

Multimed 2020; 24(Supl 1)

Febrero

Artículo original

Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama

Results of surgical treatment in patients diagnosed with breast cancer

Resultados do tratamento cirúrgico em pacientes diagnosticadas com câncer de mama

Arlene Arias Aliaga. ^{l*} <https://orcid.org/0000-0002-0118-3369>Juan Manuel Vargas Oliva. ^l <https://orcid.org/0000-0001-5657-4976>Andrés Fernández Gómez. ^l <https://orcid.org/0000-0002-9435-2474>^l Universidad de Ciencias Médicas de Granma. General Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.^{*}Autor para la correspondencia. Email: juanmvargas.grm@infomed.sld.cu**RESUMEN****Introducción:** el cáncer de mama constituye un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia y mortalidad, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres.**Objetivo:** describir los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama.**Método:** se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, ambispestivo, longitudinal en pacientes operadas con el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”, se analizaron variables por métodos estadísticos que se relacionaron fundamentalmente con la etapa clínica.

Resultados: se incluyeron 350 pacientes operadas. La edad más frecuente fue mayores de 60 años 51.4%, de estas 30,9% se diagnosticó en etapa IIA, el carcinoma ductal infiltrante fue el más representativo 89,7%, seguido del carcinoma medular y papilar ambos con 2%. El 84% de las lesiones apareció en el cuadrante superior externo, la cirugía conservadora del seno fue la más utilizada con un 63,4% seguida de la mastectomía radical de Madden.

Conclusiones: las recidivas se presentaron en un porcentaje bajo predominando las sistémicas sobre las locorregionales, la sobrevida observada fue elevada a los 3 y 5 años respectivamente.

Palabras Clave: Neoplasias de la mama; Resultado del tratamiento; Cirugía general.

ABSTRACT

Introduction: breast cancer is a health problem of great impact in the female population due to its high incidence and mortality, being the leading cause of cancer death among women.

Objective: to describe the results of surgical treatment in patients diagnosed with breast cancer.

Method: an observational study of descriptive, ambispest, longitudinal type was performed in patients operated with the diagnosis of breast cancer, in the University General Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", variables were analyzed by statistical methods that were fundamentally related to the stage clinic.

Results: 350 operated patients were included. The most frequent age was over 60 years 51.4%, of these 30.9% was diagnosed in stage IIA, infiltrating ductal carcinoma was the most representative 89.7%, followed by medullary and papillary carcinoma both with 2%. 84% of the lesions appeared in the external superior quadrant, the conservative surgery of the breast was the most used with 63.4% followed by the radical mastectomy of Madden.

Conclusions: the recurrences were presented in a low percentage, predominantly systemic over the locoregional ones, the observed survival was elevated at 3 and 5 years respectively.

Keywords: Breast neoplasms; Treatment outcome; General surgery.

RESUMO

Introdução: o câncer de mama é um problema de saúde de grande impacto na população feminina, devido à sua alta incidência e mortalidade, sendo a principal causa de morte por câncer entre as mulheres.

Objetivo: descrever os resultados do tratamento cirúrgico em pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

Método: foi realizado um estudo observacional do tipo descritivo, ambispete e longitudinal em pacientes operadas com o diagnóstico de câncer de mama, no Hospital Geral Universitário "Carlos Manuel de Céspedes", as variáveis foram analisadas por métodos estatísticos fundamentalmente relacionados ao estágio clínica.

Resultados: 350 pacientes operados foram incluídos. A idade mais frequente foi acima de 60 anos 51,4%, destes 30,9% foram diagnosticados no estágio IIA, sendo o carcinoma ductal infiltrante o mais representativo 89,7%, seguido pelo carcinoma medular e papilar, ambos com 2%. 84% das lesões apareceram no quadrante superior externo, a cirurgia conservadora da mama foi a mais utilizada, com 63,4%, seguida pela mastectomia radical de Madden.

