

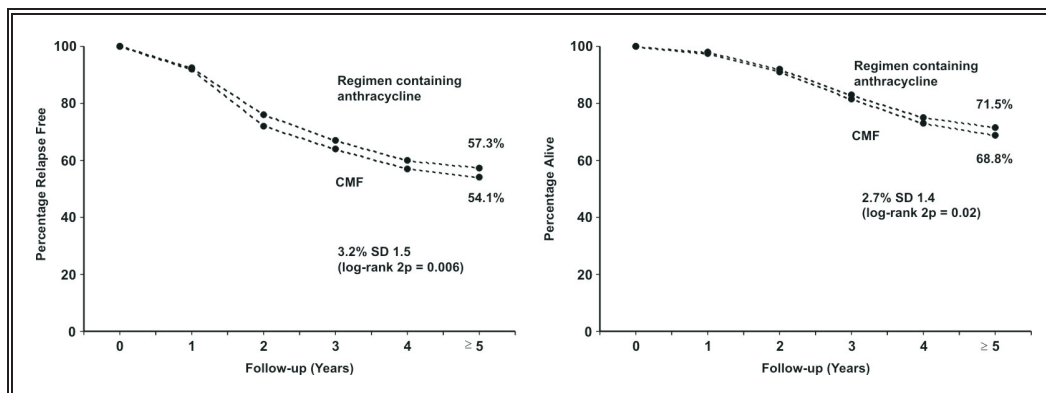
EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA UN LLAMADO DE ATENCIÓN

El diagnóstico precoz del cáncer de mama y el mejor conocimiento de su biología en los últimos años, nos ha permitido preservar un mayor número de mamas y disminuir de manera significativa la tasa de mastectomías.

La necesidad de adyuvancia, en la mayoría de los casos, luego del tratamiento local/regional nos obliga a cumplir una secuencia que muchas veces no se respeta y esto sin duda puede tener repercusión en los resultados finales, en términos de recaída local y sobrevida.

El tratamiento conservador debe cumplir determinadas pautas, esto es, la cirugía, la cual podremos denominarla de diferentes maneras (cuadrantectomía, segmentectomía, tumorectomía, etc.); en realidad lo importante es lograr una resección adecuada con márgenes libres de enfermedad, en lo posible superiores a los 10 mm. Luego la cirugía debe ser completada con la linfadenectomía axilar convencional o con la biopsia del ganglio centinela, en aquellos centros que cuenten con los recursos y la experiencia para su realización. Una vez concluida esta etapa, se discutirá con los oncólogos el tratamiento sistémico, pero lo que no debemos olvidar es que el tratamiento conservador sólo es correcto cuando la paciente recibe el tratamiento radiante completo (50 Gy en el volumen mamario y 20 Gy en el lecho *boost*).

Lamentablemente en los últimos años, especialmente en las pacientes con axila positiva, se ha generalizado el empleo de protocolos de quimioterapia con regímenes que contienen adriamicina, seguramente con algún pequeño beneficio adicional en términos de sobrevida global (aunque esto continua en discusión), pero obliga a demorar el uso de la radioterapia por la sensibilidad cruzada con la adriamicina; a diferencia de lo que sucedía con el empleo de los regímenes del tipo CMF, ya que estos nos permitían la realización simultánea de la quimioterapia y radioterapia. Los beneficios adicionales obtenidos con los regímenes que contienen adriamicina (FAC-FEC) han sido probados con 6 ciclos, no en cambio con 4 ciclos (AC), cuyos resultados son similares al CMF.



Figuras 1 y 2. Curvas de DFS y OS comparando regímenes con CMF *versus* FEC.

En relación con el empleo de estos regímenes me parece importante citar una de las revisiones más importantes del EBCTCG de 1998, en el cual se analizaron once ensayos *randomizados* que incluyeron 5.942 pacientes, seis de los cuales incluían 2.157 pacientes y adriamicina y cinco ensayos con 1.320 pacientes y epirrubicina *versus* CMF. En las Figuras 1 y 2 se pueden ver los resultados en relación con el tiempo libre de enfermedad (DFS) y la supervivencia global (OS).

Este pequeño beneficio adicional podría ser compensado de manera negativa si se incrementara el número de recaídas locales/regionales, cuestión que ya ha sido demostrada por numerosos trabajos tanto nacionales como extranjeros, las recidivas locales no son un hecho menor y tienen un fuerte impacto en la supervivencia global. Esto lo hemos confirmado en una publicación de nuestro grupo con más de 1.300 pacientes tratadas con cirugía conservadora.

