

## EXPERIENCIA SOBRE MIL CÁNCERES DE MAMA EN POSADAS, MISIONES

C. Arce,\* R. Luque,\* L. Ruiz Díaz,\* M. Mendez,\*\* N. Mohr,\*\*\*  
M. Ortiz,\*\*\* J. Galuppo,\*\*\*\* G. Melo \*\*\*\*\*

---

### RESUMEN

#### Objetivo

Mostrar la experiencia de una serie consecutiva de 1.000 pacientes diagnosticadas y operadas de cáncer de mama por nuestro equipo de trabajo, en la ciudad de Posadas (Misiones) en un período de 18 años, comprendido entre julio de 1994 a julio de 2012.

#### Material y método

Se incluyeron en este estudio todos los cánceres de mama diagnosticados desde julio de 1994 a julio de 2012. La supervivencia libre de enfermedad (DFS) y supervivencia global (OS) fue evaluada hasta el mes de septiembre del 2012. Con un porcentaje de 82,4% (824/1.000) de pacientes con seguimiento completo para el presente análisis.

#### Resultados

Sobre un total de 1.000 cánceres de mama diagnosticados y operados, al 53,3% (533/1.000) se le realizó tratamiento conservador, dividiéndose en el 4,5% (45/1.000) de cuadrantectomía, el 14,5% (145/1.000) de cuadrantectomía y biopsia ganglio centinela, el 34,1% (341/1.000) de cuadrantectomía y vaciamiento axilar y el 0,2% (2/1.000) de vaciamiento axilar (carcinomas ocultos). El 46,7% (467/1.000) fueron mastectomías de las cuales el 0,4% (4/1.000) fue una mastectomía simple, el 4,1% (41/1.000) mastectomía con ganglio centinela y el 42,2% (422/1.000) mastectomía radical. El seguimiento reveló una supervivencia libre de enfermedad de 69,9% (576/824) y una supervivencia global de 77,5% (639/824).

#### Conclusiones

El diagnóstico de estadios iniciales con su potencial aumento de la supervivencia fue creciendo en el tiempo, pudiéndose atribuirlo al aumento del control como motivo de consulta, al mejoramiento de la imaginología mamaria, de la introducción de punciones percutáneas y a la mayor experiencia del equipo quirúrgico. Pero como lo demuestra este trabajo proporcionalmente su detección sigue siendo inferior al de los estadios más avanzados.

#### Palabras claves

Cáncer de mama. Tratamiento quirúrgico.

---

\* Servicio de Ginecología.  
\*\* Servicio de Imaginología Mamaria.  
\*\*\* Servicio de Oncología Clínica.  
\*\*\*\* Servicio de Anatomía Patológica. Sanatorio Boratti, Posadas, Misiones.  
\*\*\*\*\* Médico a cargo del consultorio de Patología Mamaria. Hospital Emilio Ferreyra, Necochea.  
Correo electrónico para el Dr. Carlos Arce: coarce@fibertel.com.ar.

## SUMMARY

### Objective

To show the experience in 1,000 patients diagnosed and operated on breast cancer by our working team in the city of Posadas, Misiones, within a period of 18 years between July 1994 and July 2012.

### Material and methods

The study includes all the breast cancer cases diagnosed between July 1994 and July 2012. The disease free survival (DFS) and the overall survival (OS) were assessed until September 2012, over 82.4% (824/1,000) patients with complete follow-up for the present review.

### Results

Out of 1,000 diagnosed and operated breast cancers, 53.3% underwent a conservative treatment, 4.5% (45/1,000) of which were treated using a quadrantectomy, 14.5% (145/1,000) quadrantectomy and sentinel node biopsy, 34.1% (341/1,000) quadrantectomy and axillary clearance and 0.2% (2/1,000) axillary clearance (hidden carcinomas). The 46.7% (467/1,000) were mastectomies, 0.4% (4/1,000) of which were simple mastectomies, 4.1% (41/1,000) mastectomies with sentinel node and 42.2% (422/1,000) radical mastectomy. The follow-up showed a 69.9% (576/824) of disease free survival and overall survival 77.5% (639/824).

### Conclusion

The diagnosis of the disease in early stages as well as the increased survival have grown with the passing of time due to the more frequent medical examination, the improvement of existing breast imaging technologies, the introduction of percutaneous puncture and a surgical team with a great deal of experience. However, this review shows that early detection of the disease remains being low as compared to the advanced stages of cancer.

### Key words

Breast cancer. Surgical treatment.

## OBJETIVO

Mostrar la experiencia de una serie consecutiva de 1.000 pacientes diagnosticadas y operadas de cáncer de mama por nuestro equipo de trabajo.

En la ciudad de Posadas (Misiones), en un período de 18 años, comprendido entre julio de 1994 a julio de 2012.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de mama es el más frecuente en las mujeres de nuestro país, históricamente

en la provincia de Misiones ocupa el segundo lugar, precedido por el cáncer de cuello; pero esta diferencia podría deberse a características regionales.

Probablemente la reciente creación del Instituto Misionero del Cáncer perfeccione este registro estadístico.

En este estudio analizamos la experiencia de un grupo de trabajo formado por un ginecólogo con dedicación exclusiva a la cirugía mamaria, un centro de diagnóstico mamario, radioterapeutas, oncólogos clínicos y patólogos.

