

CONDUCTA QUIRURGICA DEL CANCER DE MAMA

DR. MARIANO BEDOYA HEVIA

EN el momento actual los centros especializados enfocan el problema de la Conducta Quirúrgica del Cáncer de Mama hacia una cirugía más radical y minuciosa contra las lesiones cancerosas y sus vías de propagación donde ella se les encuentre. En gran número de publicaciones destacadas autoridades de la especialidad demuestran con claridad que esta cirugía es posible, técnicamente, si bien para conocer la eficacia de estos procedimientos sería necesario que transcurra el tiempo conveniente para realizar las observaciones pertinentes.

En nuestro Instituto Especializado se está practicando la cirugía ampliada, yo continuo haciendo la Mastectomía radical asociándola a la radioterapia post-operatoria.

Selecciono mis enfermas con un criterio de "operabilidad". En estos últimos años he adoptado el criterio de Haagansen y Stout (13) que le enuncia así:

"Las mujeres de todos los grupos de edades que estén en condiciones generales suficientemente buenas para correr el riesgo de la operación deben ser tratadas por Mastectomía Radical" excepto en los siguientes casos:

- 1) Cuando existe edema extenso de la piel de la mama.
- 2) Cuando hay nódulos satélites en la piel de la mama.
- 3) Cuando existen nódulos intercostales y para-esternales.
- 4) Cuando existe edema del brazo.
- 5) Cuando existen metástasis claviculares comprobadas.
- 6) Cuando el carcinoma es de tipo inflamatorio.
- 7) Cuando se demuestran metástasis distantes.
- 8) Cuando existe cualesquiera de dos o más de los signos localmente avanzado:
 - a) ulceración de la piel.
 - b) edema de la piel de extensión limitada (menos de un tercio de la piel de la mama invadida).
 - c) fijación del tumor a la pared torácica.
 - d) ganglios axilares que miden 2.5 cm. o más de diámetro transverso y se haya comprobado por biopsia que contiene metástasis.
 - e) fijación de los ganglios axilares a la piel o a las estructuras profundas de la axila, en los cuales se haya comprobado por biopsia que existen metástasis.

Estamos de acuerdo con Haagansen (13) que dice "que ni la lactancia ni el embarazo son contrarios a la Mastectomía", criterio que ya había sido aceptado por Tomlinson y Eckert, así como Brocks, citados por Spreng (26).

Estamos de acuerdo con Byrd (4) y Uriburu (23) de practicar en los ancianos o pacientes con gran riesgo quirúrgico, la mastectomía simple, seguida de radioterapia, en las portadoras de lecciones ulcerosas, como medida paliativa.

Seleccionados los casos, procede en la siguiente forma:

Práctico (5) la biopsia de rutina. Su realización nos ha dado seguridad en el tratamiento y no parece afectar el pronóstico.

El paciente tiene biopsia por aspiración en la tarde del día anterior a la operación. Si resulta positiva se procede directamente a la mastectomía radical. La exactitud diagnóstica alcanzada por Campos y García (8) y por Campos Zavaleta (9) es de 90.8%.

Si resulta negativa la enferma tiene una biopsia por congelación en la sala de operaciones, bajo anestesia y preparada para una radical. Efectuamos la biopsia siempre sobre tejidos sanos.

La anestesia es general, inducimos con Kemital o Pentothal, suplementándola con Protóxido ó Éter y Oxígeno. Intubamos.

La transfusión es de rigor.

CARACTERISTICAS DE LA OPERACION RADICAL

Incisión.—De acuerdo con la mayoría de los autores (6), (10), (11), (12), (14), (18), (19), (23) y (26); trazamos la incisión según el sitio, volumen y extensión del proceso. Tres son las incisiones que practicamos:

a) la de Stewart, para los tumores, areolares, peri-areolares o ligeramente excéntricos.

b) la de Halsted, para los tumores excéntricos.

c) la de Greenough o de Rodmall, para los tumores con prolongación axilar.

