

## Originales

# Tratamiento quirúrgico de las recidivas locorregionales del cáncer de mama

J. M. Cano Bolufer \*, M. F. Sancho Merle \*\*, R. Sospedra Ferrer \*\* y C. Vázquez Albaladejo \*\*\*.

Instituto Valenciano de Oncología. Servicio de Cirugía. (Jefe de Servicio: Dr. Vázquez Albaladejo). Valencia

**Palabras clave:** Cáncer de mama. Tratamiento recidivas cáncer mama.

### Resumen

Estudiamos el tratamiento quirúrgico de las recidivas locorregionales del cáncer de mama basándonos en la experiencia de 29 enfermas y revisión de la literatura.

Hemos practicado resecciones amplias y reconstrucción plástica, utilizando colgajos cutáneos y/o dermomusculares, tanto cuando el tumor afecta sólo a partes blandas, como cuando compromete todo el espesor de la pared torácica.

Esta cirugía no se acompaña de mortalidad; la morbilidad es mínima, lo que permite una rápida incorporación a otros esquemas terapéuticos, y los resultados funcionales e incluso estéticos son aceptables.

### Abstract

The surgical treatment of locoregional recurrences in breast cancer is studied in this paper, taking the authors experience of 29 patients and review of literature as a basis.

Wide local resections and plastic reconstructions have been performed, using cutaneous and/or dermomuscular flaps both when the tumour affects only soft tissues and when it affects all the thickness of the thoracic wall.

This surgery has no mortality, and morbidity is minimal, thus allowing a quick incorporation to other therapeutic plans. Functional, and even aesthetic results, are acceptable.

### Introducción

El tratamiento quirúrgico de las recidivas locorregionales del cáncer de mama plantea, aún hoy, una problemática de difícil desenlace, en virtud de la in-

siencia de su patogenia y de la complejidad de su tratamiento. Si a esto añadimos que, probablemente, la recidiva locorregional sea el signo más notorio y precoz del fracaso terapéutico primario, entenderemos la actualidad y arduidad del tema.

La exéresis amplia de partes blandas y pared torácica en las recurrencias locales tiene su inicio con Kolaczec<sup>1</sup>; aunque sería Schede<sup>2</sup>, en 1886, el pionero en realizar el tratamiento quirúrgico de las recidivas de tumores de mama. Posteriormente, Sauerbruch<sup>3</sup> adquiere notoriedad por sus resecciones torácicas, que construía utilizando un injerto pediculado de la mama contralateral. En época más reciente, Urban<sup>4</sup> defiende esta actitud para las recidivas locales y regionales mamarias internas.

Nuestro juicio sobre la exéresis amplia de la recidiva locorregional quiere seguir el pensar de Donegan<sup>5</sup> al considerar que el acto quirúrgico no sólo contempla una faceta citorreductora, sino que además va a tratar o a prevenir la aparición de una auténtica patología local en la pared torácica que comprometerá la calidad de vida de la paciente. En este sentido hemos practicado resecciones amplias de recidivas locales y regionales en 29 enfermas seleccionadas por su situación oncológica de pronóstico favorable, por falta de respuesta a otras terapéuticas sistémicas o ionizantes, para resolver úlceras radiobiológicas y ante tumores recidivados que infiltran pared torácica o que precisen un área de resección superior a los 5-10 cm. de diámetro.

### Material y métodos

Nuestra revisión fue iniciada en abril de 1981 y clausurada en enero de 1983, incluyendo un total de 29 pacientes cuyas edades oscilaban entre los 28 y 73 años ( $\bar{x} = 54,1724 \pm 15,6977$ ). Habían sido interve-

\* Médico interno. \*\* Médico adjunto. \*\*\* Jefe de Servicio.

Recepción: 6/83.

Correspondencia: José María Bolufer Cano  
Avda. Primado Reig, 179, 10.ª A  
Valencia

**Tabla I**  
**Histopatología del tumor primitivo de mama**

	Enfermas
Ca. ductal infiltrante .....	16
Ca. ductal infiltrante multicéntrico .....	5
Ca. mucinoso .....	1
Ca. coloide medular .....	2
Ca. escirro .....	2
Ca. anaplásico .....	1
Ca. de glándulas apocrinas .....	2

**Tabla II**  
**Agrupamiento por estadios del cáncer de mama primitivo**

	Enfermas
Estadio II .....	14
Estadio IIIa .....	7
Estadio IIIb .....	4
Estadio IV .....	2
T <sub>x</sub> N <sub>x</sub> M <sub>0</sub> .....	2

**Tabla III**  
**Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama**

	Enfermas
Mastectomía radical convencional .....	14
Mastectomía radical modificada .....	10
Mastectomía simple .....	5