En su gran mayoría las pacientes fueron operadas en el Servicio de Ginecología del sa-

natorio Boratti S.R.L. de la ciudad de Posadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron retrospectivamente para este estudio 1.000 pacientes operadas de cáncer de mama, en el período de julio de 1994 a julio de 2012 inclusive.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas del consultorio del cirujano, del centro de diagnóstico, de los oncólogos, de los radio-terapeutas, de las fichas de informes de anatomía patológica y de las historias clínicas del sanatorio Boratti.

Se evaluó la supervivencia, OS (supervivencia global) y DFS (supervivencia libre de enfermedad) hasta el mes de septiembre de 2012. Con un resultado de 82,4% (824/1.000) de pacientes con seguimiento completo para el presente análisis.

Las variables recolectadas fueron:

- Antecedentes: Fecha de cirugía, edad al diagnóstico, estado menstrual, antecedentes familiares, tratamiento hormonal de reemplazo, uso de anticonceptivos hormonales, embarazo.
- Motivo de consulta.
- Estudios: No invasivos (informe mamográfico, ecográfico) e invasivos (biopsia percutánea).
- Informe de patología: Tipo histológico, tamaño tumoral, invasión linfovascular, grado histológico, estado axilar, multicentricidad, bilateralidad, estadio según VI edición UICC-AJCC (las pacientes diagnosticadas en fechas anteriores fueron reclasificadas), receptores hormonales, Ki-67, HER-2/neu (los receptores hormonales se evaluaron por el método de inmunohistoquímica, considerándose positivos cuando fueron mayor o igual al 10%). El factor de pronóstico Ki-67 se dividió en bajo grado cuando fue menor del 14% y alto grado si fue mayor o igual de esa cifra. El receptor HER-2/neu se clasificó

Tamaño tumoral clínico	n=826	%
T1	234	28,4
T2	509	61,6
T3	59	7,1
T4	24	2,9

**Tabla I.** Tamaño tumoral clínico. Tumorción como motivo de consulta (826/1.000).

en negativo +, no concluyente ++ y positivo +++. En la mayoría de los casos ++ se realizó el método Fish para definir.

- Tratamiento: Tipo de cirugía, realización de radioterapia, quimioterapia, endocrinoterapia y de anticuerpos monoclonales.
- Seguimiento: Recidiva local, regional y a distancia, tratamientos respectivos, fecha de última visita, fecha de consulta telefónica, supervivencia libre de enfermedad en meses, fecha y causa del fallecimiento.

La supervivencia fue evaluada en el consultorio de patología mamaria u oncología clínica, o mediante un contacto telefónico con pacientes o familiares con un cuestionario básico, registro de las obras sociales, historias clínicas del sanatorio Boratti, o por los datos de los certificados de defunción del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones.

Con el fin de determinar la supervivencia libre de enfermedad, se volvieron a citar a las pacientes que superaron un año desde el último control, para realizarles los estudios de seguimiento y estadificación (desde septiembre de 2011 a septiembre de 2012).

Se analizó el período de 18 años (julio de 1994 a julio de 2012), dividiéndolo en tres intervalos de 6 años cada uno, para evaluar las diferencias en el motivo de consulta, del diagnóstico de los estadios patológicos, el tipo de cirugía y su impacto en la supervivencia.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics 19.

La supervivencia global (OS) y la supervivencia libre de enfermedad (DFS) fueron calcu-

ladas utilizando las curvas actuariales de Kaplan-Meier. En primer lugar para toda la serie, posteriormente agrupados por estadios tempranos (0-I-IIA) y avanzados (IIIB y III).

La comparación de las curvas entre los estadios tempranos y los estadios avanzados se hizo por medio de la prueba de *log-rank test*, considerándose estadísticamente significativa una  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Edad

Se diagnosticaron 1.000 cánceres de mama desde el 5 de julio de 1994 al 31 de julio del 2012. Las edades oscilaron entre 23 y 86 años; siendo la media  $\pm$  DS,  $56 \pm 11,94$  años; mediana, 56 años; desvío estándar,  $\pm 11,94$ ; y rango, 23 a 86 años.

En el momento del diagnóstico fueron en su mayoría entre los 40 a 69 años (77,8%). Evaluado este subgrupo por decenios mostró: 40-49 años, 22,6% (226/1.000); 50-59 años, 27,7% (227/1.000); y 60-69 años, 27,5% (275/1.000).

Los motivos de consulta fueron: tumoración 82,6% (826/1.000); control en el 11,5% (115/1.000); y otros 5,9% (59/1.000). Carecían de antecedentes familiares el 70,2% (702/1.000) y con antecedentes familiares de I grado 29,8% (298/1.000). El informe mamográfico fue de opacidad nodular en 90,9% (909/1.000), microcalcificaciones agrupadas en 3,9% (39/1.000), nódulo más microcalcificaciones en 2,8% (28/1.000), distorsión no nodular 1,8% (18/1.000) y negativa en 0,6% (6/1.000).

El tamaño tumoral clínico de presentación, cuando el motivo de consulta fue una tumoración (luego del examen clínico, mamográfico y ecográfico) puede observarse que fue un T1 en 28,4% (234/826), T2 en 61,6% (509/826), T3 en 7,1% (59/826), T4 en 2,9% (24/826) (Tabla I).

