



Cáncer del Seno

Su Tratamiento Quirúrgico Primario

R. GUTIERREZ, MD, SCC.

Palabras claves: Cáncer del seno, Clasificación TNM, Cuadrantectomía, Tratamiento quirúrgico primario, Radioterapia, Consentimiento informado, Conservación del seno, Factores de riesgo de Ca. mamario.

En el presente trabajo se destaca el importante papel que juega la cirugía como tratamiento primario del cáncer mamario; se hace énfasis en la importancia de un diagnóstico precoz y una clasificación inicial correcta para poder indicar el tratamiento adecuado, que debe ser individualizado según la edad de la paciente, el estadio de presentación del tumor, los factores histopatológicos del mismo y la información a la paciente de las diferentes alternativas terapéuticas para que dé su consentimiento, de común acuerdo con su cónyuge o familiares, a la decisión quirúrgica.

El conocimiento de la patología tumoral ha permitido cambios sustanciales en el tratamiento quirúrgico, notándose tendencia cada vez mayor hacia procedimientos menos radicales, con la conservación del seno, situación más favorable desde el punto de vista de la sicología y estética femeninas.

En conclusión, el tratamiento del cáncer mamario debe ser multidisciplinario y producto de la conjunción de criterios entre el cirujano, el patólogo, el radiólogo, el oncólogo, ya sea químico o radioterapeuta, que conduzcan al mayor beneficio de la paciente.

INTRODUCCION

La cirugía juega un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento del carcinoma mamario. Sólo del enfoque clínico inicial hecho por el cirujano, depende el tratamiento y el pronóstico de las pacientes; mediante la clasificación de las mujeres de alto riesgo de padecer cáncer mamario, la realización de un adecuado examen físico y de una clasificación TNM inicial del tumor según la AJCC, 1992, es posible indicar los exámenes diagnósticos complementarios, como mamografía, citología por punción (BACAF) y estudios de extensión, y decidir el tipo de

biopsia por realizar (diferida o por congelación) y la toma de muestra para receptores estrogénicos; y además, con base en un estudio de patología completo que informe los factores de riesgo histopatológicos, se podrá seleccionar adecuadamente a las pacientes para el tratamiento quirúrgico inicial y las terapias coadyuvantes posteriores.

NOMENCLATURA Y CLASIFICACION TNM (1992)

Para identificar las características del tumor primario, se emplean las siguientes abreviaturas:

Tumor primario

T: Tumor primario

Tx: No puede ser definido

T0: No hay evidencia de T

Tis: Ca. *in situ*: CLIS, CDIS; Enf. de Paget del pezón sin masa palpable.

T1: T de 2 cm o menos.

Tia: T de 0,5 cm o menos.

Tib: T de 0.5 cm pero < 2 cm (0.5 a 1 cm).

T2: T de 2 cm pero < 5 cm.

T3: T de 5 cm.

T4: Cualquier tamaño con extensión directa a la pared costal o a la piel.

T4a: Extensión a la pared costal.

T4b: Edema (piel de naranja o ulceración de la piel o ganglios satélites confinados al mismo seno).

T4c: Ambos, T4a y T4b.

T4d: Carcinoma inflamatorio.

Ganglios linfáticos (N)

Nx: Ganglios regionales no pueden ser definidos.

N0: No hay ganglios metastásicos.

N1: Ganglios linfáticos metastásicos axilares móviles ipsilaterales.

Doctor Raúl Gutiérrez Cabarcas, Cirujano del I.S.S., Clínica San Pedro Claver, Miembro del Comité de Cáncer de la Sociedad Colombiana de Cirugía, Bogotá, D.C., Colombia.

N2: Ganglios linfáticos metastásicos axilares fijos entre sí o a otras estructuras.

N3: Ganglios linfáticos metastásicos de la cadena mamaria interna ipsilaterales.

Metástasis a distancia (M)

Mx: Presencia de metástasis no pueden ser demostradas.

M0: No hay metástasis a distancia.

M1: Metástasis a distancia presentes (incluye metástasis ganglionares supraclaviculares ipsilaterales).

HISTORIA

Posiblemente Galeno de Pérgamo, en el año 200 de nuestra era, realizó el primer tratamiento quirúrgico para el cáncer del seno. En el siglo XVI Ambrosio Paré, considerado el padre de la cirugía moderna, estableció la relación entre tumor y axila, al tiempo que Vesalio practicaba resecciones quirúrgicas amplias para el tratamiento del cáncer del seno.