Resección y Disección de la piel.—Practicamos una amplia escisión cutánea, lo más lejos de los límites aparentes de la lesión, de 5 a 8 cm. Los límites (1), (10), (11), (12), (18), (19) y (23), de disección son: la línea para-esternal opuesta; el gran dornal por fuera; y la cara interna del brazo; el borde anterior de la clavícula por arriba y hacia abajo el tercio inferior de la línea xifo-umbilical. Tallamos colgajos de 2 a 5 mm., otros (24) resecan la totalidad.

La oblación de los pectorales es total.

Extremamos nuestros cuidados en el vaciamiento de la región axilar e infraclavicular.

Resecamos el nervio del gran dorsal y serrato. No hemos observado trastornos funcionales.

Cuando la localización del tumor corresponde al hemisferio superior, no reseca la fascia del recto, de éste modo de pensar son R. Finochietto (10), Haagansen (14) y otros.

Cierre de la herida.—Para éste tiempo nos cambiamos de guantes. La hemostasis se hace con hilo de algodón, habiendo obtenido buenos resultados.

Cuando no es posible la aproximación de los labios de la herida, recomendamos hacer el injerto.

Hacemos el drenaje clásico mediante contrabertura lateral. Colocamos puntos de contención y suturamos la piel con lino fino. Aplicamos un apósito moderadamente compresivo sobre la región sub-clavicular y hueco axilar, vendamos y dejamos libre el brazo. Vigilancia diaria de la herida. Levantamos y movilizamos el brazo precozmente. Los puntos se retiran a partir del doceavo día.

Resultados obtenidos.—Estos corresponden al grupo de pacientes tratadas desde 1948 a 1951 y que han sobrevivido un mínimo de 5 años o más, sin presentar recurrencias. Durante este período, ha atendido 54 pacientes. De estas 5 fueron sometidas a la mastectomía simple, seguida de radioterapia. 50 pacientes recibieron un tratamiento combinado de cirugía radical y radioterapia.

Todas estas pacientes han sido cuidadosamente observadas.

Del grupo de 50 pacientes 42 por ciento sobrevivieron los 5 años sin presentar recurrencias (Cuadro 1).

CUADRO I. SUPERVIVENCIA DE 5 AÑOS

	Número de Pacientes	Número	Porcentaje
Sin metástasis axilares	14	8	57 %
Con metástasis axilares	36	13	36 %
Total:	50	21	42 %

En el cuadro 2 se especifican la localización de las recidivas y metástasis en 29 casos de nuestra serie.

CUADRO II

	Casos	Porcentaje
En la cicatriz	3	10 %
En el cráneo	1	3 %
En los huesos	9	31 %
En el hígado	5	17 %
En los pulmones	8	28 %
Met. supraclaviculares	3	10 %

Operaciones ampliadas.—Como sigo el criterio de Haagansen y Stout (13), nunca he practicado el vaciamiento de la fosa supraclavicular. En el Instituto han abandonado el procedimiento. Los resultados fueron malos.

Mastectomía ampliada con resección de la cadena mamaria interna.—Numerosos son los trabajos que se encuentran en la literatura sobre el rol que la cadena mamaria interna puede jugar en la curabilidad del cáncer de mama. (2), (3) y (24).

No tengo ninguna experiencia con esta cirugía y estoy de acuerdo con

Handley (16) y (17); que recomienda la exploración previa del segundo espacio intercostal, seguida de biopsia por congelación, si el resultado es negativo se continua con la operación radical. Si es positivo se considera invadido el mediastino y se incluye el caso en el grupo de los inoperables.

Cáceres y col. (7) desde setiembre de 1954, practica esta operación en casos consecutivos; con una incidencia de metástasis a la cadena mamaria interna de 19.1 por ciento en la totalidad de sus casos y en un 27.6 por ciento en los casos con metástasis axiliar. La localización del tumor juega un papel importante en la incidencia de metástasis, como demuestra que el 43.4% de los tumores localizados a la región interna y 21.4% de los tumores de la región sub-areolar presentaron metástasis a la cadena mamaria interna. Creemos que esta cirugía debe esperar la sanción del tiempo y debe practicarse en centros especializados, para poder evaluar perfectamente los resultados.

