

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

Ursino AS,* Crosbie ML,* D'Imperio N,* Gutiérrez A,* Calissano MB **

RESUMEN

Introducción

El cáncer es un problema de salud mundial debido a que la población envejece. El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer, entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Según el último censo nacional 2010 las mujeres mayores de 80 años representan el 4,15% del total de habitantes y la expectativa de vida se ha incrementado en los últimos años. Esto nos ha llevado a un incremento en el número de consultas de pacientes de esta edad con diferentes patologías, entre ellas el cáncer de mama.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar los diferentes tratamientos realizados a las pacientes mayores de 80 años operadas por cáncer de mama en el CMPFA Churrucá Visca durante el período comprendido por los años 2000-2011.

Material y métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de 985 pacientes operadas por cáncer de mama durante el período enero 2000 y diciembre 2011 en el CMPFA Churrucá Visca. De la totalidad, se seleccionaron las historias clínicas de 84 pacientes con cáncer de mama mayores de 80 años.

Resultados

La edad media de las pacientes fue de 84,7 años (rango 80-98 años). Un 15,5% (13/84) presentaron estadio clínico I, 20,2% (17/84) estadio IIA, 16,7% (14/84) estadio IIB, 7,1% (6/84) estadio IIIA, 33,3% (28/84) estadio IIIB y 7,1% (6/84) estadio IV. El 77,4% (65/84) de las pacientes consultó por tumor palpable. El tamaño promedio de detección al autoexamen fue de 5,2 cm (1-20cm). El 90,5% (76/84) de las pacientes no tenían antecedentes personales. En el 32,1% (27/84) se realizó mastectomía radical modificada, 28,6% (24/84) recibió tratamiento conservador, 23,8% (20/84) mastectomía simple y en el 15,5% (13/84) se realizó sólo biopsia por incisión. Se realizó exploración axilar en 36,9% (31/84), con linfadenectomía axilar en el 90,3% (28/31) de ellas, con un promedio de 10,6 ganglios resecados por paciente (1-27 ganglios). El diámetro histológico promedio fue de 3,4 cm. El 95,2% (80/84) presentó carcinoma infiltrante y el 4,7% (4/84) carcinoma in situ. El 64,2% presentó receptores de estrógeno positivos, el 59,5% receptores de progesterona positivos. Se evaluaron también el tipo histológico, grado tumoral y complicaciones.

El 41,7% (35/84) de las pacientes recibió radioterapia. El 70,3% de las pacientes (59/84) recibió endocrinoterapia. Del total de pacientes operadas, sólo el 13,1% recibió tratamiento de quimioterapia (11/84) de las cuales el 27% (3 casos) reci-

* Sección de Seguimiento Oncológico del C.M.P.F.A. Churrucá-Visca.

** Jefa de Servicio de Ginecología del C.M.P.F.A. Churrucá-Visca.

Correo electrónico para el Dra. Anabela S. Ursino: anabelaursino@yahoo.com.ar

bieron cirugía conservadora, 54% (6 casos) mastectomía radical modificada, 9% (1 caso) mastectomía simple y 9% (1 caso) sólo realizó biopsia por incisión.

Conclusiones

A partir del análisis de las pacientes añosas con cáncer de mama, se observa que éstas se presentan habitualmente con tumores más grandes y en muchos casos con ganglios axilares positivos, aunque se asocian con una biología tumoral más favorable. El motivo de esto es que estas pacientes demoran la consulta hasta un año. El tratamiento quirúrgico debería considerarse como primera opción y no sólo para diagnóstico. Las pacientes añosas presentan una enfermedad endocrino respondedora con mayor frecuencia. Consideramos que la incorporación de los componentes básicos de la evaluación geriátrica forman parte del tratamiento integral de estas pacientes. La edad por sí sola no debería ser el único factor en el proceso de decisión del tratamiento en estas pacientes.

El tratamiento debe ser individualizado, brindando la mejor opción procurando la mejor calidad de vida posible.

Palabras clave

Añosas. Cáncer de mama. Tratamiento.

SUMMARY

Introduction

Breast cancer is a global health problem because the population ages. Breast cancer is the leading cause of cancer death among women in developed countries and in most developing countries.

According to the latest 2010 national census women above the age of 80 account for 4.15% of the total population and life expectancy has increased in recent years. This has led to an increase in the number of patient consultations in this age group with different diseases, among them is breast cancer.

Objective

Analyze the different treatments performed to patients over the age of 80 breast cancer operated in CMPFA Churruca Visca during the period 2000-2011.

Material and methods

We performed a retrospective analysis of 985 patients operated for breast cancer during the period January 2000 and December 2011 in CMPFA Churruca Visca. Of the total, 84 medical records of patients with breast cancer above the age of 80 were selected.

