

RECAÍDAS LOCALES POSTERIOR A TRATAMIENTO RADICAL

EVALUACIÓN DE INFILTRACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN

LAURA BERGAMO, EFRÉN BOLÍVAR, ALÍ GODOY, NELLY CARRERO, LUIS BETANCOURT, GABRIEL ROMERO, JOANNE SALAS, JUAN LEÓN

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI". CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: Experiencia de nuestra institución durante el período 2004-2005 en recidivas locales del cáncer de mama. **MÉTODOS:** Se realizó estudio clínico, descriptivo, retrospectivo durante 2004-2005, en pacientes con tratamiento radical y adyuvante con radioterapia, quimioterapia si tuviesen indicación. Algunos recibieron quimioterapia neoadyuvante. **RESULTADOS:** 167 pacientes sometidos a mastectomía radical. El diagnóstico histológico correspondió 80 % (128) carcinomas ductales infiltrantes, 4,19 % carcinomas *in situ*. La localización más frecuente fue la centro-mamaria 35,48 %. El 3,65 % fueron estadio I, 35,58 % estadio II, 53,65 % estadio III y 6,09 % estadio IV. 57 pacientes (34 %) con quimioterapia neoadyuvante. Se realizaron 161 mastectomía radicales tipo Madden (94,7 %), 2 mastectomía radicales tipo Patey y 4 mastectomía total simple, 2 con ganglio centinela. 29 (17,36 %) presentaron infiltración del complejo areola-pezones. 20 (68,96 %) se localizaron en región centro mamaria. La edad promedio fue 53,6 años, 18 (62,07 %) pacientes se ubicaron en el estadio III (37,93 %), 72,94 % recibió quimioterapia adyuvante. El 61,76 % recibió radioterapia, 15 (51,72 %) pacientes estaban vivas sin enfermedad, 1 está viva con recaída local, 5 vivas con enfermedad sistémica y 6 (20,67 %) fallecieron por enfermedad. El seguimiento promedio fue de 36,14 meses. Cinco pacientes del total (2,9 %) presentaron recaída local. **CONCLUSIONES:** La mastectomía radical es un arma terapéutica primaria, s índices de recaída local son menores en centros especializados. La infiltración del complejo areola-pezones es más frecuente en la localización centro-mamaria.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, mastectomía, radical, complejo, areola pezón, recaídas, locales.

Recibido: 18/11/2009 Revisado: 11/02/2010
Aceptado para publicación: 06/05/2010

SUMMARY

OBJECTIVE: The experience in our institution during the period 2004-2005 in local recurrence of breast cancer. **METHOD:** Realized study clinical, retrospective, descriptive during 2004-2005, in patients with radical treatment, adjuvant radiation therapy and chemotherapy if exist indication. Some received neoadjuvant chemotherapy. **RESULTS:** 167 patients underwent radical mastectomy. Histological diagnostic was 80 % (128) ductal infiltrating carcinoma, 4.19 % *in situ* carcinoma. The more frequent localization was mammalian center 35.48 %. 3.65 % was stage I, 35.58 % stage II 53.65 %, stage III 6.09 % stage IV. 57 patients (34 %) with neoadjuvant chemotherapy. We realized 161 radical mastectomy Madden type (94.7 %), 2 radical mastectomy Patey type and 4 mastectomy total simple 2 with node sentinel. 29 (17.36 %) had infiltration to the areola nipple zone. 20 (68.96 %) were localized in center mammalian region. The average age was 53.6 years, 18 patients (62.07 %) were ubicated in stage III (37.93 %), 72.94 % received adjuvant chemotherapy. 61.76 % received radiation therapy, 15 (51.72 %) patients were alive without disease, 1 live with local recurrence, 5 staying alive with systemic disease and 6 (20.67 %) dead by the disease. The control average was 36.14 month. 5 patients of the total (2.9 %) presented local recurrence. **CONCLUSION:** The radical mastectomy is a therapeutically first arm, the local recurrence index are minor in the special centers. The infiltration of the areola nipple complex is more frequent in the center mammalian region.

KEY WORDS: Cancer, breast, mastectomy, radical, complex, areola, nipple, recurrence, local.

Correspondencia: Dra. Laura Bergamo.
Urb. Vista Alegre calle 2.

