



CM

Carta Mastológica

Organo Divulgativo de la Sociedad Venezolana de Mastología

Junta Directiva (1997-1999)

Dr. Pedro Martínez Latuff. Presidente.

Dr. Eduardo Undreiner. Vicepresidente.

Dr. Ricardo Paredes H. Secretario.

Dra. María Aguilera. Sub-secretaria.

Dr. Alvaro Gómez. Tesorero.

Dra. Mariela Salazar. Vocal.

Dr. Nelson Hamana H. Bibliotecario.

Colaboradores en éste Número:

Dr. Juan José Rodríguez

Dr. José R. Troconis-Elorga

Dra. Morella Rebolledo

Editorial

No imaginaba William Stewart Halsted cuando publicó en el Boletín del Hospital Johns Hopkins en 1.894: "Los resultados de las curas por operaciones de cáncer de la mama realizadas en el Hospital Johns Hopkins", que él, su espíritu o su presencia inmarcesible y omnipotente marcarían constantemente las reuniones de cirujanos oncológicos y oncólogos médicos cuando pretenden ponerse de acuerdo en el tratamiento ideal del cáncer de la mama.

Algunos pretenden sobresimplificar la discusión, argumentando que el nuevo paradigma: "El cáncer de la mama, es una enfermedad sistémica desde un principio" y por tanto haga más o menos loco-regionalmente, al final esto no afectará la sobrevida de estas pacientes. Este orden de ideas entre los cirujanos, abrió el camino a la terapia sistémica con gran contento de los médicos.

El paradigma anterior "El cáncer de mama se origina en una o más células que forman el tumor primario, y de éste se desprenden células que colonizan tejidos y órganos a distancia en una forma ordenada y previsible" refleja una forma de ver las cosas bajo una óptica racional. Pensamiento propio de nuestra cultura occidental, que imaginando todo evento predecible y regido por las leyes universales, tranquiliza al creyente y al tratante.

Puedo imaginar con facilidad a Halsted, explicándole en inglés, a cuanto residente o adjunto se le acerca que: "Si la cosa comienza en A (primario), y de allí pasa a B (axila), sacamos completa y conjuntamente a A + sus aledaños + B + sus aledaños + el camino entre A y B". Y además, para mejor brillo, le acuño el barbarismo "en bloc". Sencillo, comprensible y fácil de hacer... Todo ajustado a la lógica científica imperante... Cuando observó sus resultados, que mejoraban sensiblemente los tratamientos quirúrgicos anteriores, sintió que habían dado un gran paso. Nuevamente y basados en la lógica, otros cirujanos-cirujanos, más Halstedianos que William, se decidieron por el camino ultra-radical de la C (la mamaria interna), hasta que el tope alcanzado por el Dr. Prudente quien solucionó el problema del linfedema, desarticulando el miembro superior ipsi-lateral.

El tiempo (más de setenta años) y esos aguafiestas de los radioterapeutas colocaron sobre el tapete, que una cirugía menos radical aunada a tratamiento radiante locoregional ofrecían cifras de sobrevida global y de sobrevida libre de recaída tan buenas como las obtenidas por las hordas Halstedianas primitivas. Fácil de aceptar, pues los radioterapeutas también son Halstedianos y trabajan bajo el concepto lógico y racional imperante. Que por abuso de confianza, y argumentando que a iguales resultados y con mejor estética, si los cirujanos reducían el volumen "aparentemente sano" a extirpar (lumpectomía, tumorectomía o eufemísticamente cirugía preservadora o mastectomía parcial) ellos los Halstedianos var. radioterapeutas, se encargarían del "en bloc", de B y de C. Este singular avance gatopardiano, este caminar y aún correr sin alejarse del mismo sitio impuesto por Marcel Marceau, dejó igual las cosas pero con más satisfacción para las pacientes tratadas, y por primera vez el cáncer de mama se trató más para conveniencia del huésped, que dirigido a tratar solo al tumor, a la enfermedad.

En los años 70 aparece la tercera variedad de Halstedianos. La variedad Oncólogo-médico que esgrime el segundo paradigma para justificar el tratamiento sistémico y su protagonismo en escena. Resultados estadísticamente significativos (pero magros) año a año mostraba el Dr. Bonadonna para la variante coadyuvante. Halsted no enunció un anti-paradigma, ni dijo que la enfermedad comenzaba en forma sistémica y que luego ella metastizaba una o varias localizaciones mamarias, dando origen a lo que conocemos como el tumor primario. Esta antitesis sería la justificación última y orgasmática del quimioterapeuta-quimioterapeuta.

