



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(1):***

**ARTÍCULO ORIGINAL**

## **Cancer de mama: cirugía conservadora vs mastectomía radical**

### **Breast cancer: conservative surgery versus radical mastectomy**

**Gilberto Cabrera Nogueira<sup>1</sup>, Carlos Sánchez Portela<sup>2</sup>, Roberto Sosa Hernández<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Docente Provincial Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>2</sup>Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Provincial Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>3</sup>Residente Cuarto Año de Cirugía General. Hospital Docente Provincial Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

---

## RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo tomando como universo 530 pacientes portadoras de cáncer de mama en las etapas I y II de la enfermedad, operadas en el servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río, en el período de tiempo comprendido entre el 1ero. de Enero de 1988 y el 31 de Diciembre de 2003, las que fueron intervenidas por diferentes técnicas, 345 (65,09%) con proceder conservador y 185 (34,90%) con técnicas radicales (Patey, mastectomía total ampliada y mastectomía simple). El comportamiento de las recidivas locales fue significativo ( $p < 0.005$ ) a favor de la cirugía conservadora 9,59% y 18,37% las técnicas radicales; comportamiento similar se presentó con las metástasis a distancias, 8,11% en las tratadas coservadoramente y 20,0% en los tratamientos radicales. La supervivencia global a los 5 años favoreció a las pacientes con cirugía conservadora (90,47%) en relación con las operadas de forma radical (73,64%)  $p < 0.005$ . Con el objetivo de evaluar el comportamiento del cáncer de mama según la técnica quirúrgica empleada.

**Palabras clave:** CIRUGIA, MAMA, NEOPLASMAS DE LA MAMA/cirugía/tratamiento, METETASTASIS DEL NEOPLASMA.

---

## ABSTRACT

Aimed at assessing breast cancer behaviour according to operative procedures a retrospective and comparative study was conducted taking as universe 530 female patients suffering from breast cancer (I and II stages of the disease) at Abel Santamaría University Hospital during the period of January 1st, 1998 and December 31, 2003 using different operative procedures, 345 (65.09 %) with conservative operative procedure and 185 (34.90 %) with radical mastectomy (Patey total wide mastectomy and simple mastectomy). Behaviour of local relapses was significant ( $p < 0.005$ ) in favour of conservative operation 9.59 % and 18.37 % of radical operative procedures; a similar behaviour was present with distant metastases 8.11 % in those treated conservatively and 20.0 % in radical treatments. Global survival in 5 years favoured those patients who underwent conservative operation (90.47 %) in relation to those with radical mastectomy (73.64 %)  $p < 0.005$ .

**Key words:** BREAST NEOPLASMA/surgery/treatment, MASTECTOMY RADICAL, NEOPLASM METASTASIS.

---

## **INTRODUCCIÓN**

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha experimentado varias modificaciones con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por el mismo, pasando por varias etapas, desde que Halsted en 1894 describió su técnica de la Mastectomía Radical, basado en las teorías de la diseminación centrifuga de las células neoplásicas hacia la axila y resto del organismo<sup>1</sup> hasta la década de los 60, que las investigaciones de Fischer y colaboradores, con las hipótesis sobre la biología tumoral, sus planteamientos acerca de que la diseminación no ocurre por un patrón ordenado, la interrelación huésped-tumor<sup>2</sup> y los trabajos de Veronesi y su grupo en Milán<sup>3</sup> en los años 70, se produce una revolución en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, ya que su morbi-mortalidad no depende como tal de la técnica quirúrgica empleada, sino de las características del tumor, su grado histológico, la fase de crecimiento, la dependencia hormonal, la edad de la paciente, entre otros. Teniendo en cuenta la evolución histórica del tratamiento quirúrgico de la neoplasia de la mama, los planteamientos actuales sobre las recidivas locales, metástasis a distancia y sobrevida, decidimos realizar este trabajo que nos permite identificar el comportamiento de estas variables en relación con los procedimientos quirúrgicos aplicados por nosotros.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo tomando como universo las 530 pacientes portadoras de cáncer de mama en las etapas I y II de la enfermedad operadas en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado" De Pinar del Río, en el período comprendido entre el 1º de Enero de 1988 y el 31 de Diciembre de 2003, las que fueron intervenidas por diferentes técnicas.

