

Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama localmente avanzado. Fundación Hospital Universitario Metropolitano periodo julio 2012 a enero 2015

Julio Posada Moreno¹, Álvaro Santrich Martínez², Edward Bolívar Gallego³

¹MD Cirujano Oncólogo. Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Barranquilla, Colombia

²MD Cirujano General, Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia

³MD Residente IV año de Cirugía General. Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia

Resumen

Introducción: el cáncer de mama es la segunda causa diagnóstica y la primera en supervivencia por cáncer a nivel mundial. En los países en desarrollo este cáncer ha mostrado una clara tendencia al incremento durante los últimos años.

Objetivo: determinar la respuesta al manejo quirúrgico en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado, en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

Materiales y métodos: pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama localmente avanzado, sometidas a manejo quirúrgico en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano. Es un estudio poblacional con el 100% de la población, no se calculó tamaño de la muestra; total 40 pacientes.

Resultados: la mayor prevalencia fue en pacientes comprendidos entre los 41 a 60 años con el 65% y una media de 54.9 ± 8.5 años; el 70% de los tumores localmente avanzados se localizaron en la mama izquierda. Mayor frecuencia en estadiaje IIIA con un 35%, seguida del estadiaje IIIB 25% y del estadiaje IIIC y IIB con 20% respectivamente; la mastectomía radical modificada + disección de ganglios linfáticos axilares fue el procedimiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia en las pacientes en estudio con el 85%.

Conclusión: la mastectomía radical modificada + disección de ganglios linfáticos axilares fue la conducta quirúrgica que se realizó con mayor frecuencia en las pacientes en estudio, la cirugía conservadora mediante cuadrantectomía + disección de ganglios linfáticos axilares se realizó en el 15% restante.

Palabras clave: cáncer, mama, inflamatorio, quirúrgico, conservador, mastectomía, radical.

Surgical treatment on locally advanced breast cancer. Fundación Hospital Universitario Metropolitano period July 2012 to January 2015

Abstract

Introduction: Breast cancer is the cause second diagnostic and the first in survival from cancer worldwide. In developing countries this cancer has shown a clear tendency to the increase over the past years.

Objective: To determine the response to surgical management in patients with locally advanced, breast cancer in the Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

Materials and methods: Patients with a confirmed diagnosis of locally advanced breast cancer undergoing surgical management in the Fundación Hospital Universitario Metropolitano. It is a population study with 100% of the population, sample size was not calculated; total 40 patients.

Results: The highest prevalence was in patients between 41 to 60 years with 65% and an average of 54.9 ± 8.5 years; 70% of locally advanced tumors were found in the left breast. Most often in staging IIIA with 35%, followed by staging 25% IIIB and IIIC and IIB staging with 20% respectively; the modified radical mastectomy + axillary lymph node dissection was the surgical procedure that was performed more frequently in patients in study with a 85%.

Conclusion: The modified radical mastectomy + axillary lymph node dissection was surgical

conduct that occurred more frequently in patients in study, quadrantectomy conservative surgery + axillary lymph node dissection was performed in the remaining 15%.

Key words: Cancer, breast, inflammatory, surgical, conservative, radical mastectomy.

Introducción

El cáncer de mama es la segunda causa diagnóstica y la primera en supervivencia por cáncer a nivel mundial (1). En los países en desarrollo este cáncer ha mostrado una clara tendencia al incremento durante los últimos años (2). El manejo estándar del cáncer de mama se basa en cirugía asociada a quimioterapia sistémica y a radioterapia. La mastectomía es el tratamiento quirúrgico de elección entre pacientes con tumores localmente avanzados (3,4).

Los tumores de mama localmente avanzados se caracterizan por la presencia de un tumor ≥ 5 cm, compromiso de la piel o de la pared torácica, nódulos satélites, carcinoma inflamatorio, compromiso ipsilateral de los ganglios supraclaviculares, infraclaviculares y de la cadena mamaria interna, o compromiso axilar ipsilateral de tipo conglomerado ganglionar (4).