Results

The average age of the patients was 84.7 years (range 80-98 years). A 15.5% (13/84) had clinical stage I, 20.2% (17/84) stage IIa, 16.7% (14/84) stage IIb, 7.1% (6/84) stage IIIa, 33.3% (28/84) stage IIIb and 7.1% (6/84) stage IV. The 77.4% (65/84) of patients consulted for palpable tumor. The average size of detection during self-examination was 5.2 cm (1-20 cm). The 90.5% (76/84) of patients had no medical records. The 32.1% (27/84) patients underwent modified radical mastectomy, 28.6% (24/84) surgery with breast preservation, 23.8% (20/84) simple mastectomy and 15.5% (13/84) incisional biopsy. Axillary exploration was conducted in 36.9% (31/84) with dissection of the axillary lymph nodes in 90.3% (28/31) of them, with an average of 10.6 lymph nodes removed per patient (1-27 nodes). The average histological diameter was 3.4 cm. The 95.2% (80/84) patients had invasive carcinoma and 4.7% (4/84) carcinoma in situ. The 64.2% patients showed positive estrogen receptor, 59.5% positive progesterone receptor. It was also evaluated the histological type, tumoral grade and patients complications.

A 41.7% (35/84) of the patients received radiotherapy. The 70.3% of patients (59/84) received endocrine therapy. Of the patients who had an operation, only 13.1% received chemotherapy (11/84) of which 27% (3 cases) received surgery with breast preservation, 54% (6 cases) modified radical mastectomy, 9% (1 case) simple mastectomy and 9% (1 case) incisional biopsy.

Conclusions

From the analysis of elderly patients with breast cancer, it was observed that these patients usually present larger tumors and in many cases with positive axillary lymph nodes, although they are associated with a more favorable tumor biology. The reason for this is that these patients delay the consultation until 1 year. Surgical treatment should be considered as first option and not only for diagnosis. Elderly patients present respondent endocrine disease with a higher frequency. We believe that the incorporation of the basic components of geriatric assessment are part of the comprehensive treatment of these patients. The age alone should not be the only factor in the treatment decision process in these patients.

Treatment should be individualized, providing the best option providing the best quality of life possible.

Key words

Elderly. Breast cancer. Treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud mundial debido a que la población envejece y las enfermedades neoplásicas se encuentran dentro de una de las más importantes causas de muerte en el mundo.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. La República Argentina tiene la segunda tasa de mortalidad por cáncer de mama en el continente americano (21,8 por 100.000). En Argentina mueren 5.400 pacientes por año por esta enfermedad y se diagnostican 17.000 nuevos casos.¹

Según el último censo nacional de 2010, las mujeres mayores de 80 años representan el 4,15% del total de habitantes. Es importante destacar que la expectativa de vida se ha incrementado en los últimos años. Una mujer de 80 años sana tiene una expectativa de vida de 8 años, y a los 90 años la expectativa es de 5 años.² Esto nos ha llevado a un incremento en el número de consultas de pacientes de esta

edad con diferentes patologías, entre ellas el cáncer de mama. El diagnóstico precoz y las terapéuticas adyuvantes posoperatorias han incrementado la supervivencia al cáncer de mama.³ Existe un problema a esta edad que es la falta de diagnóstico precoz, ya que en muchos casos los ancianos no reciben todos los beneficios de un programa de detección precoz⁴ y son cada vez menos las pacientes que concurren al médico para un control anual a esta edad. Adicionalmente se suman las patologías asociadas por la edad, alteraciones psicológicas, y muchas veces, el entorno social y familiar puede no resultar favorable al momento del diagnóstico y maneras de enfrentar esta enfermedad.

A pesar del número creciente de pacientes añosas, las recomendaciones de tratamiento para este grupo son frecuentemente inconsistentes y diferentes de aquellas en mujeres jóvenes. Las pacientes añosas son generalmente excluidas de ensayos clínicos, por lo tanto, los tratamientos son influenciados por la historia natural de la enfermedad, extrapolados de estudios en pacientes más jóvenes o según la preferencia del médico tratante.⁵