Los datos se extrajeron de los archivos de nuestro hospital y de la unidad oncológica provincial, de los informes operatorios y protocolos de biopsias, se procesaron en, microcomputadoras y tomamos la frecuencia absoluta y el porcentaje como medidas relativas de resumen de nuestra investigación y para ello se utilizó el paquete Microstat, aplicándole pruebas de hipótesis Chi - cuadrado para independencia y homogeneidad.

Los resultados se expresan en cuadros.

## **RESULTADOS**

En nuestro centro fueron operadas 530 pacientes por cáncer de mama en etapas I y II en el período analizado.

En la tabla 1, se presenta el universo de la muestra de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad, según la clasificación T.N.M. vigente, donde apreciamos que el mayor número de pacientes (215) se encontraba en etapa II de la enfermedad (40,56 %), seguidas del grupo diagnosticado en etapa I (205 = 38,67 %), siendo aun insuficiente la detección del carcinoma in situ de la mama (1,13 %).

**Tabla 1.** Etapas clínicas. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" 1988 - 2003

Etapa clínica	Pacientes	%
Tis	6	1.13
I	205	38.67
IIA	215	40.56
IIB	99	18.67
Total	530	100.00

Fuente: Historias Clínicas

La evolución del tratamiento quirúrgico utilizado se muestra en la tabla 2 donde observamos que en 1988 hasta 1991 la técnica más empleada fue la mastectomía radical (Patey, Maden) pero a partir de 1990 se aprecia un incremento en la aplicación de la cirugía conservadora de la mama, la que se consolida desde 1992. Se efectuaron un total de 185 (34,90 %) cirugías radicales y 345 (65,09 %) cuadrantectomías con vaciamiento axilar del nivel I y II.

**Tabla 2.** Técnicas Quirúrgicas Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" 1988-2003.

Año	C. Cons.	M. Radical	Total
1988	6	27	33
1989	8	15	23
1990	15	19	34
1991	14	18	32
1992	13	4	17
1993	22	11	33
1994	26	10	36
1995	24	11	35
1996	25	7	32
1997	36	7	43
1998	11	4	15
1999	26	9	35
2000	35	14	49
2001	26	11	37
2002	21	13	34
2003	37	5	42
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>185</b>	<b>530</b>

Fuente: Historias Clínicas

El índice de recurrencias locales alcanza el 9,59 % en las tratadas con proceder conservador y el 18,37 % en aquellas que se utilizaron algunas de las técnicas radicales, el sitio de mayor localización para ambos grupos fue la herida quirúrgica, el tiempo de aparición oscilo entre los 6 y 24 meses de la operación (tabla 3), hubo significación estadística ( $p < 0.005$ ) a favor del tratamiento preservador de la mama.

**Tabla 3.** Recidivas locales Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" 1988 - 2003

Técnica quirúrgica	Cicatriz	Mama Contral.	Mama Ipsilat	Axila Ipsilat	Total	%
C. Cons.	18	3	8	4	33	9.59
M. Rad.	21	9	2	2	34	18.37

P < 0.005

Fuente: Historias Clínicas

Las metástasis a distancia pueden surgir en casi todos los sitios del organismo, en nuestra serie 65 pacientes (12,26 %) desarrollaron enfermedad sistémica 28 (8,11%) en las operadas, con la técnica conservadora y 37 (20,0 %) con las radicales. (p<0.005 favorable al tratamiento conservador). Del total de pacientes con metástasis a distancia el 61,53% tenían afectados varios órganos al momento del diagnóstico en ambos grupos, otros sitios de localización huesos (12 =18,46 %), pulmón (7 = 10,76 %), hígado y piel 2 cada uno (3,07 %) cerebro y ganglios supraclaviculares una paciente en cada localización (1,53%). (Tabla 4).

