

CARCINOMA LOBULAR INVASIVO VERSUS CARCINOMA DUCTAL INVASIVO EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR

¿Es necesaria una nueva modalidad de evaluación preoperatoria?

**Gonzalo Tabares, Lisandro Benítez Gil, Luciano Mignini, Alfonso Benítez Gil,
Alejandro Álvarez Gardiol, Marcelo Román, Sebastián Bernardi**

RESUMEN

Introducción

El carcinoma lobular invasivo (CLI) suele presentarse con características clínicas e imaginológicas diferentes al carcinoma ductal invasivo (CDI), lo que podría asociarse a peores resultados quirúrgicos cuando se seleccionan a las pacientes candidatas a cirugía conservadora mediante un examen clínico y senográfico. El objetivo del presente trabajo fue comparar las tasas de reoperaciones por márgenes positivos, conversión a mastectomía y tasas de recaída local/regional entre pacientes con diagnóstico de cáncer lobular invasivo y cáncer ductal invasivo, tratadas de inicio con cirugía conservadora.

Material y métodos

Se seleccionó un grupo de 43 pacientes con diagnóstico de CLI tratado de inicio con cirugía conservadora y 86 pacientes diagnosticadas con CDI, pareadas por edad, estado menopáusico y año de diagnóstico. Se compararon los resultados oncológicos a largo plazo.

Resultados

El CDI no presentó diferencias con el CLI en la tasa de reoperación por márgenes positivos (8,13% vs. 11,6%), conversión a mastectomía (5,81% vs. 6,97%) ni recaída local/regional (10,4% vs. 9,3%) en 86 meses promedio de seguimiento.

Conclusiones

Los resultados de este estudio demuestran que las pacientes con CLI tratadas con cirugía conservadora y radioterapia, presentan resultados similares a largo plazo, comparadas con las pacientes diagnosticadas con CDI, en tanto sean seleccionadas mediante un correcto examen clínico y senográfico.

Palabras clave

Cirugía conservadora. Carcinoma lobular invasivo. Resonancia magnética mamaria.

SUMMARY

Introduction

Invasive lobular carcinoma (ILC) usually presents with different clinical features and imaging to invasive ductal carcinoma (IDC), which could be associated with worse surgical outcomes when selecting candidates for conservative surgery. The aim of this study was to compare the rates of reoperation for positive margins, conversion to mastectomy and locoregional relapse rates among cancer patients with invasive lobular and invasive ductal cancer, treated with conservative surgery.

Material and methods

We selected a group of 43 patients diagnosed with ILC, treated with conservative surgery, and 86 patients diagnosed with IDC, matched for age, menopausal status, and year of diagnosis. We compared the long-term oncological results.

Results

We found no differences in the rate of reoperation for positive margins (8.13% vs. 11.6%), conversion to mastectomy (5.81% vs. 6.97%) and locoregional recurrence (10.4% vs. 9.3%) at 86 months of follow up.

Conclusions

The results of this study demonstrate that patients with ILC treated with conservative surgery and radiotherapy have similar results compared to patients diagnosed with IDC, provided they are selected through a correct clinical examination and senography.

Key words

Conservative surgery. Invasive lobular carcinoma. Magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma lobular invasivo (CLI) representa entre el 5% y 15% de los cánceres de mama.¹⁻³ Con origen en los conductillos terminales del lóbulo mamario, el CLI es patológica y clínicamente distinto al carcinoma ductal invasivo (CDI). En virtud de su patrón de crecimiento y biología, los carcinomas lobulares a menudo no forman nódulos o lesiones que pueden ser fácilmente diagnosticados por palpación o la mamografía.¹⁻⁴

Clínicamente, con relación al crecimiento infiltrativo con falta de cohesión celular, en general no es posible detectar un nódulo escirro, clásica presentación del carcinoma ductal invasivo, y desde el punto de visto mamográfico se identifican comúnmente por los hallazgos sutiles de espículas y distorsión de la arquitectura; y cuando se ve como un nódulo, por lo general es de baja opacidad o isodenso. Las microcalcifi-

caciones son menos comunes en los CLI que en el CDI.⁵

El tratamiento local/regional del cáncer invasivo incluye la extirpación de la lesión mamaria e investigación de invasión a los ganglios axilares homolaterales, mediante la biopsia del ganglio centinela. La cirugía conservadora es el tratamiento de elección cuando existe el objetivo de preservar el órgano afectado por enfermedad. Las contraindicaciones para la cirugía conservadora son bien conocidas.⁶ Las tasas de recaída local/regional en pacientes sometidas a cirugía conservadora, radioterapia y que reciben algún tipo de tratamiento adyuvante sistémico, hormonoterapia y/o quimioterapia, se encuentran por debajo del 1% anual.⁷