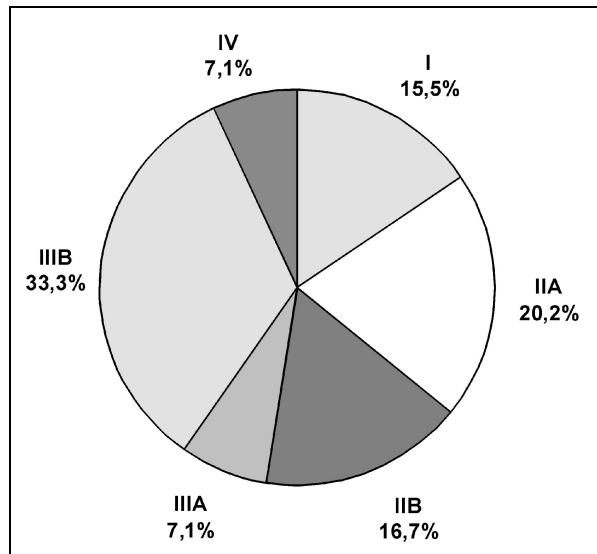


Figura 1. Estadio clínico.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar los diferentes tratamientos realizados a las pacientes mayores de 80 años operadas por cáncer de mama en el CMPFA Churrucá Visca durante el período comprendido por los años 2000-2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de 985 pacientes operadas por cáncer de mama durante el período entre enero 2000 y diciembre 2011 en el CMPFA Churrucá Visca. De la totalidad, se seleccionaron las historias clínicas de 86 pacientes con cáncer de mama mayores de 80 años, excluyéndose 2 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico extrahospitalario, resultando en una muestra total de 84 pacientes.

Se llevó a cabo el análisis de las siguientes variables:

- Antecedentes familiares y personales.
- Estadio clínico.
- Tipo de cirugía: tratamiento conservador (tumorectomía ampliada, tumorectomía ampliada con vaciamiento axilar o ganglio cen-

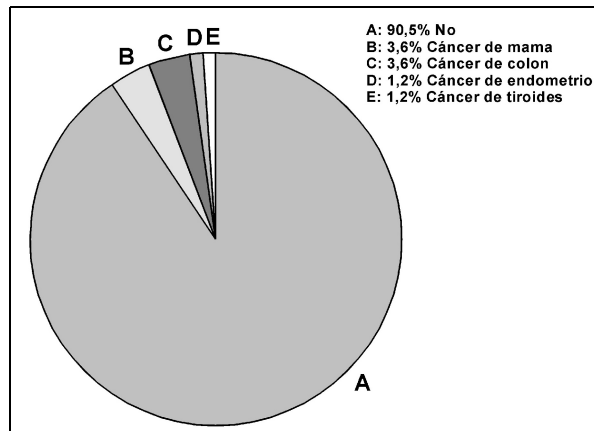


Figura 2. Antecedentes personales.

tinela), mastectomía simple y mastectomía radical modificada.

- Características histológicas tumorales: tamaño tumoral, ganglios comprometidos, tipo histológico, grado tumoral, receptores hormonales (considerando como positivo un valor mayor al 10%).
- Terapia radiante.
- Hormonoterapia y quimioterapia adyuvante.

El análisis se realizó en base a las historias clínicas generales, ficha de patología mamaria, ficha oncológica y bases de datos de anatomía patológica.

Con relación al tratamiento quirúrgico no se han presentado complicaciones mayores, considerando a éstas como muerte por tratamiento quirúrgico o de quimioterapia. No hubo complicaciones por la anestesia.

RESULTADOS

Del total de las pacientes, de acuerdo a las historias clínicas analizadas, la edad media de las pacientes fue de 84,7 años (rango 80-98 años). Un 15,5% (13/84) presentaron estadio clínico I, 20,2% (17/84) estadio IIA, 16,7% (14/84) estadio IIB, 7,1% (6/84) estadio IIIA, 33,3% (28/84) estadio IIIB y 7,1% (6/84) estadio IV (Fi-

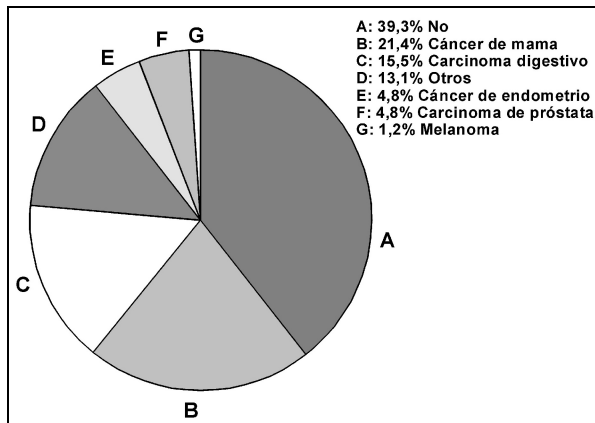


Figura 3. Antecedentes familiares de primer grado.

gura 1).

El 77,4% (65/84) de las pacientes consultó por tumor palpable, habiendo sido detectado el mismo por autoexamen, sólo 15,4% (13/84) de las pacientes consultaron por control y 7,1% (6/84) consultaron por otros motivos (eritema, telorragia, etc.). El tamaño promedio de detección al autoexamen fue de 5,2 cm (1-20 cm). El 90,5% (76/84) de las pacientes no tenían antecedentes personales; 3,6% (3/84) tenían antecedentes de cáncer de mama; 3,6% (3/84) cáncer de colon; 1,2% (1/84) cáncer de endometrio; y 1,2% (1/84) cáncer de tiroides (Figura 2).