El tratamiento quirúrgico fue conservador en el 53,3% (533/1.000) siendo: una cuadrantec-

Estadio	n=1.000	%
0	39	3,9
I	248	24,8
IIA	255	25,5
IIIB	219	21,9
IIIA	125	12,5
IIIB	44	4,4
IIIC	49	4,9
IV	9	0,9
Desconocido	12	1,2

Tabla II. Estadios quirúrgicos (UICC-AJCC VI Versión).

tomía en el 8,4% (45/533); cuadrantectomía con ganglio centinela en el 27,2% (145/533); cuadrantectomía con linfadenectomía en el 64,0% (341/533); y vaciamiento axilar (carcinomas ocultos) en el 0,4% (2/533).

En el 46,7% (467/1.000) se realizó tratamiento radical: mastectomía simple en el 0,9% (4/467), mastectomía con ganglio centinela 8,8% (41/467), y mastectomía y linfadenectomía en el 90,3% (422/1.000); realizándose cirugía reconstructiva en el 21,6% (101/467), que fue inmediata en 91 casos y diferida en 10 casos.

Los tipos histológicos fueron: carcinoma ductal infiltrante 84,9% (849/1.000); carcinoma lobulillar infiltrante 5,9% (59/1.000); carcinoma ductal in situ 3,7% (37/1000); carcinoma papilar infiltrante 2,3% (23/1.000); carcinoma medular 1,4% (14/1.000); carcinoma ducto-lobulillar infiltrante 1,2% (12/1.000); carcinoma Paget infiltrante 0,4% (4/1.000); carcinoma lobulillar in situ 0,1% (1/1.000); y carcinoma Paget in situ 0,1% (1/1.000).

El diámetro tumoral patológico se dividió en pTis 3,9% (39/1.000), pT1 29,6% (296/1.000), pT2 50,1% (501/1.000), pT3 10,9% (109/1.000), pT4 5,1% (51/1.000), pTx 0,2% (2/1.000) y pT0 0,2% (2/1.000). El estado axilar patológico fue pN0 48,5% (485/1.000), pN1 27,4% (274/1.000), pN2 14,0% (140/1.000), pN3 4,8% (48/1.000), pNx 5,3% (53/1.000).

El estadio según la clasificación de UICC-AJCC VI Versión: estadio 0 3,9% (39/1.000);

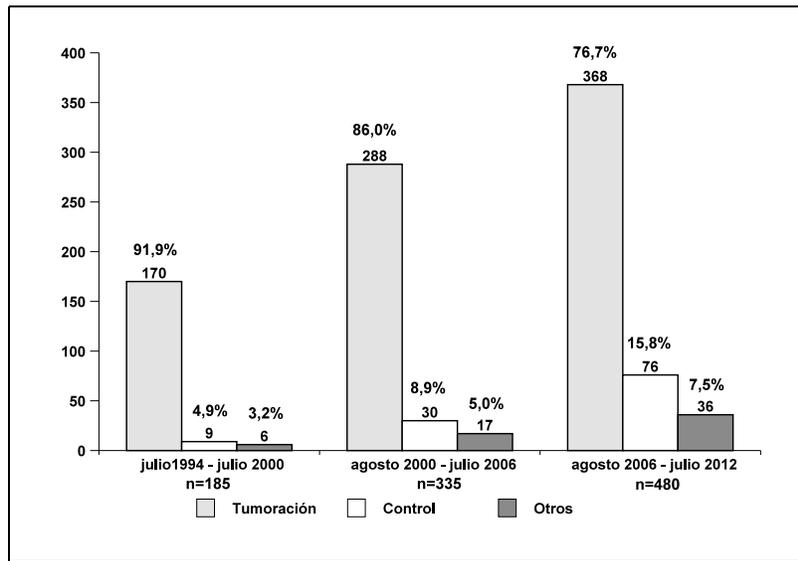


Figura 1. Motivo de consultas por períodos (n=1.000).

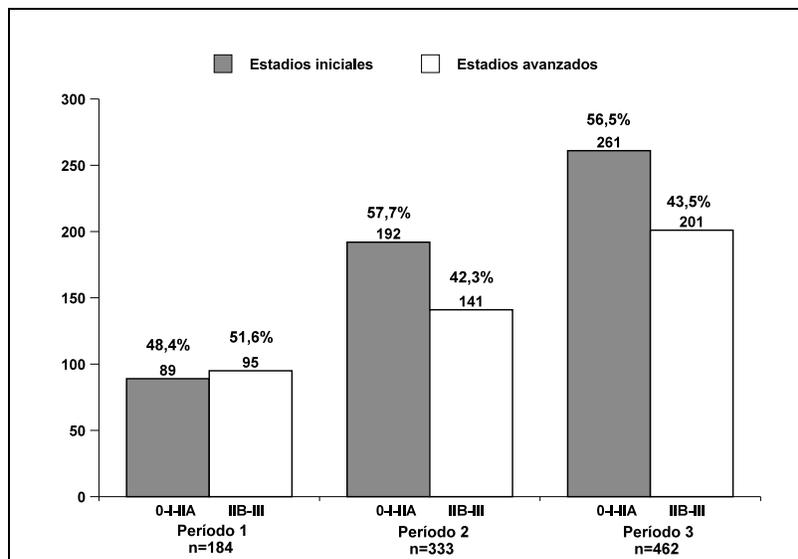
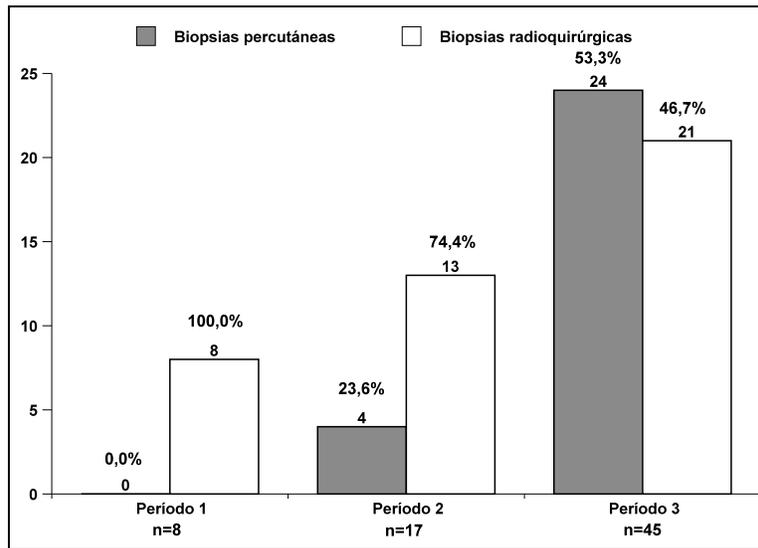


