

SESIONES CIENTÍFICAS

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 70 AÑOS

Eduardo M. Cortese, Rodolfo E. Delle Ville, Pablo E. Brito, Germán L. Coppolecchia, Carlos A. Brancato, Mariana E. Gionto, Leonard Osborn Cohen

RESUMEN

Objetivo

Comparar el tratamiento efectuado a pacientes mayores de 70 años con las de menor edad con el fin de determinar si fueron tratadas de manera distinta o en forma subóptima.

Material y método

Se efectuó el análisis retrospectivo de 77 mujeres mayores de 70 años con cáncer de mama tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Aeronáutico Central (SGHAC) entre el 1 de enero de 2002 y el 31 diciembre del 2006 y se las comparó con 91 mujeres menores de dicha edad tratadas en el mismo período. Se analizó el estadio clínico, receptores para estradiol y progesterona, grado histológico, tamaño tumoral, estatus ganglionar axilar y los tratamientos quirúrgico, radiante, hormonal y de quimioterapia efectuados para establecer diferencias, si las hubiese.

Resultados

Casi la mitad de los casos de cáncer de mama correspondieron a mujeres mayores de 70 años. El 73% se diagnosticó en estadio I y II. En poco más de la mitad de las pacientes mayores de 70 años las lesiones fueron menor o igual a 2 cm, grado tumoral 2 y sin compromiso axilar. En 48 casos se efectuó cirugía conservadora, siendo equivalentes a las que se efectuaron en 59 mujeres menores de esa edad. Fue inferior el porcentaje de mastectomía radical modificada tipo Madden y mayor el de mastectomía simple. En nuestro grupo de pacientes mayores, los datos hallados nos muestran un subtratamiento adyuvante de las mismas. El número de pacientes a quienes se les instituyó quimioterapia fue significativamente menor en las pacientes de más de 70 años. El esquema más usado fue CMF en el 59%.

Conclusiones

La edad avanzada de las mujeres con cáncer de mama no es por sí sola una variable que deba modificar el tratamiento local o adyuvante.

Palabras clave

Cáncer de mama. Mujeres mayores de 70 años.

SUMMARY

Purpose

To report our experience on the treatment of women over 70 years old with breast cancer, comparing them with younger women in order to determine if they were treated in a different mode or suboptimally.

Materials and method

We retrospectively analyzed 77 women over 70 years of age with breast cancer treated in the Gynecology Department of the *Hospital Aeronáutico Central* (SGHAC) between January 1, 2002 and December 31, 2006 comparing them with 91 younger women with breast cancer treated during the same period of time. We analyzed the clinical stage, estrogen and progesterone receptor, histologic grade, pathologic tumor size, number of positive axillary lymph nodes and surgical, radiation, hormonal and chemotherapy treatments performed to establish if there were differences between these two groups.

Results

Nearly half the patients treated were women over 70 years old. In 73% of the cases they were diagnosed in clinical stage I and II. Almost half of the cohort had lesions minor or same 2 cm, tumoral grade 2 and negative axillary lymph nodes. In 48 cases breast conserving surgery was performed being statistically equivalent to the 59 cases performed in women under 70. Modified radical mastectomy was less performed and an increase number of simple mastectomy were done. In the older age group the data obtained shows us that adjuvant treatment was less institute than in the younger population. The plan more used was CMF in 59% of the cases.

Conclusions

Advanced in years of patients with breast cancer is not by itself a variable to modify local and adjuvant treatment of women with breast cancer.

Key words

Breast cancer. Elderly women.

INTRODUCCIÓN

Alrededor del 50% de los cánceres de mama ocurren en mujeres mayores de 65 años y es de esperar que tanto la incidencia como la prevalencia del cáncer de mama en mujeres mayores se incremente en el futuro.^{1,2}

El diagnóstico precoz y las terapéuticas adyuvantes posoperatorias han incrementado la sobrevida del cáncer de mama. Según datos actualizados del Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) a las mujeres mayores de 70 años les corresponde el 47% de los cánceres de mama. En buen estado de salud, este grupo etario tiene una expectativa media de vida de 15,5 años. A pesar de estos datos, muy pocas mujeres mayores de 70 años son incluidas en

grandes estudios prospectivos *randomizados*.

Entre las barreras para el reclutamiento de pacientes se incluyen, aparte de la comorbilidad, el temor tanto del médico tratante como de la familia, a la tolerancia a los tratamientos adyuvantes.