En la clasificación actual del American Joint Comitee for Cáncer la enfermedad localmente avanzada corresponde a los tumores clasificados en estadios clínicos IIB a IIIC (5). Cerca de la mitad de las pacientes en países en vías de desarrollo se presentan con tumores localmente avanzados de mama (6,7). Entre 1.106 pacientes con cáncer de mama tratadas en Bogotá durante 2006 el 57,1% se presentaron con tumores localmente avanzados (8). Durante el mismo año en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) se trató a 167 pacientes con cáncer de mama localmente avanzado, lo cual correspondió al 52,4% del total de las pacientes nuevas (4,9).

Las complicaciones postoperatorias en las pacientes con cáncer de mama localmente avanzado (CMLA) especialmente las que interesan a la herida quirúrgica y a las secuelas de la cirugía, son significativamente más frecuentes que en aquellos con tumores menos evolucionados y sometidos a una cirugía menos agresiva. Por otra parte, los decepcionantes resultados obtenidos en series históricas en pacientes con cáncer

de mama LMA tratados con cirugía y/o radioterapia no hacen más que confirmar la dificultad de controlar la enfermedad a nivel sistémico con un tratamiento exclusivamente local (10).

Actualmente, por tanto, el manejo de estas pacientes es multidisciplinario, y puede integrar quimioterapia (neoadyuvante o adyuvante), hormonoterapia, anticuerpos monoclonales, radioterapia y tratamiento quirúrgico. El objetivo final es doble: en primer lugar, mejorar el control sistémico de la enfermedad con tratamiento farmacológico, y así aumentar la supervivencia, y, en segundo lugar, conseguir el control local mediante cirugía y/o radioterapia (10).

Varios aspectos influyen los desenlaces clínicos: existen factores pronósticos bien descritos relacionados con el tumor, como el compromiso ganglionar, el tamaño tumoral, el grado de diferenciación y la presencia de invasión linfocelular; igualmente, algunos otros, no tan bien caracterizados, incluyen la distancia con respecto al margen profundo de sección, el estado con respecto a la menopausia, la edad y el estado de receptores hormonales. Otros factores que se asocian a la eficacia y la toxicidad se relacionan con el tratamiento, e incluyen el tipo de cirugía y el uso de quimioterapia sistémica, hormonoterapia y radioterapia (4).

No se disponen de estudios locales que describan lo que se viene realizando en cuanto al manejo del cáncer de mama localmente avanzado en el plano local, por lo que se justifica la realización de esta investigación.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, diseñado con el objetivo de describir el manejo quirúrgico en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado, en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano periodo 2012–2015.

La población está compuesta por pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama localmente avanzado, las cuales fueron sometidas a manejo quirúrgico en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano periodo 1ro de julio de 2012 – 30 de enero de 2015. En razón que se trabajó a manera de un estudio poblacional en el 100% de la población, no se

Correspondencia:

Julio Posada Moreno. Calle 76 No. 42 - 78. Barranquilla, Colombia

Tel: 009+57 + 5 (código de área) +3697021

lucem@gmail.com

Recibido: 20/03/15; aceptado: 17/04/15

calculó tamaño de la muestra; total 40 pacientes. Fuente secundaria basada en la historia clínica.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Cáncer de mama localmente avanzado, tratadas quirúrgicamente en la institución.
- Pacientes con seguimiento institucional.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Datos incompletos en historia clínica de variables incluidas en estudio.

Los datos se tomaron directamente de las historias clínicas, estos se llevaron a formulario de recolección de la información prediseñado; se realizó tabulación de la información en programa de cómputos Epi-Info 3.5.3; se valoran parámetros estadísticos descriptivos de frecuencias absolutas y relativas, así como media estadística y desviación estándar en variables cuantitativas.

Resultados

La mayor prevalencia en la muestra estudiada esta en pacientes entre los 41 a 60 años con el 65%, con una media de Media: 54.9 ± 8.5 años; de acuerdo a edad de menarquia, mostró que el 60% de la muestra manifiesta menarquia mayor a los 12 años media 13.1 ± 1.1 años.