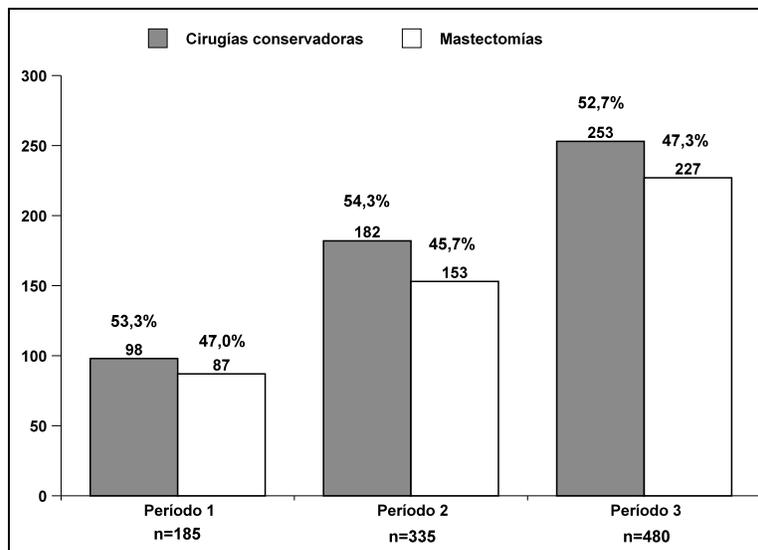
Figura 2. Estadios iniciales (0-I-IIA) y avanzados (II-B-III) agrupados por períodos (n=979).

estadio I 24,8% (248/1.000); estadio IIA 25,5% (255/1.000), estadio IIB 21,9% (219/1.000), estadio IIIA 12,5% (125/1.000), estadio IIIB 4,4% (44/1.000), estadio IIIC 4,9% (49/1.000), estadio IV 0,9% (9/1.000) y desconocido 1,2% (12/1.000) (Tabla II).

Los receptores de estrógeno fueron positivos en 68,1% (677/994), negativos en 31,9% (317/994), los receptores de progesterona positivos en 61,2% (608/994), negativos en 38,8% (386/994), no evaluados en 6 casos, el Ki-67 fue alto en 42,4% (385/909), bajo en 57,6% (524/909),



**Figura 3a.** Biopsias radioquirúrgicas y percutáneas agrupadas por períodos (n=70).



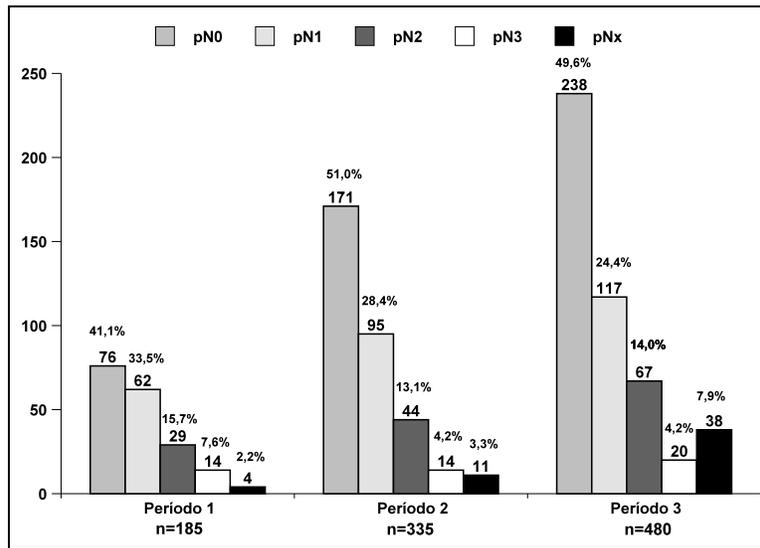
**Figura 3b.** Cirugías conservadoras y mastectomías agrupadas por períodos (n=1.000).

no evaluado en 91 casos, el HER-2 fue positivo en el 16,6% (142/858), negativo en 80,5% (691/858), no concluyente en 2,9% (25/858) y no evaluado en 142 casos.

