Revista Argentina de Mastología 2007; 26(91): 130-142

PROPUESTA TERAPÉUTICA CONSERVADORA DE LA RECIDIVA LOCAL POR CARCINOMA MAMARIO

J. A. Sarria, G. Irico, G. F. Franco

RESUMEN

Objetivo

Determinar si puede controlarse la recidiva local posterior a cirugía conservadora, mediante reescisión con margen de seguridad y compararla con los casos a los que se trató con mastectomía.

Material y métodos

Se realizó estudio observacional, retrospectivo, por reporte de tratamiento de pacientes con cáncer de mama, desde enero 1982 a mayo de 2005. Se incluyen pacientes tratadas con cirugía conservadora y radioterapia, y con mastectomía.

Resultados

Se estudian 997 cánceres de mama, 399 cirugías radicales (CR) y 598 cirugías conservadoras (CC). Se analizan dos series: primera serie histórica (SH) de 73 recidivas locales (RL) que fueron seguidas por 71 meses; y la segunda serie actual (SA) de 33 recidivas locales seguidas por 119 meses. Las RL aparecieron en 22 pacientes con mastectomía sobre la cicatriz y en 51 con cirugía conservadora en la SH, y en 6 y 27 casos, respectivamente en la SA. En la serie 1982-2000, 51 RL aparecidas en CC se trataron con reescisión el 39,2% y con mastectomía 45,0%; en la segunda serie, 27 RL aparecidas en CC se trataron con reescisión el 74% y con mastectomía 26%. La sobrevida a 119 meses no muestra significación estadística (p=0,2006) entre ambas conductas (OR: 3,11; IC 95%).

Conclusiones

De los datos se deduce que no hay diferencia significativa entre tratar una RL con reescisión y amplio margen, y una amputación, ya que no modifica la sobreviva a 119 meses. Se requiere que la RL se localice en mamas medianas a grandes y que la lesión no sea mayor de 2 cm.

Palabras clave

Recidiva local. Tratamiento de las recurrencias locales en cáncer mama.

SUMMARY

Objective

Recurrent mammary carcinoma after conservative surgical treatment turns into negative and anguishing fact for the surgeon and the patient. In the last years there have been increasing reports about risk factors, theories that account for its recurrence, survival rate, differential's diagnosis, have been stayed; however there is

Servicio de Ginecología, Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba.
Correo electrónico para el Dr. J. A. Sarria: josarria@yahoo.es

scarce information about treatment and its results. There is not agreement about the best therapy to be applied (mastectomy or conservative excision treatment) specially owing to the difficulty to undertake prospective studies in a random population of heterogeneous patients. Our objective was to compare conservative treatment *versus* mastectomy (local control and survival) in patients with local recurrence (LR) after conservative surgical treatment.

Material and methods

We study 997 patients with breast cancer, 598 treated by conservative surgery and 399 by mastectomy. Patients were from Gynecology Department in the Hospital de Clínicas de Córdoba, Argentina, since 1982-2005.

Results

Two series were study: first, historical (1982-2000) 73 LR with a follow up of 71 months; and second; actual series(2000-05) 33 LR with a follow up of 119 months. The LR appeared in 22 radical mastectomy (scars) and 51 in conservative surgery at historical series, and in 6 and 27, respectively in the actual series. In historical series, 51 LR were treated by reexcisión 39.2% and with mastectomy 45.0%. In the second series 27 LR 74% were treated by reexcision and 26% by mastectomy. The overall survival at 119 months did not show any statistical significance (p=0.2006), between both modalities: OR= 3.11; CI 95%.

Conclusion

The breast conserving surgery in local recurrences may result in a good cosmetic opportunity as well as better quality life for the patients and with similar survival rates. Nevertheless, careful analysis of this treatment should be done previously and within the limits of controlled clinical trials until reliable statistical data based on different studies could support this proposal.

Key words

Breast cancer. Relapse breast cancer. Recurrence. Recurrence breast cancer.

INTRODUCCIÓN

En EE.UU. se estimaron 700.000 cánceres en la mujer para el año 2005, correspondiendo 32% a la mama.

La mortalidad por cáncer es de 275.000 y por cáncer de mama el 15%.

La sobrevida comparada en tres diferentes periodos, 1974-1976 (75%), 1983-1985 (78%) y 1995-2000 (88%), demuestra un claro incremento en la curación. La mayoría tendrá más de 80% de sobrevida (SV) a 5 años.

Es interesante destacar que en la actualidad viven en EE.UU. más de dos millones de mujeres con antecedentes de cáncer de mama. Como se observa, es un tumor con alta expectativa de vida, con incidencia estable y una tasa de mortalidad en descenso. Es decir, que se aprecia un crecimiento del número de sobrevivientes.

La reaparición de la neoplasia en la zona de la mastectomía o sobre la mama, en aquéllas con tratamiento conservador, constituye para el cirujano tal vez uno de los hechos más angustiantes y negativos en el transcurso del manejo de la patología tumoral mamaria. Constituye un fracaso terapéutico. Para la paciente tiene un efecto similar agravado por la incertidumbre evolutiva.

Su aparición evoca de manera frustrante el fuerte peso de la presencia de un tumor que no hemos erradicado, haciéndonos partícipes de una falla en el control local/regional, aunque aún no esté debidamente demostrado si la recurrencia en la mama preservada es un marcador de un tipo tumoral más agresivo o de un tratamiento primario inadecuado.

Para Fisher [1] una recidiva local (RL) es un marcador de enfermedad sistémica ya presente, menoscabando cualquier esfuerzo de control local/regional, aunque hay otros estudios [2,3] que plantean de manera menos dramática la situación, refiriendo que su ausencia es un signo de buen pronóstico en la sobrevida e intervalo libre de enfermedad metastásica, pero que su presencia no modifica la sobrevida global.

Entre los factores que influyen en la aparición de la recidiva son dos los de mayor peso actualmente: el estado de los márgenes quirúrgicos [4-15] y la extensión del componente intraductal [13,14,24,25] que fue propuesto como factor de riesgo de recidiva por el Joint Center for Radiation Therapy of Boston,[16] donde se definió para los carcinomas ductales infiltrantes que tenían un componente intraductal en más del 25% del tamaño tumoral y que además aparecía en el tejido mamario normal adyacente al tumor.

