

Estudio de 300 casos de cáncer de mama

*Tratados en dos centros de asistencia colectivizada
Comunicación preliminar*

Dres. Agustín D'Auria, Alfredo Armand Ugón,
Héctor Pacheco, Ester Stein,
Eduardo Garat, Juan Varela, Graciela Pees,
Alberto Viola Alles, Ignacio Musé.

Se analizan 300 pacientes con Cáncer de Mama tratadas en dos Centros de Asistencia colectivizada extrahospitalarios entre 1976 y 1983.

El 79% de las enfermas consultó en estadios posibles de sanción quirúrgica (22.69% en estadio I y 56.33% en estadio II).

La intervención realizada en esos casos fue una Mastectomía radical en un 49.9%, Mastectomía radical modificada en un 28.9%, Mastectomía simple en un 11.4% y procedimientos menores en 1.9%. No se hizo cirugía en el 6% de los pacientes. En un 7.4% de las enfermas se observó un Cáncer Bilateral de Mama durante el período estudiado (4.06% concomitantes, 3.38% sucesivos).

Se observó que con el aumento de edad de las pacientes, existió un incremento del período de supervivencia libre de enfermedad, así como una disminución de la mortalidad.

El porcentaje de recidivas locales de las mastectomías radicales modificadas (10.5%) no fue superior al de las Mastectomías radicales (12.9%).

Se analiza la evolución clínica de acuerdo con el estadio de presentación de la enfermedad y el procedimiento quirúrgico realizado.

*Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. R. Praderi)
Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo. Dpto.
de Cirugía y Oncología del Circulo Católico de Obreros
de Montevideo y U.D.E.M.*

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS. MOTS CLÉS) MEDLARS:
Breast Neoplasms.*

SUMMARY: Study of 300 cases of mammary gland cancer as treated in two collectivized medical care centres. Preliminary communication.

Analysis of 300 patients with mammary gland cancer as treated in two collectivized Medical Care Centres for outpatients, between 1976 and 1983. 79% of patients consulted at stages still admitting surgical intervention (22,69% at stage I and 56,83% at stage II). In such cases intervention consisted in radical mastectomy: 49,9% of cases; modified radical mastectomy: 28,9%; simple mastectomy: 11,4% and minor procedures: 14,9%. There was no surgery in a 6% of patients. In a 7,4% of patients, bilateral mammary gland cancer was observed during the period under study (4,06% concomitant; 3,38% successive). It was observed that the older the patient, the longer the period of survival free from the disease as well as a reduced rate of mortality. The percentage of local recidivation in modified radical mastectomies (10,5%) was not superior to the percentage in radical mastectomies (12,9%).

Analysis of clinical evolution of these patients according to the stage of presentation of the disease and the surgical procedure selected.

Presentado como tema libre al XXXV Congreso Uruguayo de Cirugía. Diciembre de 1984.

Prof. Agregado y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Postgrado, Residente y Postgrado de Cirugía, Residente de Medicina. Médico Oncólogo, Prof. Adjunto y Prof. Agregado de Oncología.

Dirección: Mercedes 1472, apto. 103, Montevideo (Dr. A. Armand Ugón).

RÉSUMÉ: Etude de 300 cas de cancer mammaire, traités dans 2 centres d'assistance collectivisée. Communication préliminaire.

On analyse 300 patients porteuses d'un cancer mammaire traitées dans deux centres d'assistance collectivisée extra-hospitaliers, entre 1976 et 1983. 79% des malades ont consulté dans des stades pour lesquels une intervention chirurgicale était possible (22,65% au stade I et 56,33% au stade II).

Dans ce cas, on a effectué une mastectomie radicale dans un 49,9% des cas, mastectomie radicale modifiée dans 28,9%, mastectomie simple dans 11,4% et des procédés modifiée dans 28,9%, mastectomie simple dans 11,4% et des procédés mineurs dans 1,9% des cas. Chez 6% des malades, on n'a pas effectué de chirurgie. Chez 7,4% des malades, on a observé un cancer de sein bilatéral pendant la période étudiée (4,06% concomitant, 3,38% successif). On a observé qu'à mesure que l'âge des malades augmente se produit un accroissement de la période de survie libre de la maladie, ainsi qu'une diminution de la mortalité.

Le pourcentage de récidives locales des mastectomies radicales modifiées (10,5%) n'est pas supérieur à celui des mastectomies radicales (12,9%). On analyse l'évolution clinique de ces malades d'après le stade de présentation de la maladie et du procédé chirurgical effectué.