Uno de los factores que se toman en cuenta a la hora de definir la extensión del tratamiento quirúrgico es la presencia de multicentricidad. En este sentido, clásicamente se describe al CLI como una variedad con propensión a la multi-

centricidad o bilateralidad. Por esta razón se ha llegado a proponer a esta variante histológica como una razón suficiente como para contraindicar la cirugía conservadora.⁸

Más recientemente se ha propuesto el uso sistemático de técnicas de diagnóstico por imágenes como la resonancia magnética por imágenes (RMI) en el CLI, con el objetivo de definir la extensión de la enfermedad y secundariamente la extensión del tratamiento local.⁹⁻¹¹

Por lo tanto, existe preocupación con respecto al uso de cirugía conservadora en pacientes con CLI, ya que se percibe como más difícil de tratar quirúrgicamente que los carcinomas de mama de otros tipos histológicos, debido a su propensión a la multifocalidad/multicentricidad.

Si hubiera la probabilidad de dificultad diagnóstica sistemática frente a la presencia de CLI, este grupo de pacientes debiera tener un número proporcionalmente mayor de márgenes positivos en el estudio definitivo o intraoperatorio o una mayor tasa de conversión a mastectomía. Mas aún, la cirugía conservadora en el CLI debería asociarse a una alta tasa de recaída local.

El objetivo del presente trabajo fue comparar las tasas de reoperaciones por márgenes positivos, conversión a mastectomía y tasas de recaída local/regional entre pacientes con diagnóstico de cáncer lobular invasivo y cáncer ductal invasivo, tratadas de inicio con cirugía conservadora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población en estudio

Se incluyeron pacientes ingresadas al Servicio de Patología Mamaria en el Centro de Mastología (CEMA) entre el año 2000 y 2010, tratadas con cirugía conservadora y radioterapia.

La selección de pacientes aptas para cirugía conservadora se realizó mediante evaluación clínica y senográfica.

Se seleccionaron las pacientes con diagnóstico de carcinoma lobular invasivo puro o mixto, y luego se parearon con pacientes de la misma cohorte, con diagnóstico de carcinoma ductal invasivo, con relación 2 a 1 (dos carcinomas ductales por cada carcinoma lobular), teniendo en cuenta la edad (± 3 años) estado menopáusico (pre- o posmenopáusica), tamaño tumoral (± 5 mm.) y año de diagnóstico (± 3 años).

Se excluyeron pacientes sometidas a tratamientos sistémicos primarios y las pacientes con estadios IV de inicio.

Las pacientes se incluyeron si tuvieron el primer intento quirúrgico conservador, independientemente de la extensión quirúrgica final. En el Servicio de Patología Mamaria, los márgenes quirúrgicos en la cirugía conservadora se evalúan de rutina intraoperatoriamente. Se definió como recuadrantectomía al segundo procedimiento con intento de obtener márgenes libres, luego de la revisión del informe patológico definitivo; no se tuvo en cuenta el porcentaje de retomas intraoperatorias.

Se definió recaída local/regional a la reaparición de enfermedad en la mama homolateral, lecho de mastectomía, pared torácica o ganglios axilares homolaterales. Todas las pacientes fueron categorizadas como hormono respondedoras si presentaron un resultado de expresión de receptores de estrógeno mayor al 1% por inmunohistoquímica. La medición de sobreexpresión de HER-2/neu se comenzó a realizar sistemáticamente en 2004, por lo que no se tuvo en cuenta este marcador de pronóstico y de respuesta terapéutica.

Métodos estadísticos

Se utilizaron modelos univariados de regresión logística condicional para control de muestras pareadas, las "p" son a dos lados.