El resultado es la extrapolación de datos de otros grupos etarios a la totalidad de las pacientes mayores de 70 años con cánceres iniciales de mama.

Si bien los datos disponibles de ensayos específicos por edad demuestran que la eficacia del tratamiento no se modifica por la edad,^{3,4} esta evidencia es limitada por la falta de inclusión de un número sustancial de pacientes de edad avanzada, particularmente de aquellas que presentan enfermedades cardiovasculares y pulmo-

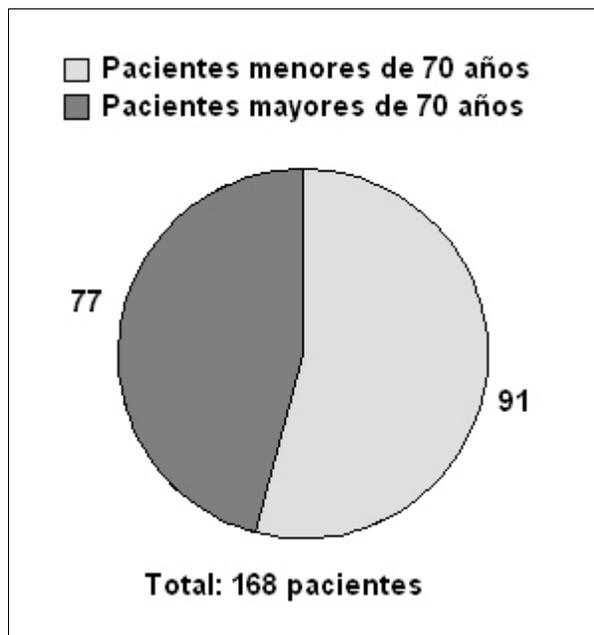


Figura 1. Total de pacientes con cáncer de mama en el período 2002-2006.

nares concomitantes.

Diversos estudios han demostrado la subrepresentación de este grupo etario en los distintos ensayos y que las complicaciones por tratamientos adyuvantes no son mayores que en grupos de mujeres más jóvenes.^{5,6}

Un estudio multicéntrico francés mostró que las pacientes de edad avanzada tienen una mayor incidencia de metástasis al momento del diagnóstico.⁷

Aunque la tasa de mortalidad específica por cáncer de mama ha disminuido en mujeres menores de 70 años, se encuentra estable en el grupo de 70-79 años, y se ha incrementado en mayores de 80 años.⁸ Más aún, en EE.UU. en el año 2001, el 27% de los casos de muertes por cáncer de mama fueron en mujeres cuyo diagnóstico se hizo en mayores de 80 años, no obstante este grupo representó el 13% del total.

Hace más de dos décadas que diversos grupos de trabajo se han dedicado a analizar las distintas variables de este tema.⁹⁻¹³

En tal sentido presentamos la experiencia

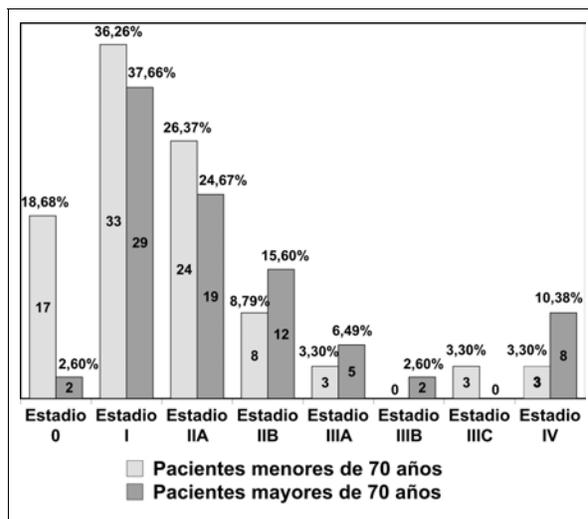


Figura 2. Distribución de casos por estadios.

del Servicio de Ginecología del Hospital Aero-náutico Central, en cuanto a la incidencia, características y conductas terapéuticas adoptadas en las mujeres mayores de 70 años, comparán-dolas con grupos de mujeres menores; consi-derando que éstas recibieron el tratamiento es-tándar.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre el 1 de enero del año 2002 y el 31 de diciembre de 2006 se diagnosticaron 193 casos de cáncer de mama. El seguimiento medio fue de 24 meses. De 25 pacientes no poseemos los datos completos por lo que queda una cohorte de 168 mujeres, de las cuales 77 casos son mayores de 70 años (Figura 1).