Con relación a los antecedentes oncológicos de familiares de primer grado el 39,3% (33/84) no presentaba ningún antecedente; 21,4% (18/84) antecedentes de cáncer de mama; 15,5% (13/84) mostraban antecedentes de cáncer del aparato digestivo; 13,1% (11/84) otros carcinomas; el 4,8% (4/84) antecedentes de cáncer de endometrio; al igual que 4,8% (4/84) mostró antecedentes de cáncer de próstata; el 1,2% (1/84) de melanoma; y ninguna tuvo antecedentes de cáncer de ovario (Figura 3).

Con relación al tratamiento quirúrgico el 32,1% (27/84) realizó mastectomía radical modificada; 28,6% (24/84) recibió tratamiento conservador; 23,8% (20/84) mastectomía simple; y 15,5% (13/84) se realizaron sólo biopsia por incisión (Figura 4).

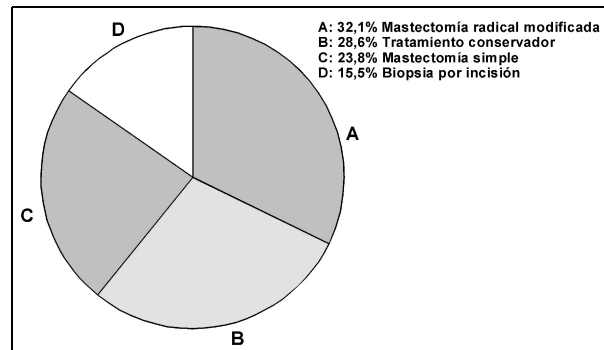


Figura 4. Tratamiento quirúrgico.

Del total de pacientes, se realizó exploración axilar en 36,9% (31/84), con linfadenectomía axilar en el 90,3% (28/31) de ellas –con un promedio de 10,6 ganglios resecados por paciente (1-27 ganglios)– y biopsia del ganglio centinela en 9,7% (3/31), resultando negativo en todas ellas.

Sólo 5 pacientes no realizaron ningún tipo de tratamiento a pesar del diagnóstico, debido a negación de la propia paciente y/o familiares.

Con relación a las características histológicas a continuación desarrollaremos los datos obtenidos. El diámetro histológico promedio fue de 3,4 cm; 44% (37/84) de las pacientes presentaron diámetro tumoral histológico menor de 2 cm; 39% (33/84) entre 2-5 cm; y 17% (14/84) mayores de 5 cm.

El 95,2% (80/84) presentó carcinoma infiltrante y el 4,7% (4/84) carcinoma in situ. Del carcinoma infiltrante, el 78,8% (63/80) presentó carcinoma ductal; 8,8% (7/80) lobulillar; 6,3% (5/80) ducto-lobulillar; 3,8% (3/80) mucinoso; 1,3% (1/80) papilar; al igual que adenocarcinoma 1,3% (1/80) (Figura 5).

Con relación al grado histológico (GH) 17,5% (14/80) presentaron GH 1; 41,3% (33/80) GH 2; y 41,3% (33/80) de las pacientes presentaron GH 3 (Figura 6).

En cuanto a los receptores hormonales, se llevó a cabo la medición en todas las pacientes. El 64,2% presentó receptores de estrógeno positivos, el 59,5% receptores de progesterona posi-

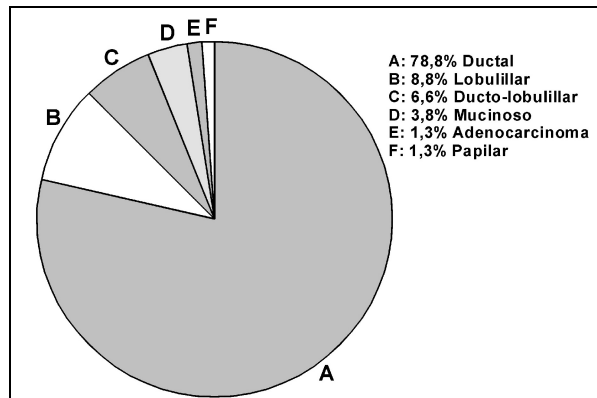


Figura 5. Histología: variantes de carcinoma infiltrante.