Holland publica [23] un interesante trabajo sobre las tasas de recidiva según los centímetros de margen libre de tumor en las piezas quirúrgicas: a 1 cm, 59%; a 2 cm, 42%; a 3 cm, 17%; y a 4 cm, 10%. Actualmente se habla de borde libre o no comprometido, de próximo (1-2 cm) y de comprometido.

Otros factores son considerados de riesgo para recidiva como el tamaño tumoral,[17-20] el grado nuclear,[24] tipo tumoral,[17,21] grado histológico,[15] estado de los ganglios axilares,[22] edad menor de 40 años,[27,28,30] distancia entre el tumor y el complejo aréola-pezón,[29] invasión vásculolinfática, necrosis tumoral,[27,28] y otros en discusión como la fracción de fase S, ploidía, receptor de estrógeno y progesterona, catepsina D, HERB B2.[4-7]

El aumento importante de la cirugía conservadora en esta última década, nos ha hecho vivir de cerca una experiencia creciente en el contacto con la recidiva.

La aparición de recidivas en la cirugía conservadora tiene otra significación que en la cirugía radical, puesto que en ésta supone un pronóstico más sombrío, debido a que en la mayoría de los casos preceden a una diseminación a distancia.

Si analizamos la experiencia de Milán en su Ensayo Milán II con un reclutamiento de 705 pacientes, con un seguimiento medio a 10 años, demostró que el tratamiento conservador con cuadrantectomía, linfadenectomía más radioterapia, la tasa de recidiva local fue del 9,3% y cuando el tratamiento fue más económico con tumorectomía en vez de cuadrantectomía, las cifras de recidiva aumentaron al 23,0%, pero sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la sobrevida global.[50]

En estos años mucho se ha escrito con relación a la tasa de recurrencia local/regional en el cáncer de mama, factores de riesgo de ocurrencia, teorías que trataron de justificar el porqué de la misma, tasas de sobrevida, diagnósticos diferenciales etc., pero poco se dice del tratamiento de la recidiva y sus resultados.

Las dudas persisten sobre la mejor terapéutica a aplicar, especialmente por la dificultad para conducir estudios prospectivos *randomizados* en una población de pacientes tan heterogénea.

Para la mayoría de los autores la mastectomía de rescate es reconocida como el tratamiento estándar para las recurrencias posteriores a la cirugía conservadora,[32] considerando el tratamiento de reescisión conservador como alternativa a ésta, sólo en el contexto de un cuidadoso diseño de ensayos clínicos controlados.

Son muy escasos los trabajos publicados que sustentan una nueva cirugía conservadora. Kurtz, et al., reportaron 50 pacientes con pequeñas recurrencias (menores a 2 cm), que fueron tratadas con reescisión y con un seguimiento promedio de 6 años, con una tasa de sobrevida actuarial de 79% a 5 años y 64% a 10 años.[31]

En el presente trabajo nos propusimos como objetivo tratar de determinar si se puede controlar la recidiva local posterior a cirugía conservadora mediante reescisión con margen de seguridad y comparar la sobrevida de las pacien-

tes a las que se les practicó este tratamiento con aquellas en las que se optó por el tratamiento radical.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la 1ª Cátedra de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, entre enero de 1982 y mayo de 2000 (serie histórica), y entre 2000 y 2005 (serie actual).

La población que se estudia surgió de pacientes que se operaron en 23 años con diagnóstico de cáncer de mama.

Se incluyeron en el estudio aquellas pacientes que fueron tratadas quirúrgicamente mediante cirugía conservadora mamaria (tumorectomía o cuadrantectomía, según el tamaño tumoral menor o mayor a 2 cm, linfadenectomía más radioterapia) y eventualmente tratamiento adyuvante con quimioterapia u hormonoterapia de acuerdo a criterios estándar, y aquellas pacientes tratadas radicalmente mediante mastectomía y eventual tratamiento adyuvante, según iguales criterios.

El procedimiento para cirugía conservadora implica en todos los casos examen por congelación de la pieza quirúrgica y cuando el anatomopatólogo informa límites comprometidos se practica la reescisión en el mismo acto operatorio.

En cuanto a la linfadenectomía, en la mayoría de los casos se realizó vaciamiento hasta el segundo nivel de Berg y en muchos de ellos hasta el tercero.

La radioterapia, cuando fue efectuada en nuestro centro hospitalario, se realizó con los criterios de tratamiento del grupo de cobaltoterapia, 55 Gy al volumen mamario y 16 Gy de *boost* al lecho tumoral.

Algunas pacientes se trataron en otros centros de radioterapia, que en líneas generales mantienen los mismos criterios terapéuticos.

Definiciones

Ahora bien, ¿qué es una RL? Para algunos,[58] es la aparición del tumor en el mismo lugar de donde fue extraído. Para otros, cuando asienta en el mismo cuadrante que el tumor primario.

Existe también un concepto de temporalidad, la aparición más allá de los 2 años de tratado el primario.

Las lesiones neoplásicas ocurridas alejadas del sitio primario (en otro cuadrante), en acuerdo con Peters,[34] las definimos como neofoco o reocurrencia.

Las técnicas quirúrgicas empleadas para el tratamiento de la recidiva tuvieron las siguientes características:

Las recidivas ocurridas en pacientes con mastectomía fueron tratadas quirúrgicamente con una extirpación local amplia y en profundidad, tanto como fuera necesario, hasta lograr límites libres de tumor.

Sobre las recidivas en cirugías conservadoras, se realizaron mastectomías cuando no cumplían con los requisitos de nuevo tratamiento conservador:

a) Anatómicamente operable. Planteamos la recuadrantectomía cuando el tumor recidivado era mediano a chico con respecto a una mama mediana a grande.
b) En el caso de recidivas secundarias (tercer cirugía). Las condiciones de operable exigen que asiente sobre una mama grande, con un intervalo libre de enfermedad prolongado y con tumores de crecimiento no agresivo.
c) Haber descartado metástasis a distancia.
d) Ausencia de signos de crecimiento rápido.
e) Que la recidiva no se presente como tumor inflamatorio.