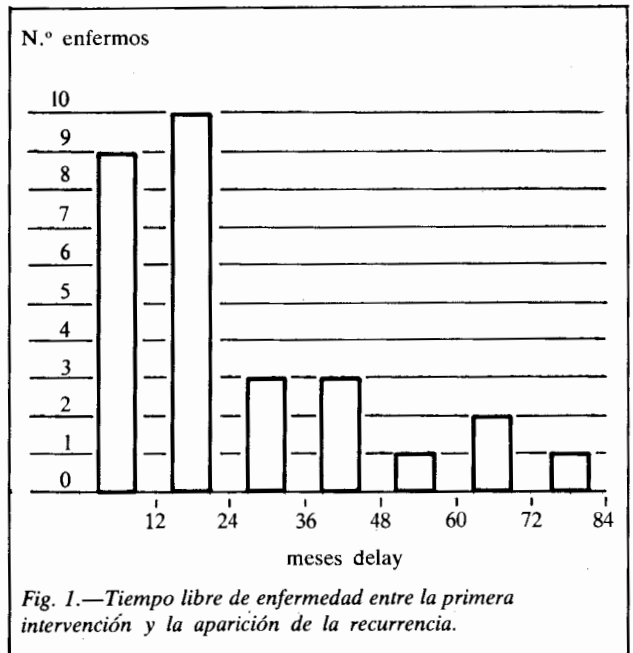
nidas previamente en otros centros y remitidas al Instituto Valenciano de Oncología (IVO) para tratamiento complementario. Los informes anatomopatológicos que poseemos del tumor primario muestran un predominio de Ca. ductal infiltrante, cinco de ellos multicéntricos (tabla I). La localización inicial del tumor fue la mama izquierda en 15 enfermas, la derecha en 12 casos y la prolongación axilar izquierda en dos pacientes. El estadiaje inicial se describe en la tabla II, y las técnicas quirúrgicas a las que fueron sometidas para tratar el tumor primario se desglosan en la tabla III. Todas las enfermas recibieron tratamiento complementario en IVO.

**Resultados**

Clínicamente las recidivas locales se presentaron bajo la forma de nódulos subcutáneos con o sin infiltración muscular u ósea en 20 pacientes, como cutáneos múltiples agrupadas en cuatro casos, úlcera radiobiológica parietal en tres enfermas y clasificadas como mastectomía incompleta y/o recidiva regional en dos. El tiempo libre de enfermedad entre la primera intervención y el momento de aparición de la

recurrencia osciló entre los tres y setenta y tres meses ( $\bar{x} = 25,03 \pm 20,18$ ) (fig. 1). Seis pacientes habían presentado previamente varios brotes de recurrencias en pared torácica.

El procedimiento quirúrgico con el que tratamos la recidiva fue la exéresis amplia de la misma, completando, además, el vaciamiento axilar homolateral en cinco de ellas; en dos casos se resecaron los pec-



*Fig. 1.—Tiempo libre de enfermedad entre la primera intervención y la aparición de la recurrencia.*

**Tabla IV**  
**Procedimientos reconstructores para cubrir el defecto parietal tras la resección amplia de la recidiva local regional**

	Enfermas
Transposición dermomuscular del dorsal ancho .....	17
Piel abdominal avanzada o colgajos abdominomamarios .....	7
Plastias de rotación o de traslación .....	4
Plastia en doble «L» .....	1

torales y en otras tantas practicamos la resección costal y de pleura parietal. Para la reconstrucción del defecto parietal se han utilizado distintas técnicas con colgajos cutáneos o dermomusculares (tabla IV).

La mortalidad operatoria ha sido nula. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, que fueron mínimas, destacar una infección de herida, una necrosis parcial de borde y maceración-dehiscencia parcial de sutura en otra paciente, así como mínimo derrame pleural postquirúrgico en los dos casos de resección costal y pleural.

Se presentaron segundas recurrencias locales en

dos pacientes al mes y a los ocho meses de nuestra intervención, manifestándose como cutáneos en piel de pared torácica, respetando el colgajo del dorsal, y como cutáneos en mama contralateral y nódulos en tejido celular subcutáneo junto a cicatriz del colgajo del dorsal, respectivamente, que fueron operadas de nuevo con resultado satisfactorio. No se les aplicó radioterapia por haber sido tratadas previamente, alcanzando dosis máximas que no permitían la sobreimpresión.

Referente a la supervivencia, 16 enfermas viven, sin que en los controles postoperatorios seguidos periódicamente se hayan detectado signos de diseminación metastásica ni recurrencia local, oscilando entre uno y diecinueve meses ( $\bar{x} = 9,07 \pm 4,90$ ). Por el contrario, cuatro pacientes fallecieron por su cáncer a los tres, cuatro, seis y siete meses respectivamente de nuestra intervención, y nueve enfermas viven habiendo desarrollado metástasis a distancia, por las que siguen tratamiento en nuestro centro.

