

Recurrencia locorregional de cáncer de mama en pacientes con cirugía conservadora y cirugía radical

Locoregional recurrence of breast cancer in patients with conservative surgery and radical surgery

Luis Miguel Osoria Mengana,* Diosdado Cruz del Pino,† Alexander Pórtelles Cruz,§
María Eugenia Rodríguez Pórtelles,¶ Mauricio González Hernández||

Palabras clave:

recurrencia, cáncer de mama, cirugía conservadora, mastectomía.

Keywords:

recurrence, breast cancer, conservative surgery, mastectomy.

RESUMEN

Introducción: la recidiva locorregional, luego de una intervención quirúrgica por cáncer de mama se presenta la mayoría de las veces en los primeros cinco años después del tratamiento y su aparición está relacionada con el desarrollo de enfermedad a distancia en un subgrupo de pacientes, esto determina un peor pronóstico. **Objetivo:** evaluar la prevalencia de la recurrencia locorregional de cáncer de mama en pacientes mastectomizadas y cirugía conservadora. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos, con análisis clínico humoral, de imágenes, en pacientes con recurrencia de cáncer de mama en un periodo de cinco años más revisión de la literatura. La finalidad fue analizar el tipo de cirugía, su recurrencia, los datos clínicos y de imagen más frecuentemente asociados a dicha enfermedad, además de los tratamientos. **Resultados:** la mayor cantidad de pacientes con índice elevado de recidivas fue en la etapa clínica IIIB, localizados fundamentalmente en la mama derecha. La cirugía radical con 18 casos fue el de mayor aparición, fundamentalmente después de los cuatro años. **Conclusión:** la aparición de una recurrencia del cáncer de mama es considerada como un factor pronóstico adverso y disminuye el índice de supervivencia en las pacientes.

ABSTRACT

Introduction: locoregional recurrence, after surgical intervention for breast cancer occurs mostly in the first 5 years after treatment and its appearance is related to the development of distant disease in a subgroup of patients, this determines a worse prognosis. **Objective:** to evaluate the prevalence of locoregional recurrence of breast cancer in patients undergoing mastectomy and conservative surgery. **Material and methods:** a descriptive, retrospective study of a series of cases was carried out, with humoral clinical analysis, of images, in patients with recurrence of breast cancer in a period of 5 years plus a review of the literature. The purpose was to analyze the type of surgery, its recurrence, the clinical and imaging data most frequently associated with said disease, as well as the treatments. **Results:** the largest number of patients with a high rate of recurrences was in clinical stage IIIB, located mainly in the right breast. Radical surgery with 18 cases was the one with the highest occurrence, mainly after four years. **Conclusion:** the appearance of a recurrence of breast cancer is considered an adverse prognostic factor and decreases the survival rate in patients.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama o cáncer mamario es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria.¹

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, especialmente en los países occidentales. Existe un incremento progresivo en su incidencia en los últimos años, siendo este aumento más significativo entre las mujeres de menos de 40 años. La Organización Mundial de la Salud refiere que alrededor de una de cada 12 mujeres enfermará de cáncer de mama a lo largo de su vida y actualmente

Citar como: Osoria MLM, Cruz del Pino D, Pórtelles CA, Rodríguez PME, González HM. Recurrencia locorregional de cáncer de mama en pacientes con cirugía conservadora y cirugía radical. Cir Gen. 2023; 45 (4): 217-225 <https://dx.doi.org/10.35366/115847>

* Especialista primer grado en Cirugía General. Especialista en Mastología. Profesor Instructor. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5524-0656>

† Especialista segundo grado en Oncología. Especialista en Mastología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7373-0288>

§ Especialista segundo grado en Oncología. Especialista en Mastología. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6527-3793>



† Residente de segundo año en Cirugía General. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0833-8220>

‡ Especialista de segundo grado en Endocrinología. Profesor Asistente. Aspirante a Doctor en Ciencias Médicas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5759-1997>

