

Carcinoma de mama localmente recurrente

Locally recurring breast carcinoma

Dr. David Cantú de León,

Dr. Carlos M. López Graniel

Resumen

Introducción: El carcinoma de la glándula mamaria es la segunda neoplasia más frecuente en la mujer, la recurrencia local es el signo más representativo de falla al tratamiento. Sin embargo, existe una amplia variedad de abordajes en el manejo de la recurrencia del carcinoma de mama.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención

Objetivo: Efectuar una revisión bibliográfica de los principales manejos terapéuticos con relación a la recurrencia local y/o regional, la historia natural de la recaída y analizar las diversas tendencias terapéuticas actuales para su manejo.

Métodos: Se realizó la revisión de la literatura durante el periodo comprendido de 1951 a 1996 de los trabajos de investigación terapéutica sobre el manejo de la recurrencia local y sistémica del cáncer de mama. Se utilizó la base de datos MEDLINE para la localización y selección del material (30 referencias).

Resultados: La recurrencia es el principal reto al que se enfrenta el personal médico que trata el cáncer mamario; aproximadamente el 20% de las pacientes sometidas a mastectomía radical modificada, y el 18% de las pacientes tratadas con cirugía conservadora de la mama presentarán recurrencia local. La supervivencia global después de la recurrencia a 5 años es del 20 al 40%. Una segunda recurrencia loco-regional se ha informado en el 65% de las pacientes. La mayoría de los tratamientos de primera elección están encaminados al control de la enfermedad; esto incluyen re-excision, con o sin radioterapia, hasta el tratamiento sistémico con citotóxicos.

Conclusión: La revisión bibliográfica mostró que la recurrencia loco-regional frecuentemente se interpreta como un signo de enfermedad sistémica, por tan-

Abstract

Introduction: Carcinoma of the breast is the second most frequent neoplasia in women, local recurrence is the most representative sign of treatment failure. There are, however, a large variety of approaches to the management of recurring breast cancer.

Setting: Third level health care hospital.

Objective: To review the literature regarding the main therapeutic measures to handle local or regional recurrences, the natural history of recurrences, and to analyze current therapeutic tendencies.

Methods: We reviewed the literature from 1951 to 1996 on therapeutic research for the handling of local or systemic recurrence of breast cancer. The MEDLINE Data Base was used to locate and choose the reading material (30 references).

Results: Recurrences are the main challenge faced by the medical personnel treating breast cancer; approximately 20% of the patients subjected to modified radical mastectomy and 18% of those treated with conservative surgery will present local recurrences. Global survival after recurrence at 5 years is of 20 to 40%. A second local/regional recurrence has been informed in 65% of the patients. Most first choice treatments are aimed at controlling the disease; this includes re-excision, with or without radiotherapy, to systemic treatment with cytotoxic drugs.

Conclusion: The review showed that the local/regional recurrences are frequently interpreted as a sign of systemic disease, and therefore the first choice treatment has to be systemic using chemotherapy, however, in isolated cases of local/regional recurrences at the suprascapular ganglionar level, axillary or thoracic wall , there are alternatives, such



Departamento de Ginecología-Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología de México

Recibido para publicación: 16 de diciembre de 1998

Aceptado para publicación: 29 de enero de 1999.

Correspondencia: Dr. Carlos M. López Graniel. División de Cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología. Avenida San Fernando No. 22, Tlalpan México, D.F. C.P. 14000, Tels: 55-73-46-13 Fax: 56-55-14-37, E-mail:Lgraniel@data.net

to, la primera opción de tratamiento debe de ser sistémico con quimioterapia, sin embargo, en circunstancias aisladas de recurrencias loco-regionales a nivel ganglionar supraclavicular, axilar o pared torácica, existen las alternativas de la resección quirúrgica con o sin radioterapia, y en casos selectos radioterapia sola.

Palabras clave: Mama, cáncer de mama, neoplasias, quimioterapia, radioterapia.
Cir Gen 2000;22:62-68

as surgical resection with or without radiotherapy, and in very selected cases radiotherapy alone.



