

RECIDIVA POSCIRUGÍA CONSERVADORA

Mesa Redonda

Coordinador: **Dr. Leonardo Mc Lean.**

Panelistas: **Dres. Raúl Laviña Risso, Hugo Japaze, Roberto Rojas, Miguel Sovran, Berta Roth, Roberto Castaño.**

Transcripción de la videograbación de los disertantes

Rev Arg Mastol 2003; 22(77):384-396

Dr. Mc Lean: En el estrado está el Dr. Laviña Risso, que es un destacado mastólogo del Uruguay; el Dr. Roberto Rojas, destacado radiólogo por todos ustedes conocido; el Dr. Miguel Sovran, que es el Presidente de la Sociedad de Mastología de Rosario; el Dr. Hugo Japaze, Profesor Titular de Anatomía Patológica en Tucumán; el Dr. Roberto Castaño, que es destacado mastólogo del Hospital Alemán; y la Dra. Berta Roth, que es radioterapeuta.

Mi función será coordinar esta Mesa. Tenemos una hora de la cual dedicaremos gran parte a preguntas que le vamos a hacer a los disertantes y después les vamos a pedir a todos ustedes que intervengan en la discusión.

Con respecto a las recidivas en cirugía conservadora, todos sabemos que ésta es una cirugía que empezamos a realizar, por lo menos en nuestro país, a finales de la década del 70; que empezamos lentamente y progresivamente, hemos llegado actualmente (a pesar de que la mastectomía sigue vigente, cuando tiene sus indicaciones) prácticamente al 40% de mastectomías y un 60% de cirugías conservadoras. Cuando hablamos de tratamiento conservador, nos referimos al tratamiento local del cáncer mamario más la radioterapia posoperatoria.

Vamos a empezar directamente con las preguntas que le voy a hacer al panel y yo le diría al Dr. Castaño, que en su experiencia, si nos puede decir, ¿qué frecuencia de tratamientos conservadores (cirugías conservadoras) realizan en el Servicio donde él trabaja?

Dr. Castaño: El porcentaje es variable según el centro asistencial. Si uno tomase (lo que usted me pregunta) el porcentaje de tratamientos en un hospital privado, como es el Hospital Alemán, ronda en alrededor del 25% al 30% de mastectomías y un 70% al 75% de tratamiento conservador. En un hospital municipal (también trabajo en el Hospital Penna) el porcentaje de mastectomías es un poco superior, casi cerca del 40%, pero los estadios son más avanzados; o sea, un promedio de un 30%.

Dr. Sovran: En mi experiencia, coincido con el Dr. Castaño. Yo me desenvuelvo fundamentalmente en un ámbito privado y el porcentaje de tratamiento conservador es ampliamente mayoritario, dado que los tumores que observamos son pequeños.

Dr. Laviña Risso: El promedio actual (porque ha ido variando a través de los años y de estas últimas décadas) podría decir que se sitúa en un

60% de cirugía conservadora y un 40% de cirugía radical.

Dr. Mac Lean: Como ven, más o menos yo creo que estamos todos parejos, con la excepción de la salvedad que hizo el Dr. Castaño, que es diferente la población en el hospital municipal (un hospital público) que en un hospital privado, donde la tasa es más elevada.

Le voy a pedir, primero al Dr. Japaze, si no puede decir, qué entendemos por una recidiva poscirugía conservadora. ¿Qué entiende usted por recidiva (o fracasos, como alguien le dice) en cirugía conservadora?

Dr. Japaze: Nosotros, desde el punto de vista anatomopatológico, definimos como recidiva a la aparición del tumor en el mismo lugar desde donde fue extraído. O sea, que como condición sine qua non, es que el tumor primitivo haya regresado, haya vuelto, haya aparecido de nuevo, pero en el mismo lugar donde estaba situado en su extracción primitiva. Hay toda una doctrina sobre si es el mismo tumor (que de algún modo fue dejado) o es una continuidad del anterior. En el momento actual, para no abundar, podemos contestar la pregunta en forma directa. Con las medidas que se toman de márgenes, componente ductal extensivo, etc., tenemos que admitir que es la aparición del tumor en el mismo lugar donde fue reseado.

Dr. Mc Lean: Dr. Castaño, ¿está de acuerdo con esto que ha expresado el Dr. Japaze?

Dr. Castaño: Nosotros somos un poco más amplios. Consideramos recidiva la aparición de un nuevo carcinoma en el sitio de origen o en el órgano de origen; es decir en la mama homolateral. La discusión de si es una recidiva o un nuevo tumor primario, es eterna. Para Veronesi es una diferencia exclusivamente anatómica, regional. Es una recidiva si asienta en el mismo cuadrante que el tumor primario. Es un nuevo tumor

primario si asiente en otro cuadrante. Para otros es temporal. Es una recidiva si aparece dentro de los primeros 2 años de tratado el tumor primario; y es un nuevo tumor primario si aparece por encima de los 4 ó 5 años. En última instancia, conceptual y terapéuticamente no hay gran diferencia. Son todas recidivas locales y/o regionales, según comprometan los territorios ganglionares y divididas en glandulares o glandulocutáneas (pero eso lo veremos más adelante).

Dr. Mac Lean: ¿El resto de la Mesa quiere opinar al respecto?

Dr. Laviña Risso: Genéricamente estamos de acuerdo con lo que dijo el Dr. Japaze, con la única diferencia de que lógicamente en la reaparición del tumor primario, en lo único que somos más amplios es en cuanto a que no exactamente en el mismo lugar, sino hasta en el mismo cuadrante; porque lo que dijo el Doctor recién, entra ya a tallar con lo que es la diferencia entre la recidiva y el nuevo tumor primario. Ya si es más alejado del cuadrante donde se hubiera tratado el primario y tuviera distinta histología, podríamos considerar que fuera otro primitivo. Pero somos un poco más generosos en cuanto a la topografía de la aparición de la recidiva.