En todos los casos se realizan incisiones elípticas con piel, resección amplia con márgenes de 2 cm de parénquima sin tumor.

Cáncer de mama	997
Mastectomías	399 (41,0%)
Conservadoras	598 (59,0%)
Histología	
Ductales	833 (83,6%)
Lobulillares	164 (16,4%)
Axila	
Positiva	512 (51,5%)
Negativa	427 (48,5%)

Tabla I. Recurrencia local.
Serie en el HNC entre 1982 y 2005.

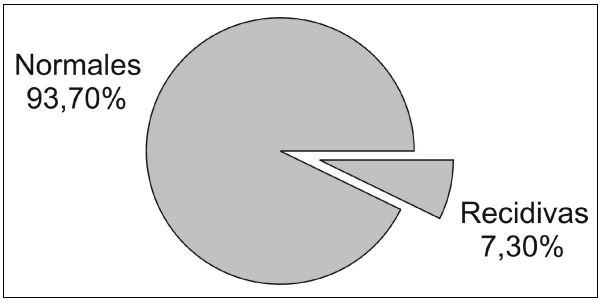

Figura 1. Porcentaje global de recidivas en la serie 1982-2000.

En pacientes cuyo tratamiento primario fue conservador, la comparación de la sobrevida según se hubiera realizado mastectomía o reescisión como tratamiento del tumor recidivado se aplicó con total rigurosidad.

Las variables consignadas fueron: número de historia clínica otorgada por el área de Archivos y Estadísticas del hospital; edad; estado hormonal (pre o posmenopáusica); tipo de tratamiento instituido y fecha del mismo; estadificación inicial; histología tumoral, necrosis tumoral; grado de diferenciación histológica; presencia de componente intraductal; invasión vásculo-linfática; compromiso de los ganglios axilares; estado de receptor de estrógeno; lugar de aparición de la recidiva; tiempo de aparición de la recidiva desde el tratamiento primario; tamaño de la recidiva; tratamiento de la misma.

RESULTADOS

Se operaron en el período 1982-2005, con diagnóstico de cáncer de mama, 997 pacientes, de las cuales a 399 (41%) se les practicó cirugía radical y a 598 (59%) tratamiento conservador.

El tipo histológico correspondió a variedad ductal en 833 pacientes y lobulillar en 164 pacientes; el 83,6% y 16,4%, respectivamente.

Se operaron 731 pacientes con T>2 cm (70,7%) y 266 pacientes con T<2 cm (29,3%).

Se presentaron con metástasis ganglionares 512 pacientes (51,5%) y sin metástasis 425 pacientes (48,5%). En el resto no se realizó estudio axilar (Tabla I).

Análisis de los resultados de los casos de recidiva

El promedio de seguimiento de las pacientes que recidivaron fue de 71 meses para la serie histórica (1982-2000) y de 119 meses para la serie actualizada (2000-2005).

Se presentaron 73 recidivas en el total de 997 pacientes operadas para el primer período y 33 recurrencias locales en la serie actual (Figura 1).

Las recidivas se presentaron en 22 mastectomías (30,2%) y en 51 cirugías conservadoras (69,8%) en la primera serie y con un seguimiento de 71 meses. Cuando el seguimiento se prolongó a 119 meses las RL fueron en 6 (18,2%)

	Mastectomía	Conservadora	Seguimiento
Serie histórica (1982-2000)	22 (30,2%)	51 (69,8%)	71 meses
Serie actualizada (2000-2005)	6 (18,2%)	27 (81,8%)	119 meses

Tabla II. Mastectomía *versus* tratamiento conservador en ambas series.

Componente intraductal extenso	
Positivo	27 (36,9%)
Negativo	46 (63,1%)
Necrosis tumoral	
Positiva	21 (28,7%)
Negativa	52 (72,3%)
Invasión vásculo-linfática	
Positiva	35 (47,9%)
Negativa	38 (52,1%)

Tabla III. Factores de pronóstico histológico de las recidivas en la serie histórica.

con mastectomía y 27 (81,8%) en conservadora (Tabla II).

El tamaño tumoral fue mayor a 2 cm en 44 casos (60,3%) y menor a 2 cm en 29 casos (35,8%), en la primera serie. En la actualidad es mayor a 2 cm en 12 pacientes y menor a 2 cm en 21 pacientes.

La variedad histológica fue de tipo ductal en 61 casos (83,5%), de tipo lobulillar en 11 casos (14,9%) y 1 caso fue de tipo mixto (1,5%). En la serie actual es de 27 casos, 5 casos y 1 caso, respectivamente.

En 40 casos hubo ganglios positivos o invadidos (57,5%) y 33 casos (40%) no presentaron invasión en el momento quirúrgico (Tabla I).

No se pudo obtener un resultado uniforme del estado de los receptores hormonales, ya que en ambas series por distintos motivos no se practicaron en todos los casos o no se contó con el informe (Tabla III).

Las recidivas se presentaron en 37 premenopáusicas y en 36 posmenopáusicas, de la serie histórica.

Tiempo	Serie histórica	Serie actual
1 año	17 (23,20%)	5 (15,15%)
2 años	15 (20,70%)	6 (18,18%)
>2 años	41 (56,10%)	22 (66,66%)

Tabla V. Tiempo de aparición de las recidivas en ambas series.

Las recidivas para la serie actual se presentaron en 20 premenopáusicas y en 13 posmenopáusicas (de los 6 casos con mastectomía: en 4 premenopáusicas y en 2 posmenopáusicas; de los 27 casos con conservadora: en 16 premenopáusicas y en 11 posmenopáusicas).

Obsérvese que cuando hacemos referencia a la localización en mama, la mastectomía había sido la indicación primaria; incluso, al hacer la referencia en mama en las conservadoras no discriminamos entre glandular cutánea y sólo cutánea (Tabla IV).

Como se puede apreciar tanto en la serie histórica como en la actual, el tiempo de aparición de la recidiva fue preponderantemente después del segundo año del tratamiento primario (Tabla V y Figura 2).