Más bien los Halstedianos de hoy, a la luz de la aceptación de la entropía moderada y del caos programado de los filósofos contemporáneos (Nelson Hamana dixit), cuando se nos dice que el racionalismo murió y que mejor nos acostumbremos a vivir en incertidumbre. Reeditemos el Paradigma: "El cáncer de mama se da en células, quizás originalmente confinado y con tendencia cierta a la diseminación temprana". Por ahora...

Más que nada la confusión surge entre nosotros los Halstedianos de cualquier plumaje, dado que ya desde la Edad Media, el papado reconociendo un hecho, separó a dos grupos de empíricos dedicados a tratar o maltratar pacientes. En un concilio "ad hoc" concluyeron. "Coloquense a la diestra aquellos conocidos como hechiceros blancos, botánicos, envenenadores (proto-quimioterapeutas), sanadores y médicos que hablen de preferencia el latín. Ellos prescribirán los remedios y medicamentos". A continuación. "Y ahora, coloquense a la siniestra aquellos acreditados como: barberos, talladores de próstata, colocadores de sanguijuelas, sangradores y cirujanos. Ellos cortarán, amputarán, quitarán y recompdrán a discreción" (y de acuerdo a los chismes propios del gremio, también los únicos que curarán y su recompensa en la tierra obtendrán).

Discriminaba el Dr. Fernando Rísquez connotado psiquiatra, homeópata y según él, cirujano de almas. El cirujano es un ser vital, concreto, agresivo. "La cosa está aquí, corto esto, lo saco y pego esto con esto y fuera cacho" característicamente trabaja en la dimensión "espacio". El médico, reflexivo, enyoyado. "La cosa puede ser esto o aquello. Hágase esto y esto, y vuelve. Si mejora, tómese la mitad, y si empeora, tómese el doble. Y en cualquier caso hágase esto otro", su dimensión es "el tiempo".

Si estos arquetipos discímiles pueden ponerse de acuerdo en lo que cada quien llama Halstedianismo, como es conocida la religión que profesamos todos los oncólogos, por favor avísenme y lo publicaré como una Guía para el votante incauto en las próximas elecciones de Diciembre.

¡Halstedianos del mundo! ¡Regocijaos! Quizás Dios esté muerto, pero lo que es Halsted, éste está vivo y coleando... Y si lo dudan pregunten a un Neo-Halstediano, a esos de la secta de los disectores del ganglio centinela.

¡Halsted, es Dios y el cirujano su profeta!

Dr. Eduardo Undreiner
Médico Oncólogo

REGLAMENTO DE PUBLICACION Carta Mastológica es una publicación periódica auspiciada por la Sociedad Venezolana de Mastología cuyo fin es la difusión de información sobre avances recientes en el área mastológica. Para tal fin, se publica información epidemiológica-prevención y despistaje, tratamiento quirúrgico, radiante y sistémico (quimioterapia, hormonoterapia y otros), por lo que se ha dividido esta publicación en cuatro secciones. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN 1. Serán aceptados artículos originales, de revisión, epidemiológicos, análisis de temas controversiales y sobre casos clínicos de relevancia. Todos los artículos serán revisados y aprobados para publicación por un Comité de Redacción creado para este efecto. 2. Por razones de espacio, deben ser resumidos, presentados en hojas blancas tamaño carta (no más de 4 páginas) a doble espacio, letra tamaño doce y con no menos de 2,5 cm de margen a ambos lados. 3. Los artículos originales deben seguir el siguiente orden: título, autores, resumen, introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. 4. Todos los trabajos deben tener bibliografía y en caso de más de seis referencias se deben indicar con un asterisco las 5 más importantes, las cuales aparecerán en la publicación, mencionando que existe bibliografía adicional que estará disponible para los interesados. Para las referencias bibliográficas deben seguirse las normas internacionales (ISO/R 77; 1958). Deben ser numeradas de acuerdo a su aparición en el texto, y su numeración podrá ser modificada si son más de seis. 5. Las tablas deben ser sencillas, pequeñas, con líneas a doble espacio e identificadas con números romanos. Las figuras (gráficos) deberán identificarse con números arábigos. En el texto se citarán las correspondientes tablas o gráficos. En cada trabajo no debe existir más de 2 tablas y/o gráficos. 6. No se usarán abreviaturas a excepción de aquellas reconocidas internacionalmente. 7. Los productos o drogas aparecerán con su nombre genérico, evitando nombres comerciales. 8. No serán editados artículos aparecidos en otras publicaciones, y en caso de suceder esto, el comité de redacción se reserva las medidas a tomar. 9. Los trabajos serán enviados a la Sociedad Venezolana de Mastología, torre del Colegio de Médicos del Distrito Federal, Santa Fe Norte, piso 2, oficina 2.