Key words: Breast, breast cancer, chemotherapy, radiotherapy.
Cir Gen 2000;22:62-68

Introducción

Los pacientes que han sido diagnosticados con carcinoma de la mama son rutinariamente vigilados en un afán de detectar recurrencias en un estadio temprano y así instituir una terapia en forma inmediata. Algunos autores han mencionado que si esas recurrencias son identificadas en forma temprana existe una mayor posibilidad de lograr control de la enfermedad, remisión total o por lo menos extender la supervivencia.¹⁻³

La presente revisión se encuentra encaminada a proporcionar al clínico que se enfrenta a esta patología una visión de la historia natural de estas recurrencias, así como las variantes en el tratamiento de las mismas y las tasas de eficacia de éstas tomando en cuenta, en primer término, el tratamiento quirúrgico hasta la utilización de los nuevos fármacos.

Históricamente en las series publicadas por Billroth, en 1876, mencionaba tasa de recurrencia hasta del 80%, con la introducción de la mastectomía radical, Halsted y Meyer, en 1894, informan una tasa de tan sólo del 6% en su serie de 50 pacientes, con una vigilancia a 3 años. En 1932, Lewis y Reinhoff observaron que al continuar el seguimiento de las pacientes operadas por Halsted, la tasa real de recurrencias llegaba hasta 31.9%.¹

En nuestros tiempos, no obstante los cambios en la terapéutica, la tasa ha permanecido constante, informándose del 5-30% como recurrencia local mientras que el espectro más importante son las recurrencias a distancia.^{1,2} Así mismo, aún con los avances en el tratamiento de la enfermedad recurrente localmente, el 50-70% de las pacientes fallecerán por su enfermedad.² Es importante definir algunos conceptos sobre el tópico que será tratado en esta revisión.

Recurrencia: es la reaparición de un cáncer en un paciente después de un periodo de cura clínica de cuando menos seis meses.

Intervalo libre de enfermedad: periodo entre la culminación del tratamiento y la aparición de la recurrencia.

Recurrencia loco-regional: es la recurrencia en la mama o tórax anterior y en los ganglios regionales. Las recurrencias en algún otro sitio se consideran enfermedad a distancia.

Recurrencia local: se refiere a la lesión en los tejidos blandos del tórax ipsilateral anterior (piel, mama o tejido mamario residual, tejido celular subcutáneo o los músculos), limitada medialmente por el esternón, superior por la clavícula, lateral por la línea axilar posterior e inferiormente por el margen costal. Donegan demuestra que el área de la cicatriz y de los colgajos son los sitios más frecuentes de recurrencia en la pared torácica.¹

Recurrencia regional: se refiere a la recurrencia en el tejido linfático regional no extirpado (ganglios axilares, mamaria interna y los supraclaviculares). La recurrencia en la región ganglionar disecada es poco frecuente según Haagensen, quien encontró sólo 2 recurrencias en una serie de 935 pacientes.¹

Clínicamente puede ser difícil diferenciar una recurrencia local de una regional, ya que se pueden presentar en forma sobrepuerta o una presentarse antes que la otra.

La recurrencia local después de la mastectomía puede dividirse en dos categorías:

Difusa: caracterizada por rápida progresión local y diseminación sistémica, el tratamiento quirúrgico no es elegible para este tipo de recurrencias.^{3,4}

Solitaria: en esta presentación transcurre mucho tiempo para la diseminación sistémica, por lo tanto, la cirugía puede ser beneficiosa especialmente cuando la recurrencia produce síntomas desagradables, tales como ulceración o tumor fungante.⁴

Mecanismos

Una serie de mecanismos han sido mencionados como responsables en la presentación de la recurrencia:

1. Embolización retrógrada a través de linfáticos seccionados
2. Excisión incompleta del tumor primario o sus extensiones locales
3. Sección tumoral con implantes en la herida quirúrgica
4. Implante de células circulantes como parte de la diseminación general
5. Progresión de metástasis en los ganglios regionales

6. Crecimiento de células cancerosas atrapadas en los linfáticos después de la disección regional (metástasis en tránsito).

Analizaremos algunos aspectos de los sitios más importantes de la recurrencia en estas pacientes para posteriormente enfocarnos al manejo de las mismas.

Recurrencia local

Puede ocurrir en cualquier tiempo después del tratamiento inicial, la literatura muestra recurrencias hasta 15 a 25 años después del tratamiento inicial. La recurrencia local habitualmente se presenta dentro de los dos primeros años después del tratamiento, con un pico en el segundo año que después declina en forma paulatina.