Finalmente hemos sometido a una evaluación funcional postquirúrgica a nuestras pacientes, comprobando una notable mejoría en cuatro enfermas con tumor parietal, en otras cuatro con disminución de la movilidad de la articulación escapulo-humeral y, en general, una más aceptable calidad de vida.

## Discusión

La recidiva local del cáncer de mama tras mastectomía radical se presenta con una incidencia variable, en función principalmente de la afectación ganglionar. Oscila entre el 27% versus el 8%, según Valagussa<sup>6</sup>; 25% versus el 4%, según Fisher<sup>7</sup>; 30% versus el 10%, según Pawlias<sup>8</sup>; 11,2% versus el 2,6%, según Deck<sup>9</sup>; 26,7% versus el 6,5%, según Donegan<sup>10</sup>, y del 19% versus el 3%, según Haagensen<sup>11</sup>, según o no infiltración axilar.

A tal fin se considera que la radioterapia locorreional, como tratamiento subsecuente a la cirugía, pretende eliminar el cáncer oculto residual. De este modo, Fletcher<sup>12</sup> y Weichselbaum<sup>13</sup>, entre otros, consiguen reducir la aparición de recidiva regional al 1% y la recidiva local en pared torácica al 5%, cifras significativamente inferiores a los resultados esperados en ausencia de irradiación. De igual manera, en el National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP), Fisher<sup>7</sup> rebaja el 12,5% de frecuencia comprobada de recidiva locorreional después de la cirugía radical a un 1,5% si se aplicaba radioterapia.

La conducta usual del tratamiento frente a pequeñas recidivas locales únicas o cutáneas ha sido el quirúrgico o las radiaciones ionizantes, mientras que se han preconizado las últimas ante la recidiva regional o extensas recurrencias locales consideradas inoperables —Haagensen<sup>14</sup>—. No obstante, otros au-

tores, como Spratt<sup>1, 15</sup>, estiman que la radioterapia no conseguirá erradicar el tumor parietal si éste es de gran tamaño. Se entiende que, además, su aparición supone considerar el paso de la enfermedad neoplásica a una fase sistémica, por lo que actualmente se asocia poliquimioterapia<sup>16</sup>.

A nuestro entender, existe indicación quirúrgica en tumores recidivados que infiltran la pared torácica, en ausencia de enfermedad diseminada demostrable, o ante aquellos tumores ulcerados, odoríferos, tórpidos y úlceras radiobiológicas, siempre que, evidentemente, las condiciones generales de la paciente lo permitan. La validez oncológica de esta postura admite una amplia discusión, ya que se considera al cáncer de mama con afectación ganglionar como una enfermedad sistémica de principio, por lo que estas enfermas tienen un alto riesgo de presentar metástasis sincrónicamente con la recurrencia local: Bruce<sup>17</sup> aporta un 26% frente al 4% de la recidiva local sin enfermedad sistémica; Donegan<sup>10</sup> refiere sólo cuatro recurrencias locorreregionales sin metástasis distantes de 146 casos; Pawlias<sup>8</sup> y Dao<sup>18</sup> muestran aparición simultánea de ambas en más de la mitad de sus pacientes.

No obstante, en nuestra experiencia hubo 16 enfermas sin metástasis demostrables por los métodos exploratorios que poseemos actualmente (clínica, biología, radiología, medicina nuclear, ultrasonidos e histopatología), que habían presentado recurrencia locorreional. Es por ello, por lo que consideramos que hay un grupo de enfermas con patología local que estarán libres de enfermedad sistémica durante períodos prolongados de tiempo y que pueden ser tributarias de un tratamiento local agresivo, quirúrgico y/o radioterápico, complementado con las drogas oncolíticas. En esta línea están los resultados de la doctora Chu<sup>19</sup>, que alcanza supervivencias del 23% (35/151) a los cinco años, si la recidiva local es única, y del 11% (7/64) si era múltiple, logrando con radioterapia un control total de la recurrencia del 26% (37/143) y parcial del 9% (5/52) a los cinco años; Shah y Urban<sup>4</sup> logran supervivencias del 41% (15/36) a los cinco años tras exéresis amplia quirúrgica de recidivas regionales paraesternales; Snyder<sup>20</sup> aporta una casuística similar y considera que la resección parcial de la pared torácica prolonga la vida y posiblemente sea curativa en casos seleccionados de recidivas locales sin metástasis posteriores a los cuarenta y ocho meses de la mastectomía radical. Bedwinek<sup>21</sup> y Madoc-Jones<sup>22</sup> constatan una supervivencia en la recidiva locorreional sin metástasis evidentes del 36% a los cinco años; no obstante, la enfermedad local puede afectar gravemente la calidad de vida de estas pacientes de larga supervivencia teórica, por lo que reflexionan la necesidad de tratamiento local.