INTRODUCCION

El carcinoma de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en el Uruguay. Se observa un aumento relativo mayor para la mortalidad por cáncer de mama que para la mortalidad femenina general por otros tumores. Nuestro país ocupa el sexto lugar, en una muestra de 50 países, con una tasa de mortalidad de 25,02 por 100.000 mujeres.

Los estudios sobre la evolución del carcinoma mamario en la mujer han sido poco frecuentes en nuestro medio, destacándose entre otros, los documentados trabajos de Piquinela en el 53^o, y el de Ríos Bruno en 1961^o, así como artículos sobre subpoblaciones^{1,2,3,4,5}.

Creemos por tanto interesante presentar una estadística amplia, con las características de haber sido realizada en un medio extrahospitalario. Se compararon los resultados obtenidos por las técnicas quirúrgicas clásicas, del tipo Meyer-Halsted, frente a otras de mastectomía radical modificada del tipo Mérola o Madden, así como se estudiaron otros medios terapéuticos, del tipo hormono, quimio, o radioterapéuticos, que sabemos, han producido importantes transformaciones en la evolución de este tipo de pacientes.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 300 pacientes, (cuyos datos fueron computados por Ingeniería de Sistemas), que correspondían, 161 U.D.E.M., y 139 al Círculo Católico de Obreros de Montevideo enfermas que fueron intervenidas por los equipos quirúrgicos de ambas Instituciones, y sometidos al seguimiento de la Policlínica Oncológica (U.D.E.M.) y de la Unidad de Programación Terapéutica

(C.C.O.M.).

Los casos estudiados fueron los pesquisados entre 1976 al 83 para la primera de las Instituciones, y de 1979 al 83 para la segunda.

Se separaron cuatro grupos etarios, el primero, las menores de 29 años, el siguiente de 30 a 49 años, el tercero de 50 a 69 años, y el último a las mayores de 70 años.

En cuanto a la unicidad o multiplicidad, se agruparon los tumores únicos de mama, los tumores múltiples en la misma mama, y a los tumores bilaterales, concomitantes o sucesivos en diferentes mamas.

El estadio tumoral se definió según los criterios clásicos de la U.I.C.C. en cuatro estadios sucesivos.

De las pacientes operadas, se describió la técnica quirúrgica utilizada, es decir si se utilizó un procedimiento tipo Meyer-Halsted, o se realizó una mastectomía radical modificada, que conocimos en nuestro medio como operación Mérola, o bien el Madden, el procedimiento de Handley, (difiere del Halsted por el mantenimiento del haz clavicular del pectoral mayor), agregando procedimientos menores como la mastectomía simple, y otros. De la radioterapia se consignó si se realizó como coadyuvante en el pre o postoperatorio o como una terapéutica. La quimioterapia fue discriminada según la indicación de coadyuvante del tratamiento primario o terapéutica. La quimioterapia así como el número de series realizadas. La hormonoterapia fue clasificada en ablativa, que incluyó la ooforectomía, adrenalectomía, e hipofisectomía, y en aditiva, que comprendió tratamiento con estrógenos, antiestrógenos, andrógenos y progestágenos. Las recidivas y las metástasis se estudiaron de acuerdo a los criterios clásicos, definiendo las pacientes que se encontraban en cura clínica a la finalización del presente estudio, las que se hallaban vivas con enfermedad neoplásica en actividad bajo tratamiento, o las que han fallecido, así como también se señala el tiempo transcurrido entre el primer tratamiento oncológico recibido a la fecha de cierre de este estudio.

RESULTADOS

RELACION DE GRUPOS ETARIOS CON RESPECTO A LA EVOLUCION

Evolución	<29 años	30 a 49 años	50 a 69 años	70 a 93 años	Totales
Sin datos		1 - 0,33%	6 - 2,00%	1 - 0,33%	8 - 2,67%
Cura clínica		30 - 30,00%	84 - 28,00%	48 - 18,00%	163 - 54,33%
Tratamiento		10 - 3,33%	42 - 14,00%	19 - 6,33%	71 - 23,67%
Fallecidas		13 - 4,33%	32 - 10,67%	13 - 4,33%	58 - 19,33%
Totales	1 - 0,33%	54 - 18,00%	164 - 54,67%	81 - 27,00%	300 - 100,00%

UNICIDAD O MULTIPLICIDAD TUMORAL SOBRE 300 CASOS (5 SE IGNORAN)

