

CARCINOMA BILATERAL SIMULTÁNEO Y SUCESIVO EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR POR CARCINOMA DE MAMA

Dres. Cristian Palomba¹, Fernando Guerrico¹, Débora Petrone¹, Guillermo Cassanello², Francisco Xynos²

INTRODUCCIÓN

A pesar de la gran cantidad de revisiones, estudios clínicos controlados y demás tipo de publicaciones que hacen referencia a la incidencia, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, sorprende encontrarse con escasa y limitada literatura referida al carcinoma de mama bilateral (CMB). Incluso en las últimas décadas ha persistido la controversia sobre el manejo correcto del carcinoma contralateral, ya sea éste simultáneo o sucesivo a la primera neoplasia.

En la Sección Oncología Genitomamaria del Servicio de Ginecología se han diagnosticado un total de 33 casos de carcinoma mamario bilateral en los últimos 21 años. Presentaremos, a continuación de un breve marco teórico, la experiencia de nuestro servicio en carcinoma contralateral simultáneo o sucesivo a un tratamiento conservador por carcinoma de mama.

ASPECTOS TEÓRICOS

Hace aproximadamente 50 años Foote y Stewart afirmaban que el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama era haber tenido cáncer en la otra mama¹. Esa afirmación tiene hoy en día la misma validez que entonces, si bien es necesario hacer algunas observaciones al respecto. Solamente la edad y los antecedentes familiares de primer grado han demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de una neoplasia contralateral. Otros factores que se han relacionado con la bilateralidad son el estadio al momento del diagnóstico, la multicentricidad y el tipo histológico lobular, aunque estas asociaciones no han sido confirmadas estadísticamente^{1,2}.

Más del 75% de los CMB son metacrónicos o secuenciales, mientras que los CMB sincrónicos, detectados clínicamente o por mamografía junto con el primer carcinoma o hasta los seis meses del diagnóstico del mismo, ocurren en muy pocas pacientes^{2,3}.

En cuanto al pronóstico de esta patología, uno esperaría que un cáncer secundario metacrónico influyera negativamente; sin embargo esto no ha sido demostrado. Algunos estudios retrospectivos y prospectivos de

caso-control han encontrado que la sobrevida global no está comprometida por el desarrollo de un cáncer de mama contralateral. Sin embargo, los segundos carcinomas indudablemente contribuyen al aumento de la mortalidad cuando son diagnosticados en estadios más avanzados que el primero, debido a que el pronóstico de la enfermedad es determinado por el carcinoma en estadio más avanzado^{1,2}.

Estudios retrospectivos sugieren que la vigilancia mamográfica contralateral resulta en una temprana detección del cáncer de mama, pero no han sido demostrados claros beneficios en la sobrevida. Basados en las publicaciones de la literatura, la vigilancia de la mama contralateral en pacientes con cáncer de mama debería incluir autoexamen mamario mensual, exámenes médicos regulares (cada 3-6 meses por 3 años, luego cada 6-12 meses por 2 años y luego anual) y mamografía anual. Con éste seguimiento se ha demostrado repetidamente que el segundo carcinoma puede diagnosticarse en estadios más tempranos, aunque esto no afectaría la mortalidad de éstas pacientes como fue explicado anteriormente^{1,2}.

Se podría afirmar que las modificaciones históricas que fue sufriendo el tratamiento del CMB son totalmente comparables a las del tratamiento del cáncer unilateral. En mujeres en las que no hay evidencia de metástasis a distancia al momento del diagnóstico del cáncer de mama contralateral, se recomienda que éste sea tratado de la misma manera que el primer carcinoma. La sobrevida, el control locorregional de la enfermedad, el porcentaje de complicaciones y los resultados estéticos son comparables con los reportes históricos del tratamiento conservador de mama en pacientes con cáncer de mama unilateral³.

