

MAMA TUMORAL

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Luis Mogrovejo Ugáz

El tema "Mama Tumoral", es muy amplio, y requeriría muchas páginas para su desarrollo, por lo que trataré de hacer una revisión breve y panorámica. No escapa a nuestro entender, la intención de los organizadores, de abogar aspectos que sean de interés práctico, por lo que me parece oportuno resaltar que la dependencia endocrina de las glándulas mamarias a las hormonas ováricas, hacen de aquéllas parte integrante del aparato genital femenino. Es por ello que nuestros colegas ginecólogos y obstetras deben estar familiarizados con el manejo de la patología mamaria, no sólo en el aspecto tumoral, sino endocrino, infeccioso, estético, etc., es decir, en lo que se ha venido a llamar últimamente Mastología, a fin de darle un más amplio sentido, y que la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, asumiendo su rol orientador de nuestra especialidad, está interesada en promover.

Para comenzar esta exposición diremos que los tumores malignos de la mama son muy numerosos y variados. Haciendo un esfuerzo de síntesis podemos agruparlos, teniendo en cuenta su origen, en 2 grupos: los tumores epiteliales, entre los que destaca por su importancia el Cáncer de Mama, y los tumores no epiteliales o mejor dicho, mesenquimatosos, entre los que destacan los sarcomas.

Teniendo en cuenta su presentación, los tumores epiteliales o carcinomas son muy frecuentes; los tumores no epiteliales tienen la característica de ser muy poco frecuentes. En el primer grupo, además de todos los tipos de carcinomas, es conveniente señalar a la enfermedad de Paget del pezón y al carcinoma inflamatorio de la mama, al cual dados los pobres resultados terapéuticos, es preferible evaluarlo como inoperable por su gran malignidad.

Asimismo, en el segundo grupo, además de todos los tipos de sarcomas, conviene señalar el cistosarcoma Phylloides que, aunque raramente exhibe un curso maligno, cuando lo hace es el tejido mesenquimal el que se transforma en maligno, comportándose como un sarcoma.

Los Tumores Malignos del primer grupo se diseminan por Vía linfática y los del segundo grupo por vía hemática, por lo cual en su tratamiento quirúrgico la disección axilar no está generalmente indicada.

En el grupo de los tumores epiteliales, entre los que encuentra el Cáncer de Mama, la conducta terapéutica se basa en la extensión de la enfermedad y no en el tipo histológico del tumor. Por ello, antes de hablar de tratamiento del cáncer mamario, nos referiremos brevemente a sus estadíos clínicos. Sabemos que, de acuerdo a las características del tumor así como a su extensión, son 4 estos estadíos. Los casos encuadrados en el estadío I y en el estadío IV, no presentan duda en cuanto al tipo de tratamiento. Los del estadío I deben ser tratados por la mastectomía radical, obteniéndose resultados excelentes y bien recibidos por los especialistas, aunque se argumenta también que la situación topográfica del tumor y la disposición anatómica del drenaje de la glándula mamaria son factores importantes en la elección de la terapéutica más indicada. Es por ello, que de acuerdo a estas consideraciones, la mastectomía radical tipo Halsted sería insuficiente para muchos autores, por lo que surgieron técnicas quirúrgicas más amplias ultra-radicales.

Sin embargo, en los últimos años, hay una disminución de la radicalidad y más bien se presenta excelentes resultados con operaciones menos radicales que la Halsted, como las de Patey o Mérola.

Los casos avanzados del estadío IV no permiten mayores esperanzas de cura por los métodos actuales de tratamiento, debiendo recibir una terapéutica paliativa, conservadora, por la radioterapia solamente, por la mastectomía simple seguida de radioterapia profunda en altas dosis, por las hormonas, por la castración seguida de suprarenalectomía bilateral o, según la experiencia de muchos autores, por la hipofisectomía y sobre todo últimamente por la quimioterapia de una sola sustancia, o mejor aún múltiples sustancias.

Consideramos de gran valor la determinación de metástasis supraclavicular antes de la operación definitiva a fin de conocer la verdadera extensión de la enfermedad y orientar mejor la terapéutica. Deben ser considerados como casos avanzados los que presentan invasión de estos ganglios, para los cuales la cirugía poco puede ofrecer. Serían más beneficiados con un tratamiento conservador recomendado para los casos de estadíos III ó IV.

La radioterapia, por otro lado, ha presentado un gran progreso permitiendo una dosis tumoral bastante alta con los recursos técnicos actuales.

La sensibilidad del carcinoma mamario a las hormonas estrogénicas abrió nuevos horizontes para su tratamiento, el cual se realiza bajo dos criterios: o por la supresión de las glándulas capaces de producir hormonas estimulantes del cáncer o por la administración de hormonas que pudiesen impedir esta acción. La primera conducta se refiere a los ooforectomías, suprenalectomías e hipofisectomía.

La respuesta benéfica observada después de estas operaciones, con regresión de las metástasis y mejora del estado general, es un hecho observado por la mayoría de los autores. La administración de hormonas antagónicas a los estrógenos es hecha desde hace varios años con resultados ya bien conocidos. Los andrógenos se indica a las pacientes jóvenes y a las que están próximas a la menopausia; y en las pacientes de edad avanzada, ciertos autores utilizan también los estrógenos.

La quimioterapia antineoplásica es otra arma que día en día va ganando mayor prestigio en vista del efecto benéfico que determina no solamente con la regresión de las masas tumorales sino también de las metástasis óseas y parenquimatosas por plazos que van desde algunos meses hasta varios años.

En lo que se refiere el tratamiento de los Sarcomas, depende también del estado clínico y del reconocimiento patológico de la naturaleza de la lesión. Un adecuado tratamiento sería una amplia exéresis quirúrgica. La disección axilar no está indicada, ya

que las metástasis de estos tumores no se realizan por vía linfática.

En la rara ocasión en la cual el Cistosarcoma Phylloides exhibe un curso maligno, se comporta como un sarcoma, la cual lo mencionamos aquí. Cuando produce metástasis, siguen la vía hemática, por lo cual la mastectomía radical con disección axilar no estaría indicada.

Tratándose de los sarcomas, hay una gran variedad de clasificaciones, lo que indica que los autores aún no se han puesto de acuerdo para catalogar estos tumores. Sin embargo, por su importancia clínica y anatómo-patológica nos parece justificado mencionar a dos grupos.

Hemangioendotelioma maligno o angiosarcoma.— Se desarrolla en mujeres de toda edad aunque en edad más temprana que el carcinoma. El tratamiento quirúrgico, da pobres resultados, es además radioresistente.

Linfosarcoma.— Puede ser confundido con el carcinoma, ya que en algunos casos produce retracción de la piel y es de bordes imprecisos; inclusive esta confusión puede ser realizada hasta en los cortes por congelación. Para su tratamiento, algunos autores preconizan cirugía sola (mastectomía simple o radical), cirugía seguida de irradiación y, otros, simplemente la irradiación ya que es radiosensible. Su tendencia es a realizar después una linfosarcomatosis generalizada.

Con esta breve revisión sobre el manejo de los tumores malignos de la mama, esperamos lograr el objetivo de difusión de un tema tan importante de la patología mamaria.