Estos datos indican que no todas las recidivas lo-



Fig. 2.—Amplia recidiva local y mastectomía incompleta, tratada mediante resección y colgajo abdominomamario.

corregionales se siguen necesariamente de enfermedad diseminada y de rápido fallecimiento, pues hay un considerable porcentaje de pacientes en las que la enfermedad permanece localizada durante largo tiempo. En estos casos, un tratamiento local agresivo, quirúrgico y/o radioterápico puede controlar la enfermedad perfectamente. Será importante el rápi-

do diagnóstico de la recidiva y de la instauración del tratamiento, obteniéndose mejores resultados cuanto más precoz sea el mismo y más pequeña la lesión.

La técnica quirúrgica de aplicación, tras la comprobación biopsica de la naturaleza carcinomatosa de la lesión, tiene que plantear una escisión amplia y la utilización de un método que posibilite la reparación plástica de la zona. El control histopatológico previo es imprescindible, ya que algunas lesiones subcutáneas tienen un aspecto pseudotumoral que puede inducir al error, aun en cirujanos con gran experiencia en este tipo de patología.

Básicamente, ante una escisión amplia, superior a los 5-10 cm. de diámetro, en la que la aproximación simple no sea factible, por excesiva tensión de bordes o por compromiso en la vitalidad de los colgajos por los tratamientos anteriores, la técnica de reconstrucción a elegir es:

a) Colgajos cutáneos o dermograsos:

— Plastias de rotación a lo Blascovitz, o de traslación a lo Hadgistamoff y la plastia de traslación laterodorsal de piel lateral<sup>23</sup>.

— Colgajo abdominomamario de De la Plaza<sup>24</sup> (fig. 2).

b) Colgajos dermomusculares:

— Colgajo del latissimus dorsi<sup>25</sup>.

— Colgajo del recto anterior<sup>26</sup>.

En nuestra experiencia, los colgajos cutáneos pueden reservarse para aquellas infiltraciones limitadas a piel y tejido celular subcutáneo (fig. 3), pero generalmente la agresividad tumoral alcanza el plano muscular, ya sean los pectorales, si no fueron resecados anteriormente, o incluso los intercostales y, en algunas ocasiones, el plano óseo. En estos casos, los colgajos dermomusculares son de gran utilidad: proporcionan la posibilidad de efectuar una resección satisfactoria y se puede disponer de una cobertura plástica muy aceptable, incluso si se llegan a resecar algunos cartílagos costales (fig. 4).

Este método es aplicable a otras lesiones de la pared torácica, tras mastectomía, debidas a tratamientos radioterápicos, como son las úlceras radionecróticas, dolorosas, que llegan a afectar el confort social y la higiene local en pacientes que en algunos casos no tienen signos de recidiva tumoral, y aun presentando enfermedad sistémica, es tal el padecimiento local que justifica la intervención.

Esto obliga a decidir un tratamiento que proporcione una mejor calidad de vida, a la vez que un beneficio estético local. Tanto más cuanto que otras terapias anexas que forman parte obligada del tratamiento integral del cáncer de mama pueden aplicarse sin demora ni contraindicación alguna con la cirugía.



Fig. 3.—Recidiva local de carcinoma mamario, que no infiltra plano costal. Se practica plastia de rotación de pie medial para la reconstrucción del defecto parietal.