En el siglo XVIII Jean Louis Petit comienza la era de la cirugía mamaria radical al hacer hincapié en la limpieza de los ganglios axilares y de la fascia pectoral (7).

A finales del siglo XIX (1894) William Haldsted perfecciona e introduce la mastectomía radical (7), la cual permaneció vigente durante casi un siglo.

Recientemente Crile (8), Mc Whirter, Peter y B. Fisher demostraron las ventajas de resecciones menores en el tratamiento del cáncer mamario.

En las dos últimas décadas el mejor conocimiento de la historia natural, biología tumoral del cáncer mamario y la nueva tecnología de la mamografía, de los receptores hormonales, factores de riesgo histopatológicos y el advenimiento de la quimioterapia, han modificado el panorama del cáncer del seno en cuanto a alternativas del tratamiento quirúrgico (29), permitiendo la introducción de nuevas técnicas que han remplazado la cirugía radical clásica impuesta por el doctor Haldsted y seguida por Haagensen, basada en conceptos mecanicistas y anatómicos de enfermedad locorregional. Hoy sabemos que el carcinoma mamario aun en sus etapas más tempranas puede ser una enfermedad sistémica (10).

Los nuevos procedimientos quirúrgicos extirpan la neoplasia, pero difieren en la extensión de los tejidos adyacentes incluidos en la resección (29).

Es importante aclarar los conceptos técnicos de los procedimientos quirúrgicos, tales como: cuadrantectomía, mastectomía simple o total, mastectomía simple ampliada, mastectomía radical modificada, radical clásica y la supraradical, ya que con mucha frecuencia observamos en los informes quirúrgicos un desconocimiento total de dichas técnicas.

Estos procedimientos quirúrgicos deben ser evaluados prospectiva o retrospectivamente para establecer su verdadera utilidad, basándose en dos metas fundamentales: **supervivencia y recurrencia local.**

Estudios prospectivos aleatorios del *National Surgical Adjuvant Breast Project* (NSABP) (14-16) y de la serie de Milán (35-37), demostraron que la cirugía conservadora más radioterapia es aceptada como alternativa de la mastectomía radical modificada (MRM) en el tratamiento del cáncer del seno operable.

El protocolo B-06 del NSABP (14-15) y del *Guy's Hospital* concluyen que una terapia local inadecuada afecta adversamente la sobrevida de las pacientes y no hay diferencia significativa en términos de sobrevida entre el tratamiento conservador y la MRM (14) (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Resultados obtenidos mediante el protocolo B-06 del NSABP.

Tipo de cirugía	Tiempo libre de enfermedad (%)	Sobrevida a 5 años (%)
Mastectomía total	72	76
Resecciones segmentarias	70	85
Resecciones segmentarias con irradiación	76	85

El protocolo B-06 de NSABP seguido durante el año de 1976 en 1.843 mujeres con cáncer mamario, tomó en cuenta los siguientes parámetros:

Tumores < 4 cm sin adenopatías axilares
T₂ NO MO E II < 4 cm.

- Análisis
1. Sobrevida a 5 años.
 2. Tiempo libre de enfermedad
 3. Significado de la multicentricidad

Tabla 2. Control de 10 años de la resección segmentaria con irradiación en el *Guy's Hospital*.

Tipo de cirugía	N0		N1	
	Metástasis a distancia (%)	Sobrevida (%)	Metástasis a distancia (%)	Sobrevida (%)
Resección segmentaria con irradiación	44	52	65	30
Mastectomía radical con irradiación	56	58	60	43

El grupo de Milán con Veronesi a la cabeza, comparó la mastectomía radical tipo Halsted *versus* cuadrantectomía más vaciamiento axilar más radioterapia (35,37) y concluyó que no hay ninguna ventaja de una técnica frente a la otra. Las cifras de recurrencia fueron similares en los dos grupos, alrededor de un 2% y la sobrevida del 82% para la mastectomía radical y de 85% para la cirugía conservadora (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados comparativos entre dos técnicas en el tratamiento del cáncer mamario.

Técnica empleada	Tiempo libre de enfermedad (%)	Sobrevida global (%)	Recurrencia (%)
Cuadrantectomía con vaciamiento axilar y radioterapia.	80	85	2
Mastectomía radical modificada.	79	82	2

Según Veronesi y Zucali (37)

Al comparar los anteriores estudios con los clásicos de Donegan y Haagensen, observamos que se obtiene una sobrevida muy similar (Tabla 4) (10, 23).

