

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello
Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin Holguín.Cuba

Radioterapia adyuvante en el tratamiento conservador del cáncer de mama. Hospital Lenin. Enero 2000-Enero 2004

Adjuvant radiotherapy in the conservative treatment of breast cancer. Hospital Lenin January 2000-January 2004

Jaqueline Hernández Ochoa

²Especialista en Medicina General Integral. Especialista en Oncología con perfil de Radioterapia. *Master* en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Cables 4 entre Roosevelt y San Carlos. Reparto Peralta. Holguín. Teléfono: 423098.
jaque@hvil.hlg.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para evaluar la respuesta al tratamiento con radioterapia en 218 pacientes con cáncer de mama, tratadas con cirugía conservadora en el Hospital Provincial V.I. Lenin de Holguín, en el período de enero 2000-enero 2004. Como fuente de datos se utilizaron las historias clínicas. El grupo etario con mayor frecuencia fue de 40 a 60 años y el carcinoma ductal infiltrante el tipo histológico más encontrado. La radiodermatitis fue la complicación más frecuente a la radioterapia, y el mayor porcentaje de recidivas luego de este tratamiento fue a nivel del cuadrante de la cicatriz quirúrgica. El intervalo libre de la enfermedad fue mayor para las pacientes en los estadios 0 y I. Para alcanzar resultados superiores en el tratamiento de esta patología se recomienda un seguimiento continuo de las pacientes y fomentar acciones de promoción que contribuyan a un diagnóstico de la enfermedad en estadios incipientes.

Palabras clave: Cáncer de mama, radioterapia, cirugía conservadora, carcinoma ductal, radiodermatitis.

ABSTRACT

A descriptive-retrospective study was carried out to assess the response to radiotherapy treatment in 218 patients with breast cancer treated with conservative surgery in the Provincial Hospital "V.I. Lenin", Holguín, from January 2000 to January 2004. Medical records were used as data sources. The age group from 40 to 60 years had the highest frequency. The histological type most frequently found was the infiltrating ductal carcinoma. Radiodermatitis was the most frequent complication and the highest percentage of recidivism was at the quadrant level of the surgical scar. The disease-free interval was higher in patients in stages 0 and I. A continuous follow-up of patients and the increase of promotion actions for detecting the disease at early stages are recommended to achieve better results in the treatment of this pathology.

Key words: Breast cancer, radiotherapy, conservative surgery, ductal carcinoma, radiodermatitis.

INTRODUCCIÓN

el cáncer de mama es una enfermedad sistémica, multifactorial, polimorfa y heterogénea; los intentos para lograr la detección precoz por diversos programas como vía para el tratamiento oportuno y eficaz, han llevado a un aumento en el número de nuevos casos y a diagnósticos más tempranos. El tratamiento actual del cáncer de mama debe comprender un enfoque multidisciplinario: cirugía en sus modalidades conservadora o radical, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia.¹⁻⁴ El propósito de la cirugía conservadora de la mama es proporcionar el mismo índice de curación que la mastectomía radical, pero dejar el seno con la apariencia y la textura lo más parecidas posibles a como era antes del tratamiento.⁵⁻⁷ La irradiación tras cirugía conservadora es conseguir el control local con porcentajes semejantes a los de la cirugía radical, reduciendo la tasa de recidivas locales, las cuales se producen a causa de la multicentricidad y multifocalidad del cáncer de mama, así como por la presencia de restos tumorales no extirpados. También contribuye a completar el tratamiento de las áreas ganglionares cuando el tratamiento quirúrgico o sistémico no se considera suficiente para disminuir la recidiva regional.⁸⁻¹⁰ Se realizó la presente investigación con los objetivos de evaluar la respuesta al tratamiento con radioterapia adyuvante en pacientes tratadas con cirugía conservadora de la mama.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 218 pacientes atendidas en el Centro Oncológico del Hospital Docente Vladimir Ilich Lenin de Holguín, con diagnóstico de neoplasia de mama, tratadas con cirugía conservadora y radioterapia adyuvante en el período comprendido de enero 2000 a enero 2004.

Para la obtención de datos se utilizó la revisión de las historias clínicas de las pacientes seleccionadas y se confeccionó un formulario para la recogida de la información. Las pacientes estudiadas se agruparon de acuerdo con la edad, el estadio clínico y la variedad histopatológica, se identificaron las complicaciones más frecuentes producidas por el tratamiento, los principales sitios de recidiva locorregional y se determinó el intervalo libre de enfermedad al cabo de los 5 años.