Dr. Sovran: Si bien coincido con el Doctor que me precedió en primer término, en la literatura mundial los dividen en concepto topográfico y concepto en tiempo; es decir, si aparece en el mismo sitio o en la vecindad, y si aparece entre los 2 ó 3 años, lo consideran primario, y aquel que aparezca como persistencia de la enfermedad en un período menor de 1 año, se considera persistencia y no una recidiva local.

Dr. Mc Lean: Yo creo que el Dr. Japaze tiene las de perder, porque tiene acá cuatro cirujanos y hay un solo patólogo. ¿Quiere agregar algo más?

Dr. Japaze: Agradezco que den oportunidad

a las minorías. La razón es la siguiente, recidiva debe considerarse la aparición en el mismo lugar por las siguientes razones: Primero, estamos hablando en el contexto de la cirugía conservadora, que implica conservar parte importante (en algunos casos) del parénquima mamario. Como hoy en día estamos en la tarea de la subtipificación de los tumores mamarios y en la glándula existe el NOS (el que no está especificado), que oscila entre el 40% y el 80% de los casos y como es no especificado, tiene muy pocas perspectivas de tener un estudio biológico y de seguimiento. En la literatura internacional, sobre todo en los grupos europeos y norteamericanos, se usa la definición del mismo sitio porque hay dos mamas que hay que atender como factores de gran riesgo, luego de una cirugía conservadora; la mama residual homolateral y la otra mama, la contralateral. Merecen consideraciones totalmente aparte, porque la primera vía de diseminación del cáncer mamario es la intracanalicular. Entonces, en el concepto de una anatomía aunque anastomótica y de tipo lobular, el concepto es que cuando aparece fuera del lugar de origen debe ser considerado como un tumor dependiente del primero o como un nuevo tumor. Esto a los efectos (como tercera argumentación) biológicos, porque sabemos todos que una nueva aparición tumoral significa ensombrecer el pronóstico.

Dr. Mc Lean: Si aparece después de tener un tratamiento conservador, en el que se ha hecho linfadenectomía axilar, la recurrencia hacia la axila. Dr. Castaño, ¿cómo lo consideran?

Dr. Castaño: Es una recidiva ganglionar. En última instancia, la recidiva o no del tumor primario, a los fines prácticos, es meramente semántica. Si aparece a los 2 años de tratado el tumor primario, en ese cuadrante o en el otro cuadrante, biológica y terapéuticamente no se modifican las cosas. Por lo tanto, lo podemos llamar como lo queramos llamar, pero no modificar; llamémoslo recidiva o segundo tumor primario;

o sea, que es exclusivamente semántica la diferencia. Una cosa es la recidiva local y otra cosa es la recidiva ganglionar o regional, sea axilar, supra- o infraclavicular y/o mamaria interna.

Dr. Mc Lean: Yo creo que esto es cierto. No vamos a seguir discutiendo si es primario o es una recidiva. Pero en base al criterio que tiene el Dr. Japaze, ¿usted cree que hay alguna diferencia en cuanto a la evolución pronóstica de esta paciente si hace una recurrencia en el sitio de la extirpación o si aparece un nuevo primario?

Dr. Japaze: Lo insinué en la primera contestación; sí puede haber diferencia. Todos sabemos que la biología de la multicentricidad del carcinoma lobulillar es muy diferente al ductal NOS; todo sabemos que el micropapilar tiende a ser también multicéntrico; todos sabemos que hay carcinomas ductales, del grupo de los especiales, que son unicéntricos. Todos sabemos que un NOS G6 (numeral G6) tiende a ser unicéntrico y menos recidivante que un G2 numeral 7, que tiende a ser mucho más recidivante. Entonces, nosotros pensamos desde la anatomía patológica (estoy de acuerdo con el Dr. Castaño que es un término semántico) que es el patólogo un poco el guardián de los términos, porque tenemos que designar las cosas por su nombre. Como ustedes saben, desde tiempos inmemoriales lo importante es darle el nombre a cada cosa. Un tumor que aparece en otro cuadrante es otro tumor y mucho más si aparece en la axila. A mis estudiantes yo se lo designo como metástasis axilar.

Dr. Mc Lean: O puede ser una recurrencia de una axila mal tratada.

Dr. Japaze: Si la axila fue positiva, para que sea recurrencia, tendría que recurrir en un ganglio que no ha sido disecado.

Dr. Mc Lean: La pregunta concreta mía, no sé si se entendió bien. La pregunta es, si el he-

cho de que sea un tumor primario o que sea una recurrencia, el pronóstico en cuanto a sobrevida de esa paciente (sin adelantarnos al tratamiento, que ya va a venir) cambia, si es distinto. Esa es la pregunta.

Dr. Castaño: No. Si tenemos una recurrencia dentro de los primeros 2 años de tratada, es una paciente joven, ese pronóstico de sobrevida es malo. La sobrevida libre de enfermedad a distancia en la paciente que recurre antes de los 2 años, sin metástasis (a 5 años, para Veronesi), no supera el 12%. La sobrevida de enfermedad a distancia en la paciente que recurre después de los 4 ó 5 años, está alrededor del 85%. O sea, que ese 12% no lo modifico, recidive en el cuadrante del tumor primario o en el otro cuadrante. Biológicamente tiene un muy mal pronóstico, a eso me refiero. Ahora si les gusta llamarlo nuevo tumor primario, lo llamamos nuevo tumor primario, pero con muy mal pronóstico.

Dr. Japaze: Yo diría que depende. Si tenemos un caso de un carcinoma lobulillar, la aparición de un nuevo tumor no va a afectar la sobrevida; sí va a afectar la calidad de vida. Si tenemos un mucinoso multicéntrico, no va a afectar la recidiva, sí va a afectar la calidad de vida. Si tenemos un micropapilar, no va a afectar la sobrevida, sí va a afectar la calidad de vida. Es decir, si no hay subtipificación, es muy difícil hablar si la recurrencia (o como se le quiera llamar) va tener importancia en la sobrevida y mucho más en la calidad de vida.

Dr. Mac Lean: Cuando se refiere a calidad de vida, ¿qué es exactamente lo que dice?