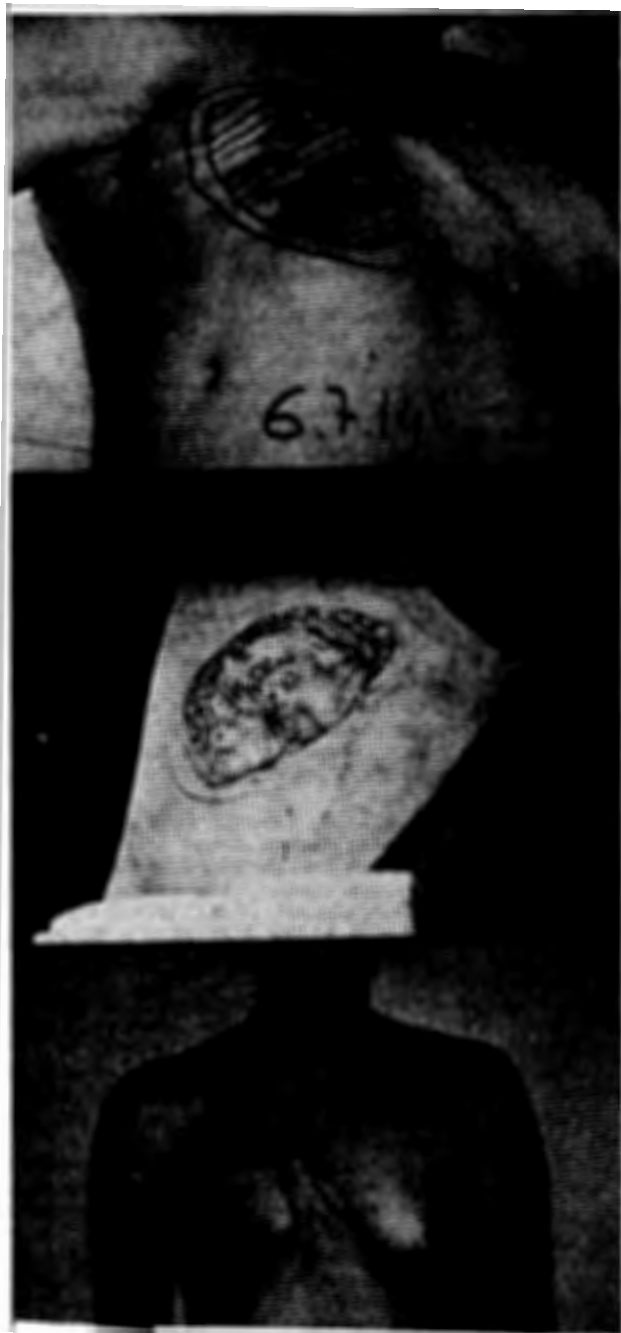


Fig. 4.—Recidiva local que infiltra pared torácica y que obligó a la resección costal y reconstrucción mediante colgajo dermomuscular del dorsal ancho.

### Bibliografía

1. Citado por DONEGAN, W. L.: «Recurrencia local y regional». En Donegan, W. L. y Spratt, J. S.: *Cáncer de mama*, pp. 345-358. Ed. Med. Panamericana. Buenos Aires, 1982.
2. SCHEDE: «Aerzlicher Verein zu Hamburg». Citado por Donegan, W. L.: «Recurrencia local y regional». En Done-

gan, W. L., y Spratt, J. S.: *Cáncer de mama*, pp. 345-358. Ed. Med. Panamericana. Buenos Aires, 1982.

3. URBAN, J. A.: «Radical excision of the chest wall for mammary cancer». *Cancer*, 4:1263-1285, 1951.
4. SHAH, J. P., y URBAN, J. A.: «Full thickness chest wall resection for recurrent breast carcinoma involving the bony chest wall.». *Cancer*, 35:567-573, 1975.

5. DONEGA, W. L.: «Recidivas local y regional». En Spratt, J. S., y Donegan, W. L.: *El cáncer de mama*, pp. 219-230. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1969.
6. VALAGUSSA, P.; BONADONNA, G., y VERONESI, V.: «Patterns of relapse and survival following radical mastectomy». *Cancer*, 41:1170-1178, 1978.
7. FISHER, B.; SLACK, N. H., y CAVANAUGH, P. J., y cols.: «Postoperative radiotherapy in the treatment of breast cancer: Results of the NSABP clinical trial». *Ann. Surg.*, 172:711-730, 1970.
8. PAWLIAS, K. T.; DOCKERTY, M. B., y ELLIS, F. H.: «Late local recurrent carcinoma of the breast». *Ann. Surg.*, 148:192-8, 1958.
9. DECK, K. B., y KERN, W. H.: «Local recurrence of breast cancer». *Arch. Surg.*, 111:323-325, 1976.
10. DONEGAN, W. L.; PÉREZ-MESA, C. M., y WATSON, F. R.: «A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 112:529-540, 1966.
11. HAAGENSEN, C. D.: «Treatment of curable carcinoma of the breast». *Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys.*, 2:975-980, 1977.
12. FLETCHER, G. H.: «Local results of irradiation in the primary management of localized breast cancer». *Cancer*, 29:545-52, 1972.
13. WEICHELBAUM, R. R.; MARCK, A., y HELLMAN, S.: «The role of postoperative irradiation in carcinoma of the breast». *Cancer*, 37:2682-2690, 1976.
14. HAAGENSEN, C. D.: «The choice of treatment for operable carcinoma of the breast». *Surgery*, 76:685-714, 1974.
15. SPRATT, J. S.: «Locally recurrent cancer after radical mastectomy». *Cancer*, 20:551-553, 1967.
16. HELLMAN, S.; HARRIS, J. R.; CANNELLOS, G. P., y FISHER, B.: «Cáncer de la mama». En De Vita, V. T.; Hellman, S., y Rosenberg, S. A.: «Principles and practice of oncology». J. B. Lippincott Co. *Cancer*, pp. 914-970. Philadelphia, 1982.
17. BRUCE, J.; CARTER, D. C., y FRASER, J.: «Patterns of recurrent disease in breast cancer». *Lancet*, 1:433-435, 1970.
18. DAO, T. L., y NEMOTO, T.: «The clinical significance of skin recurrence after radical mastectomy in women with cancer of the breast». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 117:447-453, 1963.
19. CHU, F. C. H.; LIN, F. J.; KIM, J. H.; HUH, S. H., y GARMATIS, J.: «Locally recurrent carcinoma of the breast». *Cancer*, 37:2677-2681, 1976.
20. SNYDER, A. F.; FARROW, G. M.; MASSON, J. K., y PAYNE, W. S.: «Chest wall resection for locally recurrent breast cancer». *Cancer J. Clinicians*, 19:282-289, 1969.
21. BEDWINEK, J. M.; FINEBERG, B.; LEE, J., y OCWIEZA, M. A.: «Analysis of failures following local treatment of isolated local-regional recurrence of breast cancer». *Radiation Oncol. Biol. Phys.*, 7:581-585, 1981.
22. MADOC-JONES, H.; NELSON, A., y MONTAGUE, E.: «Evaluation of the effectiveness of radiotherapy in the management of early nodal recurrences from adenocarcinoma of the breast». *Breast*, 2:31-34, 1976.
23. GINGRASS, R. P.: «Colgajos para la reconstrucción de la pared torácica». En Grabb, W. C., y Myers, M. B.: *Colgajos cutáneos*. Salvat Ed., pp. 431-443. Barcelona, 1982.
24. DE LA PLAZA, R.: «Postmastectomy reconstruction by a contralateral abdominomammary flap». *Ann. Plastic Surg.*, 6:97-102, 1981.
25. BOSTWICK, J. III; NAHAI, F.; WALLAG, J. G., y VASCONEZ, L. O.: «Sixty latissimus dorsi flaps». *Plast. Reconst. Surg.*, 63:31-9, 1979.
26. VASCONEZ, L. O.: «Reconstrucción del tronco». En Vasconez, L. O., y Pérez González, F.: *Colgajos musculares y músculo-cutáneo*. Ed. JIMS, S. A., pp. 43-64. Barcelona, 1982.