Las pacientes fueron comparadas en cuanto a sus características clínicas y la evolución del tratamiento. La prueba exacta de Fisher se utili-

Variable	Ductal n=86	Lobular n=43	p
Edad media (años) (DS)	56,57 (7,34)	57,52 (6,79)	0,21 (NS)
Tamaño tumoral (mm)	23,48 (4,43)	25,97 (2,15)	2,0 (NS)
Media (DS)			
Posmenopáusicas	80%	79%	0,9 (NS)
Axila (+)	38%	46%	0,5 (NS)
Receptores de estrógeno (+)	80%	88%	0,7 (NS)
Hormonoterapia	80%	88%	–
Quimioterapia	62%	48%	0,001
Algún tratamiento sistémico	98%	95%	NS
DS: Desvío estándar. NS: No significativo.			

Tabla I. Características de las pacientes incluidas.

zó para comparar las características categóricas entre las pacientes con los dos tipos histológicos. La prueba de *log-rank* se usó para comparar la tasa de reoperaciones por márgenes positivos, conversión a mastectomía, recurrencia local y la supervivencia entre los dos grupos. Se utilizó un paquete bioestadístico de acceso libre.¹²

RESULTADOS

Se evaluaron las historias clínicas de pacientes que fueron tratadas inicialmente con cirugía conservadora y radioterapia, con información de seguimiento actualizada (n = 537), de las cuales 43 casos (8%) tuvieron diagnóstico de CLI, que fueron pareadas con 86 pacientes con diagnóstico de CDI. Las características de la población en estudio se resumen en la Tabla I. No hubo diferencias significativas entre los grupos con relación a la edad, tamaño tumoral, estado meno-

páusico, expresión de receptores de estrógeno, uso de hormonoterapia, axila positiva o uso de tratamiento adyuvante sistémico. La edad media al diagnóstico fue de 56,5 años para el grupo de cancer ductal, y 57,5 años para el grupo de cáncer lobular. El tamaño tumoral promedio fue de 23,48 mm para CDI y 25,97 mm para CLI. El tiempo medio de seguimiento fue de 86,4 meses para ambos grupos (rango 12-100 meses); 88,2 meses para CDI, 84,1 meses para CLI; p 0,6; no significativa (NS). Sólo se encontró una diferencia en la proporción de pacientes del grupo carcinoma ductal con relación al uso de quimioterapia (62% vs. 48%; p 0,001).

No hubo diferencias significativas en cuanto a la tasa de reoperación por márgenes positivos (CDI 8,13% versus CLI 11,6%; p 0,52) o conversión a mastectomía (5,81% vs. 6,97%; p 0,79) (Tabla II). Se diagnosticaron 9 recaídas locales/regionales en el grupo CDI y 4 recaídas

	Ductal n=86	Lobular n=43	HR IC 95%	p
Recuadrantectomía por márgenes positivos *	7 (8,13%)	5 (11,60%)	0,67 (0,2-2,2)	0,52
Conversión a mastectomía	5 (5,81%)	3 (6,97%)	0,82 (0,18-3,61)	0,79
RLR	9 (10,40%)	4 (9,30%)	1,13 (0,33-3,93)	0,82
Sobrevida global	80 (93,00%)	39 (90,69%)	0,73 (0,19-2,74)	0,64
* Recuadrantectomía: no se contabilizan retomas intraoperatorias.				

Tabla II. Resultados quirúrgicos y sobrevida global.

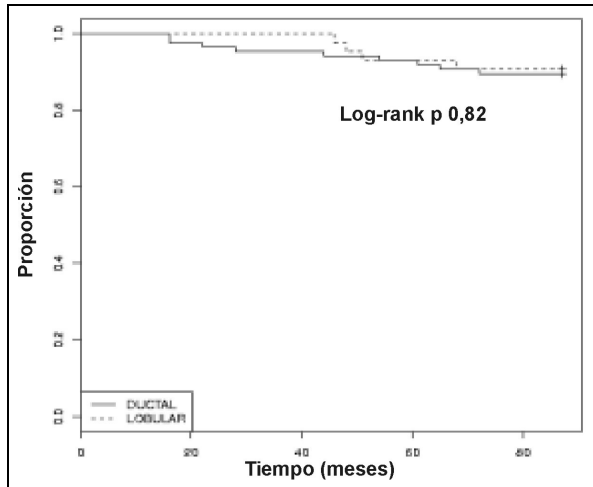


Figura 1. Recaída local/regional.

en CLI, OR=1,13 (IC 95%: 0,33-3,93); p 0,83. La supervivencia global fue similar en ambos grupos 93,00% CDI, 90,69% CLI (Figuras 1 y 2).