Recibido: 16/02/2023

Aceptado: 02/05/2023

representa la principal causa de mortalidad en las mujeres.²

La patología mamaria se conoce en la humanidad desde épocas antiguas. Los Egipcios Antiguos fueron los primeros en observar la enfermedad hace más de 3,500 años. La condición fue descrita en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers. Smith fue el primero en describir el cáncer de mama y Ebers el primero en realizar una resección del tumor mamario. En 460 a.C., Hipócrates describió en su libro “enfermedades de la mujer” la secreción por el pezón como signo tardío de cáncer de mama, además postuló que el cuerpo consistía en cuatro humores, sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra.³ Lo que posteriormente fue refutado por Francés Francois de la Boe Sylvius en 1680, presumió que el cáncer no vino de un exceso de la bilis negra. Propuso que el cáncer viene de un proceso químico que transformó los líquidos linfáticos de ácido a acre.³

Galeno (s. II) describió el cáncer de mama con aspecto similar a un “cangrejo”, cuyas piernas correspondían a las venas que emergían del tumor. Probablemente de aquí nace el nombre de “cáncer”. Explica que sólo siendo operado en etapas tempranas cuando es pequeño existe posibilidad de curación.²

Guillermo Halsted de Nueva York hizo cirugía radical de mama, el estándar de oro por los 100 años próximos. Él desarrolló la mastectomía radical, extirpando totalmente al seno, los ganglios axilares, y ambos músculos del pecho como el único procedimiento para prevenir la extensión del cáncer de mama.²

Este procedimiento que se ha ido perfeccionando hasta nuestros días, donde Auchincloss y Madden (1972) introducen la técnica actual de la mastectomía radical modificada, con preservación de ambos músculos pectorales y disección ganglionar axilar completa o parcial.³

El cáncer mamario, en el cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama, es la neoplasia más frecuente en la mujer a nivel mundial, responsable aproximadamente de una de los 10 millones de neoplasias diagnosticadas cada año en ambos sexos.

La tasa de incidencia es más alta en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos presenta la mayor incidencia. Es la segunda causa de muerte relacionada con

cáncer entre las mujeres de América del Norte y Europa Occidental; de las mujeres estadounidenses serán diagnosticadas 13% con este tipo de neoplasia durante su vida y más de 3% morirán de esta enfermedad, lo cual representa más de 400,000 muertes por año. Ya resulta irónico que una neoplasia que nace en un órgano de tan fácil acceso a la exploración continúe cobrando un tributo tan alto.

En 2021 en Cuba los tumores malignos ocuparon la segunda causa de muerte, con 10,967 defunciones donde el cáncer de mama ocupa el tercer lugar después de la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares con 965 defunciones y la primera causa entre los tumores malignos diagnosticados en ese año en pacientes menores de 70 años. Ocupó la segunda posición en general entre todos los tumores malignos después del cáncer de pulmón, un total de 1,904 defunciones. En Holguín fue la segunda causa de muerte, después de las enfermedades del corazón, en cuanto a la morbilidad se detectaron 2,475 nuevos casos, siendo la quinta provincia en el país, después de Pinar del Río, Artemisa, La Habana y Villa Clara, con mayor número de casos de cáncer en la mujer en 2021.⁴

Su detección precoz es el pilar de la lucha contra esta enfermedad, ya que tiene como fin mejorar el pronóstico y la supervivencia de las pacientes con esta enfermedad. Se ha demostrado que la supervivencia de la mujer que ha sido diagnosticada en estadios tempranos es 2.5 veces superior, en comparación con las que son diagnosticadas en estadios más avanzados.⁵ El cáncer de mama no aparece de manera súbita, tarda años en desarrollarse lenta y progresivamente, después de una serie de múltiples cambios bioquímicos que hacen que las células normales se transformen en células cancerosas. El largo tiempo que transcurre para el crecimiento de un tumor maligno en la mama nos ofrece una ventana de oportunidad para detectar precozmente este padecimiento.⁶

El tratamiento multidisciplinar quirúrgico, médico, radioterápico y hormonoterápico consigue excelentes porcentajes de curación, pero con frecuencia el diagnóstico de la recurrencia tumoral mamaria es más devastadora o psicológicamente difícil, que el diagnóstico inicial de cáncer de mama. Sin embargo, según

el estadio de la enfermedad y el tratamiento administrado, entre 10 y 35% de las mujeres experimentan una recidiva locorregional aislada.^{7,8} Cerca de 80% de estas recidivas sucede durante los dos primeros años después del tratamiento primario, por lo que se ha convertido en un gran problema de salud, ya que actualmente es una de las principales causas de morbilidad en la población femenina y se espera que la tendencia vaya al alza en los próximos años.⁹

