

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Cáncer de mama en pacientes mayores de 65 años. Influencia de la edad en la presentación y manejo

Drs. PAULA ESCOBAR O, JAMILE CAMACHO N, CAROLINA BARRIGA Sch, KERYMA TOLEDO C,  
Int. ROBERTO BRUCHER U

Servicio de Cirugía. Hospital del Salvador

### RESUMEN

El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad femenina por neoplasias en Chile. Cifras internacionales señalan que alrededor de un 50% de esta patología ocurre en pacientes mayores de 65 años, grupo etáreo en el cual son menos rigurosos el control mamográfico y el examen físico, lo que conduce a un diagnóstico en estadios más avanzados. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de la edad en la presentación y manejo del cáncer de mama en mujeres mayores de 65 años. Entre abril de 1997 y abril de 2002 se operaron 237 mujeres con cáncer de mama en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador. Se revisaron las fichas de las pacientes mayores de 65 años para luego analizar sus motivos de consulta, tiempo de sintomatología, estadios al momento de presentación y manejo, tanto médico, como quirúrgico. Se compararon estos datos con los de las pacientes menores de 65 años operadas en el mismo período de tiempo. El total de pacientes estudiadas fue 100. La edad media fue de 73,6 años con un rango de 65 a 98 años. El motivo de consulta fue en 80 pacientes nódulos mamarios palpables (80%), en 5 dolor mamario (5%), en 2 úlcera sangrante (2%), en 2 secreción por el pezón (2%) y en una paciente eczema más retracción del pezón (1%). En esta población la consulta es tardía lo que puede explicarse por factores tanto de las pacientes como de los profesionales responsables de su cuidado.

PALABRAS CLAVES: **Mama, cáncer de mama, edad avanzada**

### SUMMARY

Breast cancer is the second cause of death due to cancer among Chilean women. International reports point out that approximately 50% of the cases occur in women older than 65 years of age. In this group, both mammography controls and medical visits are less frequent, which leads to a late diagnosis. In this report we analyze the influence of advanced age in both the presentation and management of breast cancer. Between April 1997 and April 2002, 237 women with breast cancer underwent surgical treatment at the Hospital del Salvador. We reviewed the medical records of patients older than 65 years of age, registering motive for consultation, time from the onset of symptomatology consultation, stage at first visit and management. We compared the data with those of patients younger than 65 years treated during the same period. A total of 100 patients were studied. The average age was 73.6 years (range: 65-98). In 80 patients the motive for consultation was a palpable breast nodule, in 5 patients breast pain, a bleeding ulcer in 2 patients, nipple discharge in 2 patients and eczema with nipple retraction in 1 patient. In this population, consultation was late, which can be explained by factors belonging to the patient and also to health care professionals in charge of these patients.

KEY WORDS: **Breast, breast cancer, advanced age**

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una neoplasia frecuente, que en Chile, ocupa el tercer lugar en la mortalidad por este tipo de enfermedades con una tasa 12 por cada 100000.<sup>1</sup> Se ha establecido, además, que casi un 50% de esta patología ocurre en pacientes mayores de 65 años, lo que es particularmente importante por las implicancias en el diagnóstico y tratamiento de este grupo etáreo.<sup>2</sup>

Al analizar la literatura, existen diversos factores que han contribuido históricamente a tratar a las pacientes mayores de 65 años de manera diferente al resto de las mujeres que padecen cáncer de mama. En primer lugar, existe el concepto que el cáncer de mama tendría un comportamiento indolente en las mujeres mayores, y como tal, no requeriría de un diagnóstico tan precoz ni tampoco de un tratamiento igualmente agresivo respecto a mujeres más jóvenes.<sup>3,4</sup> Es cierto, además, que a medida que incrementa la edad de una población aumentan las enfermedades asociadas, tales como, hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular,<sup>5</sup> que confieren un mayor riesgo a cualquier procedimiento quirúrgico y a las terapias adyuvantes. Por último, está la expectativa de vida que suponen los médicos para estas pacientes, lo que sumado a lo anterior, ha llevado a reconsiderar la cirugía tradicional y tratamientos sistémicos.<sup>6</sup>

Es nuestra impresión que la consulta es tardía mientras mayor es la paciente, sin embargo, carecemos de datos tabulados con tal respecto.