La recurrencia en la pared es un predictor de enfermedad sistémica que se manifestará en 1-4 meses.² La frecuencia de recurrencia local después de mastectomía se correlaciona con un número de variables clínicas, de ellas las más prominentes se encuentran en el número de ganglios con metástasis al momento del tratamiento inicial y el tamaño tumoral.⁵

Los primeros en informar este hecho fueron Tompkins y Warren, quienes encontraron una tasa del 7% en pacientes sin ganglios, 9% en aquéllas con menos de 50% de los ganglios tomados, 19% en más del 50% y 21% en aquéllas con 100% de ganglios.¹

Donegan muestra que la recurrencia a cinco años es del 26% después de mastectomía radical (sin radioterapia) con ganglios positivos, y del 6% con ganglios negativos. También se relaciona directamente con el tamaño tumoral llegando hasta 33% en tumores mayores de 8 cm de diámetro.^{1,2}

La proximidad del tumor a la fascia retromamaria no es un determinante importante en la recurrencia, tomando en cuenta que el tejido mamario entre estos dos se encuentra intacto.³

Las modificaciones en el tratamiento inicial pueden cambiar el patrón de recurrencia local, si se compara mastectomía radical, mastectomía total y mastectomía total combinada con radioterapia, para estadios clínicos I y II se muestra claramente que hay una reducción del 75% de recurrencias locales en las pacientes que recibieron radioterapia, sin embargo, esta reducción no se acompaña con una reducción similar en la diseminación a distancia.^{1,4}

El pronóstico es mejor cuando la recurrencia local es aislada que cuando se encuentra con metástasis a distancia.⁵⁻⁷

Indicadores favorables son un período libre de enfermedad prolongado, nódulo único antes que múltiples, tumor pequeño, estadio temprano y ganglios negativos en el momento del tratamiento inicial, presencia de receptores de E2 y P, y recurrencia local antes que regional.^{3,5,8} De los anteriores mencionados, los importantes son el período libre de enfermedad y el tamaño de la recurrencia llegando a tener una supervivencia a 5 años de hasta del 50% según lo han publicado Bedwinek y cols.⁹ Así mismo, Bedwinek en una serie de 129 pacientes encontró una superviven-

cia a 5 años de 21% si el período libre de enfermedad era mayor de 2 años, en contra del 8% en pacientes con un período libre de enfermedad menor de 2 años.⁹

Recurrencia en la mama

Es un sitio potencial si como primer tratamiento se realizó cirugía conservadora, teniendo falla de hasta el 40% si la paciente no recibe radioterapia, mientras que la tasa disminuye al 10-20% en caso de recibir radioterapia.^{10,11}

Los factores de alto riesgo más importantes para recurrencia en este sitio son edad joven, resección incompleta del tumor primario, tumor con grado nuclear alto, presencia de lesiones múltiples, tumores con componente intraductal extenso,¹² siendo éste un predictor de la recurrencia en pacientes premenopáusicas no así en pacientes postmenopáusicas.¹³

El componente intraductal extenso conlleva una tasa de recurrencia a 5 años de hasta 25% en comparación con el 5% en las pacientes que no lo muestran.^{12,13} La mayoría de las recurrencias se presentan en el tejido mamario adyacente al tumor primario y la mayoría se detectan como masa palpable. El grupo de pacientes con recurrencia en el parénquima representa el 66-100% de los casos.^{2,5,10-13}

Los signos mamográficos más frecuentes son una nueva masa o el desarrollo de microcalcificaciones sospechosas,¹⁴ sin embargo, los cambios por la cirugía y la radioterapia disminuyen la sensibilidad de la mamografía y se recomiendan otros métodos como la citología y la resonancia magnética nuclear en los casos que así lo ameriten.^{1,5,6}

De las pacientes que presentan este tipo de recurrencia, el 84-94% pueden ser tratadas con cirugía. El riesgo de falla por año se incrementa los dos primeros años, queda en 2.5% por año hasta los 6 y después disminuye al 1% a partir de los 8 años en adelante. El hecho de presentar una recurrencia después de cirugía limitada más radioterapia conlleva un mejor pronóstico que el esperado en una paciente que se le ha realizado mastectomía radical.^{3,5,9-11}

