



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

TUMORECTOMIA SEGUIDA DE RADIOTERAPIA  
EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA PRECOZ

Dr. Ramón Baeza B.

Dr. Enrique Raventos E.

INFORME PRELIMINAR

Durante muchos años se ha venido repitiendo que, pese a los progresos en la detección precoz del cáncer de mama y a la modernización de los métodos de tratamiento, las expectativas de vida del paciente portador de un cáncer de mama no han variado apreciablemente. Para afirmar este juicio, se citan cifras a nivel nacional e internacional, olvidando dos puntos de importancia :

1. Se analiza como un todo homogéneo a un grupo de pacientes tratados con diversas modalidades terapéuticas, con diferentes grados de conocimiento del problema por parte de los tratantes y de distintos estados clínicos de progresión de la enfermedad, olvidando que en centros especializados, en que se efectúa una rigurosa selección del método de tratamiento según el paciente en particular, los resultados son notablemente mejores a los citados como promedio.
2. En base a este entendido se extrapola diciendo que no

importa el método de tratamiento, ya que éste no variará la expectativa de vida del paciente. Esto se aplica preferentemente a terapias quirúrgicas o radioterapéu-ticas, desconociendo el hecho de que estas terapias son de índole local y no pueden ser medidas con parámetros de tipo general, como es la sobrevida, solamente. Deben ser consideradas en cuanto a su efectividad según el mejor o peor control local que ofrezcan, con la menor morbilidad posible y en forma agregada considerar la sobrevida obtenida con cada método.

Considerando que lo importante es obtener el me-jor control local posible, con el menor daño funcional y/o estético, sin malograr las expectativas de sobrevida, es decir, ofrecer una sobrevida de duración y calidad adecuada y basándose en experiencias recogidas durante nuestro en-trenamiento en centros cancerológicos (M.D. Anderson Hospi-tal, Institute Gustave Roussy, Foundation Curie) y basándo-nos en los innumerables reportes de la literatura (1, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15) iniciamos en una serie de pacien-tes especialmente seleccionadas una modalidad de tratamien-to que, si tiene más de treinta años de antigüedad, es nue-va en nuestro medio local.

#### MATERIAL Y METODO

Empezando en 1975, se seleccionaron pacientes que cumplieran con los siguientes requisitos :

- a) Tumor de no más de 5 cm de diámetro mayor
- b) Con axila clínicamente negativa
- c) Sin signos graves (6) de compromiso en la mama



- d) Sin evidencia de metástasis a distancia ; investigadas con radiografías de tórax y pelvis y/o cintigrama óseo con Tc 99 m

A la fecha, Junio 1977, se han reunido 23 pacientes así seleccionadas, que tienen un mínimo de seis meses de seguimiento, las cuales iniciaron su tratamiento con una tumorectomía, es decir, remoción de la masa palpable en la mama, con un mínimo de margen de tejido macroscópicamente sano.

Las pacientes oscilaban entre 25 y 77 años, con un 49,1 años y masas tumorales que fluctuaban entre 0,7 y 5 cm, con un promedio de 2,8 cm.

La ubicación de estas masas era predominantemente en los cuadrantes superiores de la mama.

Las técnicas de radioterapia usadas han sido las descritas previamente por la Fundación Curie (Francia) y por el M.D. Anderson Hospital (USA). Estas no serán descritas en el presente trabajo, pues son sobradamente conocidas.

Las dosis recibidas por áreas fueron :

- 5.000 Rads/5 semanas a la cadena mamaria interna
- 5-6.000 Rads a supraclavicular y axila
- 5-6.000 Rads en 5-6 semanas a mama, más una sobreimpresión en el área inicialmente afectada de 1.000 - 1.500 Rads en 1-2 semanas. Todas las pacientes fueron tratadas con Co 60.