Los datos recabados se clasificaron de acuerdo con:

- Presentación por estadio en las mujeres de más de 70 años (Figura 2).
- Receptores hormonales (Figura 3).
- Grado tumoral (I, II y III) (Figura 4).
- Tamaño tumoral (hasta 2 cm, de 2 a 5 cm y mayores de 5 cm) (Figura 5).
- Número de ganglios axilares comprometidos (0; 1 a 3; 4 a 9; y mayores de 10) (Figura 6).

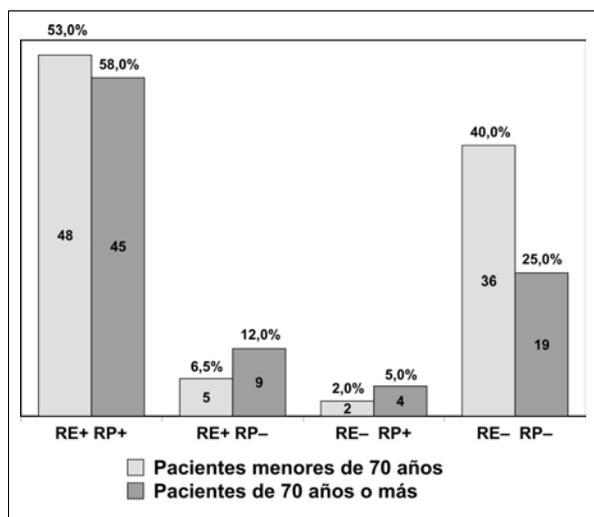


Figura 3. Receptores hormonales.

- Tipo de cirugía (conservadora, Madden o mastectomía simple) (Figura 7).
- Terapia radiante (Figura 8).
- Hormonoterapia.
- Quimioterapia adyuvante o como único tratamiento (FAC, FEC, AC, CMF) (Figura 9).

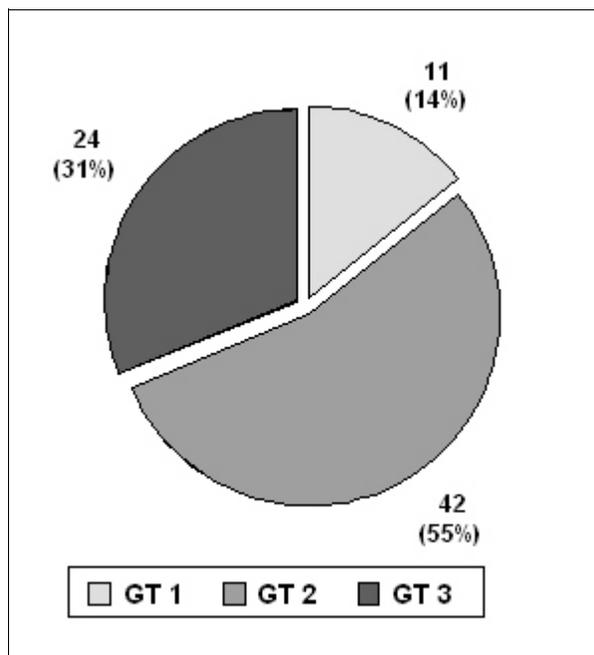


Figura 4. Grado tumoral.

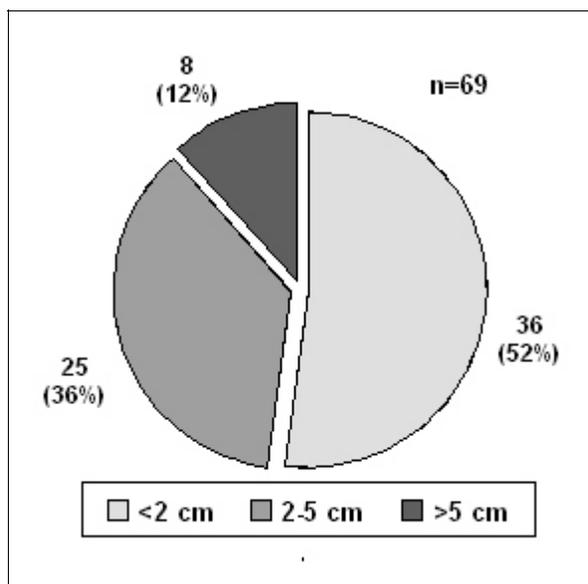


Figura 5. Tamaño tumoral.