QUIMIOPREVENCIÓN EN CARCINOMA DE MAMA

Dr. Juan José Rodríguez.

Médico Oncólogo. Instituto Oncológico Luis Razetti

El carcinoma de mama es la neoplasia de mayor incidencia en mujeres en Norteamérica, Europa, Australia y algunos países de Latinoamérica. En Venezuela, después del carcinoma de cuello uterino, es la neoplasia con mayor mortalidad anual entre mujeres. Su incidencia se ha incrementado en los últimos años, y cerca de un 40% de las pacientes mueren por recidiva o progresión de la enfermedad. En los últimos años los métodos de pesquisa han aumentado el número de diagnósticos precoces, pero el tratamiento sigue implicando la realización de cirugías con resección total o parcial de la glándula mamaria, la instauración de quimioterapia en los pacientes con riesgo de recaída y de radioterapia, procedimientos que aunque han mejorado siguen manteniendo toxicidad y morbilidad.

El tratamiento de esta enfermedad en estadios metastásicos demostró inicialmente la utilidad de las manobras hormonales, tanto la ooforectomía en pacientes premenopausicas como del Tamoxifeno en pacientes postmenopausicas. Esto permitió el uso de esta última droga como tratamiento adyuvante sistémico en pacientes con estadios tempranos, especialmente indicado en pacientes postmenopausicas, pero además el metaanálisis del tratamiento del carcinoma de mama temprano sugirió la utilidad de Tamoxifeno en pacientes premenopausicas⁽¹⁾. En los diferentes estudios publicados llamó la atención la menor incidencia de carcinoma de mama contralateral en los pacientes que tomaban Tamoxifeno cuando se comparó con el grupo que no lo recibió⁽²⁾. Estos interesantes datos llevaron a la idea que Tamoxifeno podía ejercer algún efecto preventivo en la aparición de carcinoma de mama, y abrió la posibilidad de disponer de un agente con baja toxicidad y con la capacidad de prevenir el carcinoma de mama, considerando su uso especialmente en las pacientes de alto riesgo para el desarrollo de esta patología. Además algunos estudios registraron una disminución en la incidencia de eventos cardiovasculares y retraso en la disminución de la masa ósea, pero igualmente se presentó un incremento en la incidencia de carcinoma de endometrio y fenómenos tromboembólicos^(3,4). Algunos autores sugirieron que Tamoxifeno tenía potencial carcinogénico hepático y toxicidad ocular, aunque estos últimos eran discutibles y raros⁽⁵⁾.

El potencial rol de Tamoxifeno como agente quimiopreventivo llevó al inicio de estudios randomizados para conocer el real valor de la droga y la relación BENEFICIOS/RIESGOS. Los resultados de uno de estos estudios, del grupo NATIONAL SURGICAL ADJUVANT BREAST AND BOWEL PROJECT (NSABP) BREAST CANCER PREVENTION TRIAL (BCPT) fueron presentados por Fisher ante el Instituto Nacional de Cáncer y el Instituto Nacional de Salud recientemente. Este estudio, que incluyó 13.388 pacientes con riesgo aumentado de cáncer de mama recibieron Tamoxifeno o placebo (doblecego) con un seguimiento medio de 4 años. La distribución

por edad incluía 40% de pacientes con edades entre 35 a 49 años, 30% entre 50 a 59 años y 30% más de 60 años.

Los resultados del estudio son contundentes: la disminución de la incidencia de carcinoma de mama disminuyó en un 45% en el grupo Tamoxifeno, beneficio que se hizo evidente en la disminución de la incidencia de carcinoma invasivo y no invasivo, además que el beneficio fue para todos los grupos etarios descritos anteriormente. Esto significa que en este grupo de alto riesgo LA INCIDENCIA DE CARCINOMA DE MAMA SE REDUJO CASI A LA MITAD EN EL GRUPO TAMOXIFENO VS EL GRUPO PLACEBO. Además en el grupo Tamoxifeno se presentó una disminución en la aparición de fracturas, beneficio ya registrado en los estudios de Tamoxifeno adyuvante. No hubo diferencias importantes entre la incidencia de eventos cardiovasculares. Dentro de los riesgos, se evidenció en el grupo que tomó Tamoxifeno un aumento en la incidencia de carcinoma de endometrio (33 vs 14 en el grupo Placebo) y eventos vasculares (17 casos de embolismo pulmonar vs 6 en el grupo placebo y 30 casos de trombosis venosa profunda vs 19 en el grupo Placebo).