El 30% de las pacientes presentaban antecedentes familiares de cáncer de mama; de acuerdo al estado de las pacientes frente a la menopausia, el 80% de estas se encontraban en la posmenopausia.

El 70% de los tumores localmente avanzados se localizaron en la mama izquierda. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de localización.

Localización	(No)	(%)
Mama derecha	12	30
Mama izquierda	28	70
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

La distribución de acuerdo al estadiaje clínico en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado incluidas en esta investigación, mostró mayor frecuencia en estadiaje IIIA con un 35%, seguida del estadiaje IIIB 25% y del estadiaje IIIC y IIB con 20% respectivamente. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de estadiaje clínico

Estadiaje	(No)	(%)
IIB	8	20
IIIA	14	35
IIIB	10	25
IIIC	8	20
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

De acuerdo al tipo histológico, el 77.5% eran carcinoma ductal infiltrante, el 22.5% carcinoma lobulillar infiltrante; no se observaron otros tipos histológicos infiltrantes. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de tipo histológico

Histología	(No)	(%)
Ductal infiltrante	31	77.5
Lobulillar infiltrante	9	22.5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

La mastectomía radical modificada + disección de ganglios linfáticos axilares fue el procedimiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia en las pacientes en estudio con el 85%; la cirugía conservadora mediante cuadrantectomía + disección de ganglios linfáticos axilares se realizó en el 15% restante, importante mencionar que el 100% de los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de tratamiento quirúrgico

Tratamiento Quirúrgico	(No)	(%)
MTRM*	34	85
CC**	6	15
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

MTRM: Mastectomía radical modificada CC: Cirugía conservadora

En cuanto a tratamientos coadyuvantes, el 70% recibieron quimioterapia + radioterapia + hormonoterapia; el 15% quimioterapia + radioterapia y el 15%

restante quimioterapia como terapia coadyuvante única. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de tratamientos coadyuvantes

Tratamientos Coadyuvantes	(No)	(%)
QMT	6	15
QMT + RT	6	15
QMT + RT + HT	28	70
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas Fundación Hospital Universitario Metropolitano.

Discusión

En nuestro país, hasta el 32.6% de las pacientes con cáncer de mama se encuentra en etapas localmente avanzadas al diagnóstico (4). Es menos frecuente detectar cáncer de mama localmente avanzado en países desarrollados, en los cuales se registra sólo de 10 a 20 % de los casos (11). La resección quirúrgica es la principal modalidad de tratamiento en pacientes con cáncer de mama. Este estudio fue realizado con la finalidad de describir el manejo quirúrgico en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado, en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano periodo julio de 2012 a enero de 2015.

Se lograron obtener los datos de 40 pacientes con cáncer de mama localmente avanzado en el periodo de estudio, de estas el 65% presentaban edades entre los 41 – 60 años con una media de 54.9 ± 8.5 años, distribución similar a la descrita por Kanavos (2) y por Pineros (8) quienes describen medias de 52.6 años y de 55.8 años respectivamente; en cuanto a la edad de menarquia, el 60% refirió menarquia después de los 12 años, siendo este un dato a tener en cuenta, ya que estudios como el de Lee y cols (5) manifiestan que la menarquia temprana se comporta como factor de riesgo para cáncer de mama, sin embargo Kanavos (2) no demostró asociación significativa, por lo que la controversia puede ser clarificada en estudios casos y control.

Para los antecedentes familiares de cáncer de mama, este se presentó en el 30% de la muestra, lo que se puede comparar con el 29.8% de pacientes que presentan este antecedente en el estudio de Ballesteros (12); el estado de la paciente frente a la menopausia al momento del diagnóstico mostró que el 80% de las pacientes se encontraba en la

posmenopausia, lo que igualmente coincide con lo descrito por Ballesteros (12).

