

*Por solicitud suscrita por el doctor Fortunato Aljure, de Cali, y por considerarlo de interés científico, la Revista de la Sociedad Colombiana de Cirugía se complace en publicar algunos conceptos que el autor mencionado ha expuesto sobre el controvertido tema del "Carcinoma Temprano de Mama". Dice así el doctor Aljure:*

Quiero aprovechar esta oportunidad para dar un concepto escrito, sobre la conducta frente al llamado carcinoma temprano de mama. Me refiero en concreto a los tumores únicos de mama de menos de 2 cm de diámetro mayor y con axila clínicamente negativa.

Por un lado, hay que diferenciar el carcinoma temprano de mama, de todos aquellos tumores no palpables, por ser su tamaño menor de 1 cm y habitualmente diagnosticados únicamente por una mamografía de óptima calidad, estudiada por un radiólogo muy capacitado para localizarlo e interpretarlo.

Para un tratamiento eficaz que, además, conserve la integridad cosmética adecuada, se ha propuesto una mastectomía parcial, un vaciamiento axilar, y una radioterapia de toda la mama afectada.

Por supuesto que esta cirugía debe ser muy exigente en su técnica, sobre todo en la habilidad de dejar un margen de por lo menos 1 cm en las 3 dimensiones del espécimen completamente libre del tumor, incluyendo el componente intraductal. Recalco que no debe existir ningún indicio de tumor, por lo menos a 1 cm de distancia del primario. Esto requiere marcar los límites en alguna forma; la mayoría preconiza la tinta china, y se ha extendido el uso del diagnóstico diferido en lugar de la congelación en estos casos.

Indudablemente es mayor el beneficio a la paciente, si se le practica un vaciamiento axilar completo, que incluye el vértice de la axila. En muchos casos es obligatorio para lograrlo sacrificar el músculo pectoral menor.

Esto tiene una implicación desde el punto de vista de dar una información adecuada de la realidad histopatológica de todos los ganglios de la axila, que puede tener una consecuencia terapéutica en sí misma pero, sobre todo, ayuda a definir el tratamiento de la paciente y es un determinante del pronóstico.

Por otro lado, dentro del espectro (0.5 a 2 cm) de los diferentes tamaños del tumor en esta fase temprana, se requiere una habilidad del laboratorio de patología para disponer de tejido adecuado para medir los receptores de estrógeno y progestágeno y, en un futuro, de otros marcadores como la transferasa y Cathepsan D. Ojalá que pronto contemos con la tecnología de la citometría

de flujo para medir el "ploidismo" nuclear que hasta el momento configura el más importante factor de riesgo significativo.

Es reconocido que la presencia de multifocalidad o de numerosas calcificaciones esparcidas en el tejido mamario, son una contraindicación formal para la mastectomía conservadora. Esto significa la necesidad de la disponibilidad de excelentes aparatos de mamografía y de radiólogos experimentados.

En cuanto a la radioterapia, la experiencia en los centros más connotados prácticamente ha cambiado el uso de la cobaltoterapia, por el de los aceleradores con emisión de electrones, por la calidad de respuesta que favorece la preservación cosmética de la mama.

Aun mediante excelentes y experimentados tratamientos con radioterapia, la posibilidad de recurrencia sobrepasa el 20% a 5 años, mayor que con mastectomía radical modificada (MRM) en estos casos tempranos. El argumento de que después de la recurrencia (o persistencia) con radioterapia, se pueden rescatar con la MRM debe tenerse en cuenta, lo cual requiere un seguimiento muy adecuado aunque de todas maneras el pronóstico se empeora y, además, hay un porcentaje significativo de morbilidad por radioterapia.

Existe un consenso que plantea como punto de referencia de tratamiento curativo del cáncer de mama, la mastectomía radical clásica y luego la mastectomía radical modificada. Lo que se pretende con la cirugía conservadora, es preservar la mama y hacerle ganar a la paciente un mayor deseo de acudir al médico en forma más temprana, pero en ningún caso este tratamiento conservador ha mejorado los índices de curación a 5, 10 y 15 años, obtenidos con los tratamientos de referencia.

Con la garantía reconocida de que la mastectomía radical modificada bien indicada y técnicamente bien realizada, da los mejores índices de curación hasta ahora reconocidos para el cáncer temprano de la mama, aquella debe ser el tratamiento de escogencia en la gran mayoría de los casos tempranos, sobre todo en nuestro medio en que: 1. Existen los cirujanos capacitados y experimentados para este tratamiento con la MRM. 2. Hay muchas dificultades para tener laboratorios bien equipados y con patólogos disponibles para un estudio minucioso y concienzudo del espécimen, que indiquen claramente los límites libres del tumor. 3. Carecemos de suficientes de equipos de radioterapia y de radioterapeutas. 4. Aún tenemos problemas técnicos serios con los mamógrafos disponibles.

Cali, 22 de Junio de 1990