Los resultados presentados llevan a pensar que existen pacientes con un riesgo de carcinoma de mama lo suficientemente alto como para justificarse el uso de Tamoxifeno como agente preventivo del carcinoma de mama tomando en cuenta que existen riesgos con el uso de esta droga. De hecho, durante la presentación de los resultados del BCPT se dieron ejemplos de pacientes con perfiles de riesgo para carcinoma de mama que deberían recibir Tamoxifeno, y ese grupo es en Estados Unidos un aproximado del 21% de las mujeres norteamericanas. Para finalizar, presentaron algunas conclusiones que destacaron la importancia del Tamoxifeno como agente preventivo en pacientes de alto riesgo, además de indicarnos que el balance beneficio/riesgo varía con la edad, ya que en el grupo de pacientes menores de 50 años el riesgo de efectos colaterales importantes no se incrementó con el uso de Tamoxifeno. Destacan además, que la decisión de tomar Tamoxifeno es personal (situación que se repite para cualquier tratamiento oncológico).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. *The Lancet* 1992, 339: 1-15, 71-85.
- 2.- Jordan VC. The role of Tamoxifen in the treatment and prevention of breast cancer. *Current Problems in Cancer*, 1992, vol XVI(3).
- 3.- Love R, Mazess R, Barden H, et al. Effects of tamoxifen on bone mineral density in postmenopausal women with breast cancer. *N Engl J Med* 1992, 326: 852-856.
- 4.- McDonald CC, Stewart HJ. Fatal myocardial infarction in the Scottish adjuvant tamoxifen trial. *B M J* 1991, 303: 435-437.
- 5.- Love R. Tamoxifen therapy in primary breast cancer: biology, efficacy and side effects. *J Clin Oncol* 1989, 7: 803-815.



CARDIOXANE®
Dexrazozane

CIRUGIA ONCOPLASTICA MAMARIA

Dr. José R. Troconis-Elorga.

Instituto Urológico Tamanaco. Caracas.

En el tratamiento actual del Cáncer Mamario se considera como práctica normal integrar un equipo de trabajo para planificar un adecuado plan terapéutico multidisciplinario. Dentro de esta integración se han ido incorporando los conceptos reconstructivos, y ya la mayoría de los centros de tratamiento mastológicos aceptan como práctica normal el realizar reconstrucciones inmediatas, con las ventajas inherentes al evitar someter a la paciente a una amputación mamaria con las consecuencias psicológicas que de ello deriva y al evitar añadir otros procedimientos quirúrgicos y la carga económica adicional que se produce.

La utilización en conjunto de los conceptos plásticos y los conceptos oncológicos en la evaluación, tratamiento y seguimiento de las pacientes con Cáncer Mamario es lo que se ha llamado Cirugía Oncoplástica Mamaria.

Esta idea se han venido manejando de una manera no organizada durante varios años con resultados realmente satisfactorios y lo que intentamos es definir los campos en que se puedan aplicar, la manera de hacerlo y establecer algunas pautas de su manejo.

TRATAMIENTO PRESERVADOR DE LA MAMA

Al desarrollarse la Mastectomía Parcial Oncológica y Radioterapia postoperatoria como práctica común en el tratamiento de lesiones menores de 4 cm. comenzamos a ver complicaciones nuevas derivadas de este procedimiento. De estas complicaciones lo más frecuente es ver deformidades como consecuencia de la Mastectomía Parcial, que en ocasiones produce una zona deprimida con adherencias de la piel a los planos profundos y que se hace más marcado cuando le sumamos el efecto de la Radioterapia. Esta situación puede ser evitada si planificamos previamente el procedimiento reconstructivo, sea movilizándolo colgajos glandulares en las mamas pequeñas y medianas o realizando la mastectomía dentro de un patrón de Reducción Mamaria del utilizado en los procedimientos de reducción y de pexia mamaria. En los casos con retracciones ya establecidas el cirujano plástico puede resolver el problema movilizándolo colgajos locales para rellenar el defecto o mediante colgajos musculares o miocutáneos que no solamente van a dar el volumen adicional al defecto mamario sino que van a aportar mejoras en la vascularización de la zona.