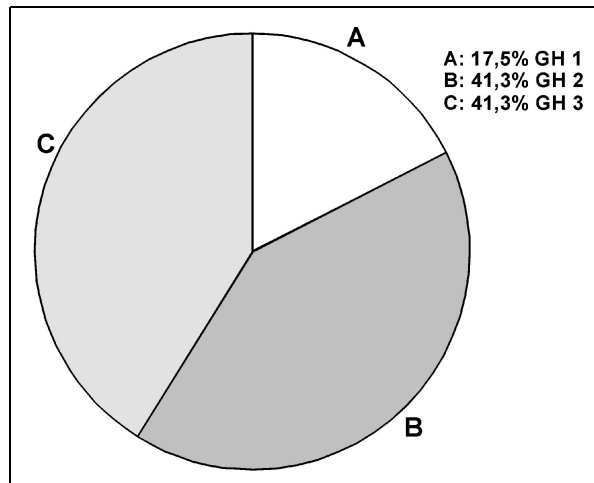


Figura 6. Grado histológico.

tivos. En nuestro medio tuvimos dificultades en la medición de HER-2/neu en todas las pacientes ya que su uso se sistematizó en el año 2004 y por tal motivo fue excluido del análisis.

El 41,7% (35/84) de las pacientes recibió radioterapia. Luego de cirugía conservadora 54,3% (19/24) pacientes y 45,7% (16/47) pacientes luego de cirugía radical. De las pacientes que realizaron cirugía conservadora (24/84), el 16,7% (4/24) no realizaron radioterapia por comorbilidades asociadas y 4,2% (1/24) por negación de la paciente.

Las pacientes que realizaron radioterapia luego de cirugía radical, la recibieron por la combinación de los siguientes factores: infiltración de piel, tamaño tumoral mayor a 5 cm y axila con más de 4 ganglios positivos. En la Tabla I se puede observar la combinación de factores en cada una de las pacientes.

El 70,3% de las pacientes (59/84) recibió endocrinoterapia. De ellas 35 casos recibieron éste como único tratamiento. Del total de pacientes tratadas con endocrinoterapia, 95% realizaron tratamiento con tamoxifeno y 5% con anastrozol. Una paciente debió suspender el tratamiento con tamoxifeno por osteoporosis y una paciente pasó a anastrozol por progresión ósea.

Del total de pacientes operadas, sólo el 13,1% recibió tratamiento de quimioterapia (11/84), de las cuales el 27% (3 casos) tenían

cirugía conservadora, 54% (6 casos) mastectomía radical modificada, 9% (1 caso) mastectomía simple y 9% (1 caso) sólo realizó biopsia por incisión.

DISCUSIÓN

El cáncer es un problema de salud mundial. En la medida en que otras causas de mortalidad son controladas y la población envejece, las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muerte y discapacidad en el mundo.¹ La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) ha estimado que durante el año 2008 en la Argentina se produjeron 104.859 nuevos casos de tumores malignos, siendo esta estimación correspondiente a ambos sexos. Según esta publicación, el cáncer de mayor incidencia en mujeres sería el de mama con una tasa de 74 casos por cada 100.000 mujeres.⁶ La tasa de mortalidad por cáncer de mama, según grupos de edad, asciende marcadamente a partir de los 40 años y alcanza su pico máximo en el grupo de mujeres mayores de 80 años.¹

Muchos ensayos clínicos no incluyen a este grupo etario solamente por la edad o debido a enfermedades preexistentes.⁷ Por estos motivos

	Pacientes	%
Axila >4 ganglios positivos	5	31,3
Tumor >5 cm más axila >4 ganglios positivos más infiltración de piel	4	25,0
Tumor >5 cm más infiltración de piel	2	12,5
Infiltración de piel	2	12,5
Tumor >5 cm más axila >4 ganglios positivos	1	6,3
Axila >4 ganglios positivos más infiltración de piel	1	6,3
Tumor >5 cm	1	6,3
TOTAL	16	100,0

Tabla I. Factores de radioterapia posterior a la cirugía radical.

el tratamiento del cáncer de mama es frecuentemente extrapolado de datos derivados de ensayos clínicos realizados en pacientes más jóvenes.⁸ Por otro lado, muchas pacientes reciben tratamiento menos agresivo para el cáncer de mama debido a ciertas comorbilidades, como ser alteraciones cardiovasculares y/o pulmonares.³

Con relación al *screening* mamográfico, según las guías de la American Cancer Society el *screening* en mujeres añosas debe ser considerado según su estado de salud y expectativa de vida, y una mujer debe continuar con éste tanto como su buen estado de salud se lo permita y sea candidata a tratamiento. Ninguna edad representa un "corte" para los beneficios del *screening*, sólo aquellas con una expectativa de vida no mayor a 5 años no se beneficiarían de la mamografía de rutina.⁹ Nuestra población analizada es extrapolable a la general, ya que no está implementado el *screening* de rutina y la consulta es espontánea.