Conclusões: as recidivas foram apresentadas em baixo percentual, predominantemente sistêmicas em relação às locorregionais, e a sobrevida observada foi elevada aos 3 e 5 anos, respectivamente.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Resultado do tratamento; Cirurgia geral.

Recibido: 9/1/2020

Aprobado: 23/1/2020

Introducción

El cáncer de mama constituye un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia y mortalidad, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Aunque su pronóstico ha mejorado notablemente en los últimos años y la supervivencia actualmente es elevada, el propio proceso y los tratamientos que se aplican

tienen importantes repercusiones personales y familiares. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad produce una gran incertidumbre. ⁽¹⁾

Los cánceres de pulmón y mamas en mujeres son los tipos principales a nivel mundial en términos del número de casos nuevos; para cada uno de estos tipos, aproximadamente 2,1 millones de diagnósticos se estimaron en 2018, El cáncer de mama es el cáncer más comúnmente diagnosticado en mujeres (24,2%, es decir, aproximadamente uno de cada 4 nuevos casos de cáncer diagnosticados en mujeres en todo el mundo son cáncer de mama) y el cáncer de mama es el más común en 154 de los 185 países incluidos en un estudio. Además, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres (15,0%). ⁽²⁾

Se estima que este año 2019, afecte en los Estados Unidos, a 271,270 personas (268,600 mujeres y 2,670 hombres) se les diagnosticará cáncer de mama invasivo. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres (excluido el cáncer de piel).

Alrededor del 6 % de las mujeres tienen cáncer de mama metastásico cuando este se les diagnostica por primera vez. El cáncer de mama es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres. Se estima que este año se producirán unas 42,260 muertes (41,760 mujeres y 500 hombres) a causa del cáncer de mama. El cáncer de mama metastásico generará la amplia mayoría de dichas muertes. ⁽³⁾

Si se mantienen las tendencias actuales y considerando los cambios demográficos que se esperan, las proyecciones indican que en el 2030 los casos nuevos de cáncer de mama aumentarán en las Américas hasta 507000, un incremento del 60 por ciento y las muertes a causa de esta enfermedad ascenderán hasta 137000. ⁽⁴⁻⁶⁾

En nuestro país el cáncer de mama ocupa el segundo lugar de incidencia para todos los grupos de edades, desde 1958, y la primera de los 15 años en adelante, son diagnosticados alrededor de 28 mil casos nuevos al año, lo que reporta el 24,1% del total de muertes. ^(7,8)

En el año 2005, nuestro país mostraba una tasa ajustada de morbilidad por cáncer de mama de 31,2 por cada 100 000 habitantes.

Granma no escapa a esta problemática ocupando el cáncer de mama el primer lugar de incidencia entre las mujeres con tasa ajustada 29.7 por cada 100 000 habitantes desde el 2014 según el registro nacional de cáncer. Es por ello que, con el objetivo de describir los resultados

del tratamiento quirúrgico en pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama en nuestro centro, decidimos realizar esta investigación. ⁽⁹⁾

Método

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, ambispectivo, longitudinal en pacientes operadas con el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”, desde octubre del 2014 hasta octubre del 2018.

La muestra estuvo constituida por 350 pacientes femeninas intervenidas quirúrgicamente, las que cumplieron con los criterios de diagnóstico, inclusión y de exclusión.

Las variables objeto de estudio fueron edad, tipo histológico, localización de la lesión, técnica quirúrgica empleada, recidiva locoregional y recidiva sistémica y sobrevida global.

Se utilizó estadística descriptiva, reportando frecuencias y porcentajes. El software de análisis empleado fue STATISTICA 8 para Windows, en una PC HANEL con sistema operativo base Windows 7. Los datos obtenidos fueron comparados con otros resultados alcanzados tanto en el ámbito nacional como internacional.

Basados en los principios éticos básicos recogidos en las recomendaciones a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos (Declaración de Helsinki 1989), se obtuvo de los pacientes el consentimiento informado a la hora de la recogida de datos para el proyecto. La confidencialidad de la información fue tenida en cuenta a lo largo de toda la investigación, y los datos de todas las encuestadas fue mantenido bajo total secreto por los miembros del proyecto.