La aparición de recidiva locorregional en las pacientes con cáncer de mama tratadas en forma conservadora o por cirugía radical, si bien puede no determinar por su sola presencia disminución en la supervivencia, es un evento que además de ser un fracaso terapéutico, origina a la paciente y también al cirujano una situación de angustia intensa, asistiendo a la reaparición de la enfermedad en el mismo sitio.⁶

El cáncer de mama recurrente puede producirse meses o años después del tratamiento inicial. El cáncer puede reaparecer en el mismo lugar que el cáncer inicial (recurrencia local), o puede propagarse a otras partes del cuerpo (recurrencia distante).⁹

También es importante señalar que se ha observado un avance importante en lo que se refiere a tratamiento, tanto médico como quirúrgico, ya que actualmente éste es individualizado y con base en el estadio en el que se encuentra la paciente en el momento del diagnóstico. Anteriormente se realizaba la cirugía radical para disminuir al mínimo la posibilidad de recurrencia de la enfermedad; en los últimos años se ha demostrado que la cirugía conservadora ofrece aproximadamente las mismas oportunidades de supervivencia a la paciente y con menor agresión de los tejidos y, como consecuencia, menor impacto psicológico y mejor respuesta al tratamiento de la paciente. La cirugía conservadora de la mama se define como la resección completa de tumor con un margen concéntrico de tejido sano, realizado de una manera cosméticamente aceptable,⁷ y que en pacientes adecuadamente seleccionados es equivalente a la mastectomía en términos de recurrencia y supervivencia.^{8,9} En Holguín existen pocos reportes sobre la experiencia de la recurrencia de este tipo de procedimiento.

A pesar de que en la actualidad, el cáncer de mama no es percibido como una enfermedad terminal, sino como un proceso crónico de larga duración, las estadísticas confirman que se trata de una grave amenaza para la mujer por las secuelas que produce, el consiguiente deterioro de su vida a nivel personal, familiar y laboral, con importantes costes, ya que su incidencia es elevada en una franja de edad en la que la mujer es económicamente activa y en una etapa de la vida de formación y desarrollo de su propia familia.⁹

En Cuba, y en especial Holguín, se realizan diferentes tipos de tratamiento al cáncer de mama como la radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia en especial la cirugía, ya que existen pocos trabajos donde se conozca la recurrencia de cáncer de mama en pacientes operadas en nuestra provincia.

El autor de este trabajo considera que a pesar de los esfuerzos que realiza nuestro país, en especial nuestra provincia, para mantener un alto nivel de vida de sus habitantes, la evidencia científica con respecto a este tema es escasa, lo cual nos impide realizar una revisión más detallada de la recurrencia de esta enfermedad en los escenarios docentes de la provincia, para actualizarnos en su conocimiento y realizar un mejor seguimiento de dicha entidad.

RESULTADOS

Al examinar la literatura disponible se describen claras diferencias en el patrón de las recidivas del cáncer de mama dependiendo del tipo de cirugía realizada, ya sea una mastectomía radical modificada o una cirugía conservadora, y de la adyuvancia suministrada, por lo que en el presente trabajo tuvimos mayor incidencia de recidivas tumorales mamarias en las pacientes a las que se les realizaron mastectomías radicales, que en las que tuvieron cirugías conservadoras. Pensamos que esto pudiese estar relacionado con que el universo atendido tuviese estadios más avanzados de la enfermedad (estadios II y III), los cuales contribuyeran a su reaparición.¹⁰⁻¹²

La *Tabla 1* mostró la distribución de pacientes según edad, donde se observó un predominio entre los 40 y 59 años, seguido de los comprendidos entre los 60 y 79 años,

Tabla 1: Distribución según edad y sexo.

