

Cáncer de la mama

Opinión de Armando Márquez Reverón

En junio de 1992, McGuire WL, y Clark G (Pronostic factors and treatment decisions in axillary node-negative breast cancer. *N Eng J Med* 1992;326:1756-1761) publicaron una revisión acerca de los factores pronósticos y en la decisión terapéutica en el cáncer de la mama con axila negativa. En ella se refieren a los datos en uso clínico actual: tamaño del tumor y clasificación histológica, grados histológicos y nucleares, receptores estrogénicos, citometría de flujo, nivel de la enzima lisosómica "cathepsina D", factores de crecimiento epidérmicos y otros. La reunión de varios de estos factores pronósticos los lleva a conformar dos grupos: a) factores asociados a alto riesgo; b) factores asociados a bajo riesgo. El estudio de estos factores y de su agrupación podría hacer "que los esfuerzos de tratamiento se enfocasen sobre aquellos más probablemente beneficiados".

Esta interesante revisión motivó los siguientes comentarios del Académico Dr. Armando Márquez Reverón:

"Indudablemente que los factores pronósticos más importantes en cáncer de mama son: 1) El tamaño del tumor primario y 2) La positividad o no de los ganglios axilares, así como su número y situación.

En el "Two County Study" de Suecia (1), donde fueron estudiados mamográficamente 133 065 pacientes, se encontraron 2 459 casos y en aquellos en que el tumor primario medía menos de 1 cm el porcentaje de pacientes libres de enfermedad a los 12 años fue de 98%, aun cuando algunos de los pacientes tuviesen ganglios positivos.

Igualmente en el trabajo de Adair y col. (2), publicado en 1974, se encuentra que en 1 458 carcinomas de mama operados por mastectomías radicales en que los tumores eran de menos de 2 cms de diámetro y los ganglios negativos, el 85% se

encontraban vivos a los 30 o más años de operados y de aquellos que tenían más de 4 cm sólo el 40% sobrevivió a los 30 años.

Si hay ganglios positivos, el pronóstico dependerá del número y del nivel de los ganglios: así los pacientes con ganglios positivos en el nivel I tenían una sobrevida de 50% a los 30 años cuando tenían uno o dos ganglios y de 15% cuando tenían 4 o más ganglios.

En el nivel 3, cuando los ganglios son positivos la sobrevida es de 0% a los 30 años.

El grado del tumor no tiene mayor importancia cuando la lesión mide menos de 1 cm, pues con tumores grado 3 el porcentaje de curación es de más del 90% y, estos casos no necesitan terapia coadyuvante (1).

El grado del tumor es importante cuando el primario tiene más de 2 cm de diámetro; en la mayoría de estos tumores el grado de malignidad es 3.

Receptores estrogénicos.

El valor pronóstico de este marcador es de muy poca importancia en nuestra experiencia (3). En 90 casos de pacientes con marcadores positivos (más de 20 fentomoles), su valor pronóstico resultó no ser confiable.

Uso de la citometría de flujo.

No tenemos experiencia con este marcador en carcinoma de mama, pero su papel es discutido actualmente.

El estudio histológico es importante para decidir cuáles pacientes deben o no recibir quimioterapia co-adyuvante.

En nuestra experiencia, aun con ganglios negativos, son malos riesgos aquellos pacientes que

muestran infiltración de los linfáticos, vasos y nervios peritumorales.

En conclusión: en los tumores mamarios de menos de 1 cm sin ganglios positivos, no se justifica quimioterapia coadyuvante.

En los casos con ganglios negativos, pero que midan más de dos cm y que histológicamente tengan invasión vascular o perineural, en el tumor primario, deben recibir quimioterapia coadyuvante porque entre el 20 y el 30% de estos casos van a morir de su carcinoma de mama si no se toman medidas coadyuvantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Tabar L, Fagerberg G, Day NE, Kitchin RM. Breast cancer treatment and natural history: New insights from results of screening. *Lancet* 1992;339:412-414.
2. Adair F, Berg J, Jourbert L, Robbins GF. Long term follow up of breast cancer patients: the 30 year report. *Cancer* 1974;33:1145-1150.
3. Márquez Reverón A, Márquez BE, Sigala H. Valor pronóstico de los receptores estrogénicos en el carcinoma de la mama, nuestra experiencia. *Rev Venez Cirugía*. 1991;44:80-86.