RESULTADOS

Sobre un total de 168 cánceres de mama, 77 casos (45,8%) correspondieron a pacientes mayores de 70 años que son motivo del estudio (Figura 1). La edad media fue de 77,22 años.

En la distribución por estadios se observó que el 77% correspondió a estadios I y II. (Figura 2).

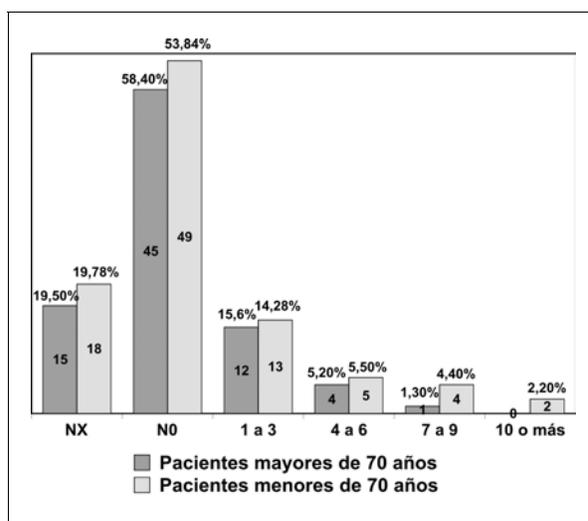


Figura 6. Estatus ganglionar axilar.

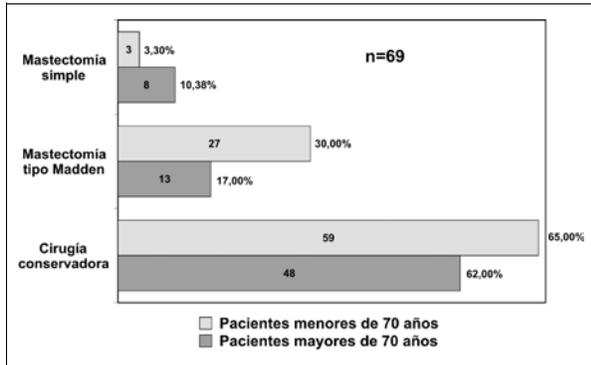


Figura 7. Tipo de cirugía realizada.

En el 75% de los casos resultaron hormono-dependientes (Figura 3).

El 54,54% de los casos correspondieron a grado tumoral II (Figura 4).

En el 52% de las pacientes el tamaño tumoral fue menor a 2 cm (Figura 5).

En 45 enfermas no se comprobó compromiso axilar (58,44%).

En 48 casos (62,34%) el tratamiento quirúrgico local efectuado correspondió a cirugía conservadora, en 13 casos (16,88%) se efectuó mastectomía tipo Madden y en 8 casos mastectomía simple (10,38%). En las pacientes menores de 70 años el porcentaje de cirugías conservadoras fue de 64,83% (59 pacientes), mastectomía tipo Madden 29,67% (27 casos), el porcentaje de mastectomía simple 3,29% (3 casos).

En 8 pacientes (10,38%) no se realizó tratamiento quirúrgico local por el estado de presen-

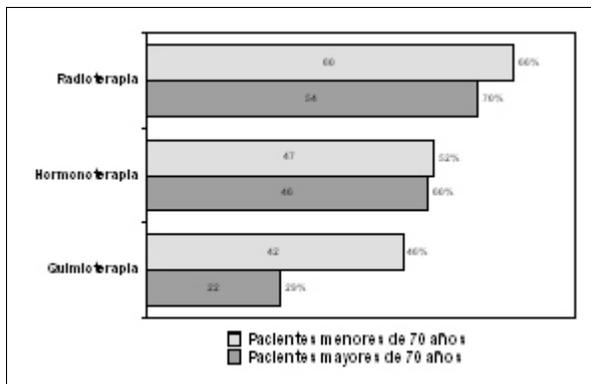


Figura 8. Tratamiento.