Tumor único	MISMA MAMA		DIFERENTE MAMA	
	Múltiple	Sucesivo	Concomitante	
271 - 91,86%	2 - 0,6%	10 - 3,38%	12 - 4,06%	

DISCRIMINACION DE TIPO DE INTERVENCION REALIZADA SEGUN ESTADIO CLINICO

Desconocido	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
40-12%	59-22,69%	147-56,33%	44-16,92%	10-3,84%
No cirugía	2	8	13	5
Halsted	25	69	12	0
Madden	14	26	7	0
Mérola	8	16	2	1
Mastec. simple	4	14	6	3
Handley	4	5	1	1
Proc. menores	2	1	1	0

EVOLUCION CLINICA SEGUN ESTADIO CLINICO

Evolución	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Cura clínica menor de 1 año	1	9	1	0
Cura clínica de 1 a 3 años	20	15	11	0
Cura clínica de 3 a 5 años	17	20	4	0
Cura clínica de 5 a + años	8	25	2	0
Total Curas	46	59	18	0
ENFERMEDAD CLINICA ACTIVA BAJO TRATAMIENTO				
Menor 1 año	0	3	1	2
de 1 a 3 años	3	9	6	0
de 3 a 5 años	1	5	1	1
+ de 5 años	3	14	2	1
Total	7	31	10	4
FALLECIDAS	4	26	2	1

TIPO DE OPERACION REALIZADA CON RESPECTO A EVOLUCION

Operación realizada	Tot. op.	Cura Clín.	Recidiva	Metástasis
Halsted	118 - 45.03%	66	15 - 12.71%	46 - 38.98%
Madden	47 - 17.93%	35	6 - 12.76%	8 - 17.02%
Mérola	29 - 11.06%	25	2 - 6.89%	2 - 6.89%
Handley	13 - 4.96%	8	2 - 15.38%	5 - 38.40%
Mastectomía simple	30 - 11.45%	18	4 - 13.33%	9 - 37.03%
Proced. menores	5 - 1.90%	3	0 %	2 - 40.00%

Con respecto a las pacientes que mostraron más de un tumor mamario, las operaciones realizadas fueron: por procedimientos múltiples en 20 casos. Se desconoce en 11 casos. Se trató de un Halsted más un Mérola en 1 caso, de un Halsted más Mastectomía simple en 1, Halsted más un procedimiento menor en 4 casos, de 2 Halsted en las dos mamas en 1 caso, mientras que la operación de Halsted no fue seguida por Madden en ningún caso.

Hubo dos operadas según técnica de Mérola que requirieron otra intervención, que fue otro Mérola en 1 caso y una intervención menor en la restante.

Se encontraron 2 pacientes a las que se les realizó un Madden, que requirieron otro Madden en un caso y un procedimiento menor en la otra.

Una paciente que había sido intervenida según técnica de Handley fue nuevamente operada con un Mérola, mientras que 3 pacientes que fueron operadas en primer lugar con una mastectomía simple, fueron reintervenidas con otra mastectomía simple en todas ellas.

CONCLUSIONES

De nuestro estudio concluimos:

1) La media aritmética fue de 61,6 años. Destacamos la similaridad con otros estudios, tanto en nuestro medio como en estadísticas internacionales, en que el mayor porcentaje de cáncer de mama se ve en mayores de 50 años. En nuestra estadística tenemos que 245 pacientes (81,66%) fueron mayores que esa edad al diagnóstico y tratamiento.

2) El grupo de enfermas menores de 29 años correspondió a una sola enferma, por lo que no extraemos ninguna conclusión. Con respecto a los demás grupos etarios, se comprueba un aumento en las cifras de sobrevida libre de enfermedad clínica (5,5% para el grupo de 30 a 49 años, y 59,26% para el grupo de mayores de 70 años), mientras que la mortalidad disminuye a medida que avanzamos en la edad (24% para el

grupo de 30 a 49 años, 19,51% para el grupo intermedio, y 16,26 para el grupo de mayor edad).

3) Llama la atención el porcentaje de bilateralidad hallado en el presente estudio, que es relativamente alto, 22 pacientes (7,4%), correspondiendo 4,06% a los concomitantes, y 3,38% a los sucesivos. Contrasta con las otras estadísticas en nuestro medio, que muestran un porcentaje de alrededor de un 1,9%, siendo un 0,7% para los simultáneos y un 1,2% para los sucesivos⁽³⁾, o un 0,6% y 1,3% respectivamente⁽²⁾, según las diferentes estadísticas hospitalarias, que sabemos carecen de un correcto seguimiento, y nuestras cifras se asemejan más a la realidad, ya que la vigilancia es más estricta. Recordemos que según Foote y Sewart, "el más frecuente antecedente de cáncer en una mama es haber tenido cáncer en la mama opuesta" para el cancer sucesivo.