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico conservador seguido de radioterapia local, presenta iguales tasas de supervivencia que la mastectomía, por lo cual es el procedimiento de elección como tratamien-

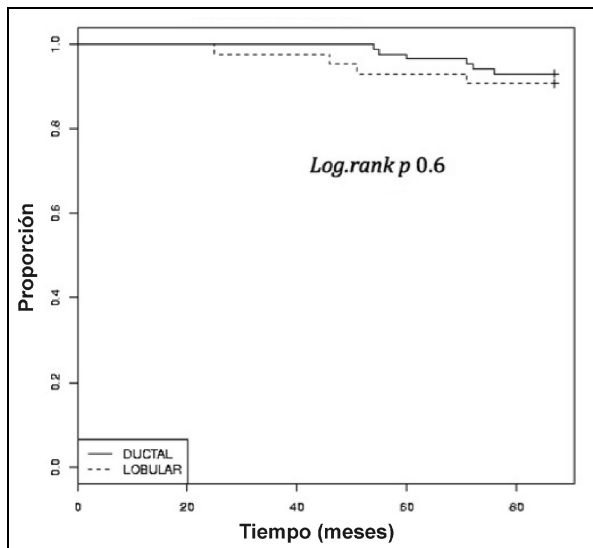


Figura 2. Supervivencia global.

to local/regional en el cáncer de mama.^{13,31} La selección de las pacientes candidatas a cirugía conservadora se realiza mediante la evaluación clínica e imaginológica, esto último incluye esencialmente a la mamografía y en algunos casos a la ecografía.⁶ Las tasas de recaída local/regional en estas circunstancias, y particularmente en las series que incluyen el uso sistemático de tratamientos adyuvantes, son del orden del 5% a 5 años.⁷

El carcinoma lobular es el segundo tipo histológico en frecuencia; sin embargo, no está representado en los trabajos clásicos de evaluación de estrategias quirúrgicas.³⁰ Estudios recientes proporcionan evidencia de que el CLI presenta diferencias relevantes en los perfiles transcriptómicos, comportamiento clínico y patrón metastásico, en comparación con el CDI y garantiza su separación como entidad específica.⁴

Sin embargo, analizar las estrategias quirúrgicas basadas en el subtipo histológico y extensión de la enfermedad en la mama afectada, no garantiza mejores resultados oncológicos.

En el presente estudio, donde se dividió a las pacientes candidatas a cirugía conservadora según la histología, no se encontraron diferencias en la tasa de conversión a mastectomía, recaída local/regional ni supervivencia global. Ambos grupos fueron comparables para las variables relacionadas a mayor proporción de recaída local, como estado menopáusico, edad al diagnóstico y tamaño tumoral, siendo la histología tumoral la principal diferencia entre ambos grupos. Si bien los resultados para supervivencia local fueron similares (CDI 93,00% versus CLI 90,69%), el tamaño de la muestra y el tiempo medio de seguimiento pueden no ser adecuados para una correcta evaluación de esta variable. Sin embargo, el metaanálisis del grupo EBCTCG demostró que las diferencias entre el tratamiento local/regional, cuando superan el 10% a 5 años, se asocian a una diferencia en mortalidad reflejada a los 15 años.¹⁴ En el presente estudio, las diferencias en recaída local a

Autor	Número lobular	Recaída local (%)		p
		L obular	Ductal	
Weiss 1992 ¹⁹	41	10,0	15,0	0,4
White 1994 ²⁰	30	3,3	4,2	0,4
Winchester * 1998 ²¹	7.831	5,0	4,0	NS
Sastre-Garau 1996 ²²	480	9,0	14,0	NS
Peiro 2000 ²³	93	8,0	10,0	NS
Molland 2004 ²⁴	182	3,9	5,3	NS
Morrow 2006 ²⁵	318	5,0	4,0	NS
Santiago 2005 ²⁶	55	14,0	6,0	0,24
Fritz 2010 ²⁷	487	3,5	6,1	0,031

* Utilizó base de datos nacional.

Tabla III. Recaída local/regional a 5 años promedio.
Tratadas con cirugía conservadora.

86 meses promedio de seguimiento fueron menores al 1% (p NS) entre los grupos, y por lo tanto no debiera asociarse a peores resultados en términos de sobrevida a largo plazo.