El objetivo de este trabajo es analizar la presentación del cáncer de mama en mujeres mayores de 65 años y evaluar cómo la edad ha influido en las decisiones terapéuticas en una cohorte de pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudió en forma retrospectiva y descriptiva a 100 pacientes con cáncer de mama mayores de 65 años, atendidas en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador, entre abril de 1997 y abril de 2002.

Se analizaron edad, motivo de consulta, tiempo de sintomatología y etapificación según la clasificación TNM. El tipo de tratamiento, médico y quirúrgico, junto con las características histológicas de los tumores fueron igualmente consignados. Los resultados se compararon con los de las mujeres menores de 65 años operadas en el mismo período.

Se elaboró base de datos. Para el análisis estadístico se emplearon los programas Microsoft Excell® y EPIINFO2000.

## RESULTADOS

El promedio de edad de la población estudiada fue de 73,6 años, con un rango entre 65 y 98. El tiempo promedio de sintomatología al momento de la primera consulta en el Hospital fue de 11,4 meses (rango 0–60). El 20% de las pacientes demoró más de 12 meses en circunstancias que las mujeres menores de 65 años, sólo el 7,02% de ellas demoró igual tiempo (Figura 1).

El motivo de consulta fue en 80 pacientes nódulos mamarios palpables (80%), en 5 dolor mamario (5%), en 2 úlcera sangrante (2%), en 2 secreción por el pezón (2%) y en una paciente eczema más retracción del pezón 1(1%). Nueve pacientes asintomáticas fueron derivadas por hallazgos mamográficos (9%), cifra que en las mujeres menores de 65 años fue el 32% (Tabla 1).

Al ingreso la clasificación TNM arrojó la siguiente distribución: 7 pacientes etapa 0, 12 en etapa I, 37 en etapa IIA, 19 en etapa IIB, 4 en etapa IIIA, 8 en etapa IIIB, 9 en etapa IV, y 4 pacientes sin información respecto de estadificación clínica. La comparación respecto población menor de 65 años se ilustra en la Tabla 2.

En cuanto al tratamiento, 92 pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente, en tanto que 8 recibieron tratamiento médico exclusivo. Estos últimos casos corresponden a mujeres que se presentaron en etapas muy avanzadas y fueron consideradas inoperables, o bien, fueron descartadas para cirugía por morbilidad concomitante. En todos los casos la decisión fue tomada por un comité oncológico conformado por especialistas multidisciplinarios.

El tipo de intervenciones realizadas fue: 24 mastectomías radicales modificadas, 17 mastectomías simples, 39 mastectomías parciales más disección axilar, 10 mastectomías parciales, una disección axilar, una mastectomía parcial más biopsia axilar y 8 biopsias incisionales. De las pacientes con tumores infiltrantes con indicación convencional de disección axilar, ésta se realizó hasta el segundo nivel en 63 casos, hasta el primer nivel en 7 y se omitió en 15 de ellas. En las mujeres menores de 65 años con esta misma indicación quirúrgica, la

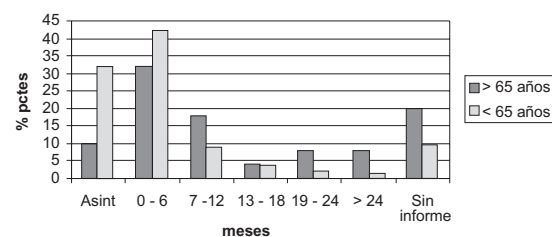


Figura 1. Tiempo de sintomatología en meses.

**Tabla 1**  
**MOTIVO DE CONSULTA**

<i>Pacientes sintomáticas</i>	
Nódulo palpable	80
Nódulo axilar	1
Dolor	5
Úlcera	2
Secreción pezón	2
Eczema más retracción del pezón	1
<i>Pacientes asintomáticas-hallazgos mamografía</i>	
Nódulo	5
Microcalcificaciones	4
<b>Total</b>	<b>100</b>

linfadenectomía axilar no se omitió en ningún caso. La comparación por grupo de edad y tipo de cirugía se representan en la Tabla 3.