Si comparamos las dos series observamos que la modalidad terapéutica (reescisión) en la serie histórica fue de 39,2%; en cambio en la serie actual la conducta de reescisión fue de 74,07%; es decir, una actitud terapéutica más conservadora que resolvimos aplicar desde el año 2000 (Tabla VI).

Para el análisis se utilizo el test estadístico chi cuadrado de Pearson, que comparó serie actual *versus* serie histórica, con respecto a la conducta de tratamiento (conservadora *versus* mastecto-

	1982-2000 (n=73)		2000-2005 (n=33)	
Localización	**Mastectomías (n=22)**	**Conservadoras (n=51)**	**Mastectomías (n=6)**	**Conservadoras (n=27)**
Mama - Cicatriz	17 (77,3%)	38 (74,5%)	4 (66,7%)	22 (81,5%)
Mama y axila	3 (13,6%)	5 (9,1%)	0	0
Axila	2 (9,1%)	8 (16,4%)	2 (33,3%)	5 (18,5%)

Tabla IV. Localización de las recidivas según hayan ocurrido sobre mastectomías o cirugías conservadoras.

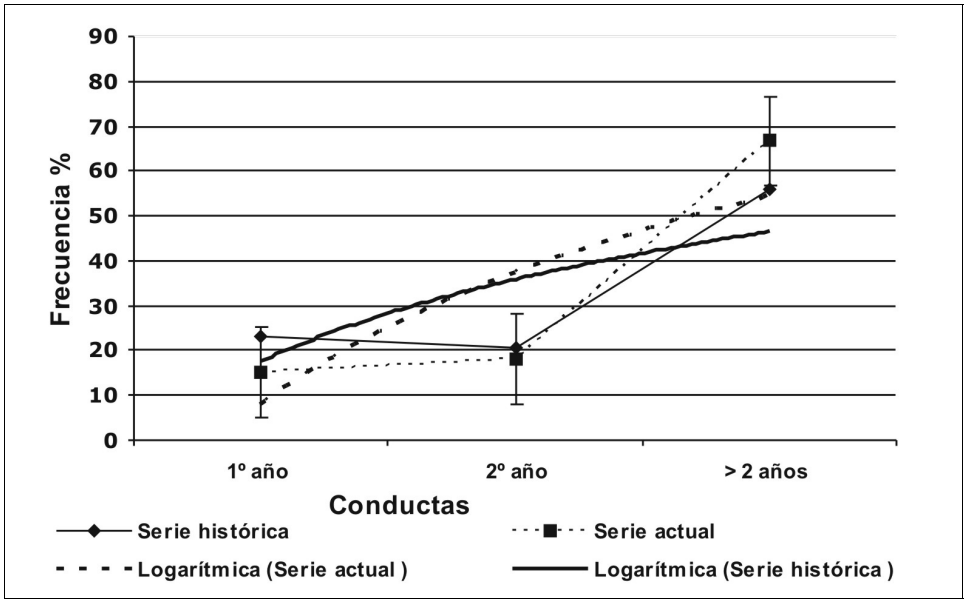

Figura 2. Tiempo de aparición de las recidivas.

mía), este último elemento se utilizó para estratificar la tabla de contingencia. Del análisis de datos categóricos se arriba a la conclusión que no hay significación (p=0,1961) entre la actitud quirúrgica conservadora y mastectomía en ambas series, con OR: 1,94 (IC 95%) (Figura 3).

Para el análisis se utilizó el test estadístico chi cuadrado de Pearson, que comparó ambas series (actual e histórica), con respecto al tratamiento de las recidivas (dicha conducta se utilizó para estratificar la tabla de contingencias). Al enfrentar los datos categóricos se obtiene como conclusión que hay significación (p=0,0156), entre el grupo que se trató con una segunda reescisión y los grupos tratados con otras conductas terapéuticas, indistinto del tratamiento qui-

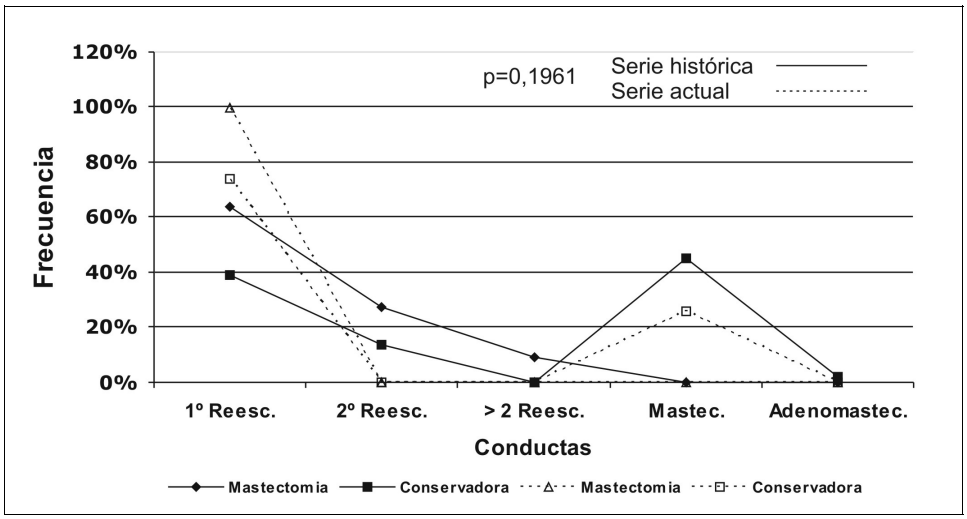

Figura 3. Tratamiento de las recidivas.

Tratamiento	1982-2000		2000-2005	
	Mastectomía	Conservadora	Mastectomías	Conservadora
Primera reescisión	14 (63,60%)	20 (39,20%)	6 (100%)	20 (74,07%)
Segunda reescisión	6 (27,30%)	7 (13,70%)	0	0
Más de dos reescisiones	2 (9,10%)	0	0	0
Mastectomía	0	23 (45,10%)	0	7 (25,93%)
Adenomastectomía	0	1 (2,00%)	0	0
TOTAL	22	51	6	27

Tabla VI. Tratamiento utilizado para las recidivas en ambas series.

rúrgico inicial realizado como terapéutica (Figura 4).

