

CÁNCER DE MAMA. RECURRENCIAS LOCALES Y REGIONALES MÚLTIPLES EN EL TIEMPO SIN EXTENSIÓN SISTÉMICA

DEMIÁN SPINETTI,¹ LUIS BETANCOURT,¹ PEDRO MARTÍNEZ,¹ GABRIEL ROMERO,¹ FELIPE DÍAZ,¹ RENATA SÁNCHEZ,² CECILIA BERMÚDEZ,³ CLAUDIA GONZÁLEZ,¹ JUAN HERNÁNDEZ¹

¹INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI" ²SERVICIO DE CIRUGÍA III. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS ³SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. INSTITUTO ONCOLÓGICO "LUIS RAZETTI"

RESUMEN

Las recidivas locales o regionales del cáncer de mama se presentan en su mayoría en los primeros 5 años posteriores al tratamiento y su aparición está relacionada con el desarrollo de enfermedad a distancia en un subgrupo de pacientes, esto determina un peor pronóstico. Se presenta el caso de una paciente de 50 años de edad con antecedente de cáncer de mama estadio IIB diagnosticada y tratada en 1986, a los 2 años presenta su primera recidiva local, posteriormente 3 recidivas locales en los siguientes 4 años; recibe tratamiento en todas las ocasiones y mantiene un intervalo libre de enfermedad de 156 meses. En el año 2005 presenta una nueva recidiva local y regional, manteniéndose libre de enfermedad a distancia. Es nuevamente tratada y tiene un intervalo libre de enfermedad de 22 meses para el momento de esta presentación.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, recidiva, recurrencia, local, regional, metástasis, mama.

SUMMARY

The local or regional failure of the breast cancer appears in their majority in the first 5 years subsequent to the treatment and its appearance is related to the development of a remote disease in a sub-group of patients, which determines a worse prognosis. We present the case of a patient of 50 years old with antecedent of breast cancer when appears diagnosed stage IIB and treated in 1986, in the next 2 years presented her first local recurrence, later 3 local recurrences in the following 4 years. Is treated in all occasions and maintains a free disease interval of 156 months. In the year 2005 present a new local and regional recurrence maintained free evidence of systemic disease. Is new treated and she has a free interval of disease of 22 months for the moment of this presentation.

KEY WORDS: Cancer, failure, recurrence, local, regional, metastasis, breast.

INTRODUCCIÓN

S

e puede definir la recidiva local como la reaparición del cáncer ya sea en la mama operada, en la cicatriz operatoria o en la piel que recubre la parrilla costal después de realizada la cirugía. La recidiva regional se define como

la situación anatómica en la cual el compromiso tumoral se presenta invadiendo los ganglios de la axila, infraclaviculares, supraclaviculares

Recibido: 20/02/2009 Revisado: 18/03/2009

Aceptado para publicación: 22/06/2009

Correspondencia: Dr. Demián A Spinetti R. Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti"

Servicio de Patología Mamaria. Calle Real de Cotiza. San José, Cotiza. Caracas. Tel: 04147485454.

E-mail: lrazetti@yahoo.com

ipsilaterales o los de la cadena mamaria interna. Por último la recidiva sistémica que se refiere a la comprobación de células metastásicas en cualquier localización distinta de la local o la regional (ósea, pulmonar, hepática, etc.).⁽¹⁻³⁾

Entre los factores más importantes de la recidiva se consideran las relacionadas al tipo y las características del tumor (tamaño tumoral, grado histológico, márgenes de resección, etc.), el número de ganglios afectados y estadio de la enfermedad al momento de la presentación. En segunda instancia como factor predictivo de la recaída es el tipo de tratamiento realizado a la paciente (cirugía, quimioterapia, radioterapia o manejo hormonal).

La incidencia de recidiva local y regional posterior a la mastectomía radical modificada oscila entre el 3 % y el 48 % ⁽¹⁻⁵⁾. Clemons y col.^(1,2). Informan en una extensa revisión la incidencia de la recidiva local y regional 10 años después de la mastectomía en un 13 %. Mencionan también que el 35 % de las mujeres que sufren la recidiva local o regional posterior a la cirugía se presentan con enfermedad sistémica previa o sincrónica. Entre el 80 % y 90 % de las recidivas locales y regionales aparecen en los primeros 5 años posteriores a la cirugía y el 10 % restante lo hacen entre los 5 y 10 años sucesivos. Posterior a los 15 años se informan recidivas en un menor porcentaje.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 50 años de edad, conocida por nuestro servicio desde octubre de 1986 por adenocarcinoma infiltrante de mama izquierda, estadio IIB; tratada mediante cirugía preservadora seguida de quimioterapia (ciclofosfamida, metotrexate, 5-fluoracilo por 2 ciclos inicialmente, doxorrubicina, ciclofosfamida por 9 ciclos) y radioterapia (5 000 cGy + 1 500 *boost*). Se mantiene en controles y libre de enfermedad hasta septiembre de 1988 cuando presenta recaída local a nivel de mama que ameritó mastectomía total