MASTECTOMIAS GLANDULARES

La incidencia de complicaciones que se producen con las Mastectomías Subcutáneas y Mastectomías Glandulares con Reconstrucción Inmediata, han sido producto evidente de una mala coordinación entre el cirujano que hace la parte de exéresis y quien hace la parte de reconstrucción. La incidencia de necrosis de colgajos, extrusión de prótesis mamarias y deformidades postoperatorias han sido estadísticamente importantes y sin duda una resultante de mala planificación, manejo inadecuado de los colgajos, mala cobertura de las prótesis y en los casos indicados que han debido ser irradiados se han sumado los efectos locales de la Radioterapia.

Al combinar conceptos plásticos con la parte oncológica se puede disminuir de manera apreciable estas complicaciones y con la incorporación de los colgajos miocutáneos a estos procedimientos podemos ofrecer un arca vascularizada que resiste

bien los efectos secundarios de la radiación e incluso lo hemos utilizado para rescatar secuelas graves de retracciones y deformidades cuando se ha combinado la Mastectomía Glandular con prótesis y radiaciones.

MASTECTOMIAS RADICALES

En este campo es tal vez donde más se ha podido obtener de la combinación oncoplástica. Por una parte ya podemos hablar de consenso al ofrecerle la reconstrucción inmediata a toda mujer que va a ser sometida a una Mastectomía Radical. Al hacerlo, se puede planificar en avance las incisiones de la operación utilizar los criterios de conservación de la piel de la mama (skin sparing mastectomy) y tallar unos colgajos adecuados con suficiente espesor de tejido subcutáneo de acuerdo a los nuevos conceptos de manejo de los márgenes quirúrgicos.

De la combinación de reconstrucción inmediata, conservación de piel y colgajos de un espesor adecuado, se pueden obtener excelentes resultados reconstructivos sin alterar el tratamiento oncológico, la calidad de los resultados y su pronóstico.

Simultáneamente el uso de los colgajos arterializados musculares y miocutáneos otorgan un factor de seguridad adicional ya que permiten que se apliquen tratamientos adicionales con radiaciones y quimioterapia en el tiempo apropiado y con un mínimo de alteraciones locales. Sin duda que en esto hay que reconocer el aporte de los especialistas en Radioterapia que en los casos indicados pueden modificar los campos de tratamiento para no someter a la mama reconstruida a una dosis innecesaria de radiaciones.

PLANTEAMIENTOS FINALES

- 1) La Cirugía Oncoplástica Mamaria es una forma moderna de integrar los conceptos oncológicos y plásticos en el tratamiento multidisciplinario de la mujer con Cáncer Mamario.
- 2) La aplicación de esta integración debe estar presente en todas las etapas del tratamiento y ser consideradas al establecer las modalidades del mismo, el momento de la cirugía, el tratamiento quimioterápico y de radiaciones.
- 3) La combinación de procedimientos plásticos y oncológicos en los casos de Mastectomías Glandulares y Subcutáneas así como la planificación conjunta de los casos de Cirugía Preservadora Mamaria pueden evitar en buen número las secuelas del tipo de retracciones, deformidades, extrusiones, infecciones y otras complicaciones que obliguen a realizar tiempos quirúrgicos adicionales.
- 4) Considerar a la Reconstrucción Inmediata como un procedimiento que vaya integrado al tratamiento quirúrgico de exéresis y por lo tanto ofrecerlo a toda paciente a quien se le planifique una Mastectomía Radical.
- 5) El diseño de las incisiones, manejo de los colgajos de la mastectomía y técnica de reconstrucción deben establecerse en conjunto y previo al acto quirúrgico, haciendo énfasis en las técnicas actuales de conservación de piel y de márgenes quirúrgicos.
- 6) Utilizar tejido propio de la paciente en la forma de colgajos glandulares y miocutáneos que aportan su propia vascularización y permiten mejorar las condiciones locales sin ser afectados por los tratamientos complementarios con radiaciones y quimioterapia.



CLITAXEL®

Es Paclitaxel en Venezuela

CARCINOMA DE MAMA: RECIDIVA LOCOREGIONAL DESPUES DE MASTECTOMIA Y TRATAMIENTO PRESERVADOR

Dra. Morella Rebolledo

Profesor Agregado Cátedra de Radioterapia Facultad de Medicina UCV

Debemos comenzar por definir que entendemos como recidiva local, regional y recidiva solitaria o única, para poder discutir su diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico según haya sido el manejo quirúrgico inicial de mastectomía o tratamiento preservador.