## COMENTARIO

Por el Dr. Alfredo Die Goyanes

La filosofía fundamental del trabajo es excelente. La cirugía juega un papel importante en el tratamiento de las recidivas locales del cáncer de mama, que para muchos deben ser tratadas exclusivamente con radiaciones. Pero el peligro es que una recidiva, tras cualquier tipo de mastectomía total, queda cerca de la parrilla costal y la radiación a dosis curativas puede tener el peligro de osteorradionecrosis, complicación grave y penosa para la enferma.

Sin descartar las radiaciones, nuestra impresión es que la cirugía, acompañada o no de radiación y/o quimioterapia coadyuvantes, puede ser el tratamiento más adecuado en un gran porcentaje de enfermas con recidivas locales de un cáncer mamario, sobre todo en aquellas enfermas que ya recibieron un tratamiento previo radioterápico.

La recidiva local no es siempre signo de enfermedad diseminada. Muchos autores dicen que aquella casi nunca «mata» a la enferma y yo estoy con ellos.

Es claro que si hay invasión ósea de la pared torácica la cirugía es el tratamiento de elección. El desarrollo y popularización de los colgajos miocutáneos y, sobre todo, en estos casos, el colgajo miocutáneo del dorsal ancho, permiten grandes resecciones de la pared torácica y una reconstrucción adecuada.

Aunque en algunos casos la cirugía no resulte curativa, es una obligación del cirujano ofrecer una paliación a la enferma para obtener una mejor calidad de vida.

Una reconstrucción fácil y efectiva se puede realizar con la otra mama; despegándola de su lecho torácico y basculándola hacia el otro lado, se pueden reconstruir con facilidad y eficacia grandes defectos de pared torácica. Estéticamente no es buena, pero sí lo es funcionalmente, y prácticamente no hay fallos de cicatrización. La hemos practicado en tres ocasiones con éxito en todas.

Si la resección de la pared torácica es total, la pleura parietal podrá reconstruirse fácilmente con duramadre liofilizada o con mallas sintéticas.

El título del trabajo no me parece adecuado, ya que ha incluido tres casos de «úlceras radiobiológicas» que parece no tenían actividad tumoral, por lo que, en mi opinión, debería haber excluido dichos casos o bien haber puesto otro título.

Creo que debemos tratar de eliminar la palabra «recurrencia», que es traducción directa del inglés, y emplear la de «recidiva», que sí está en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua con la acepción de «reaparición de una enfermedad después de finalizada su convalecencia».

Me parece muy dudosa la indicación quirúrgica en cuatro enfermas con «cutánides» múltiples agrupa-

das. Esta sí es una recidiva locorregional difusa con grandes posibilidades de tener una enfermedad cancerosa diseminada. Creo que en estos casos hubiese estado más indicada una radiación con quimioterapia que la cirugía.

Los resultados de estas cuatro enfermas no se especifican, pero lo más probable es que entren dentro de aquellas que tuvieron peores resultados. Es evidente que en aquellas enfermas que vivieron menos de siete meses, no mereció la pena la realización de la intervención, pues la paliación fue evidentemente corta. Es nuestra opinión que la cirugía puede estar indicada cuando la recidiva es local y única y no cuando es múltiple.