simple izquierda, seguida de quimioterapia (ciclofosfamida, metotrexate, 5-fluoracilo por 8 ciclos); se mantiene sin anormalidades hasta junio 1989 cuando presenta nódulos a nivel de cicatriz operatoria documentándose, por biopsia, recaída local en cicatriz y piel de pared torácica; por ello en diciembre de 1989 es sometida a resección de lesiones en piel más ooforectomía. Se completan 12 ciclos de quimioterapia (ciclofosfamida, metotrexate, 5-fluoracilo por 4 ciclos adicionales), seguida de radioterapia (3 000 cGy) y tamoxifeno 20 mg día por vía oral. En controles sucesivos se mantiene libre de enfermedad hasta diciembre 1992 cuando presenta nódulo en piel de hemitórax izquierdo. Su resección documenta nueva recaída local, completa 7 años con tamoxifeno, manteniéndose libre de enfermedad local y a distancia hasta septiembre de 2005 cuando nuevamente presenta múltiples lesiones en piel y axila ipsilateral; documentándose nueva recaída local y regional, sin enfermedad a distancia, realizando en esta oportunidad resección local amplia de lesiones en piel y a nivel axilar (Figura 1, 4, 5, 6) con reconstrucción inmediata (rotación de colgajo de pedículo inferior) y radioterapia (2 160 cGy) además de inhibidores de aromataza a partir de enero 2006 manteniéndose libre de enfermedad local, regional y a distancia hasta el momento.

La paciente no presenta antecedentes familiares ni personales de importancia para su enfermedad de base. Evaluada en último control en julio del año en curso evidenciando una paciente totalmente asintomática desde el punto de vista clínico (Figura 2 y 3) y sin evidencia de enfermedad locorregional ni a distancia por exámenes paraclínicos realizados como se describen a continuación:

Mamografía.

Ultrasonido mamario y abdominal.

Radiografía de tórax.

TAC de: tórax, abdomen y pelvis

Gammagrama óseo

Exámenes de laboratorio

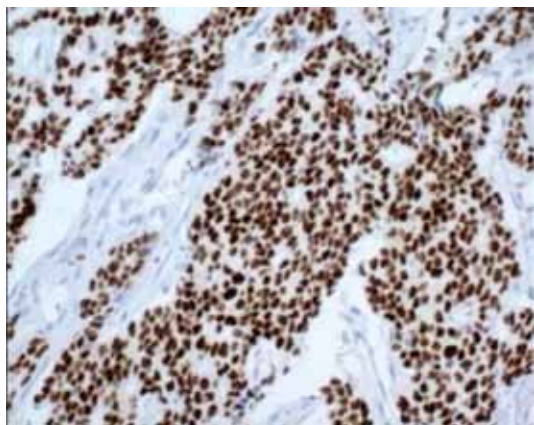


Figura 1. Carcinoma ductal infiltrante con receptores de estrógenos y de progesterona positivos en 98 % respectivamente. Sin expresión de la oncoproteína C-ERB (0/+++). (Tinción Inmunohistoquímica 10x).

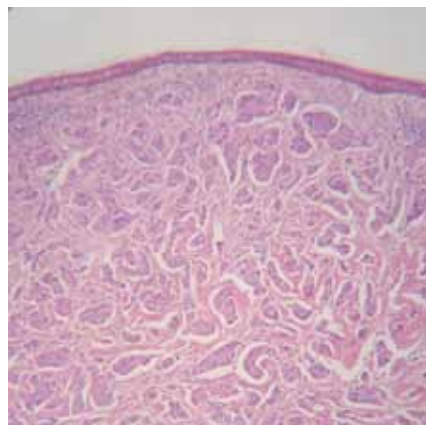


Figura 4. Infiltración de la dermis (10x).



Figura 2. Paciente posterior al tratamiento.