Resultados

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes atendiendo a grupos de edad y etapa clínica, donde el grupo más afectado fue el de más de 60 años con 180 pacientes (51,4%), seguido por el de 50 a 59 años con 79 (22,6%), apreciando que las afecciones mamarias fueron más frecuentes a partir de los 5ta década de la vida, la etapa clínica IIA fue donde se encontró el mayor número de pacientes con 108 (30,9%) seguido de la etapa I con 87 (24.9 %) pacientes.

Tabla 1. Cáncer de mama según edad y etapa clínica.

Edad	Etapa Clínica																	
	0		I		IIA		IIB		IIIA		IIIB		IIIC		IV		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<39 años	1	0,3	3	0,9	4	1,1	4	1,1	3	0,9	0	0	3	0,9	0	0	18	5,1
40 - 49 años	0	0	15	4,3	27	7,7	7	2	14	4	1	0,3	8	2,3	1	0,3	73	20,9
50-59 años	1	0,3	23	6,6	23	6,6	12	3,4	12	3,4	2	0,6	6	1,7	0	0	79	22,6
>60 años	0	0	46	13,1	54	15,4	30	8,6	22	6,3	4	1,1	21	6	3	0,9	180	51,4
Total	2	0,6	87	24,9	108	30,9	53	15,1	51	14,6	7	2	38	10,9	4	1,1	350	100

En la tabla 2 se observa, la clasificación histológica según la localización topográfica de la lesión, siendo el carcinoma ductal infiltrante el más representado en la serie 314 (90%), y predominando en mismo para todas las localizaciones, seguido del carcinoma medular y papilar con 7 (2.0%) pacientes respectivamente para cada diagnóstico histológico, el cuadrante superior externo fue el más afectado con 294 (84.0%) pacientes, seguido de la localización retroareolar con 17(4,9%) pacientes.

Tabla 2. Clasificación histológica según localización topográfica.

Clasificación Histológica	Localización Topográfica de la Lesión													
	CSE		CSI		CIE		CII		CENTRAL		RETROAREOLAR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Carcinoma Ductal Infiltrante	268	91.3	9	81.8	5	83.3	7	100	14	93.3	11	64.8	314	90
Carcinoma Medular	6	2.0	1	9.1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Carcinoma Papilar	6	2.0	0	0	0	0	0	0	1	6.7	0	0	7	2
Adenocarcinoma	3	1.0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	17.6	6	1.5
Otros	11	3.7	1	9.1	1	16.7	0	0	0	0	3	17.6	16	4.5
Total	294	84	11	3,1	6	1,7	7	2	15	4,3	17	4,9	350	100

La tabla 3 relaciona la técnica quirúrgica empleada con la etapa clínica observándose que la técnica de Veronessi fue la más utilizada en 130 pacientes (37,1%), al analizar la relación con las etapas clínicas se evidencia que la cuadrantectomía se usó con mayor frecuencia en la etapa IIA 39(30%) y I 28(21.5%) respectivamente, seguido de la mastectomía radical modificada en 126 para un 36,0% con mayor frecuencia en la etapa IIA 43(34.1%) y IIIA 21(16.7%) respectivamente, la tumorectomía con vaciamiento axilar se realizó en 90(26%) pacientes. Realizándose además en 2 pacientes tumorectomía las cuales se encontraban en la etapa 0, y en 2 pacientes de la etapa IV se le realizó mastectomía total. La etapa clínica más representada en el estudio fue la IIA 108(30.9%) seguida por la I 87(25%) y IIB 53(15.5%).

Tabla 3. Cáncer de mama: técnica quirúrgica según etapa clínica.