Edificio San Gaetano. Apto 20. Caracas, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer en las mujeres venezolanas ⁽¹⁾. A pesar del aumento de las cirugías preservadoras, la mastectomía radical modificada tiene aún un lugar importante en el tratamiento primario del carcinoma de mama. La recaída locorregional posterior a mastectomía varía ampliamente desde 5 % a 40 % en la literatura ⁽²⁾. Las tasas y factores predictivos de las recaídas locorregionales posterior a cirugía preservadora de la mama han sido estudiadas ampliamente, a diferencia de las tasas y factores predictivos de recaídas posterior a mastectomía radical modificada, las cuales han sido estudiadas mucho menos ⁽³⁾.

La recaída local aislada puede ser una fuente de metástasis a distancia o un marcador de diseminación sistémica ocurrido antes del tratamiento inicial ⁽⁴⁾. La influencia de varias estrategias terapéuticas en las recaídas y su pronóstico han sido descritos en numerosos estudios pero, sin embargo, existe una relativa falta de datos, de patrones de recurrencia y pronóstico después que la recaída ocurre en pacientes que han sido tratados con modernas herramientas incluso tratamientos multimodales en equipos multidisciplinarios. Sin embargo, se ha sugerido que las mujeres que son tratadas en centros especializados en patología mamaria tienen mejores resultados ⁽⁵⁾.

Hay muchos estudios sobre supervivencia tras el cáncer primario e incluso sobre la incidencia de recidivas, pero es escasa y variable la información disponible sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico después de la primera recidiva, especialmente si la población de estudio no queda limitada a series clínicas y se pretende conocer esta información para el conjunto de una población ⁽⁶⁾.

Las cifras sobre incidencia de recidivas

locorregionales varían del 9 % al 26 % a los 10 años tras mastectomía y del 7 % al 15 % tras cirugía conservadora más radioterapia. Las cifras de supervivencia a los 5 años tras la recidiva locorregional se encuentran alrededor del 35 % tras mastectomía y alrededor del 68 % tras cirugía conservadora ⁽⁷⁾.

En el presente trabajo describimos diversos aspectos de una serie de 2 años de pacientes con recaídas locales posterior a mastectomía radical en nuestra institución.

MÉTODO

Se realizó estudio clínico, descriptivo, retrospectivo, no comparativo de pacientes con cáncer de la mama, durante 2004-2005, en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti", sometidos a tratamiento radical de la mama, definido como la realización de mastectomía total con márgenes negativos y los límites establecidos en la literatura y evaluación quirúrgica de la axila mediante la disección axilar de los niveles I y II. El tratamiento adyuvante con radioterapia, y quimioterapia en los casos que tuviesen indicación. Algunos pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante. Evaluando la localización inicial del tumor y el resultado de anatomía patológica de la pieza definitivo y la infiltración del complejo areola-pezones.

RESULTADOS

Se evaluaron 167 pacientes sometidos a mastectomía radical por carcinoma de la mama en la consulta de patología mamaria de nuestra institución entre 2004-2005. El diagnóstico histológico correspondió en 80 % (128) con carcinomas ductales infiltrantes, 12 % lobulillar infiltrante, el 4,19 % fueron carcinomas ductales *in situ*. La localización más frecuente de los tumores fue la centro-mamaria con 35,48 %, seguido del cuadrante supero-externo (13,44 %)

y unión de cuadrantes superiores (12,86 %). El 3,65 % fueron estadio I, el 35,58 % estadio II, el 53,65 % estadio III y el 6,09 % estadio IV 57 pacientes (34 %) recibió quimioterapia neoadyuvante. Se realizaron 161 mastectomía radicales tipo Madden (94,7 %), 2 mastectomía radicales tipo Patey y 4 mastectomía total simple, 2 con ganglio centinela. El tamaño patológico promedio fue de 37,45 mm, el número promedio en la disección axilar fue 14,58 ganglios.