Recurrencia en la mama contralateral

Una mujer con cáncer de mama tiene tres veces más probabilidad de presentar una neoplasia en la mama contralateral, de ser así el tratamiento se planteará como en el primario, sin embargo, habrá que agregar siempre tratamiento con quimioterapia en un afán de prolongar el período libre de enfermedad.^{1,5,14}

Recurrencia regional

Ganglios axilares: En aproximadamente 40% de las pacientes con carcinoma de mama y ganglios clínicamente negativos, estos últimos tienen presencia de metástasis microscópicas, si estas metástasis no son tratadas un buen número de pacientes presentarán recurrencia en ese sitio como primera manifestación de la falla del tratamiento.^{1,4,12,13}

Fisher menciona que hasta el 20% de las pacientes en que no se trata la axila al inicio por considerarse

negativa presentarán este tipo de recurrencia en los primeros diez años del tratamiento.^{10,11} En pacientes a los que se les ha realizado cirugía conservadora se presenta recurrencia en 18 a 46% de las pacientes.^{11,13}

Ganglios supraclaviculares

El solo hecho de que una paciente presente metástasis a los ganglios supraclaviculares es un signo ominoso de enfermedad a distancia.¹

Mamaria interna

Las metástasis a estos ganglios se detectan en forma más tardía que las metástasis a otros grupos ganglionares, ya que éstos son más difíciles de identificar clínicamente por encontrarse cubiertos por la parrilla costal.¹⁵

Donegan menciona que hasta un tercio de las pacientes tratadas con mastectomía tienen metástasis en este grupo ganglionar, sin embargo, la probabilidad depende de la localización y el tamaño del tumor primario.^{2,5} Las metástasis se hacen obvias después de una mastectomía por el desarrollo de una masa profunda fija en el espacio intercostal en el borde esternal ipsilateral, antes que la masa se aprecie se presenta dolor constante en el sitio, siendo necesario hacer diagnóstico diferencial con síndrome de Tietze, neuroma, y metástasis óseas, lo cual lleva al clínico a realizar estudios de imagen como tomografía axial computada, gammagrama óseo o resonancia magnética nuclear.

Presentación

Independientemente del tejido linfático, el hueso es el sitio más frecuente de lesión única en el momento de la recaída inicial. Otros sitios son: hígado, pulmón, pleura y tejidos blandos.^{11-14,16} El tiempo promedio entre la aparición de la recurrencia y la presencia de síntomas es de aproximadamente 8 meses.^{1-3,11,13,17} En la pared torácica lo más frecuente son nódulos cutáneos de 1-2 mm solitarios o múltiples, pueden manifestarse solo como eritema o coloración purpúrea hasta presentarse como un carcinoma en coraza.¹⁸ La presentación ganglionar se manifiesta como un nódulo indoloro y móvil habitualmente en el hueco supraclavicular durante el examen físico de rutina. Ocasionalmente se descubre hasta que la paciente presenta edema del brazo o plexopatía braquial.^{1,4,6,8,11,17}

La enfermedad en la cadena de la mamaria interna se presenta como una masa paraesternal subcutánea e indolora con o sin compromiso cutáneo, ocasionalmente se presenta como una anormalidad en la telerradiografía de tórax. En la enfermedad avanzada se presenta destrucción de las costillas, esternón y en ocasiones se presenta como síndrome de vena cava superior.¹⁵

Manejo

La recurrencia en la pared torácica o en los ganglios regionales merece un diagnóstico temprano así como un tratamiento vigoroso. El control efectivo no sólo le elimina al paciente el dolor local, el olor y las

secreciones, así como retardar la diseminación, sino hasta en algunos casos puede llegar a ser curativo. En un estudio multivariado, el grupo de Filadelfia mostró una tasa de sobrevida a 5 años en pacientes con buen control local del 64% en comparación al 35% en pacientes con pobre control.¹

Los nódulos sospechosos en el sitio de tratamiento previo deben ser sometidos a biopsia, siendo la excisional la más recomendada, así mismo la confirmación de metástasis a la pared debe llevar al médico a buscar otros sitios de diseminación, la cual está presente en 17 a 32% de las pacientes, por lo que está indicado el tratamiento sistémico.¹⁸