4) Otro hecho que llama la atención es la frecuencia de tumores en estadios tempranos hallados en el presente estudio, ya que en estadísticas previas, no se hallaron tumores de menos de 3 cm⁽⁵⁾, mientras que las enfermas mutuales consultaron un 22,69% con enfermas con T1.

5) Desde el punto de vista de sobrevida se observa un 80% de cura clínica en estadio I, comparada con una cura clínica de 52% para los estadios II, y un 40% aproximadamente para los estadios III.

6) Al evaluar los procedimientos quirúrgicos realizados, se observa que en nuestro medio el Halsted continúa siendo la operación utilizada de elección, si bien un porcentaje importante, que oscila en el 28% ya corresponde a mastectomías radicales modificadas. Esto también es diferente a lo observado en los estudios realizados⁽⁴⁾ anteriormente, donde, las mastectomías radicales, del tipo del Halsted, o supraradicales, correspondieron al 96,15% de los procedimientos realizados.

7) Al estudiar las recidivas cutáneas, analizando según la técnica operatoria realizada, conociendo el argumento en contra de los procedimientos radicales modificados, que es lo que se

les ha implicado al Mérola y al Madden, están dentro del mismo rango, ya que el Halsted mostró un índice de recidiva, del 12,71%, mientras que el Madden mostró un porcentaje del 12,76%, y el Mérola un 6,89%. En cuanto al porcentaje de metástasis, el Halsted mostró un 38,98%, mientras que el Madden 17,02%, y el Mérola 6,89%. Un argumento que podría explicar estos hechos es pensar que el Halsted fuera utilizado para enfermedades en estadios mayores, pero nuestras cifras muestran que en 69 casos fue realizado para E2, y solo 12 en E3. Puede verse que también el Mérola y el Madden en estadios 2, especialmente. Prácticamente no hay diferencia en cuanto al tratamiento de Halsted con el de Handley, es decir dejando el haz clavicular del pectoral mayor, que tiene incidencias absolutamente similares desde el punto de vista de metástasis y de recidivas. Se destaca también que los procedimientos menores tienen mayor preponderancia en los estadios mayores, es decir E2, E3 y E4.

8) La radioterapia preoperatoria es encontrada en mucho menor proporción que la radioterapia postoperatoria.

9) La quimioterapia fue utilizada en solo 12%, muchos de ellos con ciclos incompletos de tratamiento.

10) En cuanto a la hormonoterapia, el porcentaje de ooforectomía es bajo, alrededor de un 4%, no hallándose casos de adrenalectomía ni de hipofisectomías, siendo utilizada sin embargo la terapéutica aditiva, destacándose dentro de ésta a los antiestrógenos, que corresponde al 31,70% de los procedimientos hormonales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON A., CASINELLI D., SAEZ H. — Objetivos y alcances de la mastectomía subradical. *Cir. Urug.* 51: 208, 1981.
2. BORGES J.F., FAVAT J., RAMOS R., MATE M., PRIARIO J.C. — Cáncer de mama bilateral sucesivo. *Cir. Urug.* 45: 145, 1975.
3. LANZA M. — Cáncer de mama bilateral. Formas simultáneas y sucesivas. *Cir. Urug.* 48: 11, 1978.
4. PIQUINELA J.A., VARALLA DE L. M. — Cáncer de seno. Consideraciones sobre una serie de 70 casos. *Congreso de Cirugía del Uruguay.* 4°. 1953. p. 101.
5. RIOS BRUNO G. — Cáncer de mama. Análisis de 93 casos. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 32: 587. 1961.
6. SCHAFFNER E. — Cáncer de mama. *Congreso Uruguayo de Cirugía.* 22°, 1961. p. 36.
7. VIOLA ALLES A., MUSE I. — Cáncer de mama. Montevideo, Universidad de la República, 1981.
8. VIOLA ALLES A., VASALLO A. — Cáncer inflamatorio de mama. Estudio de 53 casos. *Pautas de diagnóstico y tratamiento.* *Cir. Urug.* 52: 277, 1982.