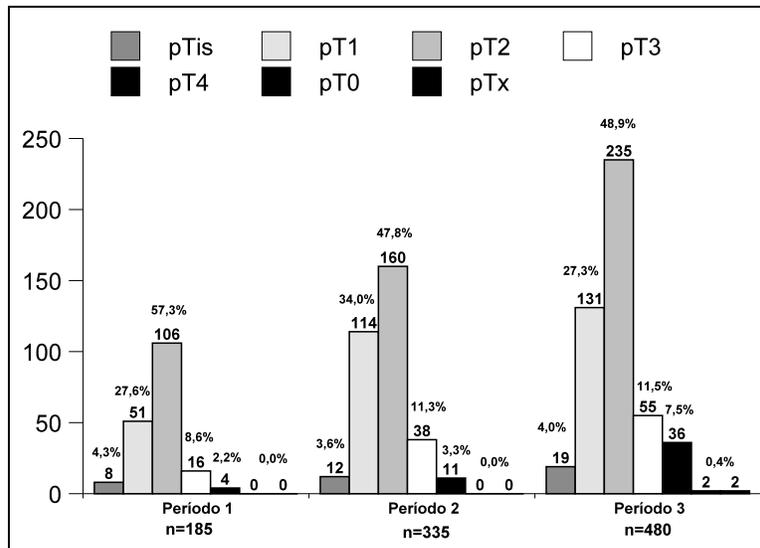
Valorando los 18 años estudiados puede observarse que el motivo de consulta más frecuente, por amplio margen, fue una tumoración

82,6% (826/1.000), y resultó muy por debajo de lo deseable la proporción de carcinomas detectados por control, que fue del 11,5% (115/1.000).

En el análisis del período 18 años, se dividió en tres segmentos de 6 años cada uno; advirtiéndose que los diagnósticos por control aumen-



**Figura 4.** Cantidad de casos agrupados. Estadio axilar patológico por períodos (n=1.000).



**Figura 5.** Cantidad de casos agrupados. Diámetro tumoral patológico por períodos (n=1.000).

taron de 4,9% (49/1.000) en el primer período de julio 1994 a julio de 2000, a 8,9% (89/1.000) en el segundo de agosto 2000 a julio 2006 para alcanzar el 15,8% (158/1.000) de agosto 2006 a julio 2012 en el último período observado (Figura 1).

También fueron sustancialmente diferentes

los estadios diagnosticados con el correr de los tres mismos períodos de 6 años, siendo los más tempranos de mayor diagnóstico proporcional, comparados con los avanzados.

Si agrupamos los estadios 0, I y IIA, definiéndolos como iniciales y los estadios IIB y III como avanzados; excluyendo los estadio IV y

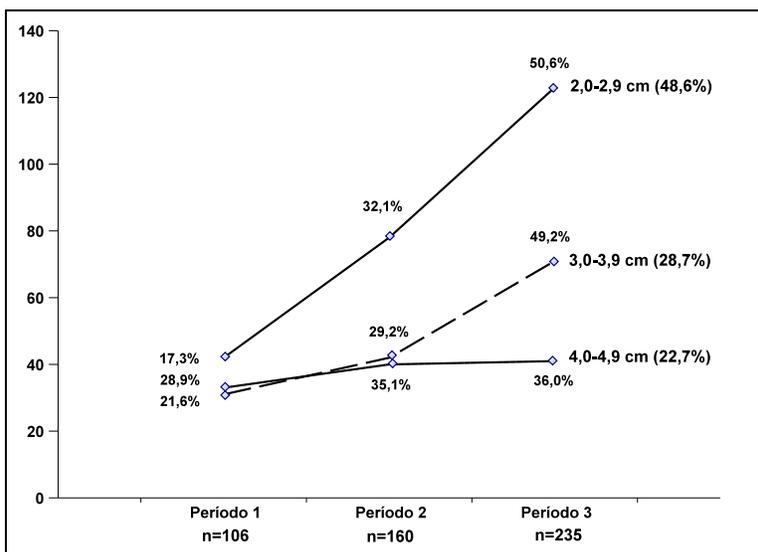


Figura 6. Diámetro tumoral patológico (Pt2). Subdividido por periodos (n=501).

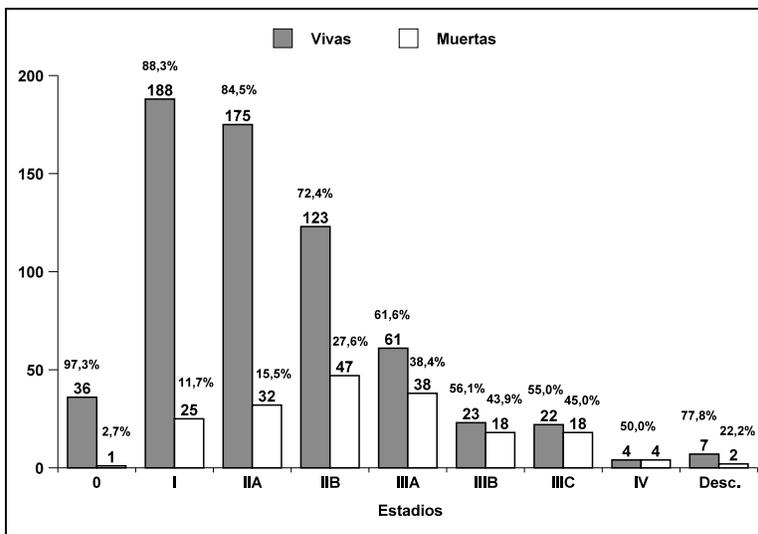


Figura 7. Supervivencia por estadios (n=824).

desconocidos (21/1.000), nos encontramos con un progresivo incremento en la proporción del diagnóstico de estadios tempranos, comparados con los avanzados, en el transcurso de cada uno de los tres periodos (Figura 2).