Técnica Quirúrgica	Etapa Clínica																	
	0		I		IIA		IIB		IIIA		IIIB		IIIC		IV		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumorectomía	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,6
Tumorectomía + D.R.A	0	0	46	51.1	26	28.9	7	7.8	5	5.5	0	0	6	6.7	0	0	90	26
Cuadrantectomía Veronessi	0	0	28	21.5	39	30	25	19.2	18	13.8	0	0	19	14.6	1	0,8	130	37
Mastectomía Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	0,6
Mastectomía Radical Modificada	0	0	13	10.3	43	34.1	21	16.7	28	22.2	7	5.5	13	10.3	1	0,8	126	36
Total	2	0,6	87	25	108	30,9	53	15,1	51	15	7	2	38	11	4	1,1	350	100

La tabla 4 muestra de aparición de recidivas en relación con la etapa clínica en que se realizó la operación. Se encontraron 33(9.4%) pacientes con recidivas tumorales todos a partir de la etapa IIA, predominando la recidiva sistémica con 21 (63.6%) pacientes mientras que las recidivas locorreionales fueron 12(36.4%), siendo la etapa IIIC la más afectada por las recidivas tanto para las sistémicas 4(33.3%) como para las locorreionales 9(42.8%).

Tabla 4. Cáncer de mama: recidiva tumoral según etapa clínica.

Recidiva	Etapa Clínica																	
	0		I		IIA		IIB		IIIA		IIIB		IIIC		IV		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local	0	0	0	0	1	8,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7	4	33,3	2	16,7	12	36,4
Sistémica	0	0	0	0	2	9,5	3	14,3	4	19,0	3	14,3	9	42,8	0	0	21	63,6
Total	0	0	0	0	3	9,1	4	12,1	6	18,2	5	15,2	13	39,4	2	6,1	33	100

La tabla 5 muestra la relación de la etapa clínica al diagnóstico con la supervivencia de los pacientes a los 3 y 5 años respectivamente. En las 2 primeras etapas fue de un 100% la supervivencia; a partir de la etapa IIA se evidencia una disminución del número de pacientes vivos la cual empeora en relación con la etapa y los años, en la etapa IIIC se evaluaron 38 pacientes con una supervivencia a los 3 años del 65,8% y mientras que a los 5 años ya la supervivencia era 50,0% demostrando que este lapso de tiempo ya había fallecido la mitad de pacientes que recibieron tratamiento en esta etapa. De las 4 pacientes en etapa IV solo una (25%) sobrevivía a los 3 años.

Tabla 5. Cáncer de mama: supervivencia según etapa clínica.

Etapa Clínica	Supervivencia 3 años		Supervivencia 5 años		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Etapa 0	2	100	2	100	2	0,6
Etapa I	85	100	85	100	87	25
Etapa IIA	105	96,3	96	88,1	108	30,9
Etapa IIB	50	92,6	46	85,2	53	15,1
Etapa IIIA	45	88,2	39	76,5	51	15
Etapa IIIB	5	71,4	4	57,1	7	2
Etapa IIIC	25	65,8	19	50	38	11
Etapa IV	1	25	0	0	4	1,1
Total	318	90,9	291	83,1	350	100

Discusión

En la investigación se estudiaron un total de 350 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Los carcinomas de mama pueden presentarse a cualquier edad, pero son más frecuentes en las mujeres de edades avanzadas. Suelen escasear en las menores de 40 años, y son raros en las menores de 30; aunque en los últimos tiempos se ha incrementado en estas edades.⁽¹⁰⁾

En este estudio, el 51.4% de los casos se presentó en mujeres de más de 60 años con mayor incidencia en la etapa IIA, seguido de la etapa I, la preponderancia de las féminas mayores de 60 años puede estar relacionada con el envejecimiento poblacional en Cuba, propio de países en vías de desarrollo donde son más frecuentes las enfermedades crónicas, entre de ellas el cáncer. Asimismo, varias investigaciones confirman el predominio de la enfermedad después de los 50 años.⁽¹⁰⁾ Es importante señalar que en nuestro trabajo el 35% de las pacientes tenían menos de 50 años y específicamente 5.1% de las pacientes tenían menos de 39 años. En relación a esto, El cáncer de mama en mujeres menores de 40 años va en aumento en México. La estadística es de 11% frente al 3% en países desarrollados como Canadá, EUA y Europa. La situación es preocupante si se considera que el cáncer de mama es más agresivo en las mujeres jóvenes por los procesos hormonales que en esta etapa se presentan.⁽¹¹⁾