Así tenemos que "recidiva local" es la reaparición de cáncer en la misma mama, o en la pared costal o sobre la piel que recubre a la pared costal, después de haberse efectuado un tratamiento inicial.

Por otra parte la "recidiva regional" se refiere a la aparición de tumor en las regiones ganglionares de la axila contigua, región supraclavicular, infraclavicular y cadena mamaria interna.

La recidiva solitaria o única es la aparición de enfermedad en cualquiera de las áreas precitadas en ausencia de otra enfermedad asociada en la evaluación de seguimiento⁽¹⁾.

Recidiva Local Post-mastectomía

Suele aparecer como nódulos asintomáticos encima o por debajo de la piel que recubre la pared costal; la multinodularidad suele estar asociada con el compromiso gangliolar axilar de inicio, por lo general se ubican sobre la cicatriz de la mastectomía injerto de piel o en el colgajo de piel rotado, presentándose la infiltración difusa de múltiples nódulos en los casos de los tumores localmente avanzados cuya recidiva se presenta a menos de 5 años post-mastectomía.

Otras formas de presentación pueden ser la forma eritematosa o de un rash pruriginoso.

La presentación de recidiva local en la pared costal asociada a la gangliolar puede observarse hasta en un 30% de las pacientes (1, 2, 3); y hasta un 25% de las pacientes pueden presentarse con la recidiva local o regional simultánea al desarrollo de la enfermedad distante o presentarla en los meses próximos a la recidiva local.

• Pronóstico:

La mayoría de las pacientes que desarrollan una recidiva local post-mastectomía pese a recibir los tratamientos más agresivos locales, hacen enfermedad sistémica o metastásica^(1,4).

El intervalo entre la mastectomía y la recidiva local es probablemente el más importante indicador del tiempo que puede transcurrir para la aparición de la metástasis a distancia y por supuesto su incidencia en la sobrevida total; así en la serie de la Universidad de California, las ocurridas a menos de 2 años post-mastectomía alcanzaron una sobrevida de 13 meses comparada con 31 meses en los que la recidiva apareció más allá de los 5 años después de la cirugía radical^(1,10).

• Tratamiento:

La radioterapia puede producir regresiones completas en la recidiva local cuando se utiliza como tratamiento inicial si se utilizan dosis y extensión de campos de tratamiento adecuados; considerando así que debe irradiarse la pared costal completa a dosis de 50 GY con una dosis adicional de 10 GY a la

zonas de mayor enfermedad tumoral para completar 60 GY, asegurando una mejor respuesta y sobrevida libre de recidivas comparadas con series que utilizaron campos pequeños y menores de dosis^(1,2).

En cuanto al impacto en la sobrevida después de tratamientos con radioterapia radical en la recidiva solitaria o única tenemos que no han mejorado la sobrevida pero el tratamiento local incide en la "calidad" de sobrevida de estas pacientes, por otra parte las experiencias publicadas con reirradiación después de radioterapia postoperatoria o en la radioterapia post recidiva local empleando terapia con electrones a dosis de 40-60 GY en 4 a 6 semanas, han mostrado ciertas respuestas completas pero asociadas a complicaciones que van de moderadas a graves (como osteomielitis o necrosis superficial).

En cuanto a cirugía, la resección de la pared costal como tratamiento inicial de la recidiva local solitaria ha sido invocada por algunos autores pero la falla a distancia y local, unido a la alta morbilidad por complicaciones, hacen que esta modalidad terapéutica esté muy bien delimitada para aquellas escasas pacientes con recidiva local única de lenta evolución y que sean refractarias a otras modalidades terapéuticas con menor morbilidad⁽¹⁾.

Alternativas de tratamiento son la Hipertermia combinada con la radioterapia en pacientes que no hayan sido irradiadas previamente posterior a la mastectomía, así como también como adyuvante en las ya previamente irradiadas; encontrando respuestas completas con una aceptable tasa de complicaciones al mejorar las técnicas del procedimiento, pero lamentablemente muchas de estas respuestas son transitorias.

Por otra parte se ha utilizado el tratamiento foto-dinámico utilizando derivados de la hematoporfirina como agentes foto sensibilizantes al tratamiento con lámparas de xenón o rayos laser con resultados en una minoría de pacientes, de respuestas completas pero muy transitorias y sus beneficios a larga data aún son desconocidos presentando complicaciones importantes como dolor y necrosis.

La utilización de Quimioterapia intra arterial local ha sido promovida por investigadores franceses, así como el uso tópico de estos agentes en lesiones tumorales ulceradas o en metástasis subcutánea, pero con escasas respuestas y muy alta toxicidad^(1,5,6).

En cuanto al tratamiento sistémico de la recidiva local, la utilización de Quimioterapia adyuvante combinada a otras modalidades terapéuticas ha mostrado resultados satisfactorios en cuanto a aumentar el período libre de enfermedad y la sobrevida global, pero esto aún no está claro.

La serie del Molineckrodt Institute of Radiology comparando pacientes tratadas de su recidiva con y sin radioterapia no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a control local, tiempo libre de metástasis a distancia, de sobrevida libre de enfermedad o de sobrevida global. Siendo por el contrario estadísticamente significativos los resultados obtenidos al comparar las pacientes tratadas con hormonote-



DECAPEPTYL®

Análogo Gn RH superactivo

rapia mas radioterapia vs radioterapia⁽⁴⁾.

Mientras que para otros investigadores en análisis retrospectivos si encuentran beneficio con el uso de tratamiento sistémico^(1,6).

Recientes publicaciones han mostrado alentadores resultados utilizando altas dosis de quimioterapia con trasplante autólogo de médula ósea en pacientes con recidivas locales después de mastectomías, sin que el empleo de radioterapia de consolidación haya mostrado una mayor toxicidad sino que por el contrario disminuyeron las fallas locales al tratamiento^(1,6).

Si consideramos que la mayoría de las pacientes con recidivas locales presentan al mismo tiempo una metástasis, la asociación de tratamiento sistémico al tratamiento local de radioterapia puede ser una apropiada modalidad terapéutica, pero la dosis óptima para obtener un mayor beneficio con una menor morbilidad todavía debe ser motivo de estudios prospectivos.

Recidiva local al tratamiento preservador:

La recidiva local a cirugía preservadora y radioterapia parece comportarse de manera diferente en cuanto a sus implicaciones y tratamiento, con respecto a la recidiva post mastectomía, informándose de un mejor pronóstico^(1,6).

La recidiva mamaria después de biopsia excisional, disección axilar y radioterapia primaria, se consigue dentro de un 10 a 20% a los 10 años post tratamiento y estas cifras son más elevadas cuando no se emplea la radioterapia (NSABP B-06 43% a los 9 años en el grupo sin esta terapéutica) asociándose con una disminución significativa de la sobrevida libre de enfermedad^(7,8).

En general la recidiva al examen físico después del tratamiento puede mostrarse como una retracción en el sitio de la biopsia excisional sin presencia de la masa tumoral, es raro que se presente como una retracción difusa.

Los cambios radiológicos en la mama tratada pueden incluir adelgazamiento de la piel, aumento de la densidad fibroglandular, calcificaciones gruesas y masas o distorsiones en el lecho tumoral, pudiendo superponerse imágenes de lesiones benignas y malignas, las recidivas del carcinoma lobulillar pueden estar particularmente ocultas a la radioterapia.

Los estudios de los Centros de Radioterapia Unidos de Harvard⁽¹⁾ han identificado un número de factores biológicos que pueden ser predictivos de la recidiva local, tales como tamaño tumoral, compromiso difuso de la mama o compromiso de los linfáticos, diseminación ganglionar axilar, grado histológico y nuclear, etc., descubriendo como importante factor negativo para el control locoregional la presencia de un extenso componente intraductal (ECI) en más de un 25% del área total del tumor. Por otra parte pacientes menores de 35 años al momento del diagnóstico presentan una mayor incidencia de recidivas locales (26% vs 10%) que las pacientes de mayor edad, pudiendo mejorar estos resultados si se hacen resecciones amplias de la enfermedad intraductal extensa^(6,9,10).

¿Cuál es la secuencia perfecta del tratamiento local y sistémico? (Rt-Qt/Qt-Rt).

Es controversial y numerosos estudios prospectivos deben realizarse para evaluar el impacto de la secuencia óptima con estos tratamientos⁽¹¹⁾.

La asociación de recidiva local con la presencia de múltiples focos tumorales ha sido considerada como un importante factor predictivo, así como la incidencia en estas pacientes de un extenso componente intraductal asociado^(1,6).

El rol del tratamiento sistémico después de una recidiva local post cirugía preservadora, no ha sido bien establecido todavía^(1,6,8) pero en aquellos pacientes con un pobre diagnóstico (recidiva extensa, grado histológico III) es razonable considerar su utilización.