Para el análisis se utilizó el test estadístico chi cuadrado de Pearson, que comparó 27 pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora y tratamiento de la recidiva con reescisión, se las siguió por un período de 119 meses. Del análisis de datos categóricos se obtiene la conclusión de que no hay significación (p=0,2006) en el seguimiento de sobrevida, entre la actitud quirúrgica conservadora y mastectomía, del tratamiento de la recidiva OR: 3,11 (IC 95%) (Tabla VII y Figura 5).

Las opciones para recidivas secundarias, es decir, una tercera cirugía son: a) nueva cirugía conservadora condicionada a que sea una recidiva pequeña en una mama apta; b) volver a realizar reescisiones reiteradas en área de cicatriz; y c) realizar mastectomía, lo que significa un fracaso cosmético.

El promedio de seguimiento de estas pacientes fue de 71 meses para la primera serie y 119 meses para la segunda serie.

El tamaño de las recidivas en el grupo conservador fue menor a 2 cm en 7 pacientes y mayor a 2 cm en 4 pacientes.

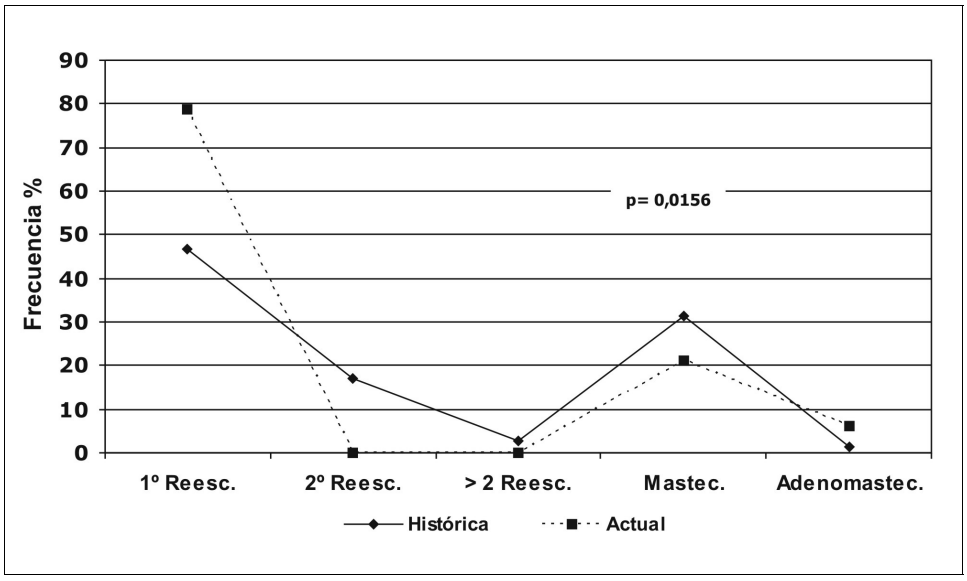

Figura 4. Conductas terapéuticas subsecuentes.

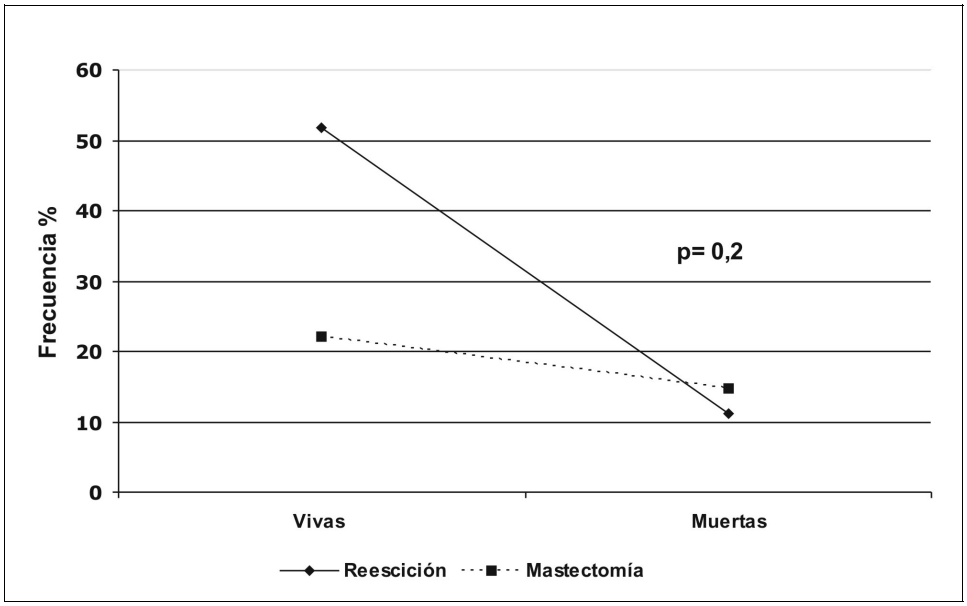

Figura 5. Sobrevida acorde con el seguimiento.

	Vivas	Muertas
Reescisión	14 (51,8%)	3 (11,1%)
Mastectomía	6 (22,2%)	4 (14,8%)

Tabla VII. Sobrevida actuarial de las pacientes cuyo tratamiento primario fue conservador en el período 2000-2005. Comparación entre tratamiento conservador y mastectomía de la recidiva. Sobrevida según seguimiento (en las conservadoras).

El tamaño de las recidivas en el grupo con mastectomía fue menor a 2 cm en 5 pacientes y mayor a 2 cm en 6 pacientes.

En el grupo de pacientes al que se le realizó mastectomía como tratamiento de la recidiva, 1 paciente presentó metástasis óseas múltiples.

Recomendación

De esto se deduce que frente a una recidiva, no hay diferencia significativa entre realizar una mastectomía y una cirugía conservadora; y más aún, frente a una recidiva, según lo expuesto anteriormente, es recomendable realizar una reescision y no una mastectomía o adenomastectomía, como muestra la Tabla V y el analisis del chi cuadrado de Pearson, ya que no modifica la sobrevida a los 119 meses. Por lo tanto, la conducta conservadora es posible recomendarla.