La Sociedad Europea de Oncología Médica también coincide en plantear que el cáncer de mama se produce con más frecuencia en mujeres de edad avanzada, pero uno de cada cuatro se diagnostica en mujeres menores de 50 años. El número de casos que se diagnostica en mujeres de menos de 35 años de edad no alcanza el 5%.⁴² lo que coincide con la presente serie, con mayor incidencia en la etapa IIB.⁽¹⁰⁾

En términos generales, cualquiera de las células de la glándula mamaria podría dar origen a un tumor maligno, sin embargo, los casos más frecuentes en cuanto a su origen histológico y su localización son los originados en las estructuras glandulares. Dentro de estos, los tumores más frecuentes en todas las latitudes son los de tipo ductal (responsables de alrededor del 85 de los casos) y el lobulillar. Por su extensión microscópica, se clasifican en no invasivos o in situ e infiltrantes.⁽¹²⁻¹⁵⁾

El tipo histológico influye fuertemente en el pronóstico. Los cánceres de mama no invasivos que representan aproximadamente el 10 % de todos los cánceres mamarios, tienen generalmente

un buen pronóstico. Entre los tipos histológicos con buen pronóstico, los cuales están asociados con un índice de supervivencia global a los 5 años mayor del 85 % se encuentran el carcinoma tubular, el cribiforme, el coloide o mucinoso y el papilar. Entre los tipos histológicos de mal pronóstico se encuentra el carcinoma agudo de la mama, donde el índice de supervivencia a los 5 años es aproximadamente de un 30 %. Los carcinomas ductales infiltrantes con grado nuclear alto e invasión vascular y linfática tienen un pronóstico pobre al igual que la enfermedad de Paget del pezón.⁽¹⁶⁾ Nosotros no tuvimos ninguna incidencia de esta última entidad.

En la serie de Valentín Martínez,⁽¹⁴⁾ el 66% estuvo representado por el Carcinoma ductal Infiltrante. Y Inés Casadevall Galán, reporta al carcinoma ductal infiltrante como los tipos histológicos más frecuentes (151 pacientes; 83,4%), el lobular (15 pacientes; 8,3%) y el medular (5 pacientes; 2,8%).⁽¹⁵⁾

Nuestro estudio coincide con lo anteriormente expresado, la variedad histológica más representativa fue el carcinoma ductal infiltrante 90%, de los cuales el 91.3% se ubicaban en el cuadrante supero externo de la mama lo cual coincide con la literatura, seguido del carcinoma medular y del papilar ambos con un 2%.

De forma global en la serie predominaron la localización en el cuadrante superior externo y retroareolar en segundo lugar, lo que es similar a lo encontrado por Torres que reporta su mayor localización en el cuadrante superior externo con 155 pacientes (41.1%), seguido de la región areolar con 100 casos para el 26.5%.⁽⁶⁾ Mientras Gonzales Ortega, obtuvo su mayor incidencia en la región retroareolar lo cual no coincide con nuestro estudio, ni el resto de las revisiones.⁽¹³⁾

El motivo del aumento de la frecuencia del cáncer en el cuadrante supero externo se cree está sumamente relacionado con la mayor cantidad de tejido mamario en este cuadrante, la zona más cercana también a los ganglios linfáticos.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

En el tratamiento del cáncer de mama, la tendencia actual es realizar cirugía conservadora²⁰ teniendo en cuenta la amplia gama de tratamientos adyuvantes que existen en la actualidad, llevando a que se tome como una enfermedad sistémica que requiere manejo multidisciplinario y no únicamente quirúrgico.^(21, 22)