La características propias de la patología coinciden con lo reportado por Lee (5) y Ospino (4), quienes describen a la glándula mamaria izquierda con mayor frecuencia, con frecuencias hasta del 65%, lo que se compara con el 70% arrojado por esta investigación; así mismo el estadiaje del cáncer de mama localmente avanzado incluidas en esta investigación, mostró mayor frecuencia en estadiaje IIIA con un 35%, seguida del estadiaje IIIB 25% y del estadiaje IIIC y IIB con 20% respectivamente, datos similares a lo descrito por Lee (5) y Rebolledo (10). El tipo histológico ductal infiltrante alcanzó la mayor frecuencia con el 77.5%, donde el restante 22.5% se trataron de tumores lobulillares infiltrantes, tanto estudios nacionales como el de Ospino (4) como el de Lee (5), refieren mayor frecuencia de este tipo histopatológico.

De acuerdo a la conducta quirúrgica, la mastectomía radical modificada + disección de ganglios linfáticos axilares fue el procedimiento que se realizó con mayor frecuencia en las pacientes en estudio con el 85%, la cirugía conservadora mediante cuadrantectomía + disección de ganglios linfáticos axilares se realizó en el 15% restante; esta conducta fue dependiente del tamaño, estadiaje y factores dependientes de cada paciente; y se debe tener en cuenta que no se contó con información completa de cuantos pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante, sin embargo el 75% de las pacientes se pudo constatar que la recibieron; a pesar de estos datos y de estudios como el de Rebolledo (10) refieren que las pacientes que reciben quimioterapia neoadyuvante se logra preservar la mama en aproximadamente el 45% de los casos, dato que no se logró constatar en esta serie.

El 100% de las pacientes en estudio recibieron algún tipo de terapia coadyuvante, donde el 70% recibieron quimioterapia + radioterapia + hormonoterapia; el 15% quimioterapia + radioterapia y el 15% restante quimioterapia como terapia coadyuvante única; estos datos son similares a lo reportado por Ospino (4), Lee (5) y Valero (11) entre otros autores.

No se lograron datos de seguimiento y de supervivencia debido a que una gran proporción de pacientes lo hicieron en otras instituciones diferentes a la FHUM.

Referencias

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005; 55(2):74-108.

2. Kanavos P. The rising burden of cancer in the developing world. *Ann Oncol.* 2006; 17(Suppl 8): 15-23. DOI: 10.1093/annonc/mdl983
3. Shenkier T, Weir L, Levine M, Olivotto I, Whelan T, Reyno L. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 15. Treatment for women with stage III or locally advanced breast cancer. *CMAJ.* 2004;170(6):983-94.
4. Ospino R, Cendales R, Cifuentes R, Sánchez Z, Galvis J, Bobadilla I. Supervivencia en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas con radioterapia posterior a mastectomía en el Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Colomb Cancerol* 2010;14(4):210-24. DOI: 10.1016/S0123-9015(10)70084-6
5. Lee MC, Newman LA. Management of patients with locally advanced breast cancer. *Surg Clin North Am.* 2007;87(2):379-98. DOI: 10.1016/j.suc.2007.01.012
6. Chopra R. The Indian scene. *J Clin Oncol.* 2001;19(Suppl18):106S-11S.
7. Schwartzmann G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. *J Clin Oncol.* 2001;19(Suppl18): 118S-24S.
8. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García O. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Col Cancerol.* 2008;12(4):181-90.
9. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Anuario Estadístico 2006: "Por el control del cáncer". Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2007: disponible en: http://www.incancerologia.gov.co/documentos/1_3_2008_10_21_58_AM_anuario%20estadistico.pdf
10. Rebollo F, García R, Rodríguez J, Ladredo D, Salas J, García M. et al. Quimioterapia neoadyuvante y tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado. *Rev Senol Patol Mamar.* 2012;25(2):54-9. DOI: 10.1016/S0214-1582(12)70013-0
11. Valero V, Buzdar A, Hortobagyi G. Locally advanced breast cancer. *Oncologist* 1996;1:8-17.
12. Ballesteros G, Campos M, Müller B, Ciudad A, Orlandi L, Donoso A. et al. Revisión de la literatura sobre tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado. *Medwave.* 2010; 10(01):e4354. DOI: 10.5867/medwave.2010.01.4354