con los alcanzados por la mastectomía radical.

Nuestro país no escapó a la dificultad de la aceptación del nuevo procedimiento y es, en 1977, que se informa de los primeros resultados en el tratamiento conservador realizados en Venezuela, generalizándose progresivamente hasta convertirse en un tratamiento “eficaz y confiable” para nuestros días⁽³⁻⁶⁾.

Este trabajo retrospectivo, presentado por el Dr. Andrés Vera y col. el cual reúne tan

importante número de pacientes en 20 años de experiencia, en uno de los centros pioneros en el desarrollo del tratamiento preservador en nuestro país, constituye un valioso aporte al conocimiento de la experiencia venezolana, tan solo que debemos exhortarlos a que publiquen los resultados comparativos con la innumerable casuística de mastectomía que ese centro ha manejado en el mismo número de años de esta investigación, con el fin de constituirse junto a las pocas series comparativas existentes⁽⁷⁾, como la validación histórica del tratamiento preservador del cáncer de mama precoz en nuestro país.

En cuanto a los resultados de sobrevida global a los 5 y 10 Años en 85 % y 71 % están contenidos en los rangos de distintas series internacionales particulares e institucionales y presentan una marcada coincidencia con respecto a las series nacionales publicadas^(7,8).

Es importante la demostración del estado ganglionar como un factor pronóstico preponderante en los resultados de la sobrevida global, así como también el de la edad^(8,9). Por otra parte debe ser motivo de trabajo especial el estudio de los factores que inciden en la recidiva local.

Creo conveniente finalizar con la observación que el cáncer de mama tratado bajo condiciones óptimas de rigidez de protocolos y pautas en centros con homogeneidad de criterios brindan resultados equivalentes a los presentados por grupos de investigación del Primer Mundo.

Correspondencia: thamoreb@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Rebolledo M. Tratamiento del carcinoma mamario precoz. Una revisión del tema. En: Hernández G, editor. Avances en Mastología. 2ª edición. Caracas: Editorial Cromotip; 1996.p.356-373.
2. Fisher B, Montague E, Redmond C, Barton B, Borland D, Fisher ER, et al. Comparison of radical mastectomy with alternative treatments for primary breast cancer. A first report of results from a prospective randomized clinical trial. *Cancer* 1977;39(6 Suppl):2827-2839.
3. Urdaneta A, Gutiérrez E, Trivela M. Mastectomía parcial y radioterapia como tratamiento del cáncer de mama precoz. Trabajo presentado en el XVIII coloquio médico del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas 15 de Junio de 1981.
4. Vera Gimón A, Vera Vera R, Urdaneta N, et al. Tratamiento preservador del cáncer mamario. Análisis de los primeros 100 casos (ed). Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. UCV Caracas 1988.
5. Rebolledo M, Puche J, Aguilar Y, et al. Tratamiento preservador del cáncer mamario precoz en un servicio de radioterapia del Tercer Mundo. Caso Venezuela. Trabajo presentado en el VII Congreso del Círculo de Radioterapeutas Iberoamericano (CRILA), Puerto La Cruz 1989.
6. Hernández G, Vallenilla A, Longobardi I, Hurtado O, Magnelli A. Tratamiento preservador en cáncer de mama. Experiencia de la Unidad de Mastología C.C.M.A. En: Hernández G, editor. Avances en Mastología. 1ª edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A; 1992.p.225-236.
7. Rebolledo, M. Tratamiento preservador vs. mastectomía en el carcinoma mamario estadios I y II. Hospital Universitario de Caracas, 1981-1995. En: Hernández G, Bernardello ET, Pinotti JA, Barros AC, editores. Tratamiento conservador en cáncer de mama. 1ª edición. Caracas: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2002.p.434-4.
8. Hernández G, Paredes R, Hernández J, Magnellia A. Tratamiento conservador del cáncer de mama. En: Hernández G, Bernardello E, Pinotti J, editores. Cáncer de mama. 1ª edición. Caracas: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1998.p.261-278.
9. Mariani L, Salvador B, Marubini E, Conti AR, Rovini D, Cusumano F, et al. Ten years results of a randomized trial comparing two conservative treatment strategies for small size breast cancer. *Eur J Cancer* 1998;34(8):1156-1162.