Tabla 4. Supervivencia a 5 y 10 años en la mastectomía radical.

Serie	5 años (%)	10 años (%)
Ariel		
Est. I	81.7	60.3
Est. II	63.7	47.2
Est. III	31.1	17.4
Ariel		
Est. I	85.0	
Est. II	83.0	
Est. III	48.0	
Donegan		
A	77.0	70.0
B	57.0	43.0
C	52.0	30.0
D	22.0	7.0
Donegan		
A	82.5	77.0
B	59.0	45.0
C	38.0	25.0
D		

Además, se aprecia cómo la cirugía radical clásica ha cedido terreno a la mastectomía radical modificada (MRM) en las dos últimas décadas (Fig. 1), y ésta a su vez, se

encuentra en análisis comparativo con la cirugía conservadora.

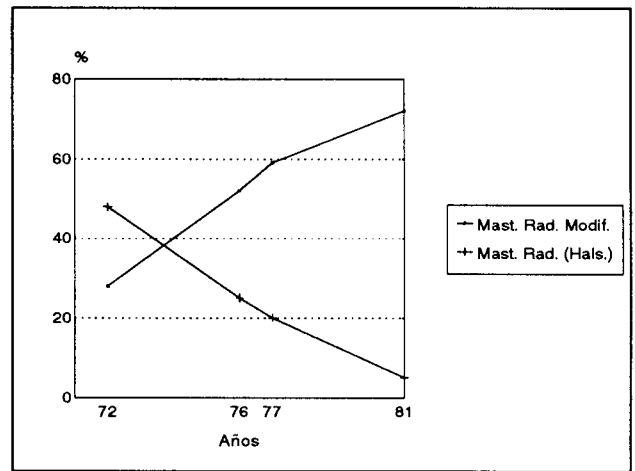


Fig. 1. Tendencias en el tipo de tratamiento quirúrgico desde 1972 hasta 1981

El doctor Marvin López de San Louis, Missouri, muestra la tendencia actual de estos dos procedimientos (Fig. 2) con la anotación de que aunque el tratamiento conservador ha tenido un gran auge, no ha superado a la MRM (30).

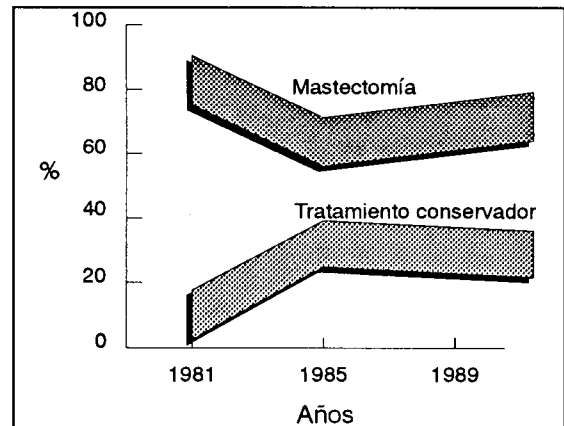


Fig. 2. Formas de tratamiento del cáncer mamario en los estados I y II.

Tomado de JAMA 1988;259: 3413-17

Consideramos que la prueba del tiempo será quien defina el futuro del tratamiento conservador.

OPCIONES QUIRURGICAS

En el momento actual dos opciones terapéuticas tienen aceptación en el tratamiento quirúrgico del cáncer del seno: la MRM y el tratamiento conservador.

La mastectomía radical clásica, tendría su indicación en algunos casos de infiltración a los músculos pectorales.

La mastectomía subcutánea no tiene cabida dentro del armamentario terapéutico y profiláctico quirúrgico del cáncer mamario, ya que deja el componente aréola-pezones y un remanente de tejido mamario retroareolar, aproximadamente del 10% (6, 22).

Sea cual fuere la opción quirúrgica adoptada, es indispensable el soporte diagnóstico histopatológico, obtenido por biopsia abierta o por *trucut*; la sola citología por punción aspiración, no puede autorizar ninguna conducta quirúrgica definitiva.

Es importante planear las incisiones de biopsia para facilitar la cirugía oncológica posteriormente y obtener resultados estéticos satisfactorios.

La biopsia por congelación a pesar de su alta sensibilidad y de la gran experiencia de nuestros patólogos en su interpretación, ha sido paulatinamente remplazada por la biopsia diferida, lo que ha permitido a esta última un informe más amplio acerca de las características del tumor y de los factores de riesgo histopatológicos descritos por Fisher (17, 19): grado de diferenciación, invasión vascular, invasión linfática, necrosis tumoral y reacción linfoplasmocitaria, que permiten discutir con la paciente las alternativas del tratamiento.