Dr. Japaze: Vamos a tomar como ejemplo el lobulillar. El lobulillar es un tumor que tiene una sobrevida (sobre todo el tipo clásico) bastante aceptable, comparado con el NOS, pero tiene muchísimas recidivas y multicéntricos, metastatiza con frecuencia, y sin embargo, la paciente sobrevive. Ésa es una mala calidad de vida. En

cambio, si tomamos un carcinoma tubular, por más que recidive (por la razón que fuera y en el sentido de recidiva en el mismo lugar) no va a afectar la sobrevida.

Dr. Sovran: Doctor, el tiempo libre de enfermedad entre diagnóstico del tumor primario o el tratamiento del primario y la aparición de la recidiva local es fundamental, dado que cuando la enfermedad recurre o recidiva antes de los 2 años, la sobrevida de esa paciente es muy pobre. Todo lo contrario es cuando esta recidiva ocurre después de los 4 ó 5 años. Hay muchos trabajos en el mundo que avalan lo que acabo de decir.

Dr. Laviña Riso: La pregunta que usted hizo fue el pronóstico y el pronóstico cambia. Lo que pasa que el Dr. Japaze hizo la división histológica (que está muy bien hecha, por supuesto) y con determinado tipo de tumores, pero cuando juntamos todos los tumores la aparición de la recidiva implica un pronóstico malo, porque la gran mayoría va asociada, por lo menos en un 30% a 40% ya, con metástasis a distancia. Pero depende también de qué tipo de recidiva, qué edad tiene la paciente, qué tipo de tratamiento, si lo completó o no. Es decir, hay una cantidad de factores que pueden incidir en esto, pero implica un pronóstico malo; por algo se llama la falla del tratamiento.

Dr. Mc Lean: Yo le pido al Dr. Rojas y a la Dra. Roth, que nos perdonen que en este momento estamos hablando nada más que los mastólogos y los cirujanos, pero les va llegar el momento. Si quiere usted Dra. Roth o Dr. Rojas, con todo gusto, si no le vamos a pedir, para saber la experiencia de España, al Dr. San Román Terán, que opina él con respecto a esto que se dice. El Dr. Japaze opina de que la recidiva es en el mismo sitio donde fue extirpado el tumor, que si aparece en otro sitio o en otro cuadrante, es un nuevo primario. En España, ¿ustedes qué concepto tienen?

Dr. San Román Terán: En principio hay tres características para catalogar si es una recidiva o no: una es el tiempo de aparición, en la presencia efectivamente de más o menos tiempo; la segunda es el cuadrante; y la tercera la histología. Si el tumor es histológicamente diferente, no hay ninguna duda, es otro tumor. Si el tumor aparece en otro cuadrante, habría que analizar ese cuadrante y podría ser recidiva o no, en razón del tiempo de aparición de esa recidiva, como decía el Doctor, menos de 2 años, siempre hay que pensar en la posibilidad de que sea una recidiva. En principio son los tres parámetros que manejamos nosotros.

Dr. Mc Lean: Dr. Gori, ¿quiere agregar algo?

Dr. Gori: Yo no entiendo cómo se puede definir algo que no se sabe. ¿Cómo podemos saber si ése es un tumor primario o una recidiva? Es imposible desde todo punto de vista. Todo es una suposición, y como suposición yo puedo suponer A y otro puede suponer B; por lo tanto, es una discusión totalmente semántica, no tiene ningún sentido. Lo que sí tiene sentido es lo que nosotros sabemos; y sabemos que el tiempo es fundamental y que el pronóstico es con el tiempo. Ahora, si yo quiero llamarle a esto recidiva o tumor secundario es porque se me ocurre, porque no hay ningún argumento científico que pueda hacer esas definiciones.

Dr. Castaño: Teniendo en cuenta que en la recurrencia el 90% siguen siendo ductales. Por otra parte, el lobulillar no ocurre en forma diferente al ductal. Está claramente demostrado en los estudios de Milán que tienen el mismo porcentaje de recurrencias que el ductal. Antiguamente se decía que el lobulillar infiltrante recurría más en el tratamiento conservador que el ductal; y está claramente demostrado que no. Milán tuvo más de un 7% *versus* más de 8%, a 5 años.

Dr. Mc Lean: Con respecto a la recurrencia

en los tumores no invasores y en los tumores invasores, ¿qué experiencia tiene la Mesa al respecto? ¿Hay algunos que tienen mayor número de recurrencias?, sean invasores o no invasores.

Dr. Castaño: El porcentaje de recurrencias del ductal in situ es semejante al invasor, por ahí un poco menor. Se calcula en estadísticas a 10 años de alrededor del 6% al 8%. En nuestra experiencia, la misma que internacionalmente, el 50% de esas recurrencias son como invasor.

Dr. Laviña Risso: Para nosotros es más notoria la diferencia entre los tumores invasores y los no invasores; es una diferencia importante. La diferencia de recidiva entre tumores invasores y no invasores, en nuestros trabajos que hemos realizado en algunos centros, es bastante importante la diferencia. Esa recidiva, mucho más a favor del tumor invasor que el de no invasor.

Dr. Sovran: Pienso que en un tumor invasor pequeño, de 1 cm quizás, sea mucho más fácil lograr un margen bien amplio, bien satisfactorio, que recidive mucho menos que un tumor ductal in situ extensivo, distribuido en un segmento donde los márgenes son muy difíciles de lograr satisfactoriamente.

Dr. Japaze: Ya en el contexto de que toda nueva aparición es una recidiva, o en el contexto que la recidiva no existe, es muy difícil darle un marco a esta discusión.

Dr. Mc Lean: La terminamos. En todo caso el tratamiento va a ser el mismo. Habitualmente el tratamiento conservador es cirugía (o sea, erradicación de la lesión), seguida de radioterapia. Yo le voy a hacer una pregunta a la Dra. Roth, a pesar de que no está en el ánimo de todos los cirujanos enviar e irradiar a las pacientes que han hecho tratamiento conservador, salvo contadas excepciones. La Doctora debe tener experiencia con pacientes que no han sido irradiadas, como yo también he tenido algunas pacientes

que he recibido que no han sido irradiadas. ¿Es alto el porcentaje de pacientes que usted ha visto, que no han sido irradiadas, después de un tratamiento conservador? La otra pregunta, ¿usted nota que hay una alta incidencia mayor de recidivas al no haber sido irradiada?