## RESULTADOS

Hasta la fecha de cierre de este Informe no han aparecido recurrencias locales, ni tampoco evidencia de metástasis a distancia (Figura I). Surgieron sólo dos complicaciones :

- Un caso de muy discreta fibrosis axilar (recibió 6.000 Rads), que ocasionó problemas a la paciente.
- Un caso de fibrosis del área sub-supraclavicular (recibió 6.000 Rads).
- 1/23 pacientes ha sido pérdida para el seguimiento.

## DISCUSION

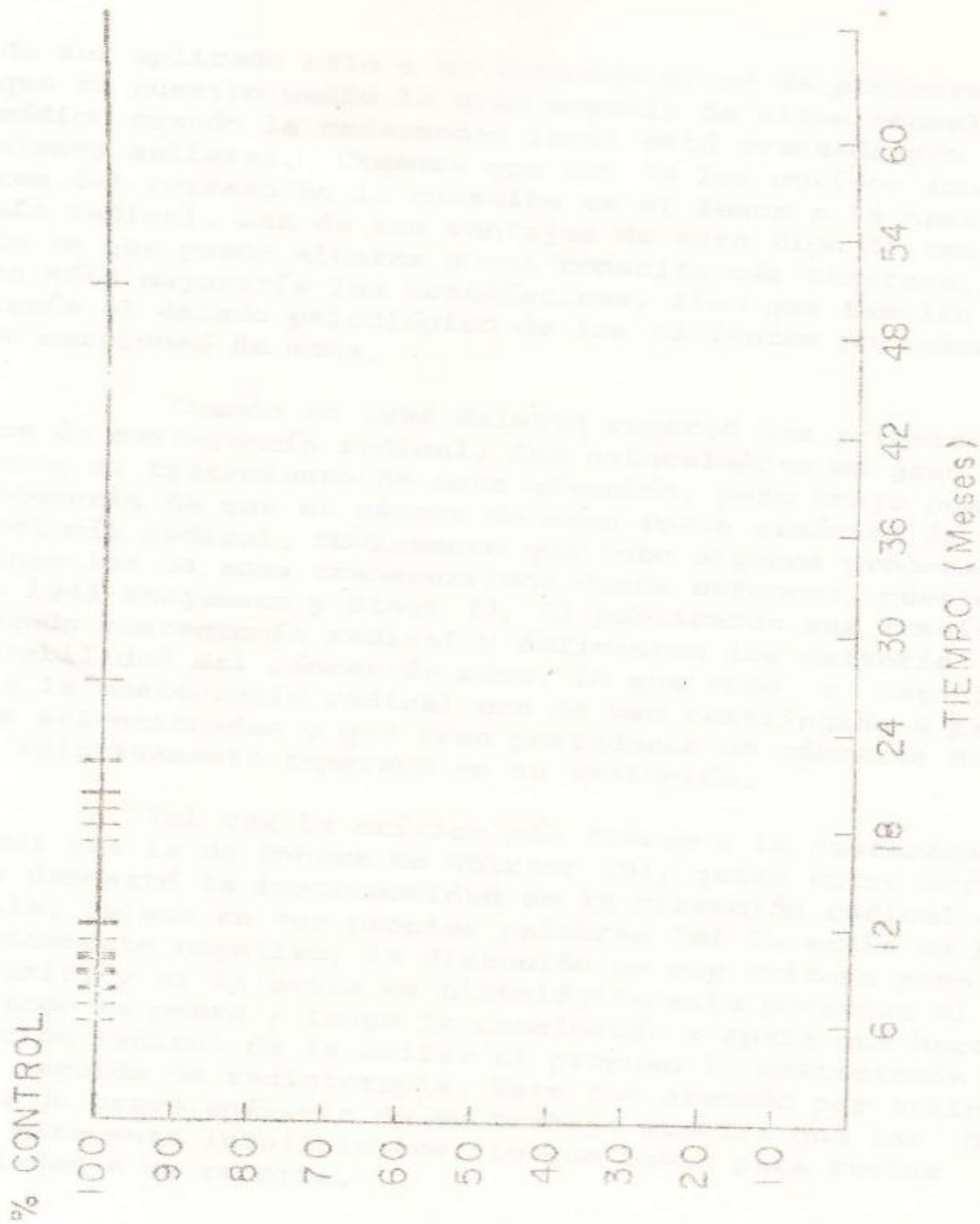
Es indudable que dado el bajo número de pacientes y el corto período de seguimiento, muy poco podemos agregar sobre nuestros pacientes, motivo por el cual este trabajo es sólo un Informe Preliminar.