Las metas del tratamiento quirúrgico en el carcinoma del seno operable son: mejor supervivencia y un adecuado control locorregional. Este último se evalúa en términos de recurrencia local, siendo influenciada ésta por factores como: tamaño del tumor, compromiso ganglionar axilar, factores histopatológicos, multicentricidad y aneuploidismo celular demostrado por citometría de flujo (27), no disponible en nuestro medio.

Multicentricidad

La multicentricidad presenta rangos muy variables de frecuencia (9-75%), (28) por falta de unificación en la definición y en la técnica de estudio de los especímenes de mastectomía. Lagios (28) informa cifras de multicentricidad del 20%, Rosen (31) del 56%; Schwartz (34) del 44%. Un estudio del *Memorial Sloan Ketterin N. Y.* sobre carcinoma *in situ* en senos mastectomizados, informa multicentricidad en el 60%; para el carcinoma lobular *in situ* (CLIS), se informan cifras de multicentricidad hasta del 80% (27).

Tratamiento de la axila

El vaciamiento axilar permite una clasificación adecuada, controla la enfermedad localizada a la axila, y por ende disminuye la recurrencia local.

El compromiso ganglionar axilar es el factor pronóstico más importante en las pacientes con carcinoma del seno (2). La supervivencia para aquellas con ganglios negativos es del 75% y las que presentan compromiso del nivel I es

del 40%, disminuyendo esta cifra cuanto más avanzado es el compromiso ganglionar (2).

¿Es la disección axilar en el tratamiento del carcinoma del seno, terapéutica o clasificadora?

Este interrogante ha sido analizado en muchos estudios sobre el tema; Boova (3) concluye que la disección axilar del nivel I tiene un valor predictivo respecto al resto de la axila, del 95%; Davies (9) del *Guy's Hospital* anota que si se practica biopsia de los ganglios axilares, los falsos negativos son del 42% y que el muestreo de la base axilar informó 14% de falsos negativos. Fisher (18) considera que el muestreo es adecuado y muy poco el beneficio terapéutico y clasificador de la disección axilar. Rosen (32) observó que es raro el compromiso del nivel II solo sin compromiso de los niveles I y II, las llamadas metástasis "saltarinas", concluyendo que la disección ganglionar de los niveles I y II es efectiva para propósitos de clasificación y tratamiento, si los ganglios son negativos. Veronesi (36) en un estudio de 539 pacientes con ganglios positivos encontró un 42% de metástasis en el nivel III cuando los niveles I y II eran positivos y recomienda la disección axilar completa.

Harris y Osteen (24) muestran en el estudio B-04 del NSABP, que de las axilas no tratadas, 21% desarrollarán adenopatías metastásicas posteriormente y que la disección axilar completa mejorará la tasa de curación en un 5 a 10% de las pacientes con cáncer del seno.

La extensión de la disección ganglionar es controvertida por la morbilidad importante que produce el edema del brazo (30%) en la disección hasta el nivel III, agravado por la radioterapia, injustificable para identificar sólo un 3% de pacientes que tienen metástasis en este nivel sin compromiso en los niveles I y II (12).

Una clasificación más exacta del compromiso axilar, requiere por lo menos 10 ganglios linfáticos. Eberlein (12) afirma que la extensión de la disección axilar no parece modificar la supervivencia.

A nuestro modo de ver, consideramos que para una adecuada clasificación del estado y control de la axila, debe practicarse la disección hasta el nivel III.

FRECUENCIA DEL CARCINOMA DE SENO OPERABLE

El carcinoma de seno operable, comprende: El Carcinoma mínimo y los Estados tempranos I y II.

En nuestro medio infortunadamente la patología mamaria maligna se presenta en forma avanzada en un alto porcentaje.

El doctor Hernando Abaúnza (1) en su revisión de 10 años (1972- 1982) en la Caja Nacional de Previsión, publicada en su texto de Cáncer Mamario, el cual considero de lectura obligada para todos los interesados en esta patología,

nos muestra cómo el carcinoma mínimo ocupó el 1.4%, mientras los estados II y III representaron el 75.3% (Fig. 3).