Dra. Roth: En la práctica cotidiana es muy difícil ver a alguien con un tratamiento conservador que no haya seguido la radioterapia; realmente, no veo últimamente muchos de esos casos. En el caso que haya intentado alguien hacer una tumorectomía por tratarse de un tumor no invasor y una paciente añosa y ésta haya seguido con tamoxifeno, y si la paciente recurre, en ese caso como tratamiento nosotros indicaríamos la mastectomía, que es lo estándar. Si la paciente sigue siendo añosa y no quiere este tipo de tratamiento, una retumorectomía (si el caso lo admite) y el tratamiento radiante subsiguiente.

Dr. Mc Lean: Yo le hacía esta pregunta, Doctora, porque yo no hacia mucho tuve oportunidad de tratar a una paciente, esposa de un médico, que hace muchos años le habían hecho un tratamiento conservador y no la habían irradiado. Entonces dije, es un caso ideal para hacerle una nueva cirugía conservadora; como no ha sido irradiada le hago un nuevo tratamiento conservador, la resección nuevamente e irradiación. Así lo hice y la evolución de la paciente fue muy mala; fue una paciente que en dos años murió con metástasis. Es un hecho aislado, anecdótico, que no tiene mucho valor. La pregunta que viene ahora sería acerca de los métodos de diagnóstico o cómo diagnosticamos. Dr. Laviña Risso, ¿cuáles son o cómo diagnostica la recidiva?

Dr. Laviña Risso: Para las recidivas, como todos sabemos, el porcentaje mayor lo podemos hacer desde el punto de vista clínico; es decir, que en el seguimiento de las pacientes que han sido tratadas por cáncer más cirugía conservadora, es muy importante la relevación periódica, el control clínico y después se realiza semestral-

mente el control radiológico. Con eso hemos llegado a obtener un porcentaje prácticamente muy alto de detección de la recidiva con el control clínico; es decir, que se puede encontrar (para responder a su pregunta), tanto desde el punto de vista clínico como imagenológico.

Dr. Mc Lean: Dr. Rojas, en el diagnóstico imagenológico, ¿usted tiene un alto porcentaje de diagnóstico de lesiones no palpables en las recurrencias, en las recidivas?

Dr. Rojas: Nosotros, bajo el punto de vista de imágenes, depende de qué tipo de lesiones iniciales no palpables hemos descubierto. Nuestra estadística apunta a indicar que las lesiones mínimas no invasoras, recidivan mucho menos. Estadísticamente nosotros tenemos un muy bajo porcentaje, por debajo del 5%, posterior al tratamiento conservador. En cuanto a las lesiones infiltrantes, son las que uno tiene más manejo o más posibilidad de ver las recidivas, que generalmente las vemos entre los 4 y 5 años. Mucho tienen que ver los antecedentes quirúrgicos de la paciente, para nosotros, que manejamos las imágenes puramente.

Dr. Mc Lean: A veces vemos pacientes sometidas a tratamiento conservador, que presentan esa imagen que aparentemente es una falsa recidiva, una distorsión cicatrizal, que son realmente muy difícil es de poder definir. Si lo ve con frecuencia, puede directamente decir, esto es una recidiva, esto es una falsa alarma.

Dr. Rojas: Yo quiero decir como introducción, que el individuo que maneja imágenes y está monitorizando una mama con tratamiento conservador, debe tener circunstancialmente una muy buena formación en el conocimiento de lo que se está tratando, biología del cáncer y conocimientos clínicos cancerológicos básicos. Descarto la calidad de la imagen y toda la infraestructura que tiene. Lo que sí, como es una mama alterada, operada e irradiada generalmente,

nosotros pretendemos tener un perfil anatómico de esa mama alterada. En función a eso y si hay un seguimiento secuencial, que generalmente lo vemos en nuestro medio que es anual (y lo envía el oncólogo o el cirujano en combinación con el oncólogo), uno puede tener una cierta orientación acerca de las circunstancias que aparecen. Lo que pregunta el Doctor, la lectura de ciertas imágenes depende en qué período posterior a la cirugía uno está estudiando la mama. Nosotros dividimos groseramente en dos períodos; un período en donde acontecen transformaciones anatómicas de la mama dentro de los primeros dos años, y posteriormente, como que existe una estabilidad anatómica y que son otras imágenes que van apareciendo. En función a eso, uno va haciendo más o menos el manejo y la monitorización de las anomalías que pueden aparecer, que son densidades, tractos fibrosos y microcalcificaciones.

Dr. Mc Lean: Otra pregunta que le quiero hacer. Esas alteraciones cicatrizales que aparecen, muy parecidas a una recidiva, en el tiempo se van modificando, se van acentuando. Por ejemplo, ante cambios relativamente agudos, recientes, aparecen el edema, los seromas, posquirúrgico ya saben que es el hematoma, cambios dérmicos. Tardíamente son otras cosas, como el quiste oleoso, la citoesteatonecrosis, necrosis grasa, las calcificaciones distróficas que aparecen en el lecho quirúrgico, las fibrosis y las deformaciones dérmicas que se van acentuando a través de la evolución temporal de esa mama tratada. Si usted tiene esa imagen muy sospechosa, ¿qué le aconseja al cirujano?