El tamaño tumoral patológico logró ser dimensionado en 88 casos y no se objetivó en 8 que corresponden a las biopsias incisionales. Éste fluctuó entre 0,5 y 10 cm de diámetro mayor, con un promedio de 3,4 cm. La histología reveló carcinoma ductal infiltrante (CDI) en 73 casos, carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) en 9, y cáncer ductal *in situ* en 8. No hubo casos de CLIS. Los restantes 10 casos se representan en la Tabla 4.

En 19 tumores los receptores de estrógeno (RE) fueron positivos, en 9 negativos y en 72 casos no se realizó inmunohistoquímica por no contarse con el recurso o por no considerarse necesario en aquel momento.

El estudio de diseminación, que hasta agosto del 2001 se solicitaba de rutina a todas nuestras pacientes, se realizó en el 27% de los casos, en forma parcial en 16% y no se efectuó en 56% de ellas. A igual fecha en las pacientes menores de 65 años sólo se omitió en 14 casos (10,2%).

**Tabla 2**  
**ESTADIOS AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO**

<i>Estadio al diagnóstico</i>	
<i>Mayores 65 años</i>	<i>Menores 65 años</i>
0 = 7	0 = 13,8
I = 12	I = 24,0
IIA = 37	IIA = 21,8
IIB = 19	IIB = 12,4
IIIA = 4	IIIA = 8,0
IIIB = 8	IIIB = 13,1
IV = 9	IV = 5,8
X = 4	X = 0,7

En porcentajes.

**Tabla 3**  
**COMPARACIÓN TIPOS DE CIRUGÍAS EN LAS PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS**

	<i>Mayores 65 años</i>	<i>Menores 65 años</i>
Mastectomía radical modificada	24	27,0
Mastectomía simple	17	5,8
Mastectomía parcial + disección axilar	39	40,1
Mastectomía parcial	10	21,2
Disección axilar	1	1,4
Mastectomía + biopsia axilar	1	0
Biopsia incisional	8	4,3

En porcentajes.

En cuanto al tratamiento adyuvante, 16 pacientes no recibieron radioterapia por considerarse poco beneficiosa a pesar de tener tumores infiltrantes. De éstas, 7 casos corresponden a tumores de 5 o más cm de diámetro que fueron tratados con mastectomía simple, 8 a mastectomías parciales y un primario oculto en que se realizó sólo disección axilar. Con respecto a la quimioterapia, se indicó en 20 mujeres (20%), principalmente aquellas con compromiso ganglionar y RE negativos, mientras que el Tamoxifeno se utilizó en el 67% de nuestras pacientes.

## DISCUSIÓN

El tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el momento de la primera consulta en las mujeres mayores de 65 años es en promedio un año, mientras que las mujeres jóvenes lo hacen preferentemente durante los primeros tres meses.

**Tabla 4**  
**Histología en pacientes mayores de 65 años**

CDI	73
CDIS	8
CLI	9
CLIS	0
Sarcoma	1
Papilar infiltrante	1
De células claras	1
Ducto - lobulillar	1
Mal diferenciado	1
Apocrino Infiltrante	1
Escamoso infiltrante	1
Medular	1
<i>Sin información</i>	2
<b>Total</b>	<b>100</b>

La falta de conocimiento, la dejación y el "no quería contarle a nadie" son los argumentos comúnmente utilizados para explicar este retraso. En dos casos de úlceras sangrantes de gran tamaño, no fueron las pacientes las que consultaron sino sus familiares.