Excisión local

Después de mastectomía radical, la excisión de una pequeña lesión puede ser el único tratamiento necesario, especialmente si la paciente ha recibido radioterapia. Haverson muestra una supervivencia a 5 años de 36 a 59% en pacientes con una recurrencia, mientras sólo del 19% en pacientes con recurrencias múltiples.¹⁹ Se ha demostrado que la excisión local amplia o la radioterapia son tan buenas como la quimioterapia en términos de sobrevida para pacientes con recaída en tejidos blandos.^{1,7,13}

Mastectomía de salvamento

En ausencia de diseminación o inoperabilidad, el tratamiento actual para tratar recurrencias en la mama o mama y axila después de cirugía conservadora es la mastectomía de salvamento, que consiste en mastectomía total en combinación con disección axilar si se encuentran ganglios palpables o si la disección no se había realizado, habitualmente requerirá el uso de tratamiento sistémico.^{1,5,10,13} Mastectomías parciales o excisiones amplias se han realizado en algunos centros con fallas hasta del 20 al 30% en el control de la enfermedad.^{13,15} El pronóstico en este grupo de pacientes es favorables, con tasas de supervivencia a 5 años de 48 a 84% y algunos mencionan que las pacientes se encuentran libres de enfermedad a 5 años en hasta 55 al 59%.^{1,11,13}

Kurtz informa que la sobrevida se encuentra directamente relacionada al periodo libre de enfermedad e inversamente al estadio clínico inicial. La recurrencia en la mama tiene un pronóstico más favorable que la recurrencia en la pared torácica después de una mastectomía, lo cual lleva a abogar por la cirugía conservadora.²⁰

Disección axilar

Falla local en la axila sin evidencia de enfermedad en otro sitio puede ser tratada con disección axilar o radioterapia. Es recomendada para recurrencia axilar posterior a cirugía conservadora cuando no hay evidencia de enfermedad en la mama.^{5,11,18,19}

Disección de ganglios supraclaviculares

La disección del área supraclavicular es improductiva. Después de la confirmación histológica, el trata-

miento generalmente consiste en radioterapia con o sin tratamiento sistémico, teniendo una tasa de supervivencia a 5 años de 30% y a 10 años de 20%.^{20,21}

Resección de pared torácica

En pacientes con mastectomía radical modificada previa, se presentará recurrencia en la pared en hasta 20% de los casos.¹³ Este tratamiento se considera apropiado para la enfermedad local persistente y las recurrencias paraesternales. Puede ser el único tratamiento para aquellas pacientes con recurrencias únicas o sintomáticas que no han respondido a quimioterapia o radioterapia, ofrece además paliación para la mayoría de las pacientes así como una oportunidad de curación para algunas.^{3,4,13,14} Los mejores resultados se presentan cuando la recurrencia se encuentra localizada, precedida por un periodo libre de enfermedad largo y sin evidencia de enfermedad a distancia.^{11,13,19} Aunque la mayoría de los informes incluyen pocas pacientes, la mortalidad por el procedimiento es baja o nula.^{7,8} El control local varía de 15 a 50% y la sobrevida mediana con tratamiento sistémico y local simultáneo es de 9 a 12 meses.^{2,10,13}

La cirugía incluye la remoción parcial o del espesor total de la pared que involucra la resección de algunas costillas (promedio 3), parte o todo el esternón y, en ocasiones, clavícula, con o sin el segmento de pulmón cuando éste se encuentra involucrado, cuidando el margen de resección de por lo menos 3 cm. Los defectos de la pared son estabilizados con materiales sintéticos en un afán de evitar el movimiento paradójico. El realizar esta estabilización reduce el tiempo de utilización de ventilación mecánica postoperatoria. La cobertura de los tejidos blandos se realiza de múltiples maneras, la más popular es la movilización de un colgajo miocutáneo de músculo transverso abdominal (TRAM).²³ El cierre primario ocasionalmente es posible, la reconstrucción de la herida quirúrgica con tejido vascularizado es importante no sólo porque previene la infección sino porque además permite la utilización de tratamiento adyuvante con menos problemas.^{24,25}

