

EL FACTOR REGIONAL EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE MAMA

Aviño J., Blanes A., Blanes J., Lluch A., Bonilla-Musoles F. y Pinotti J. A.

RESUMEN

Se analiza los resultados obtenidos con 95 pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama durante el bienio 1983-85, según el tipo de intervención realizado. A la mayoría de las pacientes se les ha realizado un PATEY modificado, siguiendo en número el HALSTED y la mastectomía simple, más limpieza axilar. Las cadenas ganglionares han sido clasificadas en 3 niveles o estadios. Nuestro criterio es mantener el pectoral mayor, siempre que no esté afectado por la tumoración, así como la extirpación del pectoral menor, para realizar mejor el tiempo quirúrgico subclavio.

SUMMARY

Results obtained in 95 patients who had surgery for breast cancer during 1983-85 are analyzed according to the type of intervention performed. The majority of patients had modified Patey technique done, followed by Halsted's and simple mastectomy and axillary dissection techniques. Lymph node chains have been classified in three levels or stages. Our criterium is to save pectoralis major when it is not involved with tumor, removing pectoralis minor for a better subclavian surgical dissection.

INTRODUCCION

El criterio de operabilidad y la elección del tratamiento en el cáncer de mama, constituyen asuntos de gran interés.

En materia de tratamiento del cáncer de mama se dispone de tres armas: la operación, la irradiación y la quimioterapia y hormonoterapia.

En la actualidad, gracias al adelanto de la inmunología, puede considerarse como cuarta arma la inmunoestimulación, que ya ha pasado su período inicial y que, si bien no ha dado todo lo que se esperaba de ella, no podemos todavía predecir su futuro.

Aclaramos que, si bien somos más partidarios de la cirugía con criterio de radicabilidad, reconocemos que, en ciertos centros, la ci-

rugía conservadora proporciona excelentes resultados, con la ventaja estética de que conserva la mama. Si antes no lo hemos realizado ha sido por no contar con los medios (Iridio) que garantizan su correcta ejecución.

Aportamos nuestra experiencia sobre los 95 casos de carcinoma de mama operados en nuestro Departamento entre los años 1983-85.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo abarca el estudio de los 95 casos de carcinoma de mama operados en nuestro Departamento entre los años 1983-85.

Las operaciones quirúrgicas que hemos realizado fundamentalmente son: la operación de Halsted-Meyer o Mastectomía radical y la Pa-

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico universitario. Valencia, España.

tey, en la que conservamos el músculo pectoral mayor.

La mastectomía radical extirpa toda la mama, con amplio margen de seguridad en el corte de la piel, buen espesor de tejido adiposo subcutáneo periférico (ampliación subcutánea de la exéresis incluyendo los músculos pectorales mayor y menor) y todo el tejido celuloadiposo ganglionar de la axila y subclavicular, habiendo sido muy empleada en los casos en que la tumuración estaba adherida al pectoral mayor.

Además (condición fundamental de esta operación), se extirpará en bloque todos los elementos anatómicos mencionados y no en forma fragmentada o interrumpida.

Esto constituye, en síntesis, la operación de Halsted Meyer. En el lapso transcurrido entre la concepción de la técnica y nuestros días, se ha introducido a la operación perfeccionamientos técnicos, más de forma que de fondo.

Indudablemente, como concepción de operación cancerológica con sentido anatómico, es genial y perfecta; pero, fue para una época, —desde la que casi ha transcurrido un siglo—, cuando dominaba el sentido anatómico de la difusión del cáncer: local, regional, sistémico.

Hoy en día, el primitivo enfoque anatómico del cáncer está perdiendo terreno frente al avance de su enfoque biológico.

La otra operación empleada es la del Patey modificado. En esta operación se busca eliminar las fascias (portadoras de linfáticos), dejando el músculo pectoral mayor.

En esta operación, el músculo pectoral menor se extirpa para poder vaciar el nivel ganglionar axilar III más correctamente, junto con la extirpación de todo el sistema clavipectoroaxilar, portador de linfáticos en sus fascias, llegando al vértice de la axila. Ciertamente es que hay recursos que permiten, hendiendo el pectoral mayor y conservando el menor, vaciar el vértice de la axila, pero pensamos que la operación es más completa si se reseca éste, ya que el acceso a la subclavia es mejor; y por otro lado, las secuelas de su extirpación no suponen una alteración estética ni funcional importante.

El hecho de dejar el músculo pectoral mayor evita la denudación torácica, que requiere sección y ligadura de numerosos vasos perforantes de los intercostales y de la mamaria interna, lo que implica una mayor hemorragia.

La conservación del pectoral mayor facilita la recuperación funcional postoperatoria, hecho a tener en cuenta en las mujeres ancianas.

Asimismo, la conservación de este músculo promueve a un mejor resultado estético, pues evita la depresión torácica subclavicular y ofrece mejor base de sustentación a la prótesis externa, e inclusive a la interna de siliconas, cuando tenemos opción de reconstrucción.

Hecho a destacar es la clasificación ganglionar que nosotros hemos seguido:

Nivel I: Ganglios situados por debajo del borde inferior del músculo pectoral menor (ganglios inferiores).

Nivel II: Ganglios situados debajo del músculo pectoral menor (ganglios centrales).

Nivel III: Ganglios situados por encima del borde superior del músculo pectoral menor (ganglios apicales).

En el curso de la intervención, estos niveles ganglionares se les señala con sendas placas metálicas que llevan marcadas el nivel correspondiente, o se extirpan separadamente sin que efectuemos una cirugía mono-bloc, hecho discutible en cierta forma hoy, en que se está efectuando cirugías mínimas sin continuidad anatómico quirúrgico entre tumoración y axila.

El nivel de afectación será de suma importancia para el oncólogo, lo que le permitirá establecer un mejor tratamiento adyuvante.

RESULTADOS

Hemos comparado el tipo de intervención quirúrgica realizada a los 95 casos de carcinoma de mama operados en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario de Valencia con el número de linfáticos obtenidos y el índice de positividad de los mismos.

En la tabla I, se observa claramente cómo dos de las técnicas quirúrgicas, empleadas (Halsted y el Patey modificado), difieren poco en los resultados, lo que justifica un poco la tendencia a la menor radicabilidad actual.

La comparación de estas dos técnicas con la mastectomía simple más limpieza axilar demuestra diferencias marcadas, ya que es menor el número de adenopatías extirpadas por caso;

TABLA N° 1

Tