

Sección: Comunicación breve

Consideraciones sobre el manejo del carcinoma temprano de mama

Fortunato Aljure, M.D.*

Quiero dar un concepto escrito en lo que respecta al manejo del llamado carcinoma temprano de mama. Me refiero en concreto a tumores únicos de mama de menos de 2 cm de diámetro mayor y con axila clínicamente negativa.

Por un lado hay que diferenciar dentro de esta definición de carcinoma temprano de mama, ante todo aquellos tumores no palpables, por ser su tamaño menor de 1 cm y habitualmente diagnosticados tan sólo por una mamografía de óptima calidad y por un radiólogo que se encuentre muy capacitado para interpretarlos y localizarlos.

Para un tratamiento que conserve la integridad cosmética adecuada, se han propuesto una mastectomía parcial, un vaciamiento axilar, y una radioterapia de toda la mama afectada. Por supuesto que esta cirugía debe ser muy exigente en su técnica sobre todo en la habilidad de aclarar un margen por lo menos de 1 cm en las 3 dimensiones del espécimen, completamente libres de tumor, incluyendo el componente intraductal. Recalco que no debe existir ninguna huella de tumor por lo menos a 1 cm de distancia del tumor primario. Esto requiere marcar los límites en alguna forma; la mayoría preconiza la tinta china, y se ha extendido el uso del diagnóstico diferido en lugar de la congelación de estos casos.

Es indudablemente mayor el beneficio a la paciente si se le practica un vaciamiento axilar completo, que incluya el vértice de la axila. En muchos casos, para lograr esto, es obligatorio sacrificar el músculo pectoral menor. Esto tiene una implicación desde el punto de vista de dar una información adecuada de la realidad histopatológica de

todos los ganglios de la axila, que puede tener una consecuencia terapéutica en sí misma, pero sobre todo ayuda a definir el manejo de la paciente y es un determinante del pronóstico.

Por otro lado dentro del espectro (0.5 a 2 cm) de los diferentes tamaños del tumor en esta fase temprana, se requiere una capacidad del laboratorio de patología para contar con tejido adecuado para medir los receptores de estrógeno y progestágeno y en un futuro de otros marcadores como la transferasa, Cathepsan D. Ojalá que pronto contemos con la tecnología de la citometría de flujo para medir el "ploidismo" nuclear que hasta el momento configura el mayor factor de riesgo significativo.

Es reconocido que la presencia de multifocalidad o de múltiples calcificaciones esparcidas en el tejido mamario, son una contraindicación formal para la mastectomía conservadora. Esto significa la necesidad de la disponibilidad de excelentes aparatos de mamografía y de radiólogos experimentados.

En cuanto a la radioterapia, la experiencia en los centros más connotados prácticamente trasladó el uso de la cobaltoterapia al uso de los aceleradores con emisión de electrones por la calidad de respuesta que favorece la preservación cosmética de la mama.

Aun en los más excelentes y experimentados tratamientos con radioterapia, la posibilidad de recurrencia sobrepasa 21% a 5 años, que es mucho mayor que con mastectomía radical modificadas (MRM), en estos casos tempranos. El argumento que después de la recurrencia (o persistencia) con radioterapia se pueden rescatar con la MRM, debe

* Profesor Titular, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

tenerse en cuenta para un seguimiento muy adecuado. De todas maneras el pronóstico empeora y hay un porcentaje significativo de morbilidad por radioterapia.

Hay un consenso que plantea como punto de referencia de tratamiento curativo de cáncer de mama, la mastectomía radical clásica y luego la MRM. Lo que se pretende con la cirugía conservadora, es preservar la mama y hacerle ganar a la paciente un mayor deseo de acudir al médico en forma más temprana, pero en ningún caso este tratamiento conservador ha mejorado los índices de curación a 5, 10 y 15 años, obtenidos con los tratamientos de referencia.

Con la garantía reconocida de que la MRM bien aplicada y técnicamente muy bien realizada, da los mejores índices

de curación hasta ahora reconocidos para cáncer de mama temprano, éste debe ser el tratamiento de elección en la gran mayoría de los casos tempranos sobre todo en Colombia:

1. Existen los cirujanos capacitados y experimentados para este tratamiento con la MRM.
2. Hay muchas dificultades para tener laboratorios bien equipados y con patólogos disponibles para un estudio minucioso y concienzudo del espécimen, que indiquen claramente los límites libres del tumor.
3. Hay fallas en la radioterapia por falta de equipos y de radioterapeutas.
4. Y aún tenemos problemas serios con los mamógrafos disponibles.

Continuación Índice de Temas Volumen 21, 1990

Evaluación de la efectividad profiláctica del BCG. Saigado C. Arango C. Bergonzoli G. Roa J. Durán P. Guerrero R. Bolaños O. Pío A. 85

Mortalidad infantil evitable. Componente neonatal. Rey H. Starck C. Montes H F. --

Nutrición en escolares de Cali. Fajardo L F. Gracia B. Lareo L. Angel L M. Romero L H. 50

Prevalencia de indicadores de anormalidad urinaria en escolares. Mesa L. Mera R. Sanclemente E. Zea M. 58.

Problemas de bajo peso al nacer. Rey H. Ortiz I. Cruz M. Rodríguez J. Muñoz R. 1

Severidad de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años. Factores condicionantes en Cali. Tafur L A. --

Validación de una cinta para vigilancia nutricional. Bazar S. 15

RADIOLOGIA

Cálculo de la pelvis renal derecha. Chamorro C. 34

Duplicación intestinal. Chamorro C. 110.

Endometriosis de la unión rectosigmoide. Chamorro C. 73

Obstrucción intestinal por vólvulus. Chamorro C. --

SALUD MENTAL

Colitis ulcerativa: ¿Una enfermedad psicosomática? Romero G.M. 75

Riesgos de la depresión. Perdomo R. --

SALUD PUBLICA

Alteraciones posturales de la columna vertebral en escolares. Tafur L A. Cabal M. Salazar L. 101

Comparación de medios y métodos para el aislamiento e identificación de *Neisseria gonorrhoeae*. Carmona F. Hernández M. Domínguez G. Ramírez E. Rodríguez R. 20

Displasia congénita de cadera. Epidemiología e hipótesis etiológica. Daza N. 122

El fonoaudiólogo dentro del sector salud. Otoyá M C. 112.

Evaluación de la efectividad profiláctica del BCG. Saigado C. Arango C. Bergonzoli G. Roa J. Durán P. Guerrero

R. Bolaños O. Pío A. 85

Evaluación de la prueba de presión supina en la predicción de hipertensión inducida por el embarazo en un grupo de bajo nivel socioeconómico. Conde A. Franco A. Cifuentes R. 26.

Medición de la mortalidad por medio de una red de atención primaria en salud. Cruz L F. 7

Nutrición en escolares de Cali. Fajardo L F. Gracia B. Lareo L. Angel L M. Romero L H. 50

Reflexiones sobre el enfoque de riesgo aplicable a un nivel local. Cruz L F. Alzate A. 70

Seroprevalencia de anticuerpos contra el virus del SIDA en un grupo de prostitutas. Espitia V E. 46

Severidad de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años. Factores condicionantes en Cali. Tafur L A. --

Validación de una cinta para vigilancia nutricional. Bazar S. 15

VIROLOGIA

Seroprevalencia de anticuerpos contra el virus del SIDA en un grupo de prostitutas. Espitia V E. 46