DISCUSIÓN

El porcentaje de recidivas luego de la cirugía conservadora que obtuvimos en nuestra serie de estudio fue del 8,5%, en los primeros 18 años de seguimiento, lo que coincide en líneas generales con los porcentajes publicados en la literatura internacional, que oscilan entre el 7% y el 15%,[33-37] con un porcentaje de riesgo de recidiva del 1% al 2% por año de seguimiento.[38]

El porcentaje de recidiva posterior a la mastectomía fue del 5,5%, también encontrándose prácticamente dentro de los valores observados en otras publicaciones, en las que oscila entre el 7% y 30%.[39-41]

La gran mayoría de las recidivas aparecieron sobre la glándula mamaria, sobre la cicatriz o muy cerca de ella, en las cirugías conservadoras y sobre el lecho operatorio o la pared torácica en las mastectomías, lo que coincide con lo re-

portado por Donegan y col.[42,58]

Nos llama la atención el alto porcentaje de recidivas axilares, que en conjunto entre las axilares puras y las axilares y mamarias sincrónicas en la cirugía conservadora, alcanzan el 25,5% de la serie histórica y el 18,5% de la serie actual, aunque representan un bajo porcentaje del total de pacientes tratadas por cáncer de mama, similar a las cifras publicadas por Chu y col.[43] del 5% de recidivas axilares o la de Haagensen,[44] que reportó 2 recidivas axilares de 935 pacientes tratadas.

En cuanto al promedio de seguimiento de 71 y 119 meses en ambas series nos pareció significativo, especialmente si tenemos en cuenta que el tiempo medio de aparición de la recidiva según los diferentes autores se encuentra dentro de los dos primeros años de seguimiento en el 80% al 90% de los casos.[48,49,51-55] Sin embargo, nuestros resultados no muestran la misma tendencia de ocurrencia precoz, si no más bien la mayoría de nuestras recidivas (56%) las encontramos pasando los 2 años de evolución.

El *screening* de RL tiene implicancias diferentes según sean con mastectomía, con un riesgo metástasis a distancia de 50% a 80% a 5 años. En las pacientes con tratamiento conservador supone un riesgo de metástasis a distancia de 30-50%. Cuando la RL es ganglionar tiene un riesgo metástasis a distancia similar a las pacientes con mastectomía.[55]

Idealmente la RL debería ser detectada tempranamente para impactar poco sobre su calidad de vida. Sin embargo, no hay estudio, a la fecha, que pueda sostener este punto de vista. Hasta ahora el rol de la terapia sistémica posterior a una RL es incierto (el NSABP B-37 todavía no se publicó). De los primeros metaanálisis posteriores a RL diagnosticada en etapa asintomática, se mostraron beneficios en calidad de vida pero no en SVG. Galper S y col. arribaron a las mismas conclusiones.[59]

Voogd AC y col.[51-53] sobre una serie histórica y actualizada de 226 pacientes con RL, la SVG a 10 años fue 39% y la SV libre de enfermedad 36%. Dos tercios de las RL invasoras desarrollan metástasis a distancia.

En cuanto al tratamiento de la recidiva pudimos observar que un porcentaje importante de pacientes a las que se les había realizado una reescisión de la recidiva recaía nuevamente. Esto lo observamos en el 27,3% de las pacientes cuyo tratamiento inicial de la enfermedad fue la mastectomía y en dos casos resecamos hasta tres y cinco veces las recidivas secundarias.

En las pacientes con tratamiento conservador a las que se les realizó reescisión de la recidiva observamos que el 12,7% recaían; si bien el número de pacientes analizadas no es grande, pensamos que las pacientes a las que se les aplican estos tratamientos quirúrgicos conservadores de la recurrencia debe advertírseles sobre el riesgo de reaparición que conllevan los mismos, como así también hacer un seguimiento estricto de las mismas.

El ideal es hacer reescisiones en nódulos pequeños que asientan en mamas grandes. Si no se hizo tratamiento radiante primitivamente debe indicárselo.

En cuanto a la comparación de la sobrevida de pacientes con tratamiento primario conservador en las que se realizó reescisión *versus* mastectomía por la recidiva (grupo 1982-2000 y 2000-2005) consideramos que el número de pacientes analizadas (27 conservadoras de la serie actual) nos permite sacar conclusiones firmes al respecto. Tenemos un buen período de seguimiento y las pacientes que tratamos con esta modalidad conservadora de la recidiva presentan una sobrevida actuarial del 74% y hasta ahora ninguna de ellas ha presentado metástasis.

Por ello creemos en la posibilidad de aplicar este tratamiento a estas pacientes, para así brindarles un buen resultado cosmético y mejor calidad de vida, siempre atentos a nuestros preceptos que consideran los criterios de inclusión para este tipo de tratamiento y siempre limitados

a programas de ensayos clínicos controlados, hasta tanto se develen con estadísticas convincentes y basadas en estudios multivariados que incluyan el intervalo libre de enfermedad, los factores de pronóstico histológico, el estado de los márgenes quirúrgicos, la presencia de componente intraductal extenso, el tamaño del tumor original y de la recidiva, la edad de la paciente, entre muchos otros que pudieran sustentar la estandarización de nuestra propuesta, la que seguiremos estudiando en forma prospectiva.

Analizando las tres series de Milán a 20, 10 y 8 años la sobrevida fue igual en los tres grupos. Hubo 30% de reescisiones y 70% de mastectomías. La segunda recidiva fue de 3,5% en mastectomías y 19% en conservadoras. Las metástasis a distancia fueron de 47% en mastectomías y 19% en conservadoras. Destacamos en el grupo III (Quart s/radioterapia) el alto índice de RL (4 meses mayor), las series de Milán reúnen 2.544 cirugías conservadoras seguidas por 134 meses con RL en 232 casos (9%) de las cuales se operaron el 91%. La segunda RL se resolvió en 3,5% con mastectomía y en 19,1% con reescisión. Hicieron metástasis a distancia 47,3% de las mastectomías y 19,5% de las reescisiones.[26,50]

En otra serie de Arrighi y col., referida a SVG a 5 años las que no recidivaron fueron el 85% y las que recidivaron el 65%.[54]

CONCLUSIÓN

No es una mastectomía lo que va impedir que haya metástasis a distancia.