En las recidivas únicas, recomendamos la extirpación, siempre que sea posible.

La Ooforectomía:

1) en la mujer joven, no la hacemos rutinariamente.

2) en las recidivas y metástasis que ocurren en el pre-climaterio, Pearson (21) y (22) obtiene remisiones de 9 meses. Nosotros hemos visto remisiones hasta de 7 meses.

La Adrenelectomía con ooforectomía previa, Pearson y otros investigadores (21) y (22) consiguen el 45% de remisiones objetivas, con una duración de 9 meses. Huggins y Ling Yuan Dao (15) concluyen diciendo: "que la adrenelectomía puede inducir a una remisión en enfermas que de acuerdo a los métodos actuales no están en condiciones de recibir tratamiento, siendo un método práctico para casos seleccionados".

En el Instituto de Enfermedades Neoplásicas se han realizado 8 adrenelectomías cuyos resultados no se pueden evaluar por el momento.

La Hipofisectomía es una intervención de reconocidos méritos.

Robertson y col. citado por Numberg (20) confirma experimentalmente que la hipofisis tiene un gran papel en la aparición de los carcinomas. Pearson (21) dice: "que la hipofisis segrega una o varias hormonas que favorecen el crecimiento del cáncer, al hacerse la hipofisectomía, se eliminan estas y se inhibe la función ovárica y suprarrenal".

Olivecroma, citado también por Numberg (20) dice, que de 9 operados, en 7 los resultados fueron favorables, pero se mantiene prudente en sus conclusiones.

Luft, citado por el mismo Numberg (20) excluye los pacientes mayores de 60 años con metástasis hepáticas y cerebrales. Saegesser (20) dice: "que la operación es muy radical ya que incide sobre todas las glándulas endocrinas".

Numberg (20) estudia 6 casos, 4 con resultados malos y 2 que mejoraron, concluye manifestando que no es posible por el momento hacer una evaluación del método.

RESUMEN

Nuestra conducta la adoptamos al criterio de "operabilidad" de Haagensen y Stout y seguimos practicando la Mastectomía Radical asociándola a la radioterapia post-operatoria, ya que por el momento no somos partidarios de las operaciones ampliadas:

a) de las supraclaviculares por considerarlas en el grupo de las inoperables y

b) de la cadena mamaria interna, porque esperamos que sean sancionadas por el tiempo; más bien aconsejamos la conducta exploratoria, con el fin de establecer un exacto pronóstico.

Recomendamos en las ancianas y con gran riesgo quirúrgico la mastectomía simple y también en los tumores ulcerados como medida paliativa.

Las recidivas únicas las extirpamos y ordenamos el tratamiento radioterápico.

La Ooforectomía, en la joven, no la hacemos de rutina; se observan remisiones cuando se practica en las recidivas y metástasis.