La indicación de este tipo de procedimientos en la mayoría de los casos es la falla al tratamiento con radioterapia, recurrencia en los sitios ya radiados y tumores de la pared posterior a radioterapia.^{4,7} La supervivencia a 5 años es mayor cuando la cirugía fue el tratamiento inicial (43%) que cuando se probó que el tumor era resistente a radioterapia (16%). Toi y cols informan de una supervivencia a 5 años de 47%.²⁶

Las indicaciones para la resección de la pared torácica fueron propuestas por McKenna y cols,²⁷ son:

1. Síntomas locales de dolor, infección y ulceración
2. Tumor recurrente aun después de radioterapia
3. Infección que impide dar quimioterapia

Así mismo, describen cuáles pacientes no son candidatas a este tipo de tratamiento:

1. Tumor en coraza
2. Metástasis cerebrales
3. Involucro de médula ósea
4. Enfermedad voluminosa en dos o más órganos

La recurrencia en la cadena mamaria interna y adhesión al esternón o la pared no son contraindicación, pero las posibilidades de enfermedad a distancia son muy altas por lo cual este grupo de enfermas debe ser tratado en forma sistémica.^{15,28}

Radioterapia

Es el tratamiento de elección en la recurrencia local o regional en los sitios no radiados, con control excelente y duradero de las lesiones, particularmente si las recurrencias se detectan y tratan en forma temprana, es de mayor eficacia que la quimioterapia como terapia única. La enfermedad macroscópica será erradicada en forma más importante que la enfermedad microscópica.¹

Se han informado tasas de respuesta completa de entre 10 a 70% y de hasta 97% en algunas series.²⁴ La supervivencia a 5 años se informa de 20 a 40%.¹

Si se ha realizado reconstrucción de la mama antes de la recurrencia, la prótesis no compromete la terapia, especialmente si la recurrencia ha sido extirpada. En cambio, si la recurrencia es extensa o profunda en relación a la prótesis, esta última debe de ser eliminada antes de iniciar el tratamiento.¹

Tanto la dosis como el tamaño del campo son importantes en las tasas de respuesta. Halverson encontró que el 64% de las pacientes que recibieron campos pequeños tuvieron recurrencia en 5 años en comparación con el 25% de aquellas que la recibieron a todo el tórax.³⁰ No obstante que la técnica y la dosis sean adecuadas, en el 30% de las pacientes la enfermedad no podrá ser controlada.¹

La radioterapia es un método efectivo en el tratamiento de la recurrencia en la pared torácica, algunas veces se puede presentar radionecrosis así como cáncer escamoso de la piel.⁴ En la paciente que ya ha recibido radioterapia previa no se recomienda ya que se aumenta la morbilidad y el éxito es limitado.⁷

Tratamiento sistémico

Debido a que al momento de la recurrencia local la diseminación oculta es alta, la utilización de tratamiento sistémico adyuvante es lógica, así mismo, la terapia sistémica por sí sola logrará control local en hasta el 50% de las pacientes. Beck y cols. observaron una mayor sobrevida y el periodo libre de enfermedad a 5 años en pacientes que fueron manejadas con terapia sistémica en comparación con las pacientes que sólo recibieron tratamiento local; por ello recomiendan manejo sistémico en pacientes con periodo libre de enfermedad menor de 24 meses y con estadios clínicos avanzados. Kurtz y cols no encontraron beneficios en la sobrevida para las pacientes tratadas con quimioterapia y hormonoterapia, sin embargo, las pacientes a las que se les administraba hormonoterapia tuvieron mejor calidad de vida que las pacientes con quimioterapia.⁵

En la actualidad muchas pacientes inician su tratamiento sistémico con antracíclicos, lo cual hace que el rescate de estas pacientes sea limitado por la toxicidad de los mismos, por lo tanto ha sido necesario

desarrollar nuevas drogas como los taxanos y el vinorelbine.^{28,29}

El paclitaxel probablemente sea la droga más utilizada en pacientes resistentes a antracíclicos teniendo respuestas de 29 a 50%.²⁹

Las pacientes que tienen recaídas tardías pueden tener tasas de respuesta a quimioterapia igual que aquellas que nunca han recibido este manejo.

Calidad de vida

La meta en la recaída del cáncer de mama es la paliación no la cura. Paliación no sólo significa quitar el dolor sino también mejorar todos los síntomas relacionados a la enfermedad (pérdida de apetito, pérdida de peso, presión psicológica).