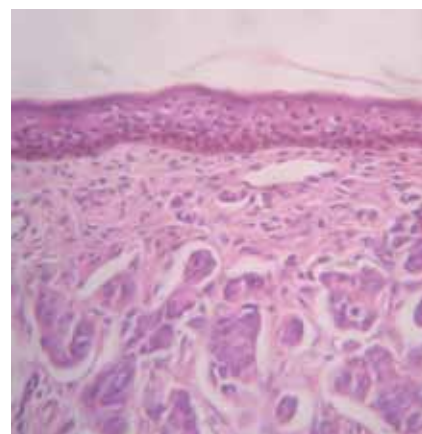


Figura 5. Infiltración de la dermis e invasión de vasos linfáticos dérmicos superficiales (40x).



Figura 3. Aspecto final pared torácica.

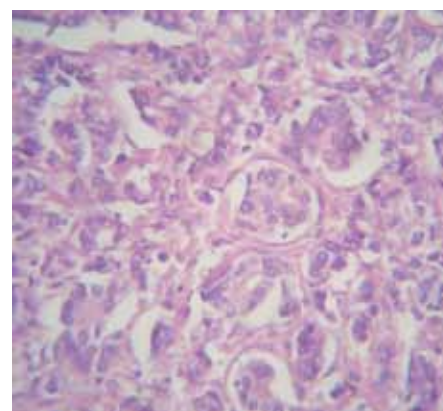


Figura 6. Zona con formación de túbulos (40x).

Se mantiene tratamiento con inhibidores de aromatasa.

DISCUSIÓN

Al revisar la literatura disponible se describen claras diferencias en el patrón de las recidivas locales dependiendo del tipo de cirugía realizada y de la adyuvancia suministrada, presentando tasas promedio de supervivencia similares a 5 años posterior al tratamiento de la recidiva, asociándose a peor pronóstico el grupo de pacientes que han recidivado en comparación a las pacientes que nunca la han presentado⁽¹⁻³⁾.

De igual manera se menciona que mientras la recidiva es un factor pronóstico independiente, indicador de las metástasis a distancia, todavía no se conoce si la relación entre la recidiva y las metástasis a distancia es independiente, coincidencial o causal. Pero esta descrito que el 35 % de las mujeres que sufren la recidiva local o regional posterior al tratamiento se presentan con enfermedad sistémica previa o sincrónica⁽¹⁻⁶⁾.

La mayoría de las revisiones indican que el 80 % al 90 % de las recidivas aparecen los

primeros 5 años posteriores al tratamiento y tan sólo el 10 % restante lo hacen entre los 5 y 10 años siguientes y que en un porcentaje menor se informan recidivas posteriores inclusive a los 15 años⁽¹⁻³⁾.

En vista a todo lo antes expuesto nos parece interesante la presentación de este caso en particular, posterior a varias recidivas locales con intervalos libres de enfermedad relativamente cortos, y posterior a tratamientos combinados, se mantiene libre de enfermedad a distancia. Es aún más interesante que la paciente presentara posterior al último tratamiento un intervalo libre de enfermedad de 156 meses para luego tener una nueva recidiva local y regional (sin recidiva a distancia) la cual se trata mediante cirugía, radioterapia y manejo hormonal. Demostrándose en el seguimiento de la paciente que posterior a 22 meses de completado el tratamiento permanece libre de enfermedad local, regional y sistémica, lo cual no se ajusta a los patrones habituales de presentación de las recidivas en el tiempo, así como tampoco la asociación de las recidivas locales y regionales con el desarrollo de enfermedad a distancia, siendo aún más infrecuente que se mantenga libre de enfermedad posterior a múltiples recidivas.

REFERENCIAS

1. Clemons M, Danson S, Hamilton T, Goss P. Locoregionally recurrent breast cancer: Incidence, risk factor and survival. *Cancer Treat Rev.* 2001;27:67-82.
2. Clemons M, Hamilton T, Goss P. Does treatment at the time of locoregional failure of breast cancer alter prognosis? *Cancer Treat Rev.* 2001;27:83-97.
3. Elder E, Kennedy C, Gluch L, Carmalt H, Janu N, Joseph M, et al. Patterns of breast cancer relapse. *Eur J Surg Oncol.* 2006;32:922-927.
4. Arratzoa J. Recidivas locales en cáncer de mama. En: Arratzoa J, editor. *La mama, diagnóstico y tratamiento*. 2ª edición. Chile: Editorial Mediterráneo LTDA; 2004.p.436-461.
5. El-Tamer M. Patrones de recidiva en el cáncer de mama. En: Bland K, Copeland III E, editores. *La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. 3ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana SA; 2007.p.432-441.
6. Moran M, Haffty B. Local regional cancer recurrence: Prognostic groups based on patterns of failure. *Breast J.* 2002;8:81-87.