Se han realizado estudios de tratamiento quirúrgico en las pacientes añosas y se ha descrito una alta tasa de cirugía radical (hasta 94%).¹⁰ Si la paciente se encuentra en condiciones de ser sometida a una cirugía, debería ofrecerse en estadios iniciales el tratamiento conservador que se asocia con una mejor calidad de vida.¹¹ En nuestro hospital, muchas de las pacientes presentan dificultad de seguimiento posterior y el 40% concurrió a la consulta con estadio avanzado, por tales motivos el tratamiento conservador se realizó en el 28,6% de las pa-

cientes.

La utilidad de la disección axilar fue y será un foco de debate, especialmente en este grupo de pacientes. Los grandes centros han reducido la frecuencia de la disección axilar más rápidamente que los centros más pequeños y esto es debido a que los grandes centros tienden a marcar tendencia.¹²

Los niveles de estrógeno se encuentran disminuidos en las pacientes añosas, lo cual las ubica en un riesgo aumentado de comorbilidades, como ser osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. La disminución de la densidad mineral ósea asociada a la osteoporosis ubica a la mujer añosa en un riesgo elevado de fractura.¹³ Las comorbilidades pueden afectar la capacidad de la paciente a tolerar el tratamiento endocrino adyuvante, pero varias características del cáncer de mama en mujeres añosas lo hacen particularmente accesible al tratamiento. La edad se asocia con una mayor incidencia de receptores hormonales positivos, tumores más diferenciados y menor compromiso ganglionar e invasión linfovascular. Por ello, las mujeres añosas son buenas candidatas para la endocrinoterapia, ya que su eficacia ha sido probada a través de múltiples estudios con años de seguimiento.¹⁴

La radioterapia es recomendada en pacientes que han recibido tratamiento conservador y posmastectomía en aquellas con alta probabilidad de recurrencia local. El principal beneficio de la radioterapia es la reducción de la recidiva local. La probabilidad a 10 años de presentar

Parámetro	Elementos de asesoramiento
Función	Estado general Actividades de la vida diaria (ADL) Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
Comorbilidades	Cantidad de comorbilidades Severidad de comorbilidades
Condición socio-económica	Condición de vida Presencia de cuidador
Aspecto cognitivo	Test de evaluación minimal de Folstein Otros tests
Estado emocional	Escala de depresión geriátrica (GDS)
Medicación	Cantidad de medicamentos Riesgo de interacción entre drogas
Nutrición	Asesoramiento mininutricional (MNA)
Síndromes geriátricos	Demencia Delirio Depresión Caídas Negligencia y abuso Fracturas óseas espontáneas

Tabla II. Elementos de un asesoramiento geriátrico completo.

una recidiva local con radioterapia es de 8,8% y 27,2% en aquellas sin radioterapia. Esta reducción se mantiene en todas las edades.¹⁵ La menor tasa de recidiva local fue observada en mujeres mayores de 70 años. Pero en este grupo etario fue de 13% cuando la radioterapia era omitida.¹⁶ Se ha demostrado que en ningún grupo de pacientes en las que esté indicada la radioterapia, la misma no puede ser omitida con evidencia científica.¹²

Se ha comprobado que la cirugía y el tratamiento adyuvante adecuado disminuyen el índice de recaídas y mejoran la supervivencia, pero también se ha verificado que sólo la mitad de las pacientes ancianas con cáncer recibe el tratamiento estándar.¹⁷ El subtratamiento disminuye fuertemente el pronóstico. Las pacientes sin tratamiento presentan una baja supervivencia específica a 5 años (46%), lo que se suma a las consecuencias de los costos en salud pública y tratamientos paliativos.⁵ Según el National Comprehensive Cancer Network (NCCN) la evalua-

ción del *performance status* solamente no es un adecuado indicador del estado funcional de la paciente. Los componentes básicos para dicho análisis se presentan en la Tabla II.¹⁸

El análisis adecuado del estado general de la paciente nos permitirá planear el mejor tratamiento posible.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de las pacientes añosas con cáncer de mama, se observa que éstas se presentan habitualmente con tumores más grandes y en muchos casos con compromiso ganglionar, aunque se asocian con una biología tumoral más favorable. El motivo de esto es que estas pacientes demoran la consulta hasta 1 año, en contraposición con las pacientes jóvenes, cuyo promedio de retraso en la consulta es de 3 meses. El tratamiento quirúrgico debería considerarse como primera opción y no sólo para diagnóstico.

Las pacientes ańosas con mayor frecuencia presentan una enfermedad endocrino responsable que brinda posibilidad de tratamiento hormonal adyuvante. Estos datos se correlacionan con nuestra muestra, ya que se ha podido tratar al 70% de las pacientes con hormonoterapia sin presentar graves efectos adversos.