**Tabla 4.** Metástasis a distancia. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" 1988 - 2003.

Técnica quirúrgica	Sitio de aparición							Total
	Ósea	Hígado	Pulmón	Cerebro	Varios. org.	Piel	G. Sup. Cl	
Cirugía conserv.	9	-	3	2	14	-	1	28
M. Radic.	3	2	4	-	26	2	-	37
Total	12	2	7	1	40	2	1	65

P < 0.005

Fuente: Historias Clínicas.

A los 5 años la supervivencia global de las pacientes a las que se les practicó mastectomía radical fue de un 73,64 %, y la de las mujeres con cirugía conservadora un 90,47 %. (p<0.005).

## DISCUSIÓN

Observamos que el diagnóstico del carcinoma in situ de la mama fue pobre, debido a que su detección se efectúa a través de la mamografía, complementario muy útil y eficaz en mostrar lesiones muy pequeñas, no palpables las que por lo general son diagnosticadas microscópicamente.

En nuestra provincia la aplicación del Programa para el Diagnóstico Precoz y Pre-Clinico del Cáncer de Mama se inicio en Abril de 1991, y a partir de 1996 por dificultades con el mamógrafo se afectó considerablemente no pudiéndose realizar el pesquizaje por las diferentes áreas de salud por lo que no hacemos comparaciones con otros autores que reportan en su casuística hasta un 15% de incidencia.<sup>4,5</sup>

La evolución del tratamiento quirúrgico utilizado en nuestras pacientes esta basada en los resultados logrados con relación a la morbi-mortalidad para ambos procedimientos (cirugía conservadora y mastectomía radical), planteados por varios

autores <sup>1-7</sup> con mejor estética y menos afectación psicológica para las tratadas conservadoramente.

Aunque en nuestra casuística se observa una menor incidencia de recidivas locales en las intervenidas con técnicas preservadoras pensamos al igual que otros especialistas, cuando se refieren a las causas de estas, no haciéndolas dependientes directamente de la técnica quirúrgica, sino de factores como el status axilar, la edad de la mujer, el componente intraductal extensivo, el tamaño de la tumoración, el grado de malignidad, la necrosis tumoral, como consecuencia del crecimiento progresivo de un cáncer en las inmediaciones del tumor

primario, el cual fue extirpado de forma incompleta y al crecimiento del cáncer a partir de un foco microscópico in situ situado a distancia del primario, que tampoco fue detectado. <sup>6-11</sup>

En nuestro reporte apreciamos un mayor numero de pacientes con metástasis a distancia en varios órganos al momento de detectárselas, seguidas por las óseas y pulmonares, igual a lo publicado internacionalmente <sup>12-17</sup> somos del mismo criterio en cuanto a que la etiología de ellas, se deba a los factores mencionados con anterioridad en relación con las recidivas locales y a la interrelación huésped tumor ya que estas se diseminan por vía hematógena a cualquier parte del organismo y es bien conocido que el tratamiento quirúrgico solo controla la enfermedad localmente, pero se debe pensar siempre en la recurrencia a distancia ante cualquier manifestación clínica que presenten las pacientes y agotar los medios diagnósticos para demostrar la presencia de ellas y atenderlas oportunamente, <sup>17-21</sup> pues se reportan localizaciones que no son las que habitualmente se han publicado, incluyendo globos oculares, medula espinal, conducto auditivo interno, vesícula biliar, intestino grueso o delgado, <sup>22-26</sup> nosotros no tenemos hasta el presente enfermas con estas metástasis en nuestra casuística, por lo que no podemos comparar los resultados de ellos al hacer el diagnóstico ni la evolución de las pacientes con estas afecciones.

Las neoplasias de mama se asocian a larga sobrevida comparada con otros tipos de cáncer, incluso aunque no se apliquen las modalidades terapéuticas hoy vigentes, unas fallecen en los primeros cinco años y otras pueden vivir 10 o más, incluso hay autores que reportan sobrevida a los 10 años en pacientes con cáncer de mama y metástasis cerebral única una vez extirpada la misma. <sup>27-32</sup> En nuestra serie existe una diferencia significativa a favor de las pacientes con cirugía preservadora de la mama es de señalar que la mayoría fueron operada en etapa inicial de la enfermedad (I) por lo que su evolución, así como la sobrevida es superior para este tipo de pacientes y no en dependencia de la técnica quirúrgica aplicada.