Veintinueve (17,36 %) pacientes presentaron infiltración del complejo areola-pezones en los espécimen quirúrgicos. De los pacientes con infiltración del complejo areola-pezones 20 (68,96 %) se localizaron en la región centro-mamaria, y 10,34 % en unión de cuadrantes superiores. La edad promedio de los pacientes con infiltración areola-pezones fue 53,6 años, el tipo histológico más frecuente en la infiltración fue carcinoma ductal infiltrante, 18 (62,07 %) pacientes se ubicaron en el estadio III, el 37,93 % recibió neoadyuvancia. El 72,94 % recibió quimioterapia adyuvante. El 61,76 % recibió radioterapia, con un estándar de tratamiento de 5 000 cGy a la pared costal, fosas supraclaviculares y en algunos pacientes *boost* adicional a la cicatriz de la mastectomía de 1 000 cGy. 15 (51,72 %) pacientes estaban vivas libre de enfermedad, 1 está viva con recaída local, 5 vivas con enfermedad sistémica y 6 (20,67 %) fallecieron por enfermedad. El seguimiento promedio fue de 36,14 meses.

Cinco pacientes del total (2,9 %) presentaron recaída local. La edad promedio fue 61,4 años. El 80 % fueron estadio IIIA y 20 % estadio IV. 80 % ductales infiltrantes, 60 % presentó receptores de estrógenos positivos, 40 % receptores de progestágenos positivos, y 60 % fueron Her2neu negativos. Solo 60 % habían recibido radioterapia adyuvante. El seguimiento promedio fue de 37,6 meses, una sola paciente presentó progresión sistémica después de la recidiva local. Todas fueron tratadas de

forma multimodal con resección local amplia, quimioterapia y radioterapia.

DISCUSIÓN

Actualmente el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer en las mujeres venezolanas ⁽¹⁾. La mastectomía radical modificada tiene aún un lugar importante en el tratamiento primario del carcinoma de mama. La recaída locorregional posterior a mastectomía varía ampliamente desde 5 % a 40 % en la literatura ⁽²⁾. Las tasas y factores predictivos de las recaídas locorregionales posterior a cirugía preservadora de la mama han sido estudiadas ampliamente, a diferencia de las tasas y factores predictivos de recaídas posterior a mastectomía radical modificada, las cuales han sido estudiadas mucho menos ⁽³⁾.

En nuestra revisión la recidiva local estuvo alrededor del 2 %. La recaída local aislada puede ser una fuente de metástasis a distancia o un marcador de diseminación sistémica ocurrido antes del tratamiento inicial ⁽⁴⁾. La influencia de varias estrategias terapéuticas en las recaídas y su pronóstico han sido descritos en numerosos estudios pero, sin embargo, existe una relativa falta de datos, de patrones de recurrencia y pronóstico después que la recaída ocurre en pacientes que han sido tratados con modernas herramientas incluso tratamientos multimodales en equipos multidisciplinarios. Sin embargo, se ha sugerido que las mujeres que son tratadas en centros especializados en patología mamaria tienen mejores resultados ⁽⁵⁾.

La mastectomía radical sigue siendo un arma terapéutica primaria en la actualidad para el cáncer de mama. Los índices de recaída local son menores en centros especializados. La infiltración del complejo areola-pezones es más frecuente en la localización centro-mamaria, siendo baja en otras localizaciones.

REFERENCIAS

1. Anuario de mortalidad. Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela. 2006. Disponible en: URL: <http://www.mpps.gob.ve>.
2. Buchanan CL, Dorn PL, Fey J, Giron G, Naick A, Mendez J, et al. Locoregional recurrence after mastectomy. *J Am Coll Surg*. 2006;203:469-474.
3. Fodor J, Polgar C, Major T, Mangel LC, Szakolczai I, Szamel I, et al. The time-course of metastases from breast cancer after mastectomy and breast-conserving surgery with and without isolated local-regional recurrence. *Breast*. 2002;11:53-57.
4. Fodor J, Major T, Polgár C, Orosz Z, Sulyok Z, Kásler M. Prognosis of patients with local recurrence after mastectomy or conservative surgery for early-stage invasive breast cancer. *The Breast*. 2008;17:302-308.
5. Kingsmore D, Hole D, Gillis C. Why does specialist treatment of breast cancer improve survival? The role of surgical management. *Br J Cancer*. 2004;90:1920-1925.
6. Sarasqueta C, Martínez-Cambor P, Mendiola A, Martínez-Pueyo I, Michelena M, Basterretxea M, et al. Supervivencia relativa en cáncer de mama después de la primera recidiva y factores pronóstico asociados. *Med Clin*. 2009;1:1-7.
7. Clemons M, Danson S, Hamilton T, Goss P. Locoregionally recurrent breast cancer: Incidence, risk factors and survival [review]. *Cancer Treat Rev*. 2001;27:67-82.