Se podrá decir que las RL tardías afectan menos la sobrevida que las tempranas. La recidiva local es un cáncer y si se deja allí acabará con la enferma.

Como profilaxis, al realizar cirugía conservadora se recomienda una correcta indicación, incidir sobre el tumor en lo posible con incisión elíptica y margen de 2 cm. Ir hasta la aponeurosis en profundidad.

Cuando realicemos mastectomía, la incisión debe pasar a 4 cm del borde del tumor y si está ulcerado, a 6 cm. Se recomienda descartar el instrumental de biopsia.

Al momento actual el tratamiento de la RL en mamas conservadas, no está avalado por ningún trabajo que fundamente si debe ser reescisión o mastectomía.

Entre las ventajas de la reescisión está el cosmético, la no mutilación, la calidad de vida y autoestima.

Pensamos que no se justifica amputar, cuando la sobrevida no se modifica; en cambio, si afecta la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Fisher B, Anderson S, Fisher ER, Redmon C, Wickerman DL, Wolmark, et al. Significance of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy. *Lancet* 1991; 338: 327-31.
2. Stotter A, Atkinson EN, Fairston BA, Mc Neese, et al. Survival following locoregional recurrence after breast conservation therapy for cancer. *Ann Surg* 1989; 212 (2): 166-72.
3. Chauvet B, Reunaud-Bougnoux A, Calais G, Panel N, Lansae J, 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.
4. Solin LJ, Fouble BL, Schultz DJ, Goodman RL. The significance of the pathology margins of the tumor excision on the outcome of patients treated with definitive irradiation for early stage breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 21: 279-87.
5. Carter D. Margins of "lumpectomy" of breast cancer. *Hum Pathol* 1986; 57: 1717-24.
6. Schnitt SJ, Connolly JL. Processing and evaluation of breast excision specimens: a clinically oriented approach. *Ann J Clin Pathol* 1992; 98: 125-37.
7. Mansfield CM, Komarnicky LT, Schwarts GF, Roserberg AL, Krishnan L, Jewell WR, et al. Ten-years results in 1070 patients with stages I and II breast cancer treated by conservative surgery and radiation therapy. *Cancer* 1995; 75: 2328-36.
8. Spivack B, Khanna MM, Tafra L, Juillard G, Giulano A. Margin status and local recurrence after breast-conserving surgery. *Arch Surg* 1994; 129: 952-7.

9. Anscher MS, Jones P, Prosnitz LR, Blackstock W, Hebert M, Reddick R, et al. Local failure and margin status in early-stage breast carcinoma treated with conservation surgery and radiation therapy. *Ann Surg* 1993; 218: 22-8.
10. Schnitt SJ, Abner A, Gelman R, Connolly JL, Recht A, Duda RB, et al. The relationship between microscopic margins of resection and the risk local recurrence in patients with breast cancer treated with breast-conserving surgery and radiation therapy. *Cancer* 1994; 74: 1746-51.
11. Smitt MC, Nowells KW, Zdeblick MJ, Jeffrery S, Carison RW, Stockdale FE, et al. The importance of the lumpectomy surgical margin status in long term results of breast conservation. *Cancer* 1995; 76: 259-67.
12. Schmidt-Ullrich R, Wazer DE, Tercilla 0, Safaii H, Marchant DJ, Smith TJ, et al. Tumor margin assessments as a guide to optimal conservation surgery and Irradiation in early stage breast carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989; 17: 733-8.
13. Leborgne F, Leborgne JH, Ortega B, Doldan R, Zubizarreta E. Breast conservation treatment of early stage breast cancer: patterns of failure. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 31: 765-75.
14. Kurts JM, Jacquemier J, Almalric R, Brandone H, Ayme Y, Ands D, et al. Why are local recurrences after breast conserving surgery more frequent in young patients? *J Clin Oncol* 1990; 8: 591-8.
15. Borger J, Kemperman H, Hart A, Perterse H, Van Dongen J, Bartelink H. Risk factors in breast conserving therapy. *J Clin Oncol* 1994; 12: 653-60.
16. Senitt SJ, Connolly JL, Harris JR, Hellman S, Choen RB. Pathologic predictor of early local recurrence in stage I and II breast cancer treated by primary radiation therapy. *Cancer* 1984; 53: 1049-57.
17. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW. Survival and prognostic factors in node-negative breast cancer: results of long term follow studies. *JNCI* (monographs) 1992; 11: 15962.
18. Mouridsen HT, Andersen J, Andersen KW, Axelsson C, Blichert-Toft M, et al. Classical prognostic factors in node-negative breast cancer: the DBCG experience. *JNCI* (monographs) 1992; 11: 163-6.
19. Mc Guire WL, Tandon AK, Allred DC, Chamnes GC, Radvin PM, Clark GM. Treatment decisions in axillary node-negative breast cancer patients. *JNCI* (monographs) 1992; 11: 172-80.
20. Donegan WL, Perez-Mesa CM, Watson FR. A biostatistical study of locally recurrence breast carcinoma. *Surg Gynecol Obstet* 1996; 122: 529.
21. Fisher E, Redmond C. An others for the Nacional Surgical Adjuvant Breast Project. Systemic therapy in node-negative patients; updated findings from NSABP clinical trials. *JNCI* (monographs) 1992; 11: 150-62.
22. Fisher B, Redmond C, Fisher ER, et al. Ten years results of randomized clinical trial comparing radical mastectomy with or without radiation. *N Engl J Med* 1985; 312: 674.
23. Holland R, Connolly JL, Gelman R, Mravunac M, Hendriks JH, Verbeek AL, et al. The presence of an extensiva intraductal component following a limited excision correlates with prominent residual disease in the remainder of the breast. *J Clin Oncol* 1990; 8: 113-8.
24. Bartelink H, Borger JH, Van Dongen JA, Perterse JL. The impact of tumor size and histology on local control after breast conserving therapy. *Radiother Oncol* 1988; 11: 297-303.
25. Veronesi U, Luini A, Del Cecehio M. Greco M, Galimbertí V, Merson M, et al. Radiotherapy after breast - preserving surgery in women with localízed cancer of the breast. *N Engl J Med* 1993; 328: 1587-91.
26. Salvadori B, Farante G. Las recidivas locales después de la cirugía conservadora del cáncer de mama. *Nuevas Tendencias en Oncología* 1993; 11(3): 22-26.
27. Fisher ER. Sass R, et al. Pathologic finding grow the National Surgical Adyuvant Breast Projet (Protocol 6) 11. Relation of local breast recurrences to multicentricity. *Cancer* 1986; 57: 1717- 1724.
28. Zavotsky J, Gardner B. Postexsicional recurrence of carcinoma of breast. *J Am Coll Surg* 1996; 182: 71-77.
29. Salvadori B, Saccozzi R, Veronesi U. Local failures follow in limited surgery for breast cancer. (Quart); analysis of 871 cases. 14 Int Cancer Congr, Budapest 1987; 7: 1116.
30. Kennedy J, Abeloff M. Management of locally recurrent breast cancer. *Cancer* 1993; 71: 2405.
31. Kurtz JM, Amalric R, Brandone H, Ayme Y. Results of wide excision for mammary recurrence after breast-conserving therapy. *Cancer* 1988; 61: 1969.
32. Peters MV. Local treatment of breast cancer. *Surg Clin North Am* 1984; 64(6): 1151.
33. Amalric R, Santamaria F, Robert F, et al. Conservation therapy of operable breast cancer. Results at 5, 10 and 15 years in 2216 consecutiva cases. In: Harris JR, Hellmans S, Silen W, eds. Conservative management of breast cancer. J B Lippincott & Co. Philadelphia, 1983; pp.15-21.
34. Pierquin B. Conservative treatment for carcinoma of the breast. Experience of Cretail. Ten years results. In: Harris JR, Helimans S, Silen W, eds. Conservative management of breast cancer. J B Lippincott & Co. Philadelphia, 1983; pp.11-14.
35. Prosnitz LR, Goldemberg YS, Weshier Z. Laurence R. Radiotherapy instead of mastectomy for breast cancer. The Yale experience. In: Harris JR, Helimans S, Silen W, eds. Consevative management of breast cancer. J