Dr. Rojas: Nosotros tenemos un algoritmo de estudio. Una vez establecido que el estudio corresponde a una mama operada y tratada, nosotros la consideramos una mama alterada (sumamente alterada) y tenemos ciertos recaudos. Ante la aparición de microcalcificaciones, el algoritmo consecuente es un estudio adecuado para categorizar las microcalcificaciones y ver retrospectivamente

si existían. Si no tengo estudios anteriores, preguntar por lo menos histológicamente, cuál fue el tumor primario, para asociarlo; enseguida la comunicación con el cirujano. Si es una densidad, el algoritmo siguiente es comprimir adecuadamente la zona de densidad para ver si tiene movilidad o tiene una modificación esa densidad, porque muchas veces desaparece a la alta compresión, y fundamentalmente si persiste le hacemos una ecografía. Con esas dos cosas fundamentales, buena calidad de imagen y buena calidad de ultrasonido, creemos que es el control básico para establecer si una mama con un tratamiento conservador está libre o no de algún indicio que pueda sugerir inmediatamente al cirujano la posibilidad de recidiva.

Dr. Mc Lean: Dr. Castaño, usted cuando le traen una paciente que ha operado, que no le palpa absolutamente ninguna anomalía, pero se encuentra con una imagen que realmente le preocupa, ¿la opera, la punza, qué le hace?

Dr. Castaño: Depende de la imagen. La radiología comienza a tener una fundamental trascendencia en el seguimiento, porque no nos debemos olvidar que entre el 40% y el 50% de las recurrencias postratamiento conservador, son radiológicas puras. La expresión radiológica generalmente es muy semejante a la del tumor primario: nódulos, densificaciones, microcalcificaciones. Las microcalcificaciones particularmente tienen mucha trascendencia, porque si las microcalcificaciones agrupadas rondan entre un 15% y un 20% del riesgo de cáncer en la paciente no tratada, en aquella tratada, operada e irradiada por cáncer, duplica o excede el doble el riesgo de una lesión maligna. O sea, que la tendría que ver según la imagen; si la imagen es sospechosa se puede hacer biopsia. Hay que tener presente (como le decía, el 60% al 80% recurre dentro de los primeros 5 años) que el 90% de las recidivas cutáneo-glandulares, están dentro de los primeros 3 años; o sea, que son trascendentes las imágenes. Si hay duda, se debe hacer biopsia; si no

hay duda o si hay una mediana duda, obviamente debe ser controlada, como dijo muy bien el Dr. Rojas.

Dr. Mc Lean: Dr. Allemand, ¿usted le indica una punción a la paciente?

Dr. Allemand: En nuestra experiencia, el porcentaje de recidivas diagnosticadas radiológicamente es menor. En un trabajo que estamos por publicar, con más de 1.300 pacientes tratadas y operadas con cirugía conservadora, el diagnóstico de recaída, de recurrencia local, fue hecho por la clínica en el 80% de los casos. Sí creo que las imágenes de sospecha, deben ser investigadas. No sé si son para ser sometidas a una nueva cirugía, dado que hemos operado a muchas pacientes demás; es decir, hace 10 ó 15 años cuando empezamos a hacer cirugías conservadoras, las imágenes radiológicas llamaban mucho la atención y operamos muchas pacientes demás, que luego resultaron negativas, y esto perjudicaba a su vez el seguimiento. Hoy somos más cautos y creemos que estas pacientes pueden ser investigadas con algún procedimiento con aguja, tipo *core biopsy* o parecido, dado que de esta forma evitamos agregar una nueva mama difícil de vigilar, desde el punto de vista radiológico. Pero insisto, la cifra nuestra es un poco menor que la de ustedes.

Dr. Mc Lean: En las punciones negativas, ¿se queda tranquilo?

Dr. Allemand: Si la punción esta hecha con *core biopsy* sí, nos quedamos tranquilos; por supuesto, cuando tenemos imagen que se puede evaluar radiológica y ecográficamente.

Dr. Rojas: Yo quería aportar dos conceptos fundamentales. Cómo se maneja el individuo que está haciendo la imagen. Uno tiene que reportarle al cirujano, al oncólogo, los cambios. Para nosotros los cambios temporales, si es que disponemos de estudios anteriores, son funda-

mentales; sobre todo si tienen la misma calidad, por lo menos, para ser comparables. Todo lo que cambia estructuralmente temporalmente dentro de la mama, excepto los cambios tradicionales que ya están descritos en la literatura y que tenemos suficiente experiencia para dimensionar uno por uno, excepto eso, toda la imagen que aparece y que se mueve de un estudio a otro y de un año a otro, hay que prestarle la suficiente atención para establecer después los algoritmos de rescate, para que ellos tengan el suficiente espacio para actuar en el problema. Eso me parece que es muy importante.

Dr. Laviña Riso: Para marcar una diferencia en cuanto a la actitud a adoptar. Nosotros, por suerte, en el lugar donde trabajamos contamos con radiólogos que son muy buenos, son muy confiables. Pero si un radiólogo, como el que tienen la suerte de tener acá, el Dr. Rojas, y alguno a quien nosotros le tenemos muy buena confianza, demostrada a través de 20, 25 ó 30 años de experiencia, me dice que es dudosa la lesión, nosotros hacemos biopsia; no hacemos *core biopsy* o algún otro procedimiento, hacemos la biopsia quirúrgica directamente.

Dr. Gori: ¿Qué valor le da a la resonancia magnética?, en esas imágenes que están ahí y que no sabe definir exactamente. ¿Qué le puede aportar la resonancia magnética?

Dr. Rojas: Me da pie para poder introducir algún concepto local. Yo creo que en nuestro país recién está naciendo la concientización de hacer resonancia en determinados casos indicativos, en los cuales ni una buena mamografía, ni una buena ecografía, resuelven el tema. Podemos tener dos o llevarla a una resonancia, como primera instancia, no invasiva con gadolinio, con un algoritmo adecuado, que en los hospitales lo pueden hacer muy bien o que es altamente recomendable; o bien si no toman la actitud de hacer una resonancia, completarla con una aguja gruesa. Hoy en día, en el tema de la mama trata-

da y operada, yo veo que ustedes, cirujanos, reportan más preguntas a través de la aguja gruesa. Nosotros tratamos de ofrecerles el mejor de los diagnósticos, haciendo hincapié que la aguja gruesa es útil y resuelve muchos temas. Tenemos una importante colección de recidivas detectadas con aguja gruesa. Generalmente, además, como la cirugía cada vez es mejor, se tratan tumores más chicos, no se encuentra la recidiva de la enfermedad muy temprano ni muy cercano. Vemos que las mamas están mejor tratadas, el tratamiento es mínimo. No hay esa disociación clínica que había con la imagen, que veíamos hace años. Nosotros estamos muy reconfortados por la forma que están trabajando ustedes y por la calidad de imágenes que vamos obteniendo. Conclusión, la resonancia es medio indicador (un buen indicador) para dilucidar después del período agudo del tratamiento, porque tiene una sensibilidad que está reportada (que el Dr. Mariano Lamattina bien lo dijo) del 80% al 85%, y una alta especificidad; cosa que la mamografía tiene esas flaquezas.