Siendo la disminución progresiva de los estadios más avanzados en los tres periodos, concordante con el aumento en el número de las

biopsias de lesiones no palpables y las cirugías conservadoras (Figuras 3a y 3b).

Observándose que la reducción en el diagnóstico histológico de los estadios más avanzados durante los tres periodos, se debió principalmente al crecimiento de casos con inferior invasión axilar y de menor diámetro tumoral patológico (Figuras 4 y 5).

Tipo de recidiva	n=62	%
Glandular	49	79,0
Glándulo-cutánea	7	11,3
Supraclavicular	4	6,5
Axilar	2	3,2

**Tabla III.** Recidivas según la localización.

Siendo el diámetro tumoral patológico Pt2 50,1% (501/1.000) el más numeroso y de mayor ascenso por períodos; sin embargo, si lo subdividimos en tres grupos de 2 a 2,9 cm, 3 a 3,9 cm y 4 a 4,9 cm, se observa claramente la superioridad de los casos agrupados en el de menor diámetro, que alcanzaron el 48,6% (243/501) (Figura 6).

En la comparación de los tres períodos se observó el incremento paulatino de las consultas por control, del diagnóstico de los estadios tempranos, la menor magnitud del compromiso axilar, del inferior tamaño en el diámetro tumoral, de la detección de lesiones no palpables y de las cirugías conservadoras.

Se diagnosticó una recidiva local/regional en 7,5% (62/824) sobre 824 pacientes en seguimiento.

Fueron glandulares el 79,0% (49/62), glándulo-cutáneas 11,3% (7/62), regionales supraclaviculares 6,5% (4/62), y axilares 3,2% (2/62) (Tabla III).

Distribuidos en 40,3% (25/62) observadas en el tratamiento conservador y 59,7% (37/62) posterior a las mastectomías.

Siendo las recidivas a distancia del 20,3% (167/824), que fueron del 33,5% (56/167) en el tratamiento conservador y el 66,5% (111/167) en las mastectomías.

Con una mediana de seguimiento de 50,5 meses y un seguimiento medio de 64,0 meses (rango: 1-218 meses), los indicadores de supervivencia fueron:

- OS (supervivencia global) 77,5% (639/824).
- DFS (supervivencia libre de enfermedad) 69,9% (576/824).

- DDFS (supervivencia libre de metástasis) 79,7% (657/824).
- SS (supervivencia específica) 81,3% (670/824).

De las 185 pacientes fallecidas, las causas fueron por la enfermedad en el 83,2% (154/185), y no relacionadas con el cáncer el 16,8% (31/185).

La supervivencia por estadios muestra claramente la vinculación inversa de ambas variables: a menor estadio mayor tasa de supervivencia (Figura 7).

Descartando los estadios IV y desconocidos 2,0% (17/824). En la comparación entre los estadios iniciales 0, I y IIA 56,7% (457/807) y avanzados IIB y III 43,3% (350/807).

El porcentaje de pacientes muertas fue para estadios iniciales de 12,7% (58/457) y estadios avanzados de 34,6% (121/350).

La cifra de recaídas para estadios iniciales fue de 14,3% (65/457) y estadios avanzados de 38,9% (136/350).

La supervivencia global (OS) y la supervivencia libre de enfermedad (DFS) fueron calculadas utilizando las curvas actuariales de Kaplan-Meier.

En primer lugar para toda la serie, posteriormente agrupados por estadios iniciales (0, I y IIA) y avanzados (IIB y III), que demostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) (Figuras 8 y 9).

## DISCUSIÓN

- Está demostrado que el riesgo de aparición del cáncer de mama aumenta con la edad, en concordancia con ello tuvimos un aumento al comenzar la cuarta década que triplicó la anterior, siendo progresivo hasta los 70 años; desde donde comienza a descender su diagnóstico (vinculable a la pirámide

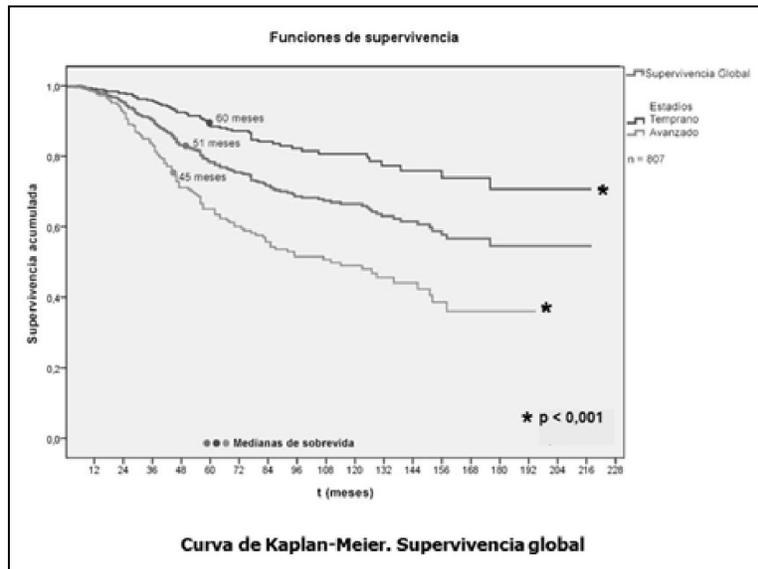


Figura 8. OS toda la serie, estadios tempranos y avanzados (n=807).

