

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

SARCOMAS DE LA MAMA: ANÁLISIS DE ALGUNOS RESULTADOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Por:

Dra. Ileana Gómez Delgado¹, Dr. Sergio Santana Rodríguez² y Dr. Luis A. Estévez Cobo³

1. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA
SARCOMA

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS
SARCOMA

El cáncer de mama representa la primera causa de muerte en la mujer en los países desarrollados, con tasas de crecimiento anual de 0,5 % y se esperan 1,35 millones de casos nuevos para el año 2010. En China, aparecen de 90 a 100 casos nuevos por cada 100 000 habitantes^{1,2}; en España, oscilan entre 34-50 casos. En países de Latinoamérica y África, ocupa el segundo lugar después del cáncer de cérvix, así como en otros países de Asia, después del cáncer gástrico³.

En Cuba son diagnosticados anualmente 1 700 casos nuevos, para una tasa de 32,5 por 100 000 habitantes; es también la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, con una tasa de 16,47. En el sexo masculino es rara su aparición y solo representa el 1 % del total del cáncer mamario. Los intentos por lograr su detección precoz por diversos programas, como vía para el tratamiento oportuno, han llevado también a un aumento en el número de casos nuevos y en etapas tempranas de la enfermedad⁴.

Desde el punto de vista histológico, más del 70 % son carcinomas de los conductos mamarios (ductales); otras variedades poco frecuentes son los sarcomas primarios de la mama, que presentan una incidencia del 0,5 al 1%, y no guardan relación en su génesis con lesiones premalignas en dicho sitio; además, se excluyen los tumores inducidos por la radioterapia, los originados en la piel y aquellos que proceden de tumores bifásicos con dirección sarcomatosa. La edad al momento del diagnóstico oscila entre la segunda y la séptima décadas de la vida. En el examen clínico se presentan como masas palpables de crecimiento rápido, rara vez producen alteraciones en la piel, adherencia al complejo areola pezón y al músculo pectoral mayor. Al realizar el estudio anatomopatológico, se presentan igual que las variantes sarcomatosas en los diferentes tejidos blandos del organismo⁵. Los factores pronósticos más importantes son: el grado histológico, el número de mitosis y el tamaño tumoral. El tratamiento más aceptado es la mastectomía sin disección axilar, más la terapia adyuvante con quimio- y radioterapia, que han mejorado su pronóstico a los cinco años en un 65 %⁶.

Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo, de los sarcomas primarios de la mama en el servicio de Mastología del Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau", de Villa Clara, de diciembre de 1999 a diciembre de 2004; se revisaron 214 historias clínicas, donde solo se encontraron seis casos (0,74 %); se excluyeron los sarcomas originados en los tumores bifásicos (tumor phyllodes), los originados en la piel de la mama y los inducidos por radioterapia, todos pertenecientes al sexo femenino. La edad promedio fue de 33 años, con un rango entre 13 y 53 años, y la mama más afectada fue la derecha (66,4 %). En el 100 % de los casos se observó tumor con diámetro superior a 5 cm y no se presentó afectación ganglionar.

Las variantes histológicas fueron: tres angiosarcomas, un fibrohistiocitoma y un neurofibrosarcoma. La mayoría de las pacientes se presentaron en estadios avanzados: uno en etapa IV, tres en estadio IIIB y dos en estadio IIB.

La sobrevida global osciló entre dos y cinco años: un paciente presentó metástasis pulmonar cuatro meses después de la cirugía, otros dos progresión con metástasis óseas 15 meses después del tratamiento, y los otros tres están controlados con intervalo libre de enfermedad de 18, 45, y 60 meses. El tratamiento quirúrgico consistió en mastectomía simple sin vaciamiento axilar, y después, la quimioterapia con esquemas de CIVADITC (ciclofosfamida, vincristina, adriamicina y dacarbacina) seis ciclos, y radioterapia local con CO60 5000 cgy.

De la literatura internacional, se informan series de 60 casos en el MD Anderson Cancer Center, entre 1947 y 1990 (27 %). Mc Gowan y colaboradores, en Toronto, Canadá, identificaron 78 casos en una revisión de 1958 a 1990. En la casuística del National Cancer Institute of Rabat, por Kanouni L. y colaboradores, se identificaron 24 casos entre 1985-2000, con lesiones avanzadas al momento del diagnóstico, y el tamaño del tumor fue el factor predictivo más importante en el pronóstico^{7,8}.

Los factores que condicionaron el tratamiento y el pronóstico son, además del tamaño tumoral mayor de 5 cm, el tipo histológico (el angiosarcoma es el más agresivo), el grado histológico y los márgenes quirúrgicos, los cuales no difieren de los sarcomas de partes blandas; las lesiones menores de 5 cm podrían ser tratadas con una escisión amplia y la adición de radioterapia, para intentar mejorar el control local; los tumores mayores de 5 cm requieren un enfoque más agresivo, donde parece justificado comenzar con radio- quimioterapia neoadyuvante, como se realiza a los sarcomas de partes blandas de las extremidades, seguida de la intervención quirúrgica para obtener márgenes de seguridad, y quimioterapia adyuvante para los pacientes que han demostrado ser quimiosensibles^{9,10}.

Referencias bibliográficas

1. National Cancer Institute, PDQ. System of the aut. Cancer treatment information. Breast Cancer; 2007.
2. Breast Cancer. Guías de tratamientos para médicos. Clinical practice guidelines in oncology. NCCN. 2006;2:1-14.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de reducción de la mortalidad por cáncer. La Habana: MINSAP; 2007.
4. Consenso de tratamiento de cáncer mamario. La Habana: Instituto Nacional de Oncología; 2006.
5. Tavassol F. Pathology of the breast. 2nd ed. NG: Application I Large: 2002. p. 700-22.
6. Ciatto S, Bonardi R, Cataliotti Cardina G. Sarcomas of the breast. A multicenter series of 70 cases. Neoplasias. 2003;39(6):375-9.
7. Mc Gowan TS, Curmiugs BJ, O Sullivan B, Catton CN, Miller N, Panzarella T. An analysis of 78 breast sarcoma patients without distant metastases at presentation. Int J Radiant Oncol Biol Phys. 2004;46(2):383-90.
8. Kanouni LJ, Emihan H, Bakkali H, Camalmi N, El Ghaza E, Jalil A, et al. Breast sarcomas: about 24 cases. Proc AM Soc Clin Oncol. 2002;2941.