Dr. Mc Lean: Me parece muy buena su pregunta, Dr. Gori, porque casualmente yo la tenía en mente, porque en los últimos tiempos, en los últimos meses (yo no sé si ha habido alguna publicación en los medios), muchas pacientes me han dicho: "Doctor así que ahora la resonancia magnética es mejor que la mamografía", es algo que nos están preguntando.

Dr. Laviña Risso: Quería preguntar, si lo que usted decía de la resonancia magnética, es lo mismo si la recidiva aparece entre los primeros 2 ó 3 años o después de los 2 años.

Dr. Rojas: En nuestro medio, por la calidad de cirugía que tenemos, la estamos observando ya posterior a los 3 y 4 años. Es ahí donde la resonancia tiene gran valor, porque ya pasaron todos los fenómenos importantes de transformación biológica de la mama; no hay tanta circulación. Es un método que se basa en la circulación

mamaria, porque al poner el gadolinio en zonas de interés del tumor, es angiogenético. Yo quería, si me permite el Dr. Mc Lean (yo no sé si está el Dr. Lamattina acá presente), porque él hizo hincapié en el Curso Precongreso referente a un artículo que salió recientemente en Clarín, en el cual establecían que la sensibilidad de la resonancia superaba a la mamografía. Realmente él mostró con cifras muy contundentes que no es cierto eso. Así que sigue siendo tradicionalmente hasta ahora, en el seguimiento y en la detección del cáncer, el primer método de indicación la mamografía.

Dr. Ignacio Mc Lean: Una pregunta para el Dr. Laviña Risso. Recién dijo que en una imagen compatible con recidiva, él prefiere una biopsia quirúrgica y no una *core biopsy*, cosa que me parece a la inversa. ¿Por qué prefiere una biopsia quirúrgica?

Dr. Laviña Risso: En primer lugar, le voy a decir, porque no lo manejamos nosotros. No las incluimos en los protocolos, que se fueron incorporando en casi todos los centros, porque trabajamos en un medio muy especial; digo que se hace eso, pero genéricamente la conducta es researla y estudiarla en forma global. Trabajamos en un medio donde tenemos el índice más alto del mundo de cáncer y entonces no nos podemos basar en argumentos de que pueda tener alguna falla, como pueda ser la *core biopsy*. Entonces, preferimos a veces pecar por exceso, pero tener el valor exacto de la lesión que estamos estudiando.

Dr. Mc Lean: Vamos a pasar al tratamiento. Tenemos una paciente que hemos operado, tratamiento conservador, le hemos hecho una cuadrantectomía o segmentectomía con márgenes, axila y se nos presenta con una posible recurrencia. Dr. Castaño, ¿cuál es la conducta?

Dr. Castaño: En una recurrencia postratamiento conservador, lo estándar es la mastecto-

mía. Empiezan a jugar una serie de factores. Depende de la edad; depende del tipo de recurrencia, si es cutánea pura o cutánea glandular; depende del tamaño de la recurrencia; depende del tiempo de esa recurrencia en su tratamiento primario. En términos generales, si tengo una paciente que tiene 40 a 45 años, operada hace 2 años y recurre (llamémoslo como lo queramos llamar), le indicamos una mastectomía. Si tenemos una paciente de 60 años, que está operada hace 10 años de un tratamiento conservador y tiene una recurrencia glandular pura pequeña, no nos parece inadecuada una resección amplia. No hay ningún trabajo que haya demostrado diferencia de sobrevida en mastectomía *versus* tumorectomía. Milán tiene un 70% de mastectomías y un 30% de tratamientos conservadores, con la misma sobrevida a 3 años.

Dr. Mc Lean: Esa paciente, que yo dije que tuve que tratar, que había sido sometida a un tratamiento y que no había sido irradiada. En el ambiente acá de los cirujanos, ¿qué le harían a esa paciente? Fue sometida a una resección en la axila, pero no fue irradiada; hace una recurrencia. ¿Cuál es su conducta Dr. Laviña Risso?

Dr. Laviña Risso: Ahí estaríamos hablando de un caso muy específico, de que haya sido algún carcinoma *in situ*. Que haya sido catalogado como que no entrara en algún protocolo para hacerle radioterapia.

Dr. Mc Lean: Era un carcinoma invasor.

Dr. Laviña Risso: Lo tratamos como un nuevo cáncer, reseca esa zona y haciéndole la radioterapia. Nosotros hacemos un solo plan de radioterapia.

Dr. Mc Lean: ¿Le sigue conservando la mama a esa paciente?

Dr. Laviña Risso: Se puede, pero hay que tomar una serie de considerandos, la edad, el tipo

de recidiva, el tamaño de la mama. Hay pacientes que se niegan notoriamente a que le saquen la mama. Hay que contemplar una cantidad de factores, pero si nunca se le hizo radioterapia se le puede hacer ahora.

Dr. Mac Lean: Yo entendí que la Dra. Roth no era muy partidaria de ese tratamiento.