El diagnóstico y tratamiento de pacientes ańosas se ha incrementado en los últimos años. Aunque muchos estudios indiquen que el pronóstico del cáncer de mama en mujeres ańosas es pobre, esta diferencia puede deberse a fallas en el tratamiento con relación a mujeres jóvenes, ya que otros estudios demuestran que la evolución es similar en pacientes jóvenes y ańosas con similar enfermedad local/regional.

Consideramos que la incorporación de los componentes básicos de la evaluación geriátrica forman parte del manejo integral de estas pacientes, a fin de establecer en forma objetiva las condiciones físicas y mentales que indudablemente influirán en el tipo de tratamiento escogido, pensando en los resultados que éste tendrá en cada mujer en particular.

La edad por sí sola no debería ser el único factor en el proceso de decisión del tratamiento en estas pacientes. El estado general, más que la edad en sí, debe ser contemplado para analizar las opciones de tratamiento. Enfermedades agudas y crónicas, estado nutricional, nivel de actividad y síntomas específicos de enfermedad, deben ser también considerados junto con la opinión de la paciente, a fin de influenciar el tipo y extensión del tratamiento a realizar tomando en cuenta que las metas de éste deben ser las mismas que para las pacientes de menor edad.

El tratamiento debe ser individualizado, brindando la mejor opción quirúrgica y terapias adyuvantes tolerables por la paciente, procurando la mejor calidad de vida posible.

REFERENCIAS

1. Vinięra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010.
2. Ilzarabe MF, Lorusso C, Orti R, Corrao F, Allemand C, Pesce K, et ál. Pacientes mayores de 80 años operadas por cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 2011; 30 (108): 320-334.
3. Cortese R, Delle Ville R, Brito P, Coppolecchia G, Brancato C, Gionto M, Osborn Cohen L. Cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años. *Rev Arg Mastol* 2007; 26(93): 264-272.
4. Soriano García J, Carrillo Franco G, Arrebola Suárez J, Martín García A. El cáncer en la tercera edad. *Revista Cubana de Oncología*, enero-junio 1995.
5. Bouchardyf C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schäfer P, Kurtz J. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003; 21(19): 3580-3587.
6. Análisis de la situación del cáncer en Argentina. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. 2010.
7. McKenna R. Aspectos clínicos del cáncer en ancianidad. National Conference on Cancer and the Older Person. 1994.
8. Gennari R, Curigliano G, Rotmensz N. Cáncer de mama en mujeres ańosas. *Cancer* 2004; 101(6): 1302-1310.
9. Holmes C, Muss H. Diagnosis and treatment of breast cancer in elderly. *CA Cancer J Clin* 2003; 53(4): 227-244.
10. Sandison AJP, Gold Wright P, Jones PA. Breast conservation or mastectomy: treatment choice of women aged 70 years and older. *Br J Surg* 1996; 83: 994-996.
11. Ilzarabe MF, Lorusso C, Orti R, Corrao F, Allemand C, Pesce K, et al. Pacientes mayores de 80 años operadas por cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 2011; 30 (108): 320-334.
12. Hébert-Croteau N, Brisson J, Blanchete C, Deschênes L. Compliance with consensus recommendations for the treatment of early stage breast carcinoma in elderly women. *Cancer* 1999; 85(5): 1104-13.
13. Balducci L. Treating elderly patients with hormone sensitive breast cancer: What do the data show? *Cancer Treat Rev* 2009; 35: 47-56.
14. Rao VS, Garimella V, Hwang M, Drew PJ. Management of early breast cancer in the elderly. *Int J Cancer* 2007; 120: 1155-60.
15. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, Godwin J, Gray R, Hicks C, James S, MacKinnon E, McGale P, McHugh T, Peto R, Taylor C, Wang Y, Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast

cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 366: 2087-2106.

16. Scalliet P, Kirkove C. Breast cancer in elderly women: can radiotherapy be omitted? *Eur J Cancer* 2007; 43: 2264-2269.
17. Velanovich V, Gabel M, Walker EM, et al. Causes for undertreatment of elderly breast cancer patients over 80. *Breast J* 2007; 13(4): 368-373.
18. Balducci L, Extermann M, Carreca I. Management of breast cancer in older woman. *Cancer Control* 2001; 8(5): 431-441.