A su vez, es conocido que los tratamientos sistémicos colaboran en el control local de la enfermedad,¹⁵ y ambos grupos recibieron en su mayoría algún tipo de tratamiento sistémico (98% ductal *versus* 95% lobular), incluso se constató una mayor proporción de uso de quimioterapia en el grupo CDI (62% *vs.* 48%).

Estos hallazgos están en concordancia con otros autores, que informaron iguales tasas de recaída local para las pacientes tratadas con cirugía conservadora y radioterapia (Tabla III). La principal característica de nuestro trabajo reside en que buscamos controlar las variables que pueden influir en la posibilidad de recaída local (edad, estado menopáusico, tamaño tumoral), de manera que estuvieran balanceadas en ambos grupos.

La multicentricidad es uno de los factores citados como de mayor riesgo a la hora de ofrecer cirugía conservadora a las pacientes con CLI. Sin embargo, la multicentricidad no es una característica excluyente del CLI. Si bien el cáncer de mama se suele presentar como enfermedad unifocal al diagnóstico, las evaluaciones exhaustivas de piezas de mastectomía revelaron

un incidencia de focos adicionales de hasta un 65%.^{16,17}

El uso de RMI en la evaluación preoperatoria del cáncer de mama puede revelar focos adicionales de enfermedad en hasta un 16% promedio;¹⁸ sin embargo, estos hallazgos no se correlacionan con mejor control local.²⁸ Por lo tanto, revelar enfermedad subclínica no asegura mejores resultados a largo plazo, desde el punto de vista oncológico.

No evaluamos en nuestro trabajo la incidencia de cáncer contralateral. Tal como sucede con la multicentricidad, algunos autores sugieren que el CLI presenta mayor proporción de cáncer contralateral; sin embargo, la mayoría de las series actuales que compararon la incidencia de cáncer contralateral, no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos histológicos (CDI, CLI).²⁴⁻²⁶ En un estudio poblacional de Estados Unidos, que incluyó más de 130.000 pacientes, la histología no fue un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer contralateral, tanto en el análisis univariado como multivariado.²⁹

En resumen, los resultados de este estudio, asociados a los hallazgos de otros autores, demuestran que la histología no puede ser considerada un factor de riesgo para recaída local. Por otro lado, es poco probable que el uso de modalidades diagnósticas que evidencien focos

adicionales de enfermedad ayuden a obtener mejores tasas de control local.

Ambos tipos histológicos pueden ser correctamente dimensionados en la carga de enfermedad con el examen clínico y senografía, con relación a la posibilidad de ofrecer cirugía conservadora, en tanto la lesión pueda ser extirpada con márgenes libres, se obtengan resultados cosméticos aceptables, y la paciente tenga acceso a completar el tratamiento local/regional con radioterapia.