El hecho de que no hubiesen aparecido aún recurrencias locales, las que deberían aparecer en un 80 % de los casos dentro de los dos primeros años de tratamiento (2), es alentador, especialmente si se considera que un 38 % de los pacientes debían haber tenido axila histológicamente positiva (5). A esto agregamos que los resultados han sido obtenidos sin mutilación, dando una calidad de supervida a nuestro juicio superior a la obtenida con mastectomía radical.

Indudablemente que este tipo de tratamiento pue-



FIGURA I



Relación control versus tiempo. Hasta el momento el control local, al igual que la sobrevida, han sido del 100 %. Cada línea vertical representa un paciente. 95,6 % de seguimiento.

Universidad Católica de Chile  
Biblioteca de Medicina  
y Ciencias Biológicas

de ser aplicado sólo a un reducido grupo de pacientes, ya que en nuestro medio la gran mayoría de ellos consulta al médico cuando la enfermedad local está avanzada y/o hay lesiones axilares. Creemos que uno de los motivos importantes del retraso en la consulta es el temor a la mastectomía radical. Una de las ventajas de este tipo de tratamiento es que puede alentar a una consulta más temprana, lo que no sólo mejoraría las estadísticas, sino que también mejoraría el estado psicológico de las pacientes portadoras de un carcinoma de mama.

Cuando en 1894 Halsted reportó los primeros 50 casos de mastectomía radical, fue naturalmente un gran avance en el tratamiento de esta afección, pero trajo como consecuencia de que el cáncer de mama fuera sinónimo de mastectomía radical. Obviamente que hubo algunos progresos durante los 84 años transcurridos desde entonces, puesto que en 1943 Haagensen y Stout (7, 8) publicaron sus resultados usando mastectomía radical y definieron los criterios de operabilidad del cáncer de mama, lo que vino a establecer que la mastectomía radical era de uso restringido a pacientes seleccionadas y que eran portadoras de cánceres de mama relativamente temprano en su evolución.

Tal vez la crítica más fuerte a la mastectomía radical sea la de Robert Mc Whirter (9), quien entre otras cosas demostró la inadecuacidad de la disección radical de la axila, ya que en sus propias palabras "si la axila es histológicamente negativa, la disección es muy exitosa pero innecesaria, y si la axila es histológicamente positiva el resultado es pobre ; luego la conclusión : ¿para qué hacer disección radical de la axila? El propuso la mastectomía simple seguida de radioterapia. Esto fue atacado por Atkins (2), pero un breve análisis de su trabajo muestra que las dosis son altamente insuficientes, lo que basta para restar toda seriedad a su reporte.



Pero el mayor progreso alcanzado desde Halsted han sido los reportes de Mustakallio, Peters, Calle y otros (1, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15) que demuestran que la tumorectomía, seguida de radioterapia en dosis adecuadas dadas en campos de tratamiento precisos y con técnicas rigurosas, ofrece el mismo porcentaje de control local y sobrevida a 1-5-10-15-20-25 años que la mastectomía radical, pero con mejor calidad estética. Es importante recordar a estas alturas que cuando este tratamiento falla aún queda el recurso de la mastectomía.