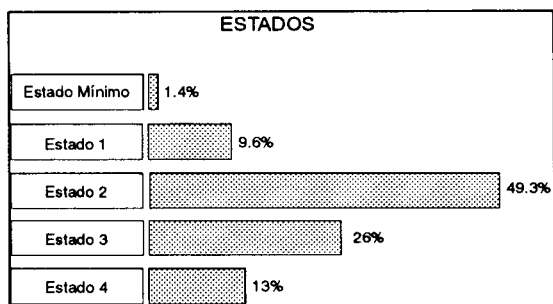


Fig. 3. Frecuencia de los estados del cáncer mamario en la Caja Nal. de Previsión.

Según H. Abaúnza (1).

Correlacionando estos estados con la supervivencia a 5 años, se observa cómo disminuye significativamente ésta al aumentar el estado (Fig. 4).

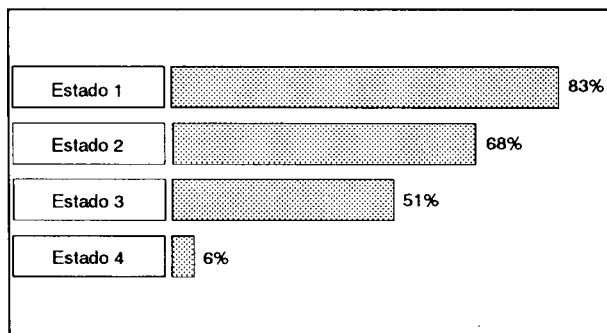


Fig. 4. Sobrevivida a 5 años relacionada con el estado del cáncer mamario, en la Caja Nal. de Previsión.

(Según H. Abaúnza (1)).

R. Gutiérrez y H. Abaúnza en una revisión de 200 casos de cáncer mamario en la Clínica San Pedro Claver del Seguro Social, encontraron que el 79% correspondió a los estados II y III, sin hallar casos de carcinoma mínimo.

El grupo de seno del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, dirigido por el doctor H. Rodríguez Cortés en una revisión de 2.010 casos de cáncer del seno (1985-1989), encontró 1% para el estado I, 10.2% para el estado II y el 67.6% para los estados III y IV.

Es seguro que con el advenimiento de la mamografía, la cual ha permitido programas de rastreo y campañas educativas dirigidas al personal médico, paramédico y comunitario, se pueden invertir las cifras mencionadas y obtener

mayores porcentajes de carcinoma mínimo y estados tempranos.

El carcinoma mínimo agrupa aquellos tumores no invasores o *in situ* (CLIS-CDIS) y las neoplasias invasoras menores de 0.4 cm según Gallager y Martin.

Estas formas (CDIS-CLIS) se caracterizan por presentar una importante multicentricidad, bilateralidad y riesgo de carcinoma invasor, siendo por lo tanto muy controvertido su tratamiento.

En términos generales se acepta que la cuadrantectomía con vaciamiento axilar y radioterapia total sobre el seno, es el tratamiento indicado para estos tumores; sin embargo, la MRM puede ser una alternativa.

Carcinoma lobular *in situ* (CLIS)

Esta neoplasia tiene un riesgo de desarrollarse como invasora en un 10-37%, siendo bilateral en un 40% y multicéntrico en el 80% de los casos (13, 30), y predominante en mujeres jóvenes premenopáusicas. Da una recurrencia ipsilateral del 35% (30).

Dado su relativo bajo riesgo de convertirse en invasor y el lapso prolongado para llegar a esta etapa, este tumor puede ser tratado conservadoramente. Cuando el CLIS se presenta en forma difusa, con compromiso de ambos senos, la mastectomía bilateral es un procedimiento aceptado.

Infortunadamente en esta forma del CLIS no tiene cabida la cuadrantectomía e irradiación, y la mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata, aunque parezca excesiva, es la conducta que debe adoptarse en estas pacientes, sobre todo en aquellas que tienen antecedentes de cáncer mamario hereditario familiar (30).

Siendo bajo el compromiso ganglionar axilar metastásico, la disección axilar sólo estaría indicada en tumores grandes y con tipos histológicos agresivos (21).

Carcinoma ductal *in situ* (CDIS)

Es más frecuente que el CLIS; el 50% se diagnostica por mamografía y la otra mitad por masa palpable; el riesgo de desarrollar invasión subsecuente puede llegar a ser hasta del 50%, mucho mayor que el del CLIS (13).

Presenta un mayor porcentaje de multicentricidad (32%) y la recurrencia ipsilateral es mayor, alrededor del 40%. El 75% de los que recurren lo hacen en forma invasora como T2 (27, 30).