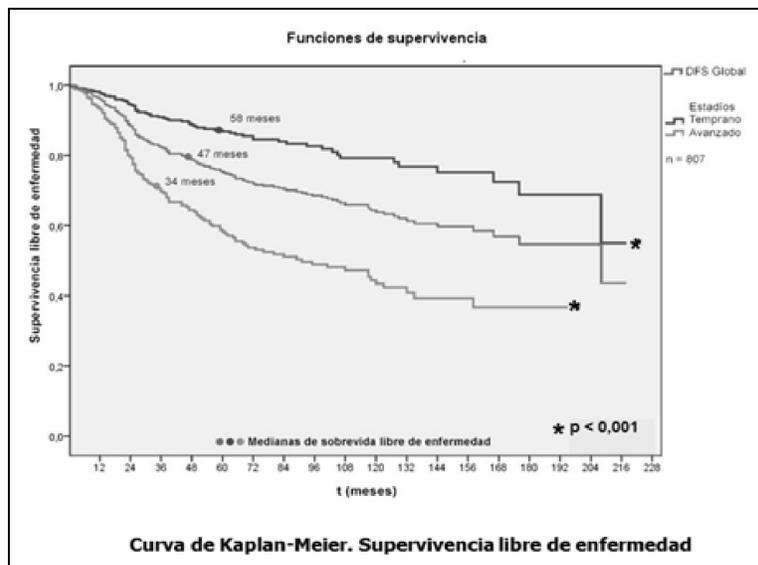


Figura 9. DFS toda la serie, estadios tempranos y avanzados (n=807).

demográfica), con una mediana ligeramente inferior a lo publicado.<sup>1-4</sup>

- El porcentaje de HER-2/neu positivos de 16,6% (142/858), fue ligeramente mayor a las comunicaciones de nuestro medio.<sup>5-9</sup>
- En la comparación en tres períodos, se observó que el estadio II fue el de mayor cre-

cimiento, lo cual expone la realidad en ciertas regiones de nuestro país.<sup>10-12</sup>

- La recidiva local/regional fue mayor en las mastectomías que en el tratamiento conservador, lo que se atribuye a estadios más avanzados en su diagnóstico.<sup>13-19</sup>
- La supervivencia por estadios fue coinciden-

te con publicaciones nacionales.<sup>20-25</sup>

- La supervivencia del estadio IV es mayor a lo publicado, probablemente por su corto período de seguimiento (mediana 17,5 meses).<sup>26-27</sup>

## CONCLUSIONES

El diagnóstico en estadios más tempranos con su potencial aumento de la supervivencia, dependió del motivo de consulta, del mejoramiento de los recursos profesionales y técnicos en la imaginología mamaria, de la introducción de métodos como punciones percutáneas y de la mayor experiencia del equipo quirúrgico.

Sin embargo nuestra realidad, como nos indica este trabajo, sigue reflejando que las metas sanitarias deseables son aún lejanas.

## Agradecimiento

A mi familia, a mis maestros Aníbal Núñez De Pierro y Daniel Allemand.

## REFERENCIAS

- Núñez De Pierro A, Allemand D, Agejas G, Margossian A, D'andrea D. La edad como factor pronóstico en cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 1995; 14(46): 268-299.
- Eidenson G, Guscelli C, Godoy G. Epidemiología del cáncer de mama. Incidencia en la Región Sanitaria I de la Provincia de Buenos Aires y partido de Bahía Blanca entre 1982 y 2002. *Rev Arg Mastol* 2010; 29(105): 323-338.
- Cogorno. L. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. *Rev Arg Mastol* 2001; 20(67): 120-132.
- López M. Histopatología del cáncer de mama de acuerdo a la edad. *Rev Arg Mastol* 1999; 18(59): 127-134.
- Núñez De Pierro A, Allemand D, Elizalde J, Schiavi C, Rives L, Elli A, Schuster R, Muller Perrier G, Scarano D, Urrutia J, Aldini A, Marquez G, Cáceres V. Estudio epidemiológico de la incidencia de la sobreexpresión de HER2 en pacientes portadoras de cáncer de mama de reciente diagnóstico en estadios iniciales. *Rev Arg Mastol* 2010; 29(103): 121-133.
- Cáceres V, Acosta G, Sarancone S, Arra Antonio, Paredelo M, López Presas A, Bravo I, Martins D, Marra-co G, Lago N, Calafat P, Mosto J, Zoppi J, Glatstein T, Urbano Martínez M, Palazzi J, Columbo J, Frahm I. Programa Nacional de diagnóstico de la sobreexpresión de HER2 en pacientes con cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 2012; 31(110): 8-22.
- Brenton JD. Molecular classification and molecular forecasting of breast cancer: ready for clinical application? *J Clin Oncol* 2005; 23: 7350-7360.
- Reis-Filho JS, Pusztai L. Gene expression profiling in breast cancer: classification, prognostication, and prediction. *Lancet* 2011; 378: 1812-1823.
- Burstein H. The distinctive nature of HER-2 positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005, 353(16): 1652-1654.
- Bernardello E, Margossian J, Otero D, Müller G. Estadios del cáncer de mama. Estudios de sus variantes en los últimos años. *Rev Arg Mastol* 1987; 6(15): 10-13.
- Ábalo E, Epinosa Bravo M, Igarzabal L, Castagno R, Irisarri. Prevención secundaria de cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 2001; 20(68): 225-237.
- Gori J, Castaño R, Domínguez J, Puga A, Medici R. Resultados a 10 años del tratamiento conservador del cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 1991; 10(31): 286-299.
- Fisher B, Bauer M, Margolese R, Poisson R, Pilch Y, Redmond, Fisher E, Wolmark N, Deutsch M, Montague E, Saffer E, Wickerham DL, Lemer H, Glass A, Shibata H, Deckers P, Ketcham A, Oishi R, Russel I. NSABP 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 Engl J Med* 1985; 312: 665-673.
- Allemand D, Núñez de Pierro A. Cáncer de mama localmente avanzado. Experiencia del Grupo de Trabajo de Mastología del Hospital Juan A. Fernández de Buenos Aires (1986-2003). *Rev Arg Mastol* 2004; 23(79): 144-164.
- Voduc KD, Cheang MC, Tyldesley S, Gelmon K, Nielsen TO, Kennecke H. Breast cancer subtypes and the risk of local and regional relapse. *J Clin Oncol* 2010; 28:1684-1691.
- Núñez De Pierro A, Allemand D, Agejas G. Evaluación de los resultados en 1.306 casos. Experiencia del grupo de trabajo del Hospital Juan A. Fernández de Buenos Aires. *Rev Arg Mastol* 2004; 23(78): 69-93.
- Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347(16): 1227-32.
- Weinberg RS. Pacientes con cáncer de mama T1 o T2, con o sin N1 o N2: Análisis retrospectivo de la evolución según la elección del tratamiento local. *Rev Arg Mastol* 1996; 15(47): 11-26.