OBJETIVOS

Describir la incidencia, características y evolución de las pacientes que desarrollaron un carcinoma contralateral simultáneo o sucesivo, sometidas a un tratamiento conservador por carcinoma de mama.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de éste trabajo se consultó la base de datos de cirugía mamaria conservadora de nuestro servicio en la cual se registraban al momento del mismo un total de 758 pacientes en un lapso de 21 años, desde

1. Residencia de Tocoginecología.

2. Sección Oncología Genitomamaria.

Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (B7602CBM) Mar del Plata, Argentina. e-mail: ddi@hpc.org.ar

el 1° de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre de 2000. Del total de pacientes, fueron incluidas en el trabajo 33 mujeres portadoras de CMB.

A todas las pacientes portadoras de CMB asincrónico se les realizó un tratamiento conservador que incluyó: tumorectomía con un margen mínimo de 5 mm y vaciamiento axilar de los niveles I y II como tratamiento del primer carcinoma. Los casos que presentaron axilas sin invasión tumoral fueron tratados con radioterapia adyuvante al volumen mamario (50 Gys a la mama y 15 Gys al lecho tumoral), mientras que aquellas con metástasis axilares fueron tratadas con quimioterapia (florouracilo-adriamicina-ciclofosfamida o ciclofosfamida-metotrexato-florouracilo) previo al inicio del tratamiento radiante. En aquellas pacientes con cuatro o más ganglios positivos se realizó además radioterapia a las cadenas ganglionares. En algunos casos en los que el tamaño tumoral era tal que limitaba un tratamiento conservador se realizó quimioterapia neoadyuvante para lograr conservar la mama en estas pacientes. El tratamiento adyuvante se completó con hormonoterapia (tamoxifeno 20 mg/d durante 5 años), en las pacientes con receptores hormonales positivos.

Al momento de aparición del segundo carcinoma se evaluó nuevamente las posibilidades terapéuticas de esas pacientes y fueron tratadas con mastectomía, tumorectomía más vaciamiento axilar más radioterapia o tumorectomía más radioterapia, en relación a la edad, tamaño tumoral y estado ganglionar del segundo carcinoma.

Por otro lado, las pacientes que se presentaron al momento del diagnóstico con un CMB simultáneo fueron sometidas a un tratamiento conservador bilateral como se detalló anteriormente.

Los cálculos estadísticos se obtuvieron a partir del programa Epi 5.

RESULTADOS

Al 31 de diciembre de 2000 se registraron un total de 33 pacientes con CMB, lo que corresponde al 4% del total de mujeres con cáncer de mama. De éstas, en 7 pacientes se halló un cáncer de mama simultáneo (22%) y 26 casos presentaron un cáncer de mama sucesivo (78%), con un promedio de 59 meses entre el primer y el segundo carcinoma (fig. 1). En cuanto al análisis de los factores de riesgo, las pacientes con CMB tuvieron una mayor incidencia de antecedentes familiares de cáncer de mama. De las 33 pacientes con CMB, 14 tenían historia familiar positiva (42%), mientras que sólo el 21% de aquellas con carcinoma unilateral presentaban antecedentes familiares (156 de 758). Esto representa un dato estadísticamente significativo: $p=0,02$ (fig. 2).

Todos los CMB simultáneos fueron infiltrantes, mientras que de los sucesivos se registraron 24 infiltrantes (92%) y 2 *in situ* (8%).

La mamografía y un estricto seguimiento clínico permitieron detectar un mayor porcentaje de tumores en

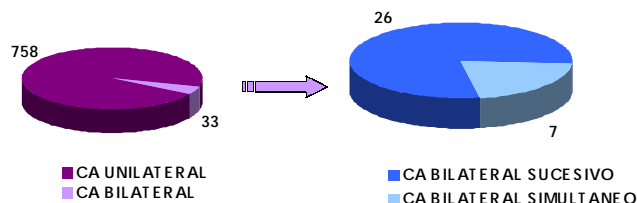


Figura 1. Hallazgos.