Fisher (17) en un estudio de 35 meses de seguimiento mostró que la recurrencia fue del 27% cuando el tratamiento fue la resección sola, del 6.9% si se practicó resección más radioterapia y/o cuando se efectuó MRM.

Las consideraciones terapéuticas están dadas por el tamaño del tumor (2.5 cm) y por los factores de riesgo histo-

patológicos. Tipos histológicos como el cribiforme y el comedocarcinoma se asocian con mayor recurrencia local (21, 30).

El tratamiento de esta entidad es muy controvertido. La cuadrantectomía más radioterapia provee un control local del 80- 95% (6, 13). Solamente un pequeño grupo de CDIS con tipo histológico favorable, sin compromiso ganglionar y con márgenes de resección negativos, pueden ser tratados conservadoramente.

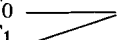
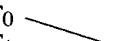
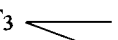
La mastectomía total brinda un mayor control local (100%) (13); debe ser la misma para pacientes con tumores mayores de 2.5 cm, factores de riesgo histopatológicos desfavorables, márgenes positivos y extenso compromiso ductal.

La disección axilar no se indica de rutina y debe ser reservada para tumores grandes y para aquellos que muestran microinvasión (21, 30).

Estados tempranos I y II

Se diferencian estos estados en el tamaño del tumor (T) y el compromiso ganglionar (N) (Tabla 5).

Tabla 5. Estados del cáncer del seno (AJCC, 1992).

Estado	T	N	M
O	Tis	No	Mo
I	T ₁	No	Mo
IIA	T ₀  T ₁	Ni	Mo
II _B	T ₂ T ₂ T ₃	No Ni No	Mo Mo Mo
IIIA	T ₀  T ₁ T ₂	N ₂	Mo
	T ₃ 	N ₁ N ₂	Mo
IIIB	T ₄ Cualquier T	Cualquier N N ₃	Mo Mo
IV	Cualquier T	Cualquier N	M ₁

En la serie ya mencionada (1), los estados I y II representan el 9.6% y el 49.3% respectivamente.

Godoy (20) en una revisión del Hospital Militar de Bogotá (1980- 1989), encontró frecuencia de 8.1% para el estado I y 40.6% para el estado II.

La supervivencia a 5 años fue del 83% para el estado I y del 68% para el estado II (1); el estudio del Hospital Militar (20) informó supervivencias del 100% y del 86% res-

pectivamente. En general las cifras de supervivencia están en el 90% para el estado I y 70% para el estado II (33).

En la primera parte de este artículo se mencionaron los estudios más importantes de los últimos 20 años, el NSABP-06 (14, 15) y el estudio de Milán (35, 37), los cuales al comparar las tasas de supervivencia, arrojaron resultados que causaron un impacto a favor del tratamiento conservador sobre la mastectomía total.

Una de las conclusiones del "Consensus Development Conference on the Treatment of Early Stage Breast Cancer" del Instituto Nacional de Cáncer de los E. U., de junio/90, fue: "La conservación del seno es un método terapéutico primario apropiado para la mayoría de las mujeres con estados I y II porque da resultados de supervivencia similares a la mastectomía y conserva el seno" (26).

Si se analizan los conceptos de multicentricidad y recurrencia, el tratamiento conservador tiene sus limitantes y sólo criterios adecuados de selectividad podrían indicarlo.

Las márgenes de resección juegan un papel muy importante en la recurrencia; Holland muestra cómo para tumores invasores de 2 cm, la recurrencia es más alta cuando el margen de resección quirúrgico dado es de 2 cm o menos, siendo del 19-28%, mientras si el margen es de 4 cm, la recurrencia disminuye a un 5%.

La MRM sigue siendo la norma terapéutica para los estados I y II en los cuales el tratamiento conservador no esté indicado.

Las indicaciones de la MRM (6, 13, 27, 30) se resumen así:

- Carcinomas invasores mayores de 4 cm.
- Carcinomas con extenso componente intraductal.
- Márgenes de la cuadrantectomía comprometidos por tumor.
- Tumores de localización retroareolar.
- Senos pequeños con tumores grandes, en los cuales la resección con márgenes adecuados ocasiona un defecto estético considerable.
- Estudios mamográficos concluyentes de multicentricidad.
- Estados I y II con alto riesgo de recurrencia, dado éste por factores de riesgo histopatológicos, (17, 19) edad, receptores hormonales negativos y aneuploidismo celular.
- En el tratamiento quirúrgico de los carcinomas localmente avanzados previa quimioterapia y radioterapia.