Concluyéndose que la evolución del cáncer de mama es independiente de la técnica quirúrgica aplicada, sino depende en gran medida de la etapa clínica en que sea detectada la enfermedad y que sea intervenida quirúrgicamente.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Leffall L D Jr. 100 years of breast cancer: Hlsted to Fischer. Bulletin American College of Surgeons 1994; 79 (8): 12 - 20.

2. Fischer B. Personal contributions to progress in breast cancer. Research and Treatment Seminars u Oncology 1996; 23 (4): 414 - 427.
3. Veronessi U, Luini A, Galimberti V, Zurrada S. Conservations approaches for the management of atage I/II carcinoma of the breast: Milan Cáncer Instite Trials. World J Surg 1994; 18: 70 - 75.
4. Catuli R F, Roder J F, Jaeck J C, Reriend R, Vaxunan F. Treatment conservateur radio chirurgical dans le cáncer canalicular in situ do sein. Pressemed 1994; 23(25): 1153 - 1157.
5. Ray G R, Adelson J, Hayhust E, Marsen A, Greqq D, Brouk M, et al. Ductal carcinoma in situ of the breast: Results of treatment by conservative surgery and definitive irradiation. Int J Radial Ongl Beal Phys 1994; 28 (1): 105 - 111.
6. Cheng JC, Chen CM, Liu MC, Tsou MH, Yang PS, Cheng SH. Locoregional recurrence in patients with one to three positive axillary nodes after mastectomy without adjuvant radiotherapy. Formos Med Assoc 2000; 99 (10): 759-65.
7. Beenken SW, Urist MM, Zhang Y, Desmond R, Krontiras H, Medina H, et al. Axillary lymph node status, but not tumor size, predicts locoregional recurrence and overall survival after mastectomy for breast cancer. Ann Surg 2003; 237(5): 732-8.
8. Debonis D, Montesino M, Dorr J, Falco J, Mezzasiri N, Curutchet H P. Actualización de las recidivas locales en el tratamiento conservador del cáncer de mama. Rev Argentina Cir 1999; 77 (3/4): 69 - 76.
9. Fodor J, Polgar C, Major T, Mangel LC, Szokolczai I. The time-course of metastases from breast cancer after mastectomy and breast-conserving surgery with and without isolated local-regional recurrence. Breast 2002; 11(1): 53-7.
10. Fentiman IS. Long-term follow-up of the first breast conservation trial: Guy' wide excision study. Breast 2000; 9(1): 5-8.
11. Bader AA, Tio J, Petru E, Buhner M, Pfahlberg A, Volkholz H, et al. T1 breast cancer: identification of patients at low risk of axillary lymph node metastases. Breast Cancer Res Treat 2002; 76(1): 11-7.
12. Delfino Helton L A, García F L, Simionato L C, Mathes Angelo C S, Bighetti S. Correletion between clinical staging and skeletal alterations of bone metastases in breast cancer patients. Acta Ort Bras 2001; 9 (1): 21-8.
13. Araujo Marco A S, Derchain Sophie F M, Blanchessi S T, Koseki N M, Teixeira L C. Brain metastasis in patients whith breast carcinoma: clinical trials of 42 cases. Acta Oncol Bras 2000; 20(3): 91-95.
14. Fuenzalida Cruz H, Schroeder H, Francisca B F. Metástasis cutánea de adenocarcinoma mamario. Rev Chil Dermatol 2001; 17 (3): 226-229.
15. Bosch O E. Conceptos generales sobre metástasis óseas. Rev Chil Radiol 2000; 6(2): 61-7.
16. Maldonado S M, Papa M B, Chappuis J M, Consigli J E. Metástasis cutánea. Dermatol Argent 1999; 5 (5): 409-16.