Dra. Roth: En general, nosotros en el caso de una recidiva, y si fue tratada en forma estándar, tumorectomía más radioterapia, la indicación es la mastectomía. Aparte, uno terminaría de estudiarla para ver si es el único lado de recidiva o si tiene también diseminación a distancia. Creo que también hay que hablar con la paciente. El hecho de una recurrencia predispone muy mal a la paciente en sí, porque realmente es algo que no espera. En ese contexto, la paciente tiene derecho a dialogar con el médico que es lo que ella desea. En general, son individuales cada uno de los casos, pero ellas también quieren saber cómo sacarse de encima el problema.

Dr. Mac Lean: Dr. Japaze, una pregunta muy simple. Ante una paciente a la que le hacemos una biopsia, ante una posible recurrencia. ¿Usted cree que hay alguna diferencia, favorable o no, de que le haga un estudio por congelación o diferido?

Dr. Japaze: No conozco que se hagan biopsias intraoperatorias de las recidivas; por lo menos, nosotros no las hacemos.

Dr. Mc Lean: No hacen congelación de las recidivas, ¿por qué?

Dr. Japaze: No, no la hacemos, porque la recidiva tiene varios diagnósticos diferenciales. Puede ser un diagnóstico muy fácil, puede ser un diagnóstico muy complicado. Esto se está retomando ya a nivel internacional; por ejemplo (sé que esto va a causar un poco de extrañeza), pero en tumores de menos de 10 mm ya no ha-

ce mos biopsias intraoperatorias. En el caso de la recidiva, como es una cicatriz de acuerdo al concepto de recidiva que yo he enunciado; o sea, la aparición en el mismo lugar. No así en el concepto amplio, que pueda aparecer en otro lugar de la mama, en cuyo caso sí. Pero en recidiva, con el concepto que admitimos los patólogos de que es en el mismo lugar, en medio de un tejido de cicatrización, donde está sujeta a una alternativa de diagnóstico diferencial, que casi todas implican induración y el único que tiene una macroscopia más o menos definida es el llamado granuloma oleoso. Las demás, la citoesteatonecrosis, la esclerosis nodular de reparación, el carcinoma lobulillar con desmoplasia exagerada, los granulomas de cuerpo extraño, pueden ser factores de alto riesgo de error intraoperatorio. Esta es la razón por la cual nosotros preferimos que no se haga una intraoperatoria. Ahora, por supuesto, todo está sujeto a distintas condiciones particulares.

Muchas veces es frecuente que la recidiva sea claramente un tumor maligno y que tenga las características no obligadas del tumor primitivo. Por ejemplo, el carcinoma lobulillar en un 46% recidiva como ductal, en cuyo caso la macroscopia es muy clara; pero cuando la macroscopia del carcinoma lobulillar (que todos la conocemos) es en cierto modo difícil de interpretar, pues preferimos diferir el diagnóstico. En ningún caso estoy en contra de que el patólogo asista al quirófano, quiero aclarar este tema.

Dr. Mc Lean: Los cirujanos presentes, ¿están de acuerdo con esta conducta o criterio?

Dr. Laviña Risso: Yo quería aclarar una cosa. Me parece que la pregunta sirve también para priorizar los tipos de tratamiento. La pregunta si se le hace o no radioterapia. Creo que acá nosotros lo que tenemos que sustentar es si no se le hizo, volverla a tratar, pero quirúrgicamente en forma correcta. Porque la radioterapia como método complementario no va nunca a corregir una

cirugía inadecuada.

Dr. Mc Lean: Usted se fue a la pregunta anterior. La pregunta era si la biopsia por congelación era superior a la diferida.

Dr. Castaño: Uno en general trata de evitarle internaciones y anestias innecesarias a la paciente. Si tenemos una paciente que tiene clínica y radiológicamente una recidiva, eso se conversa con la paciente y depende de las posibilidades. Una opción absolutamente válida es hacer una punción con aguja gruesa, tener histología y si la propuesta acordada con la paciente es una mastectomía simple, someterla a una mastectomía simple. Si eso no se pudiese hacer, no tenemos mayores inconvenientes en hacer biopsia por congelación. La indicación de biopsia por congelación es cuando uno vaya a actuar en consecuencia; o sea, que el patólogo me podrá decir que hace un diagnóstico de carcinoma o que no hace un diagnóstico de carcinoma, y lo tendré que diferir.

Dr. Mc Lean: ¿Encuentran alguna justificación de realizar una cirugía reconstructiva inmediata a la mastectomía total posrecurrencia?

Dr. Castaño: No, justificación ninguna. No tenemos mucha experiencia; estamos comenzando a hacerlo en el Hospital Alemán. Tenemos algunos casos, pero no tenemos experiencia personal casuística como para poder opinar; pero ninguna justificación.

Dr. Mc Lean: Yo quisiera agregar algo. Nosotros tampoco (no debería hablar yo) tenemos contraindicación, salvo en el uso de expansores en una mama irradiada, creemos que no va a ser buena la evolución. La última pregunta (después de darles la palabra a ustedes) es a la Dra. Roth. ¿Qué hay sobre la reirradiación (de la que se está hablando en este momento, con equipos especiales), en pacientes que ya han sido irradiadas?

Dra. Roth: Son casos especiales. Nosotros favorecemos lo estándar, la mastectomía. En el caso de la paciente en la que pasaron varios años, la recidiva es pequeña, nosotros podemos reirradiar, pero no es lo estándar. Preferimos lo convencional que es la mastectomía, eventualmente la reconstrucción, los expansores. El caso de la reirradiación es un caso no común. Hemos irradiado y lo que uno tiene que tener idea es que tenemos que irradiar otra vez alrededor de los 5.000 cGy, por lo menos, después de haber sido reseada la recurrencia; pero no es lo común.

Dr. Mc Lean: ¿Alguien más quiere hablar al respecto? Nos quedan escasos 10 minutos; les vamos a dar la palabra a todos ustedes para completar aquellos temas que no hemos tratado.