Dentro de los procedimientos de reconstrucción tras resección de recidivas locales no olvidemos el injerto libre de piel cuando no hay resección completa de la pared torácica. Es un procedimiento que no se cita y que puede tener sus indicaciones.

Estoy de acuerdo en que una mejor calidad de vida se puede obtener tras la resección de recidivas locales ulceradas, pero no un beneficio estético, como se dice en la discusión. Es difícil conseguir una estética en estas enfermas en las que, por otro lado, una reconstrucción plástica del volumen mamario no está indicada por la presencia de la recidiva.

Acabo el comentario recalcando lo que dije al principio: hay que concienciar a los médicos que tratan enfermas con cáncer de mama sobre las posibilidades quirúrgicas en el tratamiento del cáncer de mama localmente recidivado como filosofía y enseñanza del trabajo que se comenta.

#### Por el Dr. M. Prats Esteve

El concepto de tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha sido influenciado en época reciente especialmente en dos sentidos:

1. La indicación de tratamientos sistémicos coadyuvantes en las pacientes de riesgo por el convencimiento de que la mortalidad está en relación con la diseminación de la enfermedad y la existencia de pautas terapéuticas eficaces para retrasarla o evitarla.

2. En estrecha relación con lo anterior, la introducción de tratamientos quirúrgicos que no seguían las pautas admitidas para la radicalidad.

Estos dos objetivos han ocupado gran parte de la literatura reciente, quedando soslayados otros problemas como el de las recidivas, tanto en el aspecto de su tratamiento como de su prevención, que había sido el principal objetivo de la correcta terapéutica locorregional. Parece que, al dar importancia al factor sistémico, se ha menospreciado el problema local.

La realidad es que, con el empleo de los llamados tratamientos conservadores, el número de recidivas

augmenta, y quienes los practican insisten en las indicaciones y en las pautas de control posterior, para evitar una influencia negativa en los resultados finales.

En este momento existe, pues, un cierto desinterés por la recidiva, junto a un real incremento de las mismas. Por ello el trabajo del Servicio de Cirugía del IVO tiene actualidad y pone en su lugar la importancia de la recidiva locorregional en el cáncer de mama. En el trabajo, que por lo demás tampoco pretende ser exhaustivo, no se trata el aspecto del diagnóstico de la recidiva ni de la clasificación o diferenciación de las mismas de una forma que sea útil en la práctica, tanto para establecer la indicación del tratamiento como para poder hablar de resultados terapéuticos. Por ello mi comentario se dirigirá a estos aspectos, con la finalidad de aportar mi idea y experiencia a este trabajo, con el que básicamente estoy de acuerdo.

Desde el punto de vista conceptual, la aparición de la recidiva plantea una serie de problemas teóricos en cuanto al comportamiento de la neoplasia. Entre éstos podemos comentar:

— La multifocalidad (¿es siempre un foco no extirpado?).

— Las vías de diseminación (¿es una célula en tránsito?, ¿linfático?, ¿una «contaminación»?).

— La propia biología de la célula tumoral (¿cómo explicar la recidiva tras diez-quince o más años?, ¿células «durmientes»? ¿genes inactivos?, ¿nueva carcinogénesis local?...).

El diagnóstico, que debería ser precoz, presenta dificultades tanto en el interior del resto mamario sometido a tratamiento conservador, donde la clínica y la radiología están muy modificadas, como en los colgajos cutáneos tras mastectomía, especialmente en sus fases iniciales. En ambos casos, tanto en nuestra experiencia como en la literatura, la teletermografía es el método que más puede ayudar, sobre todo cuando exploraciones seriadas permiten un estudio comparativo de la evolución de la hipertermia. Así hemos podido detectar precozmente algunos casos, y sobre todo tener una idea de su extensión, lo que es de utilidad para la decisión del tratamiento. La recidiva axilar no palpable y algunas locales sin traducción termográfica siguen presentando dificultades, y ante la sospecha clínica indicamos el estudio histopatológico muchas veces por extirpación bajo anestesia local, aprovechando para el diagnóstico y para la determinación de receptores hormonales, dato que va a ser muy útil en la decisión terapéutica.