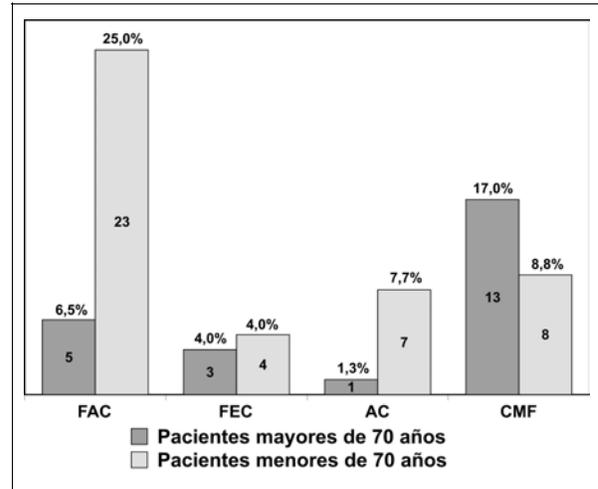


Figura 9. Esquemas de quimioterapia.

tación de la enfermedad, siendo esta proporción mucho mayor que en las pacientes de menos de 70 años (10,38% versus 2,19%) (Figura 7).

Recibieron radioterapia complementaria 51 pacientes (66,23%) y en 3 casos (3,89%) fue hecha posmastectomía contra 60 casos (65,93%) de las de menor edad.

Recibieron hormonoterapia 46 pacientes (59,74%) versus el 51,64% (47 casos) de las menores de 70 años.

Se les administró quimioterapia a 22 pacientes (28,57%) siendo el esquema de CMF el más usado (13 de 22 casos, 59%) respecto de los que incluyeron antraciclina (12%).

En las pacientes de menos de 70 años el esquema más empleado fue con antraciclina (37%), seguido por CMF en 13 casos (14,28%).

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres mayores, aumentando el riesgo con la edad. Datos recientes indican que en las mayores de 72 años, la incidencia de cáncer de mama multiplica el de una mujer de 45 años.¹⁴ No obstante estos datos, muchos ensayos basados en la práctica clínica han subrepre-

sentado a las mujeres mayores de 70 años. Consecuentemente, hay poca evidencia de cuál es la mejor práctica en este grupo de pacientes, con principios de conductas derivados de la extrapolación de datos obtenidos de mujeres más jóvenes.

Muchos estudios han indicado que las mujeres mayores no son incluidas en programas de *screening* y reciben un tratamiento menos agresivo para el cáncer de mama por la frecuencia de comorbilidad, generalmente como desórdenes cardiovasculares y pulmonares asociados a la edad.

Estudios epidemiológicos focalizados en mujeres mayores de 65 años han demostrado que la cirugía y el tratamiento adyuvante adecuado disminuyen el índice de recaídas y mejoran la sobrevida. Pero también muestran que sólo la mitad de las pacientes mayores con cáncer de mama recibe el tratamiento estándar.¹⁵

August y col.,¹⁶ informaron que el 98% de las pacientes de 55 a 65 años de edad eran sometidas a cirugía óptima, mientras que sólo el 81% de las mayores de 65 años (media de 71 años), recibían tratamiento quirúrgico adecuado. Este tratamiento subóptimo ha sido atribuido a las condiciones de comorbilidad, no obstante los distintos estudios que muestran que la incidencia de complicaciones quirúrgicas en pacientes mayores de 70 años es similar a la del grupo de mujeres más jóvenes.¹⁷⁻¹⁹

En un reciente artículo, Fentiman del Guy's Hospital de Londres,²⁰ refiere que una buena comunicación con la paciente y no sólo con sus familiares, puede contribuir a instituir el tratamiento correcto. Es decir, disminuir el número de mastectomías a favor del tratamiento quirúrgico conservador y aplicar la terapia adyuvante apropiada.

La falta de concordancia entre los distintos grupos de trabajo en cuanto a cirugía primaria, radioterapia y hormono-quimioterapia, quizá sea uno de los motivos de los pocos estudios presentados en esta Sociedad.^{21,22}

Si releemos los datos publicados por Bouchardy⁹ sobre mujeres mayores de 80 años con cáncer de mama tratadas en el cantón de Ginebra, observamos que el 12% de las mismas no recibieron tratamiento, el 32% recibió tamoxifeno únicamente y solamente el 7% fueron tratadas con cirugía conservadora. Sólo el 2% recibió quimioterapia adyuvante y sólo el 14% recibió radioterapia. Es decir, que casi la mitad de las pacientes no recibieron tratamiento estándar. La sobrevida específica a 5 años para las mujeres tratadas con tamoxifeno únicamente fue similar a las no tratadas (51% *versus* 46%) y casi la mitad que la observada en mujeres a quienes se le realizó cirugía conservadora más terapia radiante.^{9,23}