Sobra advertir que la MRM tiene indicación en pacientes de difícil o nulo seguimiento y en donde no sea posible

administrar una adecuada cobaltoterapia. Obviamente es el tratamiento de elección cuando se presenta recurrencia posterior al tratamiento conservador, entendiéndose como cirugía de rescate. El argumento más importante a favor o en contra de la mastectomía radical es el deseo de la paciente de conservar o no su seno.

La decisión final depende de la individualización de los casos, de la identificación de los factores de riesgo y del pronóstico que permita, con base en un buen juicio clínico, tomar la conducta adecuada para cada caso (6).

CONCLUSIONES

- El tratamiento del cáncer del seno es muy controvertido y seguirá siéndolo hasta que nuevas disciplinas como la inmunogenética esclarezcan el problema del cáncer.
- El conocimiento de la biología tumoral ha permitido cambios sustanciales en el tratamiento quirúrgico, notándose una tendencia cada vez mayor hacia procedimientos menos radicales.
- Las formas llamadas carcinomas *in situ* no deben ser sometidas a observación; por el contrario deben ser tratadas como tales, con las alternativas terapéuticas comentadas.
- En el momento actual existe mucha controversia sobre el llamado "tratamiento de la axila" para el carcinoma mínimo. Es innegable su valor predictivo como factor pronóstico y para evaluar la indicación futura de quimioterapia coadyuvante, de gran importancia para controlar la enfermedad locorregional.
- El tratamiento conservador es un método terapéutico para algunos casos de carcinoma mínimo, pero la mastectomía sigue siendo una buena alternativa.
- La mastectomía es el tratamiento adecuado cuando la terapia conservadora no está indicada o es solicitada

por la paciente, habiéndole informado y explicado las diferentes alternativas.

- Las consideraciones importantes en la elección de la terapia en una mujer con cáncer mamario incluyen: criterios clínicos, factores que pueden influenciar el control locorregional, resultados estéticos, aspectos psicosociales y decisión electiva por parte de la paciente del método de tratamiento preferido por ella.
- Finalmente, podemos decir que el carcinoma del seno es una secuencia de diferentes fases de una enfermedad con distintos niveles de comportamiento biológico, interacciones huésped-tumor, regida por variables genéticas, ambientales y hormonales.

Lo complejo de esta enfermedad refleja el complicado y controvertido enfoque terapéutico que debe ser individualizado en todos los casos.

ABSTRACT

This paper emphasizes the importance of surgery as the primary method of treatment for mammary cancer. It also emphasizes the need for early diagnosis and a correct initial classification making it possible to suggest adequate treatment, which must be individualized according to age, tumour stage, histopathological factors: this information, together with alternative methods for treatment, should be presented to patient and family to obtain consent for surgery.

Knowledge of tumour pathology has introduced substantial changes in surgical treatment with a marked tendency to less radical procedures and breast conservation. Both of these are most favourable from feminine and esthetic points of view.

In conclusion, mammary cancer treatment must be multidisciplinary and as a result of the jointly criteria of surgeon, pathologist, radiologist and oncologist (chemo or radiotherapeutic), leading to the patient's benefit.

REFERENCIAS

1. Abaúnza H: Tratamiento quirúrgico del cáncer mamario. En: Cáncer Mamario. Fundación OFA para el Avance de las Ciencias Biomédicas. pp. 139-163, 1987
2. Adair F, Berg J, Joubert L et al: The 1982 survey of carcinoma of the breast. By the American College of Surgeons. Surg Gynecol Obstet 1984; 159: 309-18
3. Boova R S, Bonanni R, Rosato F E: Patterns of axillary nodal involvement in breast cancer predictability of level one dissection. Ann Surg 1982; 196: 624-44
4. Bornstein B A, Recht A, Connolly J L et al: Results of treating ductal carcinoma in situ of the breast with conservative surgery and radiation therapy. Cancer 1991; 67: 7-13
5. Broothwell D, Sandtou A T: Diseases and Antiquity, Springfield, Charles Thomas, 1967
6. Cady Blake: New diagnostic, staging and therapeutic aspects of early breast cancer. Cancer 1990; 65: 634-47
7. Cooper W: The history of the Radical mastectomy. Ann Med Hist 1941; 3: 36
8. Crile G Jr, Harry S O: Results of treatment of carcinoma of the breast by local excision. Surg Gynecol Obstet 1971; 132: 780-2
9. Davies G C, Milles R R, Haymard J L: Assesment of axillary lymph node status. Ann Surg 1980; 192: 48-151
10. De Vita V T, Hellman S, Rosenberg S A: Cáncer. Principios y práctica de Oncología. Salvat; 843-87, 1984
11. Donegan W L, Spratt J S: Cancer of the breast. W. B. Saunders, pp. 302-48, 1979
12. Eberlein T J: Disease of the breast. Am Coll Surgeons 1991; p. 27
13. Frykberg E, Kirby I, Copeland E: The detection and treatment of early Breast Cancer. Advan Surg 1990; 23: 119-94