17. Pantel K, Muller V, Auer M, Nusser N, Harbeck N, Braun S. Detection and clinical implications of early systemic tumor cell dissemination in breast cancer. *Clin Cancer Res.* 2003; 9(17): 6326-34.
18. Dancourt M A A, Salgado M C, de Oliveira R L, Alvarez Escaneo C, Vaz J L P. Manifestaciones articulares de neoplasias sólidas: a propósito de dois casos e revisao da literatura. *Rev Bras Reumatol* 2001; 41(3): 195 - 99.
19. Torres S, Mena I, Solé C, Neubauer S, Rivera R. Scintimammography in the evaluation of axillary lymph node invasion in patients with breast cancer. *Rev Med Nucl Alasbimni* 2003; 5 (20): 45-51.
20. Ciraolo C, Knezevich F, Adamo S, Singer E. Radiocirugía de las metástasis cerebrales del cáncer de mama. *Rev Neuroc* 2003; 8 (1): 25-26.
21. De Andrade J M, dos Reis F J C, do Carmo Silva A, Sarmiento F, Morales J. Evaluation of the effectiveness of metastasis in the breast cancer. *Acta Oncol Bras* 2000; 20(4): 131-34.
22. Buncuga M, Tarsi C, Crisci S, Roman J, Cigol J, Diab M. Metástasis intramedular espinal de adenocarcinoma: a propósito de un caso. *Rev Neurocir* 2001; 4(2): 63-72.
23. Marquez E, Brandis A, Samil M, Tatagiba M. Late metastasis of breast adenocarcinoma into internal auditory canal and cerebellopontine angle: case report. *Arq Neuropsiquiat* 2002; 60(3A): 639 - 42.
24. Hatchbach S B, Linares J C, Guerreiro J A, Foleito H, Groth A K. Schwannoma maligno metastático para a mama. *Rev Bras Mastologia* 1999; 9 (4): 176-8.
25. García C, Salvador R. Metastasis intraoculares: experiencia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (1990-1996). *Acta Cancerol* 1999; 29(2): 13-6.
26. Calafat P, Diller A B, Sanchez C. Metastasis de carcinoma de mama en ileon - colon y vesicula biliar simulando enfermedades inflamatorias. *Rev Fac Cienc Méd (Córdoba)* 1999; 58 (2): 123 - 7.
27. Bianchessi S T, Koseki N M, Derchain S F M, Texeira L C, Esteves S C B, Zanardi V, et al. Metástase cerebral única em paciente con carcinoma ductal da mama com sobrevida de dez anos relato de caso. *J. Bras Ginecol* 1999; 109 (1/4): 35 - 8.
28. Bucci JA, Kennedy CW, Burn J, Gillett DJ, Carmalt HL, Donnellan MJ, et al. Implications of extranodal spread in node positive breast cancer: a review of survival and local recurrence. *Breast* 2001; 10(3): 213 -9.
29. Peyrot D, Castro-Vita H, Brunetto M, Derechinsky V, Derechinsky M. Radioterapia estereotaxica fraccionada como tratamiento radiante en la metástasis orbital y ocular (reporte de tres casos). *Oncol Clin* 2002; 7 (1): 698 - 701.
30. Rack B, Janni W, Gerber B, Strobl B, Schindlbeck C, Klanner E, et al. Patients with recurrent breast cancer: does the primary axillary lymph node status predict more aggressive tumor progression? *Breast Cancer Res Treat* 2003; 82(2): 83-92.

31. Dunst J, Steil B, Furch S, Fach A, Lautenschlager C, Diestelhorst A, et al. Prognostic significance of local recurrence in breast cancer after postmastectomy radiotherapy. *Strahlenther Onkol* 2001; 177(10): 504-10.

32. Van der Hage JA, Putter H, Bonnema J, Bartelink H, Therasse P, van de Velde CJ. EORTC Breast Cancer Group. Impact of locoregional treatment on the early-stage breast cancer patients: a retrospective analysis. *Eur J Cancer* 2003; 39(15):2192-9.

Recibido: 18 de marzo de 2004

Aprobado: 15 de diciembre de 2004

Dr. Gilberto Cabrera Nogueira. José A. Labrador No. 69. Entre R. P. Careaga y Ángeles. Pinar del Río Cuba. Teléfono 77-1747 Centro de trabajo: Km. 89 Carretera Central Pinar del Río Cuba.

E mail: [cabrera49@princesa.pri.sld.cu](mailto:cabrera49@princesa.pri.sld.cu)