A pesar de las limitaciones inherentes al tipo de estudio que presentamos, ponemos énfasis en: 1) decisión terapéutica compartida no sólo con los familiares, sino con la paciente misma,^{24,25} y 2) el control local de la enfermedad como base para una mejor sobrevida en mujeres mayores de 70 años con cáncer de mama en estadios iniciales.²⁶⁻³⁰

CONCLUSIONES

- Casi la mitad de las pacientes con cáncer de mama correspondieron a mayores de 70 años en el momento del diagnóstico.
- Comparativamente con mujeres menores de 70 años, la presentación fue en estadios más avanzados.
- De esta cohorte la mayoría de los casos no tuvo compromiso axilar, no obstante debe tenerse en cuenta que un porcentaje muy significativo fue axila positiva, lo cual es un elemento de peso para no subtratar a este grupo.
- El diagnóstico en estadios avanzados fue sensiblemente mayor al encontrado en mujeres más jóvenes.
- La proporción de enfermas hormono-respondedoras fue superior a las de menor

edad, pero similar a la de las series internacionales.

- El porcentaje de pacientes mayores de 70 años que efectuaron quimioterapia fue sensiblemente inferior al de las mujeres menores de esa edad.
- La edad como única variable no debe ser tenida en cuenta al momento de la elección del tratamiento quirúrgico primario adecuado, así como para su terapéutica complementaria, a pesar de lo cual registramos en nuestro caso el subtratamiento adyuvante en la población mayor.
- Dada la frecuencia de comorbilidad que condiciona un tratamiento subóptimo en muchas ocasiones, es de esperar que grandes estudios multicéntricos ayuden a estandarizar el tratamiento de estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Crivellari D, Aapro Leonard R, Von Minckwitz G, et al. Breast cancer in the elderly. *J Clin Oncol* 2007; 25(14): 1882-1890.
2. Dellapascua S, Colleoni M, Castiglione M, et al. New criteria for selecting elderly patients for breast cancer adjuvant treatment studies. *The Oncologist* 2007; 12(8): 952-959.
3. Clark RM, Whelan T, Levine M, et al. Randomized clinical trial of breast irradiation following lumpectomy and axillary dissection for node-negative breast cancer. An Update. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88: 1659-1664.
4. Early breast cancer Trialists Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer. An Overview of the Randomised trials. *Lancet* 1998; 351: 1451-1467.
5. Talarico L, Chen G, Pazdur R. Enrollment of elderly patients in clinical trials for cancer drug registration: A 7-years experience by the US Food and Drug Administration. *J Clin Oncol* 2004; 22(22): 4626-4631.
6. Hasset MJ, O'Halley AJ, Pakes JR, Newhouse JP, Earle CC. Frequency and cost of chemotherapy-related serious adverse effects in a population sample of women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98(16): 1108-1117.
7. Freyer G, Braud AC, Chaibi P, et al. Dealing with metastatic breast cancer in elderly women: Result from a French study on a large cohort carried out by the "observatory on elderly patients". *Ann Oncol* 2006; 17: 211-216.
8. Silliman RA. What constitutes optimal cares for older women with breast cancer? *J Clin Oncol* 2003; 21(19): 3554-3556.
9. Bouchardy C, Rapitti E, Fioretta G, et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003; 21(19): 3580-3587.
10. Aapro Matti. Cáncer de mama en mujeres aÑosas. *Rev Arg Mastol* 2005; 24(85): 261-269.
11. Diab SG, Elledge RM, Clark GM. Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(7): 550-556.
12. Mandelblatt J, Hadley J, Kerner JF, et al. Patterns of breast carcinoma treatment in older women. Patient preference and clinical and physician influences. *Cancer* 2000; 89(3): 561-573.
13. Giordano SH, Hortobagyi GN, et al. Breast cancer treatment guidelines in older women. *J Clin Oncol* 2005; 23(4): 783-791.
14. Rama Rao VS, Jameel JKA, Mahapatra TK, et al. Surgery is associated with lower morbidity and longer survival in elderly breast cancer patients over 80. *The Breast Journal* 2007; 13(4): 368-373.
15. Velanovich V, Gabel M, Walker EM, et al. Causes for the under treatment of elderly breast cancer patients; tailoring treatments to individual patients. *J Am Coll Surgery* 2002; 194: 8-13.
16. August DA, Rea T, Sondak VK. Age related differences in breast cancer treatment. *Am Surg Oncol* 1994; 1: 45-52.
17. Willsher PC, Robertson JFR, Jackson L. Investigation of primary tamoxifen treatment therapy for elderly patients with operable cancer. *The Breast* 1997; 6: 150-154.
18. Fentiman IS, Christiaens MR, Paridaens R, et al. EORTC. Treatment of operable breast cancer in the elderly: A randomized clinical trial EORTC 10851 comparing modified radical mastectomy with tumor-ectomy plus tamoxifen. *Eur J Cancer* 2003; 39: 300-308.
19. Crivellari D, Price K, Gelber RD, et al. International Breast Cancer Study Group. Adjuvant endocrine therapy compared with no systemic therapy for elderly women with breast cancer: 21 years results of International breast cancer study group trial IV. *J Clin Oncol* 2003; 21: 4517-4523.
20. Fentiman IS. Communication with older breast cancer patients. *The Breast Journal* 2007; 13(4): 406-409.
21. Pujato D, Royer de Giaroli M, Michelini A. Carcinoma de mama en pacientes geriátricas. *Rev Arg Mastol* 1985; 4(10): 30-37.
22. Rebon PF. Tratamiento del cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años. *Rev Arg Mastol* 1994; 13