Aunque una clasificación sea difícil, y en realidad debiera hacerse según múltiples parámetros, desde el punto de vista práctico se pueden distinguir varios grupos con diferentes significado pronóstico y terapéutico:

a) Recidiva tras un tratamiento conservador correcto o locorregional incompleto. Es un fallo del tratamiento inicial, y al estar centrado el tumor por estructuras anatómicas normales puede tener el significado de un nuevo primario. El tratamiento, si es M negativo y sin criterios de inoperabilidad, es la mastectomía de «ratrapage» o la remastectomía. La técnica indicada es para nosotros el Halsted en la mayoría de ocasiones. Con frecuencia es necesario algún tipo de plastia para el cierre cutáneo.

b) La recidiva en una paciente con metástasis a distancia, la recidiva masiva con afectación neoplásica de la pared torácica que presupone diseminación por vías no habituales, la lesión tórpida, muchas veces con un componente de radionecrosis, van a ser tributarias de un tratamiento con finalidad paliativa y que, tal como se insiste en el trabajo, puede, a veces, proporcionar una buena supervivencia en mejores condiciones. Aquí hay que resaltar que el tratamiento no es simple y en estos casos hay que recurrir ampliamente a los colgajos dermograsos y miocutáneos.

c) La recidiva local, sin otras manifestaciones a distancia, en una paciente en que el tratamiento locorregional practicado puede considerarse como completado, plantea un problema diferente. Según nuestra idea, su aparición precoz demuestra un fallo en la catalogación que se hizo del tumor primario, que presentaba una evolutividad que no fue detectada (PEV clínico, actividad termográfica, características histopatológicas, etc.). En estos casos, la cirugía juega un papel para el diagnóstico y la determinación de receptores hormonales, con el fin de poner en marcha un tratamiento sistémico que intente frenar la diseminación de la que la recidiva es anuncio casi seguro. Por el contrario, la aparición tardía, al cabo de varios años, con una evolución lenta y una reaparición tras terapéuticas locales, traduce el especial dermatropismo de algunas neoplasias. Se puede decir que la recidiva se comporta como la única enfermedad. Aquí el tratamiento quirúrgico con una idea radical, tal como se describe en el trabajo, tiene una finalidad curativa por sí mismo, además de los tratamientos complementarios.

## COMENTARIO FINAL

**Dr. Vázquez Albadalejo**

Deseo inicialmente agradecer el comentario elaborado por los doctores Die Goyanes y Prats Esteve, tanto por su comprensión hacia la intencionalidad del trabajo como por las matizaciones que, fruto de su dilatada experiencia, hacen al mismo.

La motivación de nuestro estudio está justificada por la diaria problemática que se plantea en un centro especializado en oncología, tal cual es el IVO. Con cierta frecuencia acuden pacientes mastectomizadas con una recidiva de mayor o menor intensidad,

lo que supone la puesta en práctica de una táctica que trata de rescatar a estas enfermas de lo que tal y como se ha argumentado supone «otra enfermedad» (Prats), que cursa con un acentuado dermatropismo, resistente a la quimio y radioterapia. Que puede coexistir con diseminación metastásica o no, comprobación en relación a la tecnología actual, pero que desde luego, desde el punto de vista de la filosofía oncológica, hay que considerar como enfermedad diseminada. Si actualmente se opina que la afectación ganglionar regional expresa una potencial generalización y una clara indicación de quimioprofilaxis, con mayor motivo lo supone la recidiva local.

Por otra parte, el abordaje de este problema tiene una cierta originalidad, con escasa referencia en la bibliografía, quizá porque para su correcta resolución, no se dispusiera hasta hace pocos años de una técnica quirúrgica tan satisfactoria como son los colgajos miocutáneos, dejando en un segundo plano las plastias cutáneas sobre mallas de silastic o los injertos libres.

No obstante, quisiera puntualizar algunos detalles del trabajo, en base a algunas afirmaciones vertidas en los comentarios:

1.º En efecto, la exposición de la problemática sobre las recidivas locales no está desarrollada de forma exhaustiva, ya que rebasaría los límites de un trabajo de este tipo.

2.º Las pacientes no habían sido sometidas a técnicas quirúrgicas de las llamadas conservadoras, tal y como se insinúa, sino que habían sufrido mastectomías radicales modificadas o convencionales.

3.º La inclusión de casos con úlceras radiobiológicas, se justifica porque a nivel de patología local existe una identidad clínico-quirúrgica con la recidiva, que sólo se descarta tras el estudio completo de la pieza de resección, y que posiblemente dicha úlcera se podría haber evitado si el abordaje quirúrgico se hubiera efectuado precozmente.

4.º La diseminación local en forma de cutánides no tiene tratamiento quirúrgico eficaz cuando es masiva, pero ello no significa que otras terapias sean adecuadas: habitualmente son resistentes. Pero en los casos en que se agrupan en segmentos cutáneos, su exéresis es factible, toda vez que la progresión de las mismas es hacia la confluencia y la ulceración.

5.º La cirugía de la amplia resección en estos casos entra de lleno en el debulking, cirugía paliativa o citorreductora.

6.º La plastia miocutánea no cabe duda que desde el punto de vista de la plasticidad supone una ventaja sobre el injerto libre, aunque la apreciación de un concepto tan subjetivo como la estética sea de difícil valoración. Pero en el peor de los casos permite la sobreimpresión radioterápica en pacientes que ya habían sido irradiados al proporcionar un almohadillado sobre el plano osteomuscular.