Edad, años	Sexo		Total n (%)
	Masculino	Femenino	
20-39	0	50	50 (6.3)
40-59	1	195	196 (24.7)
60-79	4	280	284 (35.7)
80 y más	0	265	265 (33.3)
Total	5	790	795 (100.0)

Fuente: Historia clínica.

lo que representó un 47.05 y 35.29% respectivamente, en general acumulándose el mayor porcentaje en los comprendidos entre los 40 y 79 años de edad, donde se encontró 82.34% de los pacientes estudiados.

Este estudio no difiere mucho de la literatura consultada con respecto al sexo y la edad, nuevamente pone de manifiesto que son las edades entre los 40 y 59 años las tasas más altas de incidencias y que las mujeres son más propensas a sufrir un cuadro de cáncer de mama, que mutila su vida productiva a nivel social y psicológico y puede provocarle la muerte, razón por la que se considera un serio problema de salud que ha motivado determinar la recurrencia del cáncer de mama.

La incidencia de las recidivas locorregionales por cáncer de mama en nuestro universo fue 3.14% como se muestra en la [Tabla 2](#). La incidencia de las recidivas locorregionales en cáncer de mama es muy variable según el estadio de la enfermedad y el tratamiento administrado. Entre 10 y 35% de las mujeres experimentan una recidiva locorregional aislada.¹³ En nuestro estudio sólo tuvimos 3.14% como mencioné anteriormente de recidivas locorregionales, lo cual atribuimos al alto porcentaje de mastectomías radicales realizadas. Bergamo¹³ reporta sólo 2% en una casuística de 167 casos operados con cirugías radicales durante un año y seguidos por 36 meses. Por otra parte, Spinetti D y colaboradores¹⁴ plantean 14.8% de recidiva local y 27% a distancia a los 10 años, con seguimiento periódico.

Según la etapa clínica del diagnóstico, se observó que el mayor número de casos fue diagnosticado en el estadio II, como muestra la [Tabla 3](#) con 440 pacientes que no recidivaron, lo mismo ocurrió con la etapa III que sí tuvieron recidiva con un total de 21 pacientes representando 84%, mientras sólo cuatro pacientes que recidivaron fueron diagnosticadas en el estadio II de la enfermedad, lo que representó 16% del total de recidivas.

En otros estudios realizados se observaron hallazgos similares tal fue el caso de Silvina Malvasio¹⁵ y colaboradores, donde la distribución por estadio fue la siguiente: estadio I 23 pacientes (21.5%); estadio II 47 pacientes (44%); estadio III 33 pacientes (31%) y estadio IV cuatro pacientes (3.5%). El autor de esta investigación piensa que el incremento de recidivas en estadio III es debido a que las pacientes están acudiendo tardíamente a las consultas médicas establecidas.

En cuanto al tipo histológico como muestra la [Tabla 4](#), se encontraron similitudes con lo reportado respecto al cáncer de mama en diferentes estudios, donde predomina el tipo histológico ductal infiltrante. Un estudio realizado en Ciudad de México en el año 2017 reflejó resultados similares, donde este tipo histológico fue el de mayor prevalencia en un 80.13%.¹⁶ Datos afines se encontraron en otros estudios realizados.^{17,18} Donde en este estudio el carcinoma ductal infiltrante fue el propicio y donde apareció mayor porcentaje de recidiva locorregional con 44%.

Como se aprecia en la [Tabla 5](#), la mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y operadas tiene una mayor localización en el cuadrante superior externo, lo cual concuerda con otros estudios, fue más frecuente en la mama derecha, la cual representó 60% del total. Estos resultados difieren un poco en estudio realizado por el Dr. Diosdado Cruz del Pino¹⁹ en la Provincia de Holguín 2010, donde predominó más el cáncer de mama izquierda, a pesar de realizar el estudio en la misma provincia, donde además en estos últimos años del estudio no se encontró tumor en la proyección axilar, no hubo pacientes que hayan tenido el diagnóstico de cáncer en la mama contralateral, o sea, todas las pacientes que

participan en el estudio sólo han tenido cáncer en una mama.