Para el análisis y procesamiento de la información se creó una base de datos utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS Versión 8.0 para Windows. Las variables de tipo cuantitativo se determinaron en frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (%) en las distribuciones de frecuencia conformadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El mayor número de casos fue encontrado entre los 40 y 59 años (Tabla 1). Pensamos que esté relacionado con una mayor incidencia de la enfermedad luego de los 40 años, aunque se han encontrado algunos casos de pacientes por debajo de esta edad. Se debe tener en cuenta que uno de los criterios para la realización de la cirugía conservadora de la mama es la voluntariedad de la paciente, y a pesar de que por encima de los 60 años esta enfermedad es muy frecuente, en este estudio se encontraron pocos casos por la negativa de las pacientes de edad avanzada a este tipo de intervención. Nuestros resultados coinciden con Prendes y colaboradores, que encontraron el mayor número de mujeres afectadas entre los 40 y 50 años. Esta edad, junto con el antecedente patológico familiar, son los factores de mayor importancia relativa ^{11,12}.

Tabla 1. Distribución por grupos de edades

Grupo de edad (años)	N	%
30-39	8	3,67
40-49	105	48,17
50-59	96	44,04
60 y más	9	4,13
Total	218	100

Fuente: Historias clínicas.

El examen histopatológico del cáncer de mama hace posible el diagnóstico de la lesión y ayuda a determinar el pronóstico del paciente. En la Tabla 2, se observa el predominio del carcinoma ductal infiltrante, siendo la variedad histológica más frecuente (75,6%), coincidiendo con otros estudios que plantean que la incidencia de este tipo histológico se encuentra entre 75% y 80%. Numerosos autores plantean que el carcinoma ductal infiltrante junto al lobular infiltrante, puros o en combinación con otros tipos histológicos, son los más comunes. ⁴⁻¹⁰ En menor frecuencia, se encontró el carcinoma ductal *in situ* (1,37%), resultado coincidente con el reportado por otros autores que consideran que este tipo histológico tiene una incidencia menor de 5%. Con la aplicación masiva de pruebas de detección mamográfica, este tipo histológico podrá incrementarse, lo que redundará en un mejor pronóstico. ^{4,9-13}

Tabla 2. Distribución según diagnóstico histológico.

Tipo histológico	N	%
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	3	1,37
Carcinoma ductal infiltrante	165	75,68
Carcinoma lobular infiltrante	24	11,10
Carcinoma tubular	4	1,83
Carcinoma medular	11	5,04
Carcinoma mucinoso	7	3,21
Carcinoma papilar	4	1,83
Total	218	100

La cirugía conservadora de la mama se usa para pacientes con cáncer invasor en etapas tempranas (estadios I y II), con carcinoma ductal *in situ* (CDIS, o estadio 0) y en pacientes en estadio III con criterios quirúrgicos.¹⁰ En este trabajo, se encontró que 53,67% de las pacientes a las que se les realizó esta técnica se encontraban en estadio I de la enfermedad, y 39,9% en estadio II, coincidiendo estos estadios con los recomendados por varios autores para la realización de la cirugía conservadora.^{13,14} Solo 3 pacientes se encontraban en estadio 0, las cuales se diagnosticaron por exámenes fortuitos por Mamografía, siendo esta la técnica más eficaz, por la sensibilidad o probabilidad de detectar neoplasia de mama entre 85% a 95%.¹⁴

La dermatitis radiógena fue el efecto adverso más detectado, observándose en 17 pacientes (48,57%), seguido por la esofagitis radiógena en 12 pacientes (34,29%), y la neuritis en 6 pacientes (17,14%). Nuestros resultados coinciden con los de Pierce y Fisher que han demostrado que el efecto secundario más común que requiere atención es la reacción en la piel. Este evento es causa frecuente de suspensión del tratamiento por varios días, así como la esofagitis y la neuritis, principalmente intercostal, aunque en menor medida.^{7,8} Tabla 3

Tabla 3. Efectos adversos durante la radioterapia.

Efectos adversos	N	%
Dermatitis radiógena	17	48,57
Esofagitis radiógena	12	34,29
Neuritis radiógena	6	17,14
Total	35	100

Refiriéndonos a la cirugía del cáncer de mama, que extirpa el tumor de la mama y la cadena ganglionar de la axila, se tiene que considerar que puede haber recidivas mamarias y axilares.^{4,10} En esta investigación (Tabla 4) se encontraron 15 pacientes con recidivas en el cuadrante de la cicatriz quirúrgica, lo que representa 71,42%; 2 a nivel del tejido mamario residual y 4 a nivel axilar, coincidiendo con Martínez y colaboradores que plantean que la mayoría de las recidivas aparecen en el mismo cuadrante donde estaba situado el tumor primitivo y que pueden ocurrir en 10% de los casos.¹⁵ En este estudio se encontró un 9,63% de recidivas.