REFERENCIA

- Eheman CR, Shaw KM, Ryerson AB. The changing incidence of in situ and invasive ductal and lobular breast carcinomas: United States, 1999-2004. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009; 18(6): 1763-9.
- Li CI, Anderson BO, Daling JR, et al. Trends in incidence rates of invasive lobular and ductal breast carcinoma. *JAMA* 2009; 289: 1421-1424.
- Li CI, Anderson BO, Porter P, et al. Changing incidence rate of invasive lobular breast carcinoma among older women. *Cancer* 2000; 88: 2561-2569.
- Weigelt B, Geyer FC, Natrajan R, et al. The molecular underpinning of lobular histological growth pattern: a genome-wide transcriptomic analysis of invasive lobular carcinomas and grade- and molecular subtype-matched invasive ductal carcinomas of no special type. *J Pathol* 2010; 220: 45-57.
- Brem RF, Ioffe M, Rapelyea JA, Yost KG, Weigert JM, Bertrand ML, Stern LH. Invasive lobular carcinoma: detection with mammography, sonography, MRI, and breast-specific gamma imaging. *AJR Am J Roentgenol* 2009;192(2): 379-83.
- Kaufmann M, Morrow M, von Minckwitz G, Harris JR; Biedenkopf Expert Panel Members. Locoregional treatment of primary breast cancer: consensus recommendations from an International Expert Panel. *Cancer* 2010; 116(5): 1184-91.
- Anderson SJ, Wapnir I, Dignam JJ, et al. Prognosis after ipsilateral breast tumor recurrence and locoregional recurrences in patients treated by breast-conserving therapy in five National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project protocols of node-negative breast cancer. *J Clin Oncol* 2009; 27: 2466-73.
- Fisher ER, Gregorio R, Redmond C, Vellios F, Sommers SC, Fisher B. Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (protocol no. 4). I. Observations concerning the multicentricity of mammary cancer. *Cancer* 1975; 35: 247-254.
- Yeaman TJ, Cantor AB, Smith TJ, et al. Tumor biology of infiltrating lobular carcinoma: implications for management. *Ann Surg* 1995; 222: 549 -61.
- Yeh E. Breast magnetic resonance imaging: current clinical indications. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2011; 38(1): 159-177.
- Mann RM, Hoogveen YL, Blickman JG, et al. MRI compared to conventional diagnostic work-up in the detection and evaluation of invasive lobular carcinoma of the breast: a review of existing literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 107(1): 1-14.
- http://www.wehi.edu.au/faculty/research_divisions/bioinformatics/
- Morrow M, Strom EA, Bassett LW, et al. Standard for breast conservation therapy in the management of invasive breast carcinoma. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 277-300.
- Clarke M, Collins R, Darby S, et al. 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.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet* 2012; 379(9814): 432-44.
- Holland R, Veling SH, Mravunac M, et al. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas. Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. *Cancer* 1985; 56: 979-990.
- Rosen PP, Fracchia A, Urban J, et al. "Residual" mammary carcinoma following simulated partial mastectomy. *Cancer* 1975; 35: 739-743.
- Houssami N, Ciatto S, Macaskill P, et al. Accuracy and surgical impact of magnetic resonance imaging in breast cancer staging: systematic review and meta-analysis in detection of multifocal and multicentric cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 3248-58.
- Weiss MC, Fowble BL, Solin LJ, Yeh IT, Schultz DJ. Outcome of conservative therapy for invasive breast cancer by histologic subtype. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 23: 941-7.
- White JR, Gustafson GS, Wimbish K, et al. Conservative surgery and radiation therapy for infiltrating lobular carcinoma of the breast. The role of preoperative mammograms in guiding treatment. *Cancer* 1994; 74: 640-647.
- Winchester DJ, Chang HR, Graves TA, Menck HR, Bland KI, Winchester DP. A comparative analysis of lobular and ductal carcinoma of the breast: Presentation, treatment, and outcomes. *J Am Coll Surg* 1998, 186: 416-422.

22. Sastre-Garau X, Jouve M, Asselain B, et al. Infiltrating lobular carcinoma of the breast. Clinicopathologic analysis of 975 cases with reference to data on conservative therapy and metastatic patterns. *Cancer* 1996; 77: 113-20.
23. Peiro G, Bornstein BA, Connolly JL, et al. The influence of infiltrating lobular carcinoma on the outcome of patients treated with breast-conserving surgery and radiation therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 59: 49-54.
24. Molland JG, Donnellan M, Janu NC, et al. Infiltrating lobular carcinoma –a comparison of diagnosis, management and outcome with infiltrating duct carcinoma. *Breast* 2004; 13: 389-96.
25. Morrow M, Keeney K, Scholtens D, Wei J, Steel J, Khan SA. Selecting patients for breast-conserving therapy. The importance of lobular histology. *Cancer* 2006; 106: 2563-2568.
26. Santiago RJ, Harris EE, Qin L, Hwang WT, Solin LJ. Similar long-term results of breast-conservation treatment for stage I and II invasive lobular carcinoma compared with invasive ductal carcinoma of the breast. *Cancer* 2005; 103: 2447-2454.
27. Fritz P, Klenk S, Goletz S, et al. Clinical Impacts of histological subtyping primary breast cancer. *Anticancer Res* 2010; 30(12): 5137-5144.
28. Solin LJ, Orel SG, Hwang WT, Harris EE, Schnall MD. Relationship of breast magnetic resonance imaging to outcome after breast-conservation treatment with radiation for women with early-stage invasive breast carcinoma or ductal carcinoma in situ. *J Clin Oncol* 2008; 26: 386-91.
29. Gao X, Fisher SG, Emami B. Risk of second primary cancer in the contralateral breast in women treated for early-stage breast cancer: a population-based study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 56(4): 1038-45.
30. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH, Wolmark N. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347(16): 1233-41.
31. Núñez De Pierro A, Allemand D, Agejas G. Tratamiento conservador del cáncer de mama, evaluación de los resultado en 1.306 casos. *Rev Arg Mastol* 2004; 23(78): 69-93.