La cirugía es considerada, como tratamiento local cuyo objetivo principal es eliminar el tumor maligno de la mama y de los ganglios linfáticos.⁽²³⁾ Actualmente, en Europa Occidental puede realizarse la cirugía con conservación de la mama en 2 de cada 3 mujeres que presentan cáncer de mama.⁽²⁴⁾

En nuestro trabajo la técnica de Veronessi fue el procedimiento quirúrgico más empleado, utilizada con mayor frecuencia en la etapa IIA y I, seguido de la mastectomía radical modificada con mayor frecuencia en la etapa IIIA y IIA. La tumorectomía con disección radical axilar fue empleada en pacientes de la etapa 0 y I. esto coincide con lo expresado por Valentín Martínez en su serie, empleo la cirugía conservadora en el mayor número de pacientes representando el 74,75%, mientras que el 25.2% correspondió a la cirugía radical.⁽¹⁴⁾

Naveiro Rilo plantea que al 65% de sus pacientes se les realizó tumorectomía o cuadrantectomía y al 35%, mastectomía, la mayoría en pacientes con diagnóstico de enfermedad temprana.⁽²¹⁾

Se ha demostrado en varios ensayos clínicos con seguimiento a 20 años, que la cirugía conservadora de mama combinada con radioterapia en comparación con la mastectomía, ofrecen los mismos porcentajes de supervivencia global.⁽²⁵⁾ Actualmente a aquellas mujeres que requieran de una mastectomía, se les recomienda una reconstrucción mamaria, que puede ser inmediata o retardada.

Ambas mamas constituyen un sistema único, teniendo anatómicamente las mismas vías vasculares, linfáticas y tumoralmente los mismos estímulos genéticos y hormonales de los que se deduce que aunque se extirpe una de las mamas o parte de estas, persisten los factores que actuaron en la primera ocasión y que continuarán afectando si estos no son tratados adecuadamente o modificados, de ahí la importancia del estudio de la recidiva local y sistémica, así como la sobrevida y el intervalo libre de enfermedad.⁽¹⁹⁾

En nuestra serie se encontraron las recidivas en torno al 9% todas a partir de la etapa IIA, predominando la recidiva sistémica sobre las locorregionales, siendo la etapa IIIC la más afectada por las recidivas tanto para las sistémicas como para las locorregionales.

Casadevall Galán, observó mayor número de recaídas locorregionales en la cirugía conservadora, con 17 pacientes (10,4 %), 10 de las cuales tenían tumorectomía y 7,

cuadrantectomía. En la mastectomía radical modificada predominaron las recaídas a distancia en hueso y pulmón (17 casos; 29,3 %).⁽¹⁵⁾

Las tasas de supervivencia se utilizan para discutir el pronóstico de una persona en forma estándar, los cánceres en etapas similares tienden a tener un pronóstico similar.⁽¹⁷⁾ La tasa de supervivencia a 5 años indica el porcentaje de personas que sobrevive al menos 5 años una vez detectado el cáncer. El término “porcentaje” significa cuántas personas de cada 100. La tasa de supervivencia a 5 años de las mujeres con cáncer de mama metastásico es del 27 %.⁽³⁾

La supervivencia a 5 años para el cáncer de mama es ahora de 89.5% en Australia y de 90.2% en los Estados Unidos, pero las diferencias internacionales siguen siendo muy amplias, con niveles tan bajos como 66.1% en la India.⁽²⁵⁾

En la presente investigación los resultados de la supervivencia por etapas clínicas coinciden con los resultados de la literatura revisada, siendo la sobrevivida a 5 años del 83.1%, por etapas el diagnóstico en estadio temprano alcanzó la mayor supervivencia, etapa 0, I, IIA y la menor sobrevivida se obtuvo de la etapa IIIC y IV.