14. Fisher B, Montague E, Redmond C et al: Comparison of radical mastectomy with alternative treatments for primary breast cancer. A first report of results from a prospective randomized clinical trial. *Cancer* 1977; 39: 2827-39
15. Fisher B, Bauer Margoles R et al: Five year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Eng J Med* 1985; 312: 665-73
16. Fisher B, Redmond C, Poisson R et al: Eight year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 822
17. Fisher E R, Sass R, Fisher B et al: Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Proyect (Protocol 6) I. Intraductal carcinoma (DCIS). *Cancer* 1986; 57: 197-208
18. Fisher B, Wolmark N, Bauer M et al: The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histologic nodal status in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 765-72
19. Fisher E, Edmond R, Fisher G et al: Pathologic findings from the (NSABP) protocol No. 4 discriminants for five years treatment failure. *Cancer* 1980; 46: 908-18
20. Godoy J et al: *Cáncer Mamario en el Hospital Militar (1980- 1989)*. *Hosmil Médica* 1991, abr-agt; 12 (1-2): 9-18
21. Goodson W H: Surgical management of noninvasive tumors of the breast. *Am Coll Surgeons* 1991, p.17
22. Gump F E: Ca lobulillar in situ. *Clín Quirúrg Norte Am* 1990; 5: 881-90
23. Haagensen C D, Bodian C: Personal experience with Halsted's radical mastectomy. *Ann Surg* 1984; 199: 143-50
24. Harris J R, Osteen R T: Patients with early breast cancer benefit from effective axillary treatment. *Breast Cancer Res Treat* 1985; 5: 17-21
25. Holland R, Solke H J V, Mravunac M et al: Histologic Multifocality of T1s T1-2 breast carcinomas. *Cancer* 1985; 56: 979-90
26. Consensus Development Conference Treatment of early Stage Breast Cancer Convenet by National Institute, June 90. *Jama* 1991; 265: 391-5
27. Kinne D: Primary Treatment for breast Cancer. *Semin Surg Oncol* 1991; 7: 271-7
28. Lagios M D, Westdahl P R, Rose M R: The concept and implications of multicentricity in breast carcinoma. In: Sommers S G, Rosen PP (EDS): "Pathology Annual". East Norwalk, Connecticut, Appleton & Lange, pp. 83-102, 1981
29. Lippman Lichtet Danforth: Diagnosis and Management of breast cancer. *Surgical Treatment of breast Cancer*. 95-143, 1988
30. López M: Conceptos actuales en el manejo del cáncer mamario. *Tribuna Médica* 1992; 85(4): 117-34
31. Rosen P P, Fracchia A A, Urban J A et al: "Residual" mammary carcinoma following simulated partial mastectomy. *Cancer* 1975; 35: 739-47
32. Rosen P P, Jasser M T, Kinne D W et al: Discontinuous or "SKIP" metastases in breast carcinoma. Analysis of 1.228 axillary dissections. *Ann Surg* 1983; 197: 276-83
33. Rosen P P, Groshen S, Saigo P L et al: A Long term follow up study of survival in stage I and stage II breast carcinoma. *J Clin Oncol* 1989; 7: 355-66
34. Schwartz G F, Patchesky A S, Frig S A et al: Multicentricity of non palpable breast cancer. *Cancer* 1980; 45: 2913-6
35. Veronesi U: Conservative treatment of breast cancer. A trial at the cancer institute of Milan. *World J Surg* 1977; 1: 324
36. Veronesi U, Rilke F, Luine A et al: Distribution of axillary node metastases by level of invasión: An analysis of 539 cases. *Cancer* 1987; 59: 682-7
37. Veronesi U, Zucali R, Del Vecchio M: Conservative treatment of breast cancer with the Q.U.A.R.T. Technique. *World J Surg* 1985, Oct; 9 (5),pp. 676-81