Creo que más allá de las evidencias disponibles, las cuales no son realmente abrumadoras, existe en este tema una lamentable influencia de la literatura médica de los EE.UU., en muchas publicaciones se ha hecho referencia a la baja tasa de cirugía conservadora en los EE.UU.; podría citar a varios pero me parece paradigmática la queja de B. Fisher al respecto: "*Surgeons continue to reserve breast-conserving therapy primarily for patients with favorable breast cancer, in spite of guidelines and data from randomized trials indicating that age, prognosis, and tumor type should not be used as selection criteria for local therapy. This misunderstanding is a major factor responsible for low national rates of breast-conserving therapy*"; lamentablemente nadie es profeta en su tierra, y algo parecido ha dicho otra prestigiosa cirujana, la Dra. Monica Morrow: "*The guidelines for breast-conserving therapy were*

developed in 1992 and have been widely disseminated. This study to evaluate guidelines adherence included data on 17,931 women with stage I or II breast cancer treated in 1994. Among its main findings:

- Only 7,914 (44.1%) had breast-conserving therapy.
- About 47% of patients who received breast-conserving therapy was under age 60, compared with 41% of mastectomy patients ($P < .0001$).
- About 54% of clinical stage I patients had breast-conserving therapy, compared with 32% of clinical stage II patients and 39% of patients with no clinical stage data ($P < .0001$).
- About 53% of women with T₀ tumors had breast-conserving therapy vs. 33% of those with T₁ tumors ($P < .0001$).
- Some 47% of node-negative patients had breast-conserving therapy vs. 32% of node-positive patients ($P < .0001$).

According to the guidelines, the only contraindications to lumpectomy plus radiotherapy in early-stage breast cancer are large tumor size, small breast size in comparison to tumor size, early pregnancy, and multiple tumors in various sites. Older age, prognosis, and tumor type are not indications for mastectomy."

Como vemos, a pesar de estar muy lejos en términos geográficos, en nuestro país hemos incorporado estos principios y los hemos aplicado por más de 20 años, con resultados más que satisfactorios, a tal punto esto es así, que en una reunión del cierre de un protocolo de investigación sobre el uso de inhibidores de las aromatasas (ensayo ATAC) realizado en Roma en el año 2002, el Dr. Michael Baum, hizo referencia al elevado número de cirugías conservadoras en nuestro país.

El uso generalizado de los regímenes con antraciclinas sin duda tiene su origen en la experiencia médica de los EE.UU., lugar en el cual no se plantea la cuestión de la secuencia de los tratamientos luego de la mastectomía, ya que la radioterapia de los colgajos queda solamente limitada a algún grupo de muy mal pronóstico local (tumores mayores de 5 cm, y/o con gran compromiso axilar); y al quedar la cirugía conservadora limitada solamente a casos excepcionales y de muy buen pronóstico, el conflicto radioterapia/quimioterapia no se plantea.

La demora de la radioterapia, este es el punto en cuestión, casi de manera cotidiana asistimos a este problema, pacientes que han cumplido los 6 ciclos de quimioterapia con antraciclinas, con más de 6 meses de su tratamiento

quirúrgico primario y todavía no han comenzado el tratamiento radiante. La pregunta es, ¿es esto aceptable?; personalmente creo que no, estamos subestimando el tratamiento local, a pesar de los avances en la oncología médica, puntualmente en el cáncer de mama, todavía ninguno de los tratamientos sistémicos disponibles ha superado los resultados de los tratamientos locales/regionales, es por esto que los hemos denominado adyuvantes; el nombre no es caprichoso, si no deberíamos llamarlos curativos. La enfermedad local es real, tangible, cuantificable, la enfermedad sistémica es virtual por lo menos en el cáncer de mama inicial, con esto no estoy negando el valor de la adyuvancia, sólo quiero hacer hincapié en el valor del tratamiento local/regional.

Podemos coincidir en parte con aquella frase apócrifa de Umberto Eco: "La estadística es aquella ciencia por la que, si un hombre come dos pollos y otro ninguno, dos hombres comieron un pollo".

Dr. Daniel Allemand
Especialista en Mastología

PÁGINA PARA PUBLICIDAD