DEBATE

Dr. Allemand: Realmente quiero felicitarlo porque el trabajo me encantó. Lo que quie-

ro comentar es que no sé por qué la literatura ha insistido con esto. Al carcinoma lobulillar se le ha generado la leyenda urbana de la multicentricidad. En nuestra serie, en el Hospital Fernández con más de 1.000 cirugías conservadoras, nosotros no vimos que el tipo histológico tuviera influencia en la tasa de recaída local, primera cuestión. Con respecto al hallazgo de carcinoma adicional por el uso de la resonancia, el trabajo de la Dra. Nieves Plana de metaanálisis que se publicó el año pasado, encuentra carcinoma adicional entre un 15% y un 20% de los casos. Entonces, lo que hay que contestarle es que viendo las publicaciones del Dr. Holland y anteriores, uno no tiene que irse seguro de si la resonancia dio negativo, porque puede haber igual focos adicionales de cáncer. Entonces, no nos quedemos tranquilos y no le hagamos radioterapia a esa paciente, porque igual no tiene el carcinoma adicional. Creo que en parte con los números que presentó, reafirma lo que se ha presentado en casi todas las publicaciones internacionales, donde sabemos que en realidad la resonancia desde ya probablemente encuentre focos adicionales, pero no grandes cargas tumorales que no puedan ser manejadas con tratamiento radiante y el tratamiento sistémico adecuado.

Dr. Martín: Además va a sobreestimar un porcentaje también importante de casos. Sí lo de Holland del 63% de carcinoma extratumoral a 4 o 5 cm fuera así, la cirugía conservadora no tendría sentido y sin embargo, se ha demostrado de que tiene la misma sobrevida que la cirugía con mastectomía. Así que, la radioterapia es suficiente para tratar esa microenfermedad que puede quedar en la mama.

Dr. Tabares: Ese trabajo de Holland tiene algo muy interesante porque se publica, creo que en el año 1985, cuando Fisher estaba por publicar la primer serie de cirugía conservadora. Si uno lee los comentarios finales, claramente está destinado a decir: "bueno Fisher a ver si me mostrás algo en relación a esto", porque él espe-

raba encontrar malos resultados en la cirugía conservadora.

Dr. Allemand: En el año 1969 cuando se hizo la reunión de la Organización Mundial de la Salud para discutir lo de cirugía conservadora, donde estuvo Humberto Veronesi, Bernard Fisher, todos los que eran los apologistas en contra de la cirugía conservadora, hablaban de la multicentricidad del cáncer de mama. Es decir, no es una novedad descubierta ahora, casualmente lo que pasa es que muchas de las publicaciones de recaídas poscirugía conservadora, lamentablemente, están sesgadas porque son publicaciones norteamericanas donde hay pacientes que no reciben tratamiento radiante luego de la cirugía conservadora. Entonces, siempre hablamos no de cirugía conservadora sino que debemos hablar de tratamiento conservador más tratamiento adyuvante adecuado.

Dra. Oliva: Una duda que me surgió. ¿La ecografía no la consideró para nada?

Dr. Tabares: En general, la mayoría de las pacientes que se diagnostican y tratan en CEMA

tiene hecha ecografía. En general en el registro de las pacientes la senografía y el examen clínico es lo que habitualmente se utiliza. Específicamente en la clínica todas las pacientes tienen ecografía.

Dra. Oliva: En la conclusión del trabajo habló de la correlación clínica mamográfica, y no mencionó la ecográfica.

Dr. Tabares: En el caso de esta institución en particular debería haber puesto la ecografía, aunque no fue considerada en los términos de valuación estadística para este trabajo.

Dr. Novelli: A todo lo que se comentó de la historia "del cuco" del carcinoma lobulillar, no olvidemos que en algún momento se propuso la biopsia en espejo de la mama contralateral. Una pregunta que le quería hacer, si bien no está contemplado en el trabajo. ¿Evaluaron el falso negativo del ganglio centinela en el lobulillar? Por lo menos en nuestra experiencia el que más falso negativo da en el centinela es el lobulillar.

Dr. Tabares: No en esta serie en particular. Está en la memoria de los resultados.