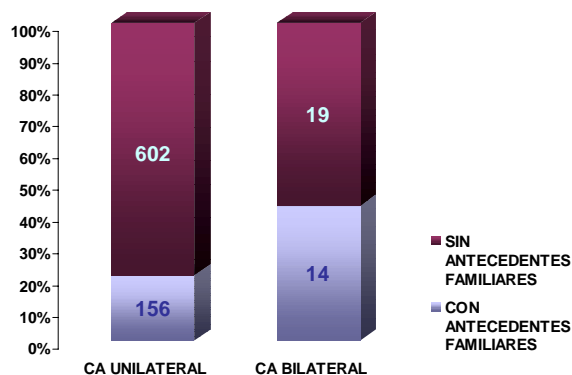


Figura 2. Frecuencia de antecedentes familiares.

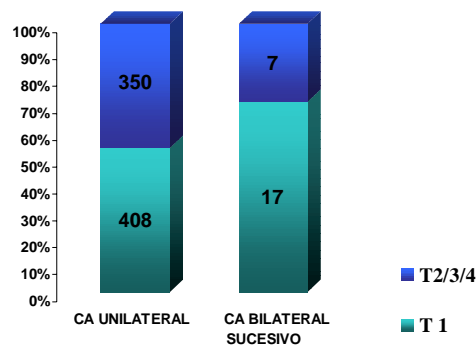


Figura 3. Tamaño tumoral en carcinoma uni y bilateral.

estadios precoces. Esto se pone de manifiesto cuando se comparan el porcentaje de T1 diagnosticados en el segundo carcinoma vs el porcentaje de T1 en pacientes con carcinoma mamario unilateral: 17 de 24 (71%) en pacientes con CMB sucesivo infiltrante y 408 de 758 (54%), en aquellas con carcinoma unilateral $p=0,052$ (NS) (fig. 3).

El tratamiento del segundo carcinoma consistió en: tumorectomía más vaciamiento axilar más radioterapia en 14 pacientes (43%), tumorectomía más radioterapia en 11 pacientes (33%), tumorectomía en 6 (18%) y mastectomía en las 2 pacientes restantes (6%) (fig. 4). Como puede observarse el tratamiento del se-

CONCLUSIONES

La incidencia de CMB simultáneo y sucesivo a un tratamiento conservador fue del 4%. El 78% de todos los CMB fueron sucesivos a un tratamiento conservador, mientras que sólo el 22% restante correspondió a un CMB simultáneo. En las pacientes con CMB se observó un aumento significativo en la incidencia de antecedentes familiares, 42% vs 21%; $p = 0,02$.

Un estricto seguimiento clínico-mamográfico permitió un diagnóstico más temprano del segundo carcinoma, $pT1=71\%$ en CMB vs 54% en carcinoma de mama unilateral: aunque su influencia sobre la sobrevida global no ha sido estudiada.

Se pudo conservar la mama contralateral en la mayoría de las pacientes con CMB sucesivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cody H, Borgen P. Cáncer de mama bilateral. En: Bland K, Copeland E. La mama. 2da edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 2000; tomo II, cap.78; pág. 429-37.
2. Dawson L. Envolving prospective in contralateral breast cancer. *European Journal of Cancer* 1998;34(13):2000-9.
3. Man C. Clinical investigation. Early stage bilateral breast cancer treated with breast conserving surgery and definitive irradiation. *Inst Radiol Oncol* 1997;38(5):959-67.

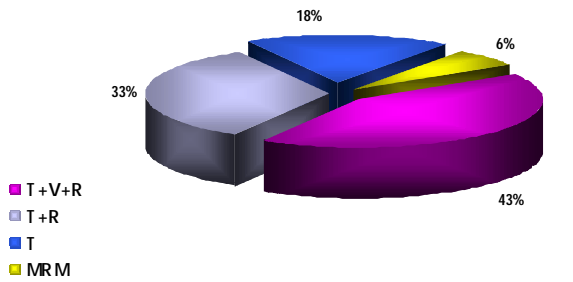


Figura 2. Tratamiento del segundo carcinoma

gundo carcinoma pudo realizarse de manera conservadora en la mayoría de los casos.

Se asoció hormonoterapia adyuvante según el estado de los receptores hormonales y el antecedente de haberla recibido luego del primer carcinoma.

No se registraron recidivas locorreccionales en ninguno de los segundos carcinomas. Nueve pacientes desarrollaron metástasis a distancia en el periodo de seguimiento estudiado.



Foto IMS