Flores-Luna tuvo una supervivencia global a los cinco años de 59.9%. Halló que las mujeres con estadio clínico I presentaron la mayor supervivencia (82%), seguidas por aquellas con estadios IIB (70.4%), IIA (65.3%), IIIB (47.5%), IIIA (44.2%) y al final aquellas con estadio IV (15%) y demostró que estadio clínico ha sido un factor pronóstico que se ha relacionado con el carcinoma de mama; un estadio avanzado implica una menor supervivencia y un riesgo mayor de morir a causa de esta entidad.⁽²⁵⁾

Según reportes del Instituto Nacional de Oncología cubano, el intervalo libre de enfermedad se comporta con un 85% y un 71% para los estadios I y II respectivamente.⁽⁷⁾

Las tasas de supervivencia ajustadas a cinco años para el cáncer de mama mejoraron en los últimos 30 años.

El Registro Nacional de Cáncer de Cuba, reportó una supervivencia por etapas clínicas como sigue: etapa I (73.8 %), etapa II (66.1 %), etapa III (35.9 %) y etapa IV (27.1%).⁽⁹⁾

Conclusiones

Podemos decir que en nuestro estudio el cáncer de mama apareció sobretodo en mayores de 60 años siendo las mismas en su mayoría diagnosticadas en etapa temprana; predominando el carcinoma ductal infiltrante generalmente en el cuadrante superior externo. La cirugía conservadora (cuadrantectomía de Veronesi) fue la técnica más usada, las recidivas se presentaron en un porcentaje bajo predominando las sistémicas sobre las locorregionales. Lográndose una supervivencia a 3 años por encima del 90% y a 5 años del 83% con preferencia para las pacientes con diagnóstico temprano.

Referencias bibliográficas

1. Fuentes Rojas J. Importancia de la prevención y el diagnóstico precoz en el cáncer mamario. *AMC* 2019; 23(1): 4-8.
2. Lai HW, Chen ST, Lin SL, Chen CJ, Lin YL, Pai SH, et al. Robotic Nipple-Sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction with Gel Implant: Technique, Preliminary Results and Patient-Reported Cosmetic Outcome. *Ann Sur Onc* 2019; 26(1): 42–52.
3. Al Troudy El, Troudia M, Duque LV, Duque Ortiz JD, Angulo B, Portilla J, Ramirez Daza DJ. Mastectomía radical con reconstrucción inmediata en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, período junio 2012-abril 2015. *Rev Chil Cir* 2017; 69(3): 234–46.
4. Méndez Meneses KJ, Rebolledo García ML, Díaz Chacón S, Rodríguez Vázquez LA, Acosta Maldonado BL, Mantilla Maya B, et al. Validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología* 2019; 16(1): 73–88.
5. Sánchez García S, Pardo García R, Manzanares Campillo M.C, Muñoz Atienza V, García Santos EP, Martín Fernández J. Tratamiento quirúrgico ambulatorio del cáncer de mama. Experiencia en el Hospital General de Ciudad Real. *Rev. Sen. Pat. Mam.* 2015; 28(4): 168-171.
6. Torres Ajá L. Comportamiento del cáncer de mama en la provincia de Cienfuegos. Quinquenio 2007-2011. *Rev Finlay* 2013; 3(3): 158-65.
7. Jiménez Ibáñez L, Soberano Almeida G. Evolución natural del tumor Phylloides de mama por retraso en el diagnóstico y tratamiento realizado. *Rev Cubana Obst Ginecol* 2018; 44(4): 1–5.