B Lippincott & Co. Philadelphía, 1983; pp.61-69.
36. Vilcoq YR, Calle R, Stacey T, et al. The outcome of treatment by tumorectomy and radiotherapy of patients with operable breast cancer. *Int J Radial Oncol Biol Phys* 1982; 7:1327.
37. Solin L, Fowble B, Martz K, et al. Definitive irradiaton for early stage breast cancer. The University of Pennsylvania experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 14: 235-242.
38. Olivotto IA, Vasco VE, Jackson SM. Conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer. In: High-risk breast cancer. J Ragaz Irving, M Ariel, eds. 1991; pp.121-138.
39. Zimmerman KW, Montagne ED, Fletcher GH. Frequency, anatomical ditribution and management of local recurrences after definitive therapy for breast cancer. *Cancer* 1966; 19: 67.
40. Toonkel LM, Fix J, Jacobson LH, et al. The significance of local recurrence of carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1983; 9: 33.
41. Bruce J, Carter D, Fraser J. Patterns of recurrent disease in breast cancer. *Lancet* 1970; 1: 433.
42. Donegan WL, Prez-Mesa CM, Watson FR. A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma. *Surg Gynecol Obstet* 1966; 122: 529-40.
43. Chu FCH, Lin FY, Mm JH, et al. Locally recurrent carcinoma of the breast. Results of radiation therapy. *Cancer* 1976: 37: 2677.
44. Haagensen C. Discases of the breast. W B Saunders, Philadelphia, 1986; p.911.
45. Dao TL, Nemoto N. The clinical significance of skin recurrence after radical mastectomy in women with cancer of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1963; 117: 447-53.
46. Gilliland MD, Barton R, Copeland EM. The implications of local recurrence of breast cancer as the first site of therapeutie failure. *Ann Surg* 1983; 197: 284-6.
47. Rosenman J, Bernard S, Kober C, Leland W, Varia M, Newsome J. Local recurrence in patients with breast cancer at the North Carolina Memorial Hospital (1970-1982). *Cancer* 1986; 57: 1421-5.
48. Matsumoto K. Prognostic analysis of recurrents breast cancer. *Jpn J Clin Oncol* 1985; 15: 595-601.
49. Saphner T, Tormey DC, Gray R. Annual hazard rates of recurrence for breast cancer after primary therapy. *J Clin Oncol* 1966; 14: 2738-46.
50. Veronesi U, et al. Local recurrences and distant metastasis after conservative breast cancer treatments: partly independent events. *JNCI* 1995, A7(1): 19-22.
51. Voogd AC, et al. *J Clin Oncol* 2001; 19(6): 1688-97.
52. Voogd AC, Rutgers EJ, van Tienhoven G. The long-term prognosis of locally recurrent breast cancer after breast conserving treatment. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 7: 150(1): 9-11
53. Voogd AC, vanTienhoven G, et al. Local recurrence after breast conservation therapy for early stage breast carcinoma. *Cancer* 1999; 85: 437-446.
54. Arrighi A, Lamatina JC, Guixa HG y col. Recidiva local posterior al tratamiento conservador en cáncer de mama. *Rev Arg Mastol* 1992; 34: 183-195.
55. Vicini FA, Kestin L, Huang R, et al. Does local recurrence affect the rate of distant metastasis and survival in patients with early-stage breast carcinoma treated with breast conserving therapy? *Cancer* 2003; 97: 910-19.
56. Komoike-Akiyama F,et al. Ipsilateral breast tumor recurrence after breast conservative. Risk factor and impact distant metastases. *Cancer* 2006; 106: 35-41.
57. Monique G, Arriagada R. *Cancer* 2002; 94: 2813-20.
58. Huang E, Buchholz TA, et al. Clasifying local disease recurrences alter breast conservation therapy based on location and histology. *Cancer* 2002; 95: 2059-67.
59. Galper S, Blood E, Gelman B,et al. Prognosis after LR after C. Surgery and radiation for early stage breast cancer. *J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 61: 348-57.