El tiempo medio de aparición de la recidiva, según los diferentes autores, se encuentra dentro de los dos primeros años de seguimiento, en 80-90% de los casos.^{14,20}

En general, el índice de recurrencia a los cinco años posterior a una cirugía es muy variable. La incidencia posterior a la mastectomía radical modificada oscila entre 3 y 48%.²¹ En la presente investigación la incidencia en general de recidiva fue de 3.14%, como se había explicado en la [Tabla 2](#). Algunos autores informan en una extensa revisión la incidencia de la recidiva 10 años después de la mastectomía en 13% y que 35% de estos casos presentan enfermedad sistémica sincrónica.²¹ De 9 a 25% de estos casos tendrán metástasis distantes o enfermedad extensa al momento del diagnóstico de la recurrencia.^{22,23}

En el presente estudio, el tiempo de aparición de la recidiva, evidenció que cuatro pacientes (16%) recidivaron antes de los 24 meses, nueve pacientes (36%) entre 24 y 48 meses y 12 pacientes (48%) después de los 48 meses, muy parecido a estudios realizados en otros países, como muestra la [Tabla 6](#).

Importante señalar que, de las cinco recidivas, cuatro tuvieron como cirugía previa una mastectomía radical modificada, lo que representa 80% de las recidivas, además y como se puede observar en la [Tabla 7](#) prevaleció la dicha cirugía con 81.37%. La mastectomía radical modificada tiene aún un lugar importante en el tratamiento primario del carcinoma de mama. La recaída locorregional posterior a mastectomía varía ampliamente desde 5 a 40% en la

literatura.^{24,25} En el presente trabajo tuvimos mayor incidencia de recidivas tumorales mamarias en las pacientes a las que se les realizó mastectomías radicales, que en las que tuvieron cirugías conservadoras. Pensamos que esto pudiese estar relacionado con que el universo atendido tuviese estadios más avanzados de la enfermedad (II y III), los cuales contribuyeran a la reaparición de la enfermedad.²⁶

Este resultado difiere de los estudios de Veronesi y Fisher los cuales plantean un ligero aumento de las recidivas locales en los casos de cirugía conservadora de la mama, sin modificarse la supervivencia global ni el intervalo libre de enfermedad. Independientemente de la técnica a utilizar, sea radical o conservadora en la mama, la negatividad del borde de sección quirúrgica es un principio primordial en toda cirugía oncológica.¹⁵ En los últimos años esto ha sido un tema muy debatido por diferentes autores como Sheik,¹² Sabel²⁷ y Borgen.²⁸

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es la patología maligna principal en la mujer, que por sus múltiples factores etiológicos se ha vuelto un problema epidemiológico en mujeres de edades cada vez más jóvenes y prevalece en mujeres de edad avanzada. Además del diagnóstico inadecuado por retraso o por calidad del propio proceso diagnóstico se ve reflejado en el pronóstico de la paciente.²⁹

El cáncer de mama es una enfermedad sistémica, en la cual las células del tejido mamario empiezan a formar tejidos malignos, con una capacidad de metatizar a tejidos vecinos o a órganos distantes del cuerpo. Una célula cancerosa de mama se duplica cada 100-300 días. La neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos siete años de evolución. Esta sencilla estimación nos muestra la utilidad de la detección temprana, con métodos diagnósticos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro.^{10,30} Dándonos de esta manera la posibilidad de prevenir las posibles recidivas locorregionales futuras.

Se puede definir la recidiva local como la reaparición del cáncer ya sea en la mama operada,

Tabla 2: Recidivas en pacientes operadas.

	Sexo		Total n (%)
	Masculino	Femenino	
Con recidivas	1	24	25 (3.14)
Sin recidivas	4	766	770 (96.86)
Total	5	790	795 (100.0)

Fuente: Historia clínica.

Tabla 3: Recaídas según etapa clínica.

Etapa	Recidiva		Total n (%)
	No n (%)	Sí n (%)	
0	15 (1.94)	–	15 (1.94)
IA	93 (12.39)	–	93 (12.39)
IB	11 (1.42)	–	11 (1.42)
IIA	260 (33.7)	3 (12)	263 (33.1)
IIB	180 (23.3)	1 (4)	181 (22.8)
IIIA	97 (12.5)	3 (12)	100 (12.5)
IIIB	102 (13.2)	18 (72)	120 (14.3)
IIIC	12 (1.55)	–	12 (1.55)
Total	770 (100.0)	25 (100.0)	795 (100.0)

Fuente: Historia clínica.