Tabla 4. Principales sitios de recidiva

Sitio de recidiva	N	%
Axila	4	19,04
Supraclavicular	0	0
Cuadrante de la cicatriz quirúrgica	15	71,42
Tejido mamario residual	2	9,52
Total	21	100

Al evaluar el intervalo libre de enfermedad a los 5 años (ILE) encontramos para el estadio I un ILE de 95,72% y de 86,21% para el II. En el estadio III, el ILE fue de 27,27%. Nuestros resultados son superiores o similares al de otros autores.

En todo caso, coincidimos en que el tamaño tumoral y la presencia de ganglios afectados son factores pronósticos importantes en la aparición de recaídas.^{9, 11,15-18} Como era de esperar ninguna de las pacientes en estadio 0 presentó recaídas tabla 5.

Tabla 5: Intervalo libre de enfermedad de las pacientes según estadios clínicos a los 5 años.

Estadios Clínicos	No.	%	Intervalo libre de enfermedad	
			No	%
Estadio 0	3	1,37	3	100
Estadio I	117	53,67	112	95,72
Estadio II	87	39,90	75	86,21
Estadio III	11	5,04	3	27,27
Total	218	100	193	88,53

CONCLUSIONES

Como conclusiones podemos plantear que el grupo de edades más afectado fue de 40 a 60 años, siendo el carcinoma ductal infiltrante la variedad histopatológica más frecuente, que a pesar de que predominaron las pacientes en los primeros estadios de la enfermedad, todavía existe un grupo con diagnóstico en etapas tardías (estadio III). La complicación más encontrada durante el tratamiento con radioterapia fue la radiodermatitis y el sitio más frecuente de recidiva locorregional fue en el cuadrante de la cicatriz quirúrgica. La cirugía conservadora, asociada a los tratamientos complementarios (radiaciones ionizantes, quimioterapia y hormonoterapia), en cáncer de mama en estadios I y II, constituye una buena opción de tratamiento, con resultados de ILE aceptables y con una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Cancer Institute PDQ System of the Act Cancer treatment information, Breast Cancer. 2006.
2. Breast cancer. Guías de tratamientos para médicos. Clinical practice guidelines in Oncology: NCCN. 2006; 2:1-14.
3. De Vita V, Hellman S. Cáncer: Principles and practices of Oncología. 2005; 1(6):1502-15.
4. Rudgers EJT. Guidelines to assure quality in breast cancer surgery. Eur J Surg Oncol. 2005; 31: 568-76.
5. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast conserving therapy of breast carcinomas. Ann Surg 2003; 237:26-34.
6. Spear SL, Pelletiere CV, Wolfe AJ, Tsangaris TN, Pennanen MF. Experience with reduction mammoplasty combined with breast conservation therapy in the treatment of breast cancer. Plast Reconstr Surg. 2003; 111:1102-9.
7. Pierce LJ, Strawderman M, Narod SA; *et al.* Effect of radiotherapy after breast-conserving treatment in women with breast cancer and germline BRCA ½ mutations. J Clin Oncol. 2000, 18:3360.
8. Fisher B, Anderson S, Bryant J, *et al.* Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med. 2002; 347:1233.
9. Camacho R. Guía de recomendaciones, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. La Habana: Socedar; 2004.
10. Key TJ, Verkasalo PK, Banks EI. Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncol. 2006; 2:133.
11. Prendes Labradas M, Soler Fonseca V, Morales Cáceres W. Pesquisaje del cáncer de mama en la comunidad de Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(2):165-70.
12. González MS, Chávez MF, Romero PT, Lance AJ. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. Rev Cubana de Oncol 1998; 14(1):22-5.
13. Consenso de tratamiento de Cáncer de mama. INOR. 2004
14. Barchielli A, Federico M, De Lisi V, Bucchi L, Ferretti S, Paci E, *et al.* In situ breast cancer: Incidence trend and organised screening programmes in Italy. Eur J Cancer. 2005;41(7):1045-50.
15. Martínez F, Tellez F, Sierra A. Protocolo Unificado en el Cáncer de Mama. Sección de Patología Mamaria Asociación Española de Cirugía. 2007.SEOM.
16. Greenlee RT, Gukk-Harnib. Cancer Statistics. 2005. Cancer J Clin. 2005; 51:15-36.

17. American Cancer Society: Cancer facts and figures. 2005; 17 (4): 54- 60.
18. National Cancer Institute PDQ. System of the Act Cancer treatment information, Breast Cancer, 2006.