Mejorar la calidad de vida ha sido la meta más importante en el tratamiento del paciente con cáncer, en el caso de la paciente con cáncer de mama esto se logra manteniendo en balance la mejoría de los síntomas por el tratamiento y los efectos secundarios del mismo.¹⁰

Tratamiento hormonal de reemplazo

Las pacientes con cáncer de mama frecuentemente presentan síndrome climatérico y disfunción sexual importante secundarios al tratamiento con quimioterapia. El tratamiento hormonal de reemplazo después del cáncer es controversial ya que hay datos que sugieren que los estrógenos estimulan el crecimiento de células malignas, al menos *in vitro*.³⁰

La sintomatología a largo plazo (osteoporosis y la enfermedad cardiovascular) no son importantes en una paciente con cáncer metastásico. Sin embargo, los síntomas a corto plazo (bochornos, insomnio, etcétera) son los que más preocupan y afligen a la paciente pudiendo ser tratados con clonidina o alcaloides de la belladonna combinados con ergotamina (Bellergal), así mismo, la sequedad vaginal puede ser tratada adecuadamente con estrógenos locales que se absorben en mínimas cantidades en el torrente sanguíneo, sin embargo, habrá pacientes que no sean suficientemente tratadas de esta manera, siendo en ellas beneficioso el tratamiento sistémico con estrógenos en cuanto a que el beneficio que recibirán en su calidad de vida sobrepasa los posibles riesgos del uso de los mismos; hay que tener cuidado en el seguimiento de estas pacientes.³⁰

Conclusión

La enfermedad recurrente loco-regional es presagio de enfermedad sistémica. El control de esta situación mejora las condiciones de la paciente y disminuye la carga tumoral. Después de una mastectomía el tratamiento óptimo es la excisión local cuando es posible seguido de radioterapia a la pared y los ganglios.

Después de cirugía conservadora donde ya se ha utilizado radioterapia la mastectomía de salvamento es la primera opción cuando la enfermedad se encuentra limitada.

La resección de la pared torácica es apropiada para pacientes selectos con enfermedad persistente y que halla fallado otro tratamiento.

Las pacientes con períodos libres de enfermedad cortos y/o recaídas múltiples tienen pobre pronóstico y deben ser candidatas para terapia sistémica además de radioterapia.

La sobrevida en pacientes con recurrencia después de cirugía conservadora y radioterapia es del 48 al 84%, mientras que con mastectomía es del 18 al 38%.

La duración del control local parece ser un factor independiente en la sobrevida.

La mayoría de las pacientes tendrán una remisión duradera con el tratamiento paliativo multimodal.

Referencias

1. Kennedy MJ, Abeloff MD. Management of locally recurrent breast cancer. *Cancer* 1993; 71: 2395-409.
2. Donegan WL, Perez-Mesa CM, Watson FR. A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma. *Surg Gynecol Obstet* 1966; 112: 529-40.
3. Brower ST, Weinberg H, Tartter PI, Camunas J. Chest wall resection for locally recurrent breast cancer: indications, technique, and results. *J Surg Oncol* 1992; 49: 189-95.
4. Dahlstrom KK, Andersson AP, Andersen M, Krag C. Wide local excision of recurrent breast cancer in the thoracic wall. *Cancer* 1993; 72: 774-7.
5. Miyauchi K, Koyama H, Noguchi S, Inaji H, Yamamoto H, Kodama K, et al. Surgical treatment for chest wall recurrence of breast cancer. *Eur J Cancer* 1992; 28B: 1059-62.
6. Demaree EW. Local recurrence following surgery for cancer of the breast. *Ann Surg* 1951; 134: 863-7.
7. Kurtz JM, Amalric R, Brandone H, Ayme Y, Jacquemier J, Pietra JC, et al. Local recurrence after breast-conserving surgery and radiotherapy. Frequency, time course, and prognosis. *Cancer* 1989; 63: 1912-17.
8. Reid IM, Donohue JH. The biological significance of locoregional recurrence following breast conserving therapy. *Semin Surg Oncol* 1992; 8: 113-16.
9. Harris JR, Recht A, Amalric R, Calle R, Clark RM, Reid JG, et al. Time course and prognosis of local recurrence following primary radiation therapy for early breast cancer. *J Clin Oncol* 1984; 2: 37-41.
10. Chauvet B, Reynaud-Bougoux A, Calais G, Danel N, Lansac J, Bougnoux P, et al. Prognostic significance of breast relapse after conservative treatment in node-negative early breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990; 19: 1125-30.
11. Hathaway CL, Rand RP, Moe R, Marchioro T. Salvage surgery for locally advanced and locally recurrent breast cancer. *Arch Surg* 1994; 129: 582-7.
12. Toi M, Tanaka S, Bando M, Hayashi K, Tominaga T. Outcome of surgical resection for chest wall recurrence in breast cancer patients. *J Surg Oncol* 1997; 64: 23-6.
13. Snyder AF, Farrow GM, Masson JK, Payne WS. Chest-wall resection for locally recurrence of breast cancer. *Arch Surg* 1968; 97: 246-53.
14. Kluiber R, Bines S, Bradley C, Faber LP, Witt TR. Major chest wall resection for recurrent breast carcinoma. *Am Surgeon* 1991; 57: 523-9; discussion 529-30.
15. Veronesi U, Cascinelli N, Bufalino R, Morabito A, Greco M, Galluzzo D, et al. Risk of internal mammary lymph node metastases and its relevance on prognosis of breast cancer patients. *Ann Surg* 1984; 198: 681-4.
16. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, Banfi A, Zucali R, Dell'Vecchio M, et al. Conservative treatment of early breast cancer. Long-term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy. *Ann Surg* 1990; 211: 250-9.