Tabla 4: Distribución de los pacientes según variante histológica.

Variante histológica	Sexo		Total n (%)	Recidivas n (%)
	Masculino	Femenino		
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	1	210	211 (26.5)	7 (28)
Carcinoma ductal infiltrante	3	422	425 (53.4)	11 (44)
Carcinoma lobulillar infiltrante	–	45	45 (5.6)	3 (12)
Carcinoma medular	–	32	32 (4.1)	1 (4)
Carcinoma escamoso metaplásico	–	39	39 (4.9)	2 (8)
Otras variantes histológicas	1	42	43 (5.5)	1 (4)
Total	5	790	795 (100.0)	25 (100)

Fuente: Historia clínica.

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 ipsilaterales o los de la cadena mamaria interna.^{31,32}

En 2016 Elsayed y colaboradores publicaron un artículo en el cual se estudiaron a 238 pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora. Después de cinco años de seguimiento 16 pacientes (6.72%) tuvieron recurrencia locorregional mientras que 10 pacientes (4.2%) tuvieron recurrencia a distancia.²⁸ Choi y su grupo en 2016 dieron a conocer los resultados de un estudio en el que incluyeron a 322 pacientes, el periodo de seguimiento fue de 57 meses; durante este tiempo 19 pacientes (5.9%) presentaron recurrencia en mama ipsilateral y seis pacientes la tuvieron en la mama contralateral.^{17,33} En 2015 Manning y Sacchini concluyeron un análisis que involucra 413 pacientes, con un seguimiento en promedio de 49 meses, a las que les fue realizada mastectomía con conservación del pezón; 402 de 413 estaban vivas sin evidencia de enfermedad. Cuatro pacientes murieron, una de ellas con recurrencia regional y distante 15 meses después de la cirugía.¹⁴ Warren y colaboradores en 2016 dieron a conocer un estudio que incluyó a 753 pacientes con cirugía conservadora, con un seguimiento de 41 meses en donde hubo una prevalencia de recurrencia de 5%.³⁴

Estos resultados coinciden con los del profesor Soler Vaillant²⁵ donde señala mayor incidencia entre los 45 y 60 años de edad que

Tabla 5: Ubicación de la lesión primaria y localización específica.

Localización específica	Ubicación de la lesión (mama)	
	Derecha	Izquierda
Cuadrante:		
Superior externo	4	4
Inferior interno	5	2
Superior interno	2	1
Inferior externo	3	2
Central o retroareolar	1	1
Proyección axilar	0	0
Total	15	10

Fuente: Historia clínica.

son los de mayor aporte de datos al trabajo investigativo realizado. Otros autores como Kelly K. Hunt y Elizabeth A. Mittendorf ambos del Departamento de Cirugía Oncológica de la Universidad de Texas^{35,36} difieren un poco en estos resultados, mostrando una mayor incidencia entre los 75 y 85 años de edad, en el presente trabajo sólo representaron 14.70% de los pacientes estudiados.

En muchos estudios realizados en México se encontró un resultado análogo en el que refiere en sus conclusiones que el tipo histológico que imperó en su estudio fue el carcinoma ductal infiltrante para 89%.

Entre 80 y 90% de las recidivas aparecen en los primeros cinco años posteriores a la cirugía y 10% restante lo hacen entre los cinco y 10 años sucesivos.²¹ Otros estudios indican que entre 10 a 20% de las pacientes tendrán enfermedad recurrente en la mama entre uno a nueve años después de una cirugía

conservadora y radioterapia.¹⁸ Al analizar esta información, observamos que los periodos de tiempo y el porcentaje de la prevalencia de recurrencia es muy similar a la encontrada en nuestra investigación.