- (42): 265-277.
23. Alliot Carol. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2005; 23(21): 4801-4802.
 24. Mandelblatt J, Kreling B, et al. What is the impact of shared decision making on treatment and outcomes for older women with breast cancer? *J Clin Oncol* 2006; 24(30): 4908-4913.
 25. Terret C, Zulian GB, et al. Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. *J Clin Oncol* 2007; 25(14): 1876-1881.
 26. Hughes KS, Schnaper LA, Cirincione C, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women with early breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 351(10): 971-977.
 27. Fyles AW, McCreedy D, Manchul LA, et al. Tamoxifen with or without breast irradiation in women 50 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 351(10): 963-970.
 28. Punglia RS, Morrow M, Winner EP, Harris JR. Local therapy and survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2007; 356(23): 2399-2405.
 29. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *The Lancet* 2005; 365(9472): 1687-1717.
 30. Owusu C, Lash TL, Silliman RA. Effectiveness of adjuvant tamoxifen therapy among older women with early stage breast cancer. *The Breast Journal* 2007; 13(4): 374-382.

DEBATE

Dr. Núñez De Pierro: Creo que una observación es válida y como mensaje. La sobrevida global de estas pacientes puede ser equivalente, de acuerdo a cómo hayan sido tratadas, pero estamos dando una observación sobre la sobrevida específica; quiere decir, que tenga la edad que tenga la mujer, si el cáncer de mama está inadecuadamente tratado es capaz de matarla con mayor probabilidad que si está óptimamente tratado. Por eso a veces uno se engaña con los ciclos de *over survival* y hay que mirar definitivamente las *specific survival*.

Dr. Guglielminetti: Usted tuvo el grupo de pacientes entre los 70 y 75 años. Ha de haber pacientes que comenzaron con tratamiento hormonal de reemplazo; es decir, aquellos primeros

grupos que utilizaron Premalin, deoxiprogesterona, ¿tiene algún registro de eso? Si bien no tiene que ver con el tratamiento, pero es un dato interesante.

Dr. Cortese: No lo registramos en este trabajo y no lo teníamos como parámetro comparativo.

Dr. Ábalo: Muy buena la presentación, con muchos datos; pero cuando se presentan tantos datos en una reunión se hace difícil retenerlos. Entre las mujeres mayores de 70 años, voy a suponer que muchas fueron subtratadas. La pregunta es, ¿cuántas fueron subtratadas y cuáles fueron los motivos del subtratamiento? ¿Fueron porque la comorbilidad que es generalmente el motivo que prevaleció o tuvieron resquemores como para indicar los tratamientos adecuados?

Dr. Cortese: Nosotros medimos la cantidad de pacientes por estadio que fuera aproximadamente similar y de acuerdo con eso, el tipo histológico, grado tumoral, tamaño, estadio. De acuerdo con eso, evaluamos que los tratamientos habían sido en distinta proporción en los dos grupos; no cuantificamos las causas del subtratamiento, pero sí notamos que en quimioterapia y en cirugía conservadora eran menores, a pesar de que había ciertos sesgos, como que tampoco habíamos diferenciado en el trabajo los carcinomas in situ. Que en realidad, en mayor proporción en las mujeres más jóvenes, el sesgo tendería ser en esa relación que nosotros pusimos en este trabajo, más marcada todavía en la práctica. Pero no cuantificamos los motivos del tratamiento o la comorbilidad de cada paciente. Quería comentar que la decisión de la terapia adyuvante en el Hospital Aeronáutico es realizada por los Comités de Tumores, integrada por patólogos, oncólogos clínicos, radioterapeutas y nosotros. Cuando hicimos la mirada retrospectiva, nos llamó la atención, realmente como fueron subtratadas estas pacientes. Es muy buena la aclaración del Dr. Ábalo en cuanto a realmente cuál fue el motivo. No tenemos la explicación o alcance todavía de determinada explicación