La mastectomía está reconocida como el tratamiento de elección para la recidiva local después de cirugía preservadora pero recientes publicaciones han mostrado resultados alentadores de rescate con cirugía parcial de las pequeñas recidivas.

Asimismo la presentación de recidivas más allá de los 5 años post cirugía preservadora presenta un mejor control local al tratamiento de la recidiva⁽¹²⁾.

Conclusión:

La recidiva local del cancer de mama constituye un verdadero problema terapéutico para el especialista en cuanto al pronóstico y calidad de vida de las pacientes. La radioterapia post operatoria es la piedra angular para disminuir su incidencia, cuando se comprueba la presencia de múltiple infiltración ganglionar, gran tamaño tumoral o extensión extracapsular tumoral ganglionar; aunque no se haya demostrado que mejore la sobrevida global.

La utilización de quimioterapia adyuvante, per se, como prevención de las recidivas no ha mostrado resultados beneficiosos, sino como potenciadora del efecto de la radioterapia post operatoria.

La secuencia óptima entre el tratamiento sistémico y el locoregional es controversial, encontrando un efecto negativo si se retarda la radioterapia hasta completar la totalidad de la Quimioterapia.

Son diferentes las implicaciones de la recidiva local después de una mastectomía a si lo es de una cirugía preservadora, y las opciones de tratamiento deben individualizarse de acuerdo al manejo quirúrgico inicial.

Bibliografía

1. Recht A, Hayes D, Eberlein T, Sadowsky N. Local-regional recurrence after mastectomy on breast cancer therapy in "Disease of the Breast". Ed Harris J, Lippman M, Morrow M. and Hellman S. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996.
2. Abernizk W, Silver B, Henderson J.C. et al. The use of radiotherapy for treatment of isolated locoregional recurrence of breast carcinoma after mastectomy. *Cancer* 1986, 58: 1214-1218.
3. Greco M, Cascinelli N, Gallozo D. et al. Locally recurrent breast cancer after radical surgery. *Eur J. Surg. Oncol.*, 1992; 18: 209-216.
4. Halverson KJ, Perez CA, Kuske PR et al. Locoregional recurrence of breast cancer a retrospective comparison of irradiation alone versus irradiation and systemic therapy. *Am J. Clin Oncol.* 1992, 15: 93-194.
5. Kapp DS, Cox RS. Thermal treatment parameters in most predictive outcome in patients with simple tumors nodules per treatment field in recurrent adenocarcinoma of the breast. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 1995, 33: 887-899.
6. Kennedy MJ, Abdoff MD. Management of locally recurrent breast cancer. *Cancer* 1993, 71: 2395-2409.

* Referencias restantes a disposición del interesado



Doxonolver® 10 mg / 50 mg

Es Doxorubicina en Venezuela

CARTELERA CIENTÍFICA

SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGÍA CURSOS / JORNADAS / CONGRESOS

Eventos realizados

- 1^{er} Jornada Bi Nacional de Mastología San Cristóbal 20 y 21 - 3 - 98
- Jornada Aniversario Unidad de Mastología Guerra-Méndez Valencia 25 - 4 - 98
- Curso de Mastología Instituto Oncológico Luis Razetti Caracas 19 y 20 - 6 - 98
- Jornadas Aniversario Unidad de Atención Integral de La Mujer Puerto La Cruz 26 y 27 - 6 - 98
- Curso de Actualización Patología Mamaria Clínica Leopoldo Aguerrevere - CECLINES Caracas 17 y 18 - 7 - 98

Eventos a Realizar

- Reunión de Concenso "St I-II" Caracas 20 - 11 - 98
- Jornadas de Patología Mamaria
 - Mérida - Febrero 1999 - Coordinador: Dr. Alejandro Osuna
 - San Felipe - Mayo 1999 - Coordinador: Dra. Rosa Alvarado
 - Punto Fijo - Fecha a determinar - Coordinador: Dr. José David Díaz
- Jornadas del Instituto Oncológico Luis Razetti Caracas 20 - 7 - 99

VI Congreso Venezolano de Mastología V de la Escuela Latinoamericana de Mastología Margarita 13 - 14 - 15 - 16 de Octubre de 1999



Taxus® 10 mg
20 mg

Es Tamoxifeno en Venezuela

Calidad y Eficacia comprobada por Médicos y Pacientes



Nuestra Misión: Desarrollar una Compañía Farmacéutica exitosa que sea reconocida por la calidad de sus Productos y Servicios a través de un equipo humano altamente motivado.