DEBATE

Dr. Dávalos Michel: Felicito a la Doctora por el trabajo y la recolección de datos. Ustedes han sido bastante agresivos en los tratamientos, cirugía conservadora, radioterapia, quimioterapia, algunas quimioterapias agresivas con adriamicina y taxanos. Le quería preguntar si las señoras que han recibido quimioterapia han hecho todas el tratamiento completo; y después quería preguntarle si dentro de los resultados ustedes tienen algún seguimiento de la sobrevida libre de enfermedad, la sobrevida global y la mortalidad causa específica, porque es de esperar que estas señoras se van a morir y muchas de ellas por otras causas. Entonces es cierto que ustedes dicen que la edad no tiene que ser una contraindicación de tratamiento. Le hacemos todo eso, si ustedes tienen una comparación no con un grupo específico, sino con la sobrevida del cáncer en general. Porque cuando uno habla de pacientes grandes, no sabe si es de 70, 75 años; creo que lo que han elegido ustedes es bueno, porque es a partir de 80 años cuando se empieza a ver la comorbilidad. Primero, la pregunta es si han hecho la quimioterapia completa y la otra es si tienen una sobrevida con un promedio de 5 años mínimo, algunas son de 10 años; y si han hecho una comparación de la sobrevida libre, sobrevida global y la mortalidad por cáncer.

Dra. Ursino: Con relación a la primer pregunta, de las 11 pacientes que realizaron el tratamiento con quimioterapia, 10 casos hicieron CMF, esas pacientes lo completaron. La única paciente que realizó AC más taxanos tuvo que suspender por cardiotoxicidad y no completó ningún otro tratamiento. Con relación a la otra pregunta, con el tema de la sobrevida, no tenemos los datos de todas las pacientes, tenemos poco más del 50% de las pacientes. De lo poco que pudimos recabar más del 70% falleció por comorbilidades, no por cáncer de mama, pero fue muy dificultoso recabar esos datos, especialmente de las pacientes de años anteriores, del 2000 al 2005 aproximadamente.

Dr. Núñez De Piero: Felicitaciones Doctora, realmente un esfuerzo en recoger los datos y procesarlos. Justamente respecto a lo último que decía, cabía esperar que la mayoría muriera por comorbilidades; pero tienen idea de aquellas que no murieron por el cáncer de mama, ¿cuántas murieron recaídas o sin recaer?

Dra. Ursino: No, esos datos no los tenemos. Hay muchas pacientes que se perdieron en el seguimiento y muchas pacientes que al llamarlas por teléfono, al encontrarse fallecidas, obviamente no se pudieron recabar datos con los familiares.

Dr. Dávalos Michel: Quiero hacer un aporte, y refiriendo un poco al trabajo anterior de las jóvenes. El Dr. Di Sibio dijo que ellos en las recidivas locales no vieron una peor sobrevida y la Doctora, por otra parte, dice que hay que hacer radioterapia a todas, todo está vinculado. Seguramente ellos no vieron mayor sobrevida porque la sobrevida en las recidivas locales recién se empieza a verse a los 15 años. Por ahí no vieron por el número que tienen o porque no han pasado 15 años. Los trabajos actuales dicen que si se analiza a 5 años o a 10 años, las recidivas locales no influyen en la sobrevida a ese tiempo, recién se ven a los 15 años. Por cada 4 recidivas que uno evita, se evita una muerte,

pero eso recién se ve a los 15 años. Con respecto a las señoras grandes, a las mujeres añosas, se está haciendo un trabajo *randomizado* en las mujeres de más de 70 años con tumores de menos de 3 cm que están haciendo radioterapia sí o radioterapia no. Han visto que no hay diferencia en la sobrevida, pero sí en las recaídas; dicen que es una alternativa válida. Ellos dicen que en estas mujeres grandes si la ventaja en la sobrevida se ve recién a los 15 años, sería una alternativa válida en las mujeres grandes tal vez no hacer radioterapia, siempre que se cumplan con ciertas condiciones, como ser receptores positivos, por ejemplo; eso da para pensar.

Dr. Martín: Eso de la radioterapia, uno siempre tiene pacientes de las que piensa que sin radioterapia seguramente van a andar bien, por más que todos los trabajos digan que no

hay pacientes que no se beneficien. Pero es real que a muchas pacientes uno no le haría radioterapia con márgenes y receptores positivos. Si bien la recidiva local es más frecuente sin hacer radioterapia, en la sobrevida global no influye.

Dr. Dávalos Michel: Influye después de los 15 años.

Dr. Urrutia: Yo sólo quiero hacer una aclaración, sobre todo si es cáncer de mama izquierda. No nos olvidemos, por más que le podamos hacer 3D, pero no a todas se les hace 3D, que ahí tenemos el pulmón y el corazón. O sea, que a veces se nos complica más si es un cáncer de mama izquierdo para indicar la radioterapia. Yo estoy de acuerdo, 80 años es una buena edad. La recidiva que aparezca a los 4 o 5 años, es muy factible que volvamos a hacer el tratamiento local conservador.