19. Sarria J, Irico G, Franco F. Propuesta terapéutica conservadora de la recidiva local por carcinoma mamario. *Rev Arg Mastol* 2007; 26(91): 130-142.
20. AJCC Cancer Staging Manual, 6th ed. Greene FL, Page DL, Fleming ID, et al. (Eds). Springer-Verlag, New York 2002; p.223.
21. Mc Lean I, Mc Lean L, Vuoto, D, Uriburu J, Comercio L. Impacto de la reedición en la clasificación TNM del cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 2004; 23(79): 158-164.
22. Incidence figures presented are base don rates reported in the most recent Annual Reference Volume (Cancer Statistics-Registrations, England 2010, Series MB1 no.41) and represented registrations received at ONS by the en December 2011.
23. Surveillance, epidemiology, and end results (SEER) program has published its SEER Cancer Statistics Review 2011 Incidence (Update Nov. 2011).
24. Bernardello E, Margossian J, Bustos J, Müller Perrier G, Otero Vázquez D, Margossian A, Minuto F. Tratamiento conservador del cáncer de mama estadios I y II. *Rev Arg Mastol* 1995; 14(43): 7-17.
25. Horton G, Garbovesky C, Yaniuk M, Fusari D, Arias C, Flaks D, Kisman R, Vieytes, Lerzo G. Carcinoma localmente avanzado y tratamiento conservador de la mama posquimioterapia neoadyuvante. *Rev Arg Mastol* 2011; 30(106): 37-52.
26. Rao R, Feng L, Kuerer H, Singletary S, Bedrosian I, Hunt K, et al. Timing of surgical intervention for the intact primary in stage IV breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2008; 15(6): 1966-702.
27. Rapiti E, Verkooijen H, Vlastos G, Fioretta G, Neyroud-Caspar I, Sappino A, et al. Complete excision of primary breast tumor improves survival of patients with metastatic breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2006; 24(18): 2743-9.

## DEBATE

**Dr. Allemand:** El trabajo muy bueno y refleja el esfuerzo. Yo creo que es muy importante

el tema, que es la cuestión de tener un equipo multidisciplinario como planteó al principio. Sin duda esta especialidad, sin el cirujano, sin el mastólogo, sin el patólogo, sin el radioterapeuta, sin el oncólogo, sin el imaginólogo, es clave. Dos cosas que me llamaron la atención. La primera es, si rechequearon bien la cuestión de los antecedentes familiares porque el número realmente es llamativo.

**Dr. Martín:** 70%

**Dr. Arce:** No, al revés 70% no tuvieron y 30% sí tuvieron.

**Dr. Allemand:** Había leído al revés.

**Dr. Arce:** Quizás lo leí al revés, pero la diapositiva dice eso.

**Dr. Allemand:** Entonces esa pregunta está descartada.

**Dr. Arce:** Se considera antecedente familiar de primer grado, abuela, madre, hermana e hija.

**Dr. Allemand:** La segunda pregunta es, que a pesar de tener un porcentaje de pacientes con tumores grandes, la axila comprometida en números es muy bajo, porque usted planteó una serie que tenía solamente casi el 50%.

**Dr. Arce:** De las 1.000 pacientes, 485 tuvieron axila negativa.

**Dr. Allemand:** Es interesante, porque se podría haber esperado un compromiso axilar mayor. Realmente el trabajo muy bueno y mucho esfuerzo.

**Dr. Arce:** No está registrado pero tuvimos 186 casos de ganglios centinela. A veces axilas negativas que hoy, con los ganglios centinela, con el estudio seriado de un solo ganglio, quizás probablemente haya un subdiagnóstico.