-
8. Cortés Ramírez JM, de Jesús Cortés de la Torre JM, Cortés de la Torre RA, Ramírez Rodríguez M, Toribio Domínguez B, Torres Hernández JA, et al. Taponamiento por *Klebsiella pneumoniae* en una paciente con cáncer de mama. *Med Int Mex* 2015; 31(1): 106–9.
 9. American Cancer Society. Cirugía para el cáncer de seno. [Internet]. 2019. [citado 12/8/2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html>
 10. European Society for Medical Oncology. Cáncer de mama: una guía para pacientes. ESMO. [Internet]. 2013 [citado 19/1/2019]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjIh9esi_nAhVIPK0KHdFuDBAQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.esmo.org%2Fcontent%2Fdownload%2F19406%2F330402%2Ffile%2FC&usg=AOvVaw3fghZHB3gLq91nadK-SEZg
 11. Vázquez Albadalejo C. Cirugía del cáncer de mama: técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación. *Med segur trab* 2016; 62(Supl Extra): 116-124.
 12. Donaire J M, Peralta O, Bravo ME. Manejo quirúrgico de la paciente con cáncer de mama portadora de mutaciones genéticas. *Rev. Méd. Clín.* 2017; 28(4): 604-609.
 13. González Ortega JM, Morales Wong MM, López Cuevas Z, Díaz Valdés M. Factores pronósticos del cáncer de mama. *Rev Cubana Cir* 2011; 50(1): 130-38.
 14. Martínez Camilo RV. Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2006 [citado 21/5/2019]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000300005
 15. Casadevall Galán I, Villavicencio Crespo P, Castillo Naranjo IM, Rojas Gispert MI, Castañeda Capote MA. Cirugía conservadora y mastectomía radical modificada en el cáncer de mama de etapas I y II. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2008 [citado 21/1/2019]; 47(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v47n2/cir04208.pdf>
 16. Pereira N, Pons G, Masiá J. Linfedema asociado al cáncer de mama: factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Rev. cir.* 2019; 71(1): 79-87.

-
17. Rey Villar R, Pita Fernández S, Cereijo Garea C, Seoane Pillado T, Balboa Barreiro V, González Martín C. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017; 25: e2958.
 18. Correa JC, Figueroa JD, Castaño R, Madrid J, Calle M, Sanabria Á. Principios de cirugía oncológica. *Rev Colomb Cir* 2016; 31: 185-96.
 19. Sadeghi F, Ardestani A, Hadji M, Mohagheghi MA, Kazemian A, Mirzania M, et al. Travel Burden and Clinical Profile of Cancer Patients Admitted to the Cancer Institute of Iran in 2012. *Arch Iran Med* 2017; 20(3): 147–52.
 20. Lovasik BP, Seidel RL, Novello M, Torres MA, Losken A, Rizzo M. Single incision for oncologic breast conserving surgery and sentinel node biopsy in early stage breast cancer: A minimally invasive approach. *The Breast Journal* 2019; 25(1): 41–6.
 21. Naveiro Rilo JC, Peral Casado A, Flores Zurutuza L, Burón Llamazares JL. Cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz. ¿Difiere del diagnosticado en el marco asistencial habitual? *Med Clin* 2007; 128(1): 18-20.
 22. Luciano Stóver AC, Montejo Viamontes N, Loyz Fernández JL, Vila García E. Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en mujeres hasta 40 años de edad. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2018 [citado 1/8/2019]; 57(2). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/673/325>
 23. Lee S, Jung Y, Bae Y. Immediate chest wall reconstruction using an external oblique myocutaneous flap for large skin defects after mastectomy in advanced or recurrent breast cancer patients: A single center experience. *Jour Sur Onc* 2018; 117(2): 124–9.
 24. Gassman AA, Pan J, Acevedo E Jr, Haddock N, Teotia S. The superficial and deep inferior epigastric artery composite perforator flap for breast reconstruction: A case report. *Microsurgery* 2018; 38(7): 799–803.
 25. Flores Luna L, Salazar Martínez E, Duarte Torres RM, Torres Mejía G, Alonso Ruiz P, Lazcano Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública Mex* 2008; 50(2): 119-25.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Arlene Arias Aliaga, como autora principal originó la idea del tema sobre: Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Realizó el diseño de la investigación y contribuyó en los resultados y discusión.

Juan Manuel Vargas Oliva, participó en el diseño metodológico, en la búsqueda de información actualizada, procesamiento de la información y en la redacción del artículo.

Andrés Fernández Gómez, contribuyó en el diseño de la investigación, en el diseño estadístico y en la corrección del artículo.

Yo, Arlene Arias Aliaga, en nombre de los coautores, declaro la veracidad del contenido del artículo: Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.