Los otros procedimientos esperan la sanción del tiempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada J. C.: y col. *El Cáncer Ginecológico*. Tomo II, 1953.
2. Ariel. I. M.: Conservative Method o Rosegting the Internal Mamary Lymf-nodos in Block with radical mastectomy. *Surgery, Gin and Obst.* 100:623, 1955.
3. Abrao y Gentil: Mastectomía Radical Ampliada con ezvaziamiento ganglionar supraclavicular, axilar e da mamaria interna en Monobloco. *Revista Paulista de Medicina.* 46:217, 1955.
4. Byrd B. F.: Cáncer the Breast in advance Age gronus. *Surgery.* 27:414, 1950.
5. Bedoya M.: Correlato al Ier Congr. Lat. Am. y Octavo Cong. Arg. de Obst. y Gin. tomo II, 1952.
6. Barret V., Nobo y Gelats: Cáncer de Seno. II Congr. Nac. de Cancerología. Cuba, Habana, 1945.
7. Cáceres y col.: Importancia de las metástasis en la cadena mamaria interna en el trat. del cáncer de seno. *Revista de Obstetricia y Ginecología del Perú.* Vol. II, 2, 1956.
8. Campos R. de C. y García J.: Valor diagnóstico de la biopsia por aspiración, en los tumores de la mama. *Anales de la Fac. de Med. de Lima.* 1953, 36:204.
9. Campos R. de C. y Zavaleta: Resultados y posibilidades de la biopsia por aspiración en el diagn. de los tumores de la mama. *Prensa. Med. Arg.* Vol. XLII, 1955.
10. Finochietto R.: Cáncer de Mama. *P. M. Arg.* Vol. XL., 1953.
11. Guilera Luis: Enfermedades de la Mama. 1955, Ed. Salvat.
12. Geschickter Ch. F.: Enfermedades de la Mama. 1947. Ed. Llorens y Cia.
13. Haagensen y Stout: Carcinoma de la Mama. *An. Cirg.* Vol. X-8-1951.
14. Haagensen C. D.: Tecniqe of Radical Mastectomy. *Surgery.* 19:100. 1946.
15. Huggins y Lin Yuan Dao: Adrenelectomía por Cáncer de Mama. *An. Cirug.* Vol. X, 1952.
16. Handley, Thackray: Invasión of the Internal Mammary Lymph. in carcinoma of the Breast. *Bristh J. Cáncer* 1:15; 1947.
17. Handley y Thackery: Invasión of Internal Mammary Lymph. nodes in Carcinoma of the Breast. *Bristh Med. Jour.* 1954.
18. Nicola C.: Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama. *P. M. Arg.* Vol. XLII, 1955.
19. Noguea A.: Carcinoma de la Mama. 1er Cong. Lat. Amer. y 8tvo. Congr. Arg. de Obst. y Ginec. *Relato.* 1952 Tomo I.
20. Numberg N.: Tratamiento del Carcinoma de Mama Avanzado y Metastásico mediante extirpación de la Hiperfisis. *P. Med. Arg.* Vol. XLIII, 2, 1956.
21. Pearson O. H.: Tratamiento del Cáncer metastásico de la Mama. *P. Med. Arg.* Vol. XLIII, 19, 1956.

22. Pearson O. H. y otros: Tratamiento del Cáncer Mamaria con Metástasis. Amer. Clínica. Vol. XXVIII, 4, 1956.
23. Uriburu J. y Ducés A.: Conducta Terapéutica en las Afecciones Malignas de la Mama. P. Med. Arg. Vol. XL, 10, 1953.
24. Rauhausen: Cáncer de Mama. Correlato al Primer Cong. Lat. Amer. y Octavo Cong. Arg. de Obst. y Ginecología. tomo II, 1952.
25. Urban J. A.; Baker H. W.: Radical Mastectomy in continuity with block Resection of the internal mammary Linfh-nodes. Cancer. New York. 5:992, 1952.
26. Spreng y Pellock: Bases de la Mastectomía Radical. An. Cirugía. Vol. X, 3, 1951.

SUMMARY

We adopt the criterion of "operability" of Haagansen and Stout and we perform the Radical Mastectomy followed by radiation. There is not enough information about the result of more extensive surgery such as the cases of metastasis in the supraclavicular lymph nodes, because we believe they belong at the group of not suitable for operation and the metastasis in the mamary interne lymph nodes only we prefer to search trough them in order to the prognosis.

In the elderly patients with hazard to surgery as the ulcerated tumors the simple mastectomy is only the way in our treatment and as paliative procedure. In recurrent cancer that which is located we make surgery followed by radiation. The ooferectomy in the young is not a rutinary practice in our work. It should be observed remission when it is made in cases of recurrences and metastasis.

Other procedures need confirmation.