CONCLUSIONES

Como se apreció en el estudio, predominaron las pacientes del grupo etáreo de 60 – 79 años con 284 pacientes para 35.7%; de ellos 280 pacientes del sexo femenino, hubo además 25 pacientes con recidivas de 795, lo que representó 3.14%. Predominó la Etapa III b en la etapa preoperatorio para 72%, lo que llevó a que la mastectomía radical modificada fuese la intervención quirúrgica más realizada a 19 pacientes para 76%, donde el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante. La mayoría de los pacientes tuvo una recaída por encima de los cinco años, con una localización mayor hacia la mama derecha. La aparición de una recidiva del cáncer de mama es considerada como un factor pronóstico adverso y disminuye el índice de supervivencia en las pacientes.

REFERENCIAS

1. Reina-Suárez M, Ramos-Rangel Y, Cisnero-Pimentel L, Reina-Sarmiento M, Alcelú-Sarduy M, González-Suárez M. Caracterización de pacientes con cáncer de mama y sus familiares acompañantes. Medisur. 2018; 16: 7. <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3857>.
2. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015; 24: 1495-1506. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359465>
3. Santos CYO. Conocimiento sobre el cáncer de mama, técnica de autoexamen, actitudes y su asociación con la práctica en mujeres derechohabientes a la UMF 66 2014.
4. [Revisado el 22 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/atencion-temprana-y-tratamiento-oportuno-vitales-en-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama/>
5. Cáncer de mama recurrente. [Consultado el 01 Agosto de 2022] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases/conditions/recurrent-breast-cancer/symptoms-causes/syc-20377135>
6. Knaul FM, Nigenda C, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una

Tabla 6: Distribución de los casos según tiempo transcurrido entre el diagnóstico inicial y la aparición de la recurrencia.

Tiempo de aparición de la recidiva	Sexo		Total n (%)
	Masculino	Femenino	
Antes de 2 años	0	4	4 (16)
De 2 a 5 años	1	8	9 (36)
Más de 5 años	0	12	12 (48)
Total	1	24	25 (100)

Fuente: Historia clínica.

Tabla 7: Técnica quirúrgica empleada.

Técnica empleada	Sexo		Total n (%)
	Masculino	Femenino	
Cirugía conservadora	0	6	6 (24)
Mastectomía radical	1	18	19 (76)
Total	1	24	25 (100)

Fuente: Historia clínica.

- prioridad apremiante. Salud Pública de México. 2009; 51: s335-s344.
7. Veronesi U, Luini A, Del Vecchio M. Radiotherapy after breast-preserving surgery in women with localized cancer of the breast. *N Engl J Med*. 1993; 328: 1587-1591.
 8. Sherwell-Cabello S, Maffuz-Aziz A, Villegas-Carlos F, Domínguez-Reyes C, Labastida-Almendaro S, Rodríguez-Cuevas S. Factibilidad y resultado estético de la cirugía oncoplástica en el tratamiento de cáncer de mama. *Cirugía y Cirujanos*. 2015; 83 3:199-205.
 9. Buchanan CL, Dorn PL, Fey J, Giron G, Naik A, Mendez J, Murphy C, Sclafani LM. Locoregional recurrence after mastectomy: incidence and outcomes. *J Am Coll Surg*. 2006; 203: 469-74.
 10. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer. Version 2.2017. [August 18, 2017] Accessed at www.nccn.org
 11. Cáncer de Mama. MPEM. Medisur vol. 16 no.1 [En línea] 2016. Marzo 01. [Fecha de acceso: 19-junio]. Disponible en: URAC: www.urac.com
 12. Sheik F, Pockaj B. Márgenes positivos después de terapia conservadora del cáncer de mama. *Am J Surg*. 2011; 200: 281-285.
 13. Bergamo L, Bolívar E. Recaídas locales posterior a tratamiento radical del cáncer de mama. *Rev Venez Oncol*. 2018; 22: 201-204.
 14. Spinetti D, Betancourt L, Martínez P, Romero G, Díaz F, Sánchez R, et al. Cáncer de mama. Recurrencia locales y regionales múltiples en el tiempo sin extensión sistémica. *Rev Venez Oncol*. 2017; 21: 225-228.
 15. Elder E, Kennedy C, Gluch L, Carmalt H, Janu N, Joseph M, et al. Patterns of breast cancer relapse. *Eur J Surg Oncol*. 2016; 32: 922-927.
 16. Borner M, Bacchi M. First isolated locoregional recurrence following mastectomy for breast cancer: results of a phase III multicenter study comparing systemic treatment with observation after excision and radiation. *J Clin Oncol*. 1994; 12: 2071-2077.
 17. Pérez-Michel LMA, González-Lizarraga M, Ornelas-Aguirre JM. Recurrencia de cáncer de mama en mujeres del Noroeste de México. *Cir Ciruj*. 2019; 77: 179-185.
 18. Spinetti D, Betancourt L, Martínez P, Romero G, Díaz F, Sánchez R, et al. Cáncer de mama. Recurrencias locales y regionales múltiples en el tiempo sin extensión sistémica. *Rev Venez Oncol*. 2019; 21: 225-228.
 19. Cruz del Pino D. Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de mama. Hospital "Vladimir Illich Lenin". 2009.
 20. Camacho R, Rubio M, Rodríguez R, Pérez Brioso I, Valdez del Pozo Z, Sánchez Varelo I. Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2017, pp. 22-85.
 21. Harris J, Lippman M, Morrow M, Osborne C. En: Harris J, editor. *Enfermedades de la Mama*. 4a edición. Lippincott Williams y Wilkins. Filadelfia: EEUU; 2010.p.840
 22. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. La Habana: MINSAP; 1998.
 23. Cribado y detección precoz del cáncer. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015c) [Recuperado 03 de septiembre de 2015] Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tasas-de-supervivencia-del-cancer-de-seno.html>
 24. López, M. Cáncer y Mastectomía. Estado Actual, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Teruel, Cirugía Española. 2018, p. 69.
 25. Soler VR. Cirugía del abdomen. Editorial Ciencias Médicas 2018 Tomo III, Parte 8, Capítulo 97. Página 195. ISBN: 978-959-313-102-5 (tomo III).
 26. Moreno L. Estudio sobre el pronóstico de cáncer mamario. Sobrevida en tres grupos consecutivos de pacientes en el INOR. *Rev Cubana de Oncología*. 1992; 2: 14-20.
 27. Sabel M. *Essential of Breast Surgery*. Madrid: Mosby Elsevier; 2009.
 28. Borgen P, Hill A. *Breast Diseases*. Ed. Landes Bioscience; 2000.
 29. Siegel R. Datos y estadísticas sobre el cáncer entre hispanos/latinos, 2012-2014. [Recuperado abril 24 2015, de American Cancer Society Inc]. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tasas-de-supervivencia-del-cancer-de-seno.html>
 30. Martin M. Cáncer de mama. *Enfermedades oncológicas*. Servicio de Oncología Médica. Cap. 4. Madrid: Hospital Clínico Universitario de San Carlos; 2003. p. 41.
 31. Weigelt B, Geyer FC, Reis-Filho JS. Histological types of breast cancer: how special are they? *Mol Onc*. 2010; 4: 192-208.
 32. Álvarez C, Vish P, Brusint B, Cuadrado C, Díaz N, Robles L. Actualización del cáncer de mama en atención primaria. (III/V). *Semergen*. 2017; 40: 460-472.
 33. Agendia website: Mammaprint. [August 22, 2017] Accessed at: www.agendia.com/healthcare-professionals/breast-cancer/mammaprint/on
 34. Martínez Tiahuel JL. Cáncer de mama. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. Octubre de 2007. p. 1.
 35. Hunt KK, Mittendorf EA. *Sabiston tratado de cirugía*. 20 ed. Capítulo 34, página 820. ISBN: 978-84-9113-132-8.
 36. Romero PT, Abreu RG, Monzón FA, Bermejo BW. Control del cáncer en la atención primaria de salud. *Experiencias Cubanas*. [Citado el 24 de abril del 2019 93]. <https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CONTROL%20DEL%20CANCER%20EN%20LA%20APS.pdf>

Consideraciones y responsabilidad ética: de acuerdo a los protocolos establecidos en nuestro centro de trabajo, se declara que se han seguido los protocolos sobre la privacidad de datos de pacientes y preservado su anonimato.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses: ninguno de los autores tiene conflicto de intereses en la realización de este estudio.

Correspondencia:

Dr. Luis Miguel Osoria Mengana

E-mail: Immengana90@gmail.com