de por qué fueron subtratadas estas pacientes, pero creo que esto debe ser porque en el momento que se decide, solamente el escuchar la edad de la paciente debe influir para que todos, por ese solo motivo y sin ningún fundamento, efectuemos terapéuticas, entre comillas, menos agresivas, sin ningún justificativo.

Dr. Núñez De Pierro: Si me permiten otro comentario, en estos momentos nace también la observación de la expectativa de vida de una mujer de 70 años. Cuando se subvalora ello, recuerden que dijo 15 años el Doctor, se pueden cometer errores muy serios. En las tablas de los seguros de vida, está bastante claro que la probabilidad de una mujer de 80 años de cumplir 85 años, es muy similar que la de una de 60 años de cumplir 65 años, porque en la medida que se superan determinadas barreras de edad, las expectativas de vida van cambiando. Observen que acá estamos hablando que a los 70 años hay 15 años de expectativa media de vida, razón de más para actuar como corresponde si uno está a salvo de chances.

Dr. Gori: Me pareció muy interesante este trabajo. Estoy de acuerdo con que hay que tratarlas correctamente. No creo que en una mujer de 30 años y en una mujer de 78 años, el mismo tratamiento sea correcto. Al respecto hemos hecho un trabajo hace muchos años, junto con el Dr. Castaño, en pacientes mayores de 70 años, que fue presentado acá a nivel nacional y a nivel internacional, en la cual *randomizamos* con tumorectomía simple nada más, *versus* mastectomía con linfadectomía. Las pacientes que se decidieron por mastectomía simple no recibieron tratamiento radiante; sí tamoxifeno si fueron receptores hormonales positivos. Encontramos que al cabo de 10 años la sobrevida era exactamente igual en los dos grupos. La mayor cantidad de muertes era por cualquier cosa menos por el cáncer de mama. Después aparecieron muchos trabajos al respecto, en los cuales las pacientes eran mayores de 70 años (pero mayores de 70 años también

pueden ser 80 años). En las pacientes mayores de 70 años, tal vez, las buenas terapéuticas no sean exactamente iguales a las buenas terapéuticas de las pacientes más jóvenes. La paciente mayor de 70 años, 75 años, con receptores hormonales positivos tiene un pronóstico excelente. Las recidivas que hemos observado e inclusive sin tratamiento hormonal, por supuesto fueron mayores que en las mastectomía, pero no repercutieron mucho en la sobrevida. Por lo tanto, yo creo que es un capítulo muy grande el saber cuál es el verdadero tratamiento de la mujer de esa edad, es decir, mayor de 70 años. Tal vez no sea el estándar, tal vez digo, no sea el estándar de la mujer de menos de 70 años.

Dr. Núñez De Pierro: A propósito del beneficio de la radioterapia en el tratamiento conservador, y como puede influir el tamoxifeno. Recordemos que hay *trials* internacionales que abordaron este punto. El B-21 para los carcinomas invasores de hasta 1 cm, y el UK-DCIS para carcinoma intraductal, mostraron que la administración de tamoxifeno no compensa la mayor tasa de recidiva que genera no hacer radioterapia.

Dr. Gori: Sin modificar sobrevida.

Dr. Núñez De Pierro: No modifica supervivencia pero las pacientes recaen.

Dr. Gori: Exacto, que es lo que observamos nosotros, hay mayor recaída pero no diferencia en la sobrevida.

Dr. Ábalo: Yo quería hacer un comentario sobre las conclusiones finales. La última de ellas decía: estudios organizados para establecer protocolos de tratamiento. Yo creo que justamente en este grupo de pacientes es donde el tratamiento debe ser más a medida. Los protocolos son buenos para tenerlos, pero el tratamiento a este grupo especial de pacientes debe ser considerado a medida para cada paciente, porque depende de un montón de factores agregados a los que ya existen.

Dr. Cortese: Claro, la comorbilidad es muy alta y es de distinto origen.