17. Vicini FA, Recht A, Abner A, Boyages J, Cady B, Connolly JL, *et al.* Recurrence in the breast following conservative surgery and radiation therapy for early-stage breast cancer. *Monogr Natl Cancer Inst* 1992; 11: 33-9.
18. Fisher B, Anderson S, Fisher ER, Redmound C, Wickerham DL, Wolmark N, *et al.* Significance of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy (see comments). *Lancet* 1991; 338: 327-31.
19. Halverson KJ, Perez CA, Kuske RR, Garcia DM, Simpson JR, Fineberg B. Survival following locoregional recurrence of breast cancer: univariate and multivariate analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 23: 285-91.
20. Kutz JM, Amalric R, Brandone H, Ayme Y, Spitalier JM. Results of salvage surgery for mammary recurrence following breast-conserving therapy. *Ann surg* 1988; 207: 347-51.
21. Wilson RE. Surgical management of locally advanced and recurrent breast cancer. *Cancer* 1984; 53: 752-7.
22. Haffty BG, Fischer D, Rose M, Beinfield M, McKhann C. Prognostic factors for local recurrence in the conservatively treated breast cancer patient: a cautious interpretation of the data. *J Clin Oncol* 1991; 9: 997-1003.
23. Spearman MP, Scola FH, Schepps B. Detection of chest wall and axillary breast cancer recurrence after mastectomy. *Breast Dis* 1993; 6: 211-214.
24. Fourquet A, Campana F, Zafrani B, Mosseri V, Vielh P, Durand JC, *et al.* Prognostic factors of breast recurrence in the conservative management of early breast cancer: a 25-year follow-up. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989; 17: 719-25.
25. Chu FC, Lin FJ, Kim JH, Huh SH, Garmatis CJ. Locally recurrent carcinoma of the breast. Results of radiation therapy. *Cancer* 1976; 37: 2677-81.
26. Hortobagyi GN. Comprehensive management of locally advanced breast cancer. *Cancer* 1990; 66: 1378-91.
27. McKenna RJ Jr, McMurtrey MJ, Larson DL, Mountain CF. A perspective on chest wall resection in patients with breast cancer. *Ann Thorac Surg* 1984; 38: 482-7.
28. Singletary SE, McNeese MD, Hortobagyi GN. Feasibility of breast-conservation surgery after induction chemotherapy for locally advanced breast carcinoma. *Cancer* 1992; 69: 2849-52.
29. Capri G, Tarenzi E, Fulfaro F, Gianni L. The role of taxanes in the treatment of breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1suppl 2): 68-75.
30. Spicer D, Pike MC, Henderson BE. The question of estrogen replacement therapy in patients with a prior diagnosis of breast cancer (see comments). *Oncology Huntingt* 1990; 4: 49-54,59; discussion 59,62.