En nuestro medio hemos encontrado un cierto grado de resistencia para imponer la presente modalidad de tratamiento, lo que nos parece un tanto sorprendente dada la antigüedad y buenos resultados del mismo, pero no significa motivo de desaliento, pues esperamos que en los próximos años podamos reportar un número mayor de pacientes y con un seguimiento más prolongado, y con resultados comparables a los anteriormente citados.

### RESUMEN

Se presentan 23 pacientes tratadas con tumorectomía seguida de radioterapia, con un 95,6 % de seguimiento, 100 % de control y ausencia de complicaciones de importancia. Se analiza brevemente la experiencia internacional al respecto y se insiste en el buen resultado estético y funcional.



NOTA

Desde la fecha de cierre del presente trabajo, Enero de 1977, ha aumentado el número de pacientes que ha entrado al estudio. En la actualidad son 54, de las cuales hemos tenido una falla ; es en una paciente incluida en el primer grupo de 24, que falleció por metástasis cerebrales hace un mes. El resto permanece con buen control local y sin evidencia de metástasis a distancia. De este total de 54 pacientes, 24 han sido operadas por el equipo de Oncología del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

B I B L I O G R A F I A

1. AMELRIC R., CLEMENTE R., SANTA MARIA F., AYME Y., BRANDONE H., CLERC S., POLLET J.F., D'ESTIENNE D'ORVES J.F., SPITALIER J.M. : Radiotherapie curative a esperance conservatrice des cancers du sein operables. Bull. Cancer 63 : 239-248, 1976.
2. ATKINS H., HAYEARD J.L., KLUGMAN D.J., MAYTE A.B. : Treatment of early breast cancer: a report after ten years of a clinical trial. Br. Med. J. 2 : 423-429, 1972.
3. CALLE R., PILLERON J.P., SCHLIENGER P. : Therapeutiques "a visee conservatrice" des epitheliomas mammaires. Bull. Cancer 60 : 217-234, 1973.
4. COPE O., WANG C.A., CHU A., WANG C.C., SCHULZ M., CASTLEMAN B., LONG J., SOHIER W.D. : Limited surgical excision as the basis a comprehensive therapy for cancer of the breast. Am. J. Surg. 131 : 400-407, 1976.
5. FLETCHER G.H. : Textbook of radiotherapy, ed. 2. Philadelphia, Lea & Febiger Publisher, 1973.
6. HAAGENSEN C.D. : Diseases of the breast, ed. 2. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1971.
7. HAAGENSEN C.D., STOUT A.P. : Carcinoma of the breast I: Result of treatment. Ann. Surg. 118 : 801-815, 1942.



8. HAAGENSEN C.D., STOUT A.P. : Carcinoma of the breast, II : Criteria of operability.  
Ann. Surg. 188 : 859-1043, 1943.
9. MC WHIRTER R. : Treatment of cancer of the breast by simple mastectomy and Roentgenotherapy.  
Arch. Surg. 59 : 830-842, 1948.
10. MUSTAKALLIO S. : Conservative treatment of breast carcinoma-review of 25 years follow-up.  
Clin. Radiol. 23 : 110-116, 1972.
11. MUSTAKALLIO S. : Conservative treatment of breast cancer. Observations over a period of 30 years.  
In: Therapeutiques non mutilantes de canceres du sein.  
Symposium International, Strasbourg. Juin 1972.
12. NELSON A.J., MONTAGUE E.D. : Resectable localized breast cancer. The rationale for combined surgery and irradiation.  
JAMA : 189-191, 1975.
13. PETERS M.V. : Wedge resection and irradiation. An effective treatment in early breast cancer.  
JAMA 200 : 144-145, 1967.
14. PROSNITZ L.R., GOLDENBERG I.S. : Radiationtherapy as primary treatment for early stage carcinoma of the breast.  
Cancer 35 : 1587-1596, 1975.
15. WISE L., MASON A.Y., ACKERMAN L.V. : Local excision and irradiation : an alternative method for the treatment of early mammary cancer.  
Ann. Surg. 174 : 392-401, 1971.