Dr. Allemand: Dos preguntas quiero hacer. La primera es al Dr. Laviña Risso, si ustedes han visto cuál es la incidencia de simultaneidad de recaída local y enfermedad sistémica, ¿en su serie qué porcentaje es? En segundo lugar, si ustedes han catalogado (y esto lo pregunto a todos los cirujanos) cuando al comienzo de la charla se habló de la diferencia entre nuevo primario y recaída local, que creo realmente que es una discusión que no tiene sentido. Sí nosotros, en nuestro grupo de trabajo, hemos hecho mucho hincapié cuando la recidiva se extiende en la piel. Las recidivas glandulocutáneas para nosotros se comportan como las recidivas posmastectomía. Analizando las recidivas, nosotros hemos visto que las pacientes que recaen con axila negativa tienen (haciendo una curva tipo Kaplan-Meier de probabilidad) una sobrevida muy similar, recaigan o no recaigan. La pregunta es, si ustedes han evaluado el porcentaje de pacientes que recaen y simultáneamente tienen enfermedad sistémica; y si tienen definidas aparte, las recaídas glandulocutáneas.

Dr. Laviña Risso: Nosotros tenemos hecho un trabajo en el que se demuestran claramente además los subtipos, marcados por edad, por el

tiempo de aparición, por el tipo histológico, etc. Volvemos a aquella famosa frase de que la recaída era el mejor indicador de una enfermedad sistémica; y estamos totalmente de acuerdo. Por lo menos incide en 30% a un 40% con recaída local-regional más metástasis a distancia. La axila, para nosotros, no es un indicador nunca, en los trabajos que nosotros tuvimos de recidiva.

Dr. Allemand: Dr. Mc Lean, ¿le puedo aclarar la pregunta? Yo me refería a que cuando uno compara sobrevida actuarial de paciente recaída y no recaída, y hace un análisis multivariable, en realidad uno lo que ve es que las pacientes que tienen axila libre, recaigan o no recaigan, tienen una sobrevida muy parecida. El factor que cambia, en realidad, es el compromiso axilar: no porque haya recaído localmente, sino por el compromiso axilar.

Dr. García Caro: El seguimiento que uno hace de una paciente con un tratamiento conservador, cuando pasa un año y medio, quizás dos años, si aparece alguna lesión visible, palpable o visible mamográficamente, por ahí, para el mastólogo es más fácil tomar una determinación, punción, cirugía, etc. ¿Qué pasa en aquellas pacientes que llevan seis meses, quizás menos de un año o un año, donde al examen tiene todavía algún tipo de alteración en la mama por la radiodermitis? ¿Es fácil tomar la determinación, la punzo, no la punzo? ¿Qué pasa si uno punza, hay algún tipo de complicación? ¿Qué pasa con los falsos negativos de esa punción? De eso quisiera saber si tienen alguna experiencia.

Dr. Castaño: En general en ese tipo de imágenes (usted dice más dudosas que positivas) somos muy cautos, sobre todo a los seis meses o al año de operadas. Las controlamos y pensamos que tenemos tiempo para tomar alguna actitud agresiva. Cuando comenzamos éramos más agresivos y hacíamos muchas punciones, biopsias; o sea, un poco el temor de la evolución en el tratamiento conservador. Hemos visto, no una

gran incidencia, pero sí complicaciones y radiodermatitis a posteriori, por agresiones quirúrgicas. Pero en general las controlamos.

Dr. Mc Lean: Dra. Rafailovici, hablamos hace un rato de las pacientes que se reirradiarían. Usted tiene experiencia en eso, ¿qué nos puede decir rápidamente?

Dra. Rafailovici: Es un tema que a mí mucho no me gusta. Yo creo que en la recurrencia local, la enfermedad local implica un nuevo riesgo de mortalidad para la paciente. Las distintas series dieron que la recurrencia local en pacientes irradiadas o no irradiadas, incluso en los trabajos *randomizados* (lo que pasa que en los primeros años era poca la evolución y no se había visto), de Fisher, la gente de Italia, han demostrado que pacientes que recurren, tienen menor sobrevida. Entonces, yo creo que el tratamiento estándar (estoy de acuerdo con la Doctora) es la mastectomía. La mama tiene que estar en muy buenas condiciones para volver a hacer una nueva conservadora (que eso no se mencionó por el tema de la radioterapia), lesiones no muy grandes, alejadas en el tiempo. Hay una gran tendencia a hacer una nueva conservadora. Mi opinión es que hacerle una dosis completa, es un riesgo que deben asumir el radioterapeuta, el médico que le hizo la cirugía conservadora y la misma paciente. Nosotros se lo hacemos firmar. A veces, uno no es el que toma las decisiones, es de un equipo, de alguna manera. Pero yo creo que para irradiarla, tiene que tener realmente factores de riesgo. Yo creo que la cirugía de una recurren-

cia, una nueva cirugía conservadora, tiene que tener márgenes realmente amplios, pero no amplios como los de la primera cirugía, donde sabemos que se va a irradiar, porque a veces uno se conforma con un margen de milímetros (eso figura en la literatura y está en todo el mundo). Creo que el margen de 1 ó 2 mm, lo que uno ve habitualmente en la cirugía primaria, no es válido para una segunda cirugía conservadora, porque el riesgo de recurrir es grande. Cuando pasó mucho tiempo y hay un consenso de darle una nueva oportunidad, hay que irradiarla con un riesgo calculado.

Pregunta de asistente: Para la Dra. Roth. En esos casos esporádicos que hacen la reirradiación, ¿cuánto tiempo esperan para realizarla? La segunda es, si en los casos, como dijo la Doctora recién, que es adecuado hacer una cirugía conservadora nuevamente, si los implantes con braquiterapia tienen algún lugar.

Dra. Roth: Sí, por supuesto, todo tiene lugar. La retumorectomía (o no sé como llamarla), con un amplio margen, tratar el cuadrante, ya sea por implante, por radioterapia externa; uno puede conformar la radioterapia. Hay más de un modo de tratarla, pero creo que hay que tener en cuenta lo que estamos diciendo. Es una chance que tiene la enferma y hay que jugarla lo más preciso posible. Nosotros estamos a favor de un tratamiento radical.

Dr. Mc Lean: Les agradecemos mucho a todos los panelistas y a todos ustedes.

PÁGINA PARA PUBLICIDAD