Algunos estudios sugieren que el cáncer de mama en mujeres mayores se presenta en estados más avanzados comparativamente,<sup>7,8</sup> otros, sin embargo, señalan que esto no sería así y que su presentación ocurre en estados semejantes al de las mujeres más jóvenes con la posible excepción de las pacientes muy mayores (> 85 años).<sup>9</sup> En nuestra casuística, en estadios precoces 0, I y II de la clasificación TNM, las pacientes mayores se presentaron en forma muy similar respecto a sus contrapartes más jóvenes (75% y 72%, respectivamente) y la diferencia la observamos en la enfermedad localmente avanzada, en la cual en contra de nuestras creencias las mujeres mayores con menor frecuencia presentaron etapas IIIa y IIIb (12% *versus* 21%). Lo que supone una aparente contradicción; cánceres de consulta muy tardía que, sin embargo, se mantienen en etapas iniciales, podría estar manifestando que estos tumores tienen un comportamiento menos agresivo que en mujeres de menor edad.

Es destacable, sin embargo, el hecho que en las pacientes más jóvenes el número de casos en estadio 0, es decir, de carcinoma *in situ*, duplique el valor mostrado por las pacientes mayores (14% *versus* 7%), lo que demuestra claramente que el control mamográfico es menos estricto en el grupo mayor de 65 años. Diversos autores han explorado el tema de la mamografía en las pacientes mayores de 65 años, avalándolo o desacreditándolo,<sup>10</sup> sin embargo, la recomendación actual es continuar con este examen si la paciente se encuentra en buenas condiciones de salud y es nuestra motivación el incentivar el uso de la mamografía a este nivel.

Era nuestra impresión al iniciar el estudio que en las mujeres mayores realizábamos más cirugías radicales y menos conservadoras, mas, el número de mastectomías radicales modificadas y mastectomías parciales más disección axilar son semejantes en ambos grupos. La mastectomía simple es una intervención notoriamente más habitual en las pacientes mayores, probablemente porque se utiliza tanto como para evitar linfadenectomías axilares, como para evitar una supuesta radioterapia

subsecuente a la mastectomía parcial en pacientes de edad avanzada.

Es interesante apreciar como se han tomado en comité oncológico las decisiones particulares para cada paciente, y de esta manera se ha omitido disecciones axilares, radioterapias y quimioterapias con beneficios probados marginales en pacientes añosas o con patología concomitante de importancia que limitan la expectativa de vida.

Por último, ha sido sugerida una escala de evaluación geriátrica que es útil incorporarla como parte del manejo integral de estas mujeres, de manera tal de establecer en forma objetiva las condiciones físicas y mentales que indudablemente influirán en el tipo de tratamiento escogido pensando en los resultados que éste tendrá en cada mujer en particular.

Es nuestra recomendación la elección de un tratamiento muy individualizado basado en los riesgos reales de enfermedad a distancia, recidiva, tolerancia esperada para el tratamiento y deseo de la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estadística del Ministerio de salud, Chile 1997.
2. Balducci L, Extrermann M, Carreca I: Management of breast cancer in the older woman. *Cancer Control* 2001; 5: 431-41.
3. Singletary SE, Shallenberger R, Guinee VF: Breast cancer in the elderly. *Ann Sur* 1993; 5: 667-71.
4. Bergman I, Dekker G, Van Leeuwen F, *et al*: The effect of age on treatment choice and survival in elderly breast cancer patients. *Cancer* 2001; 67: 2227.
5. Santarino WA, Ragland DR: The effect of comorbidity on 3 year survival of women with primary breast cancer. *Ann Intern Med* 1994; 120: 104.
6. Greenfield S, Blanco D, Elashoff R, *et al*: Patterns of care related to age of breast cancer patients. *JAMA* 1987; 257: 2766.
7. Holmes FF, Hearne E: Cancer stage to age relationship: implication for cancer screening in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29: 55.
8. Schottenfeld D, Robbins G: Breast cancer in elderly women. *Geriatrics* 1971; 3: 121.
9. Ries LA, Henson DE, Harras A: Survival from breast cancer according to tumor size and nodal status. *Surg Oncol Clin North Am* 1994; 3: 35.
10. Murray T, Kathaleen A, Hesketh PJ, Lawn-Tsao L: Breast cancer in elderly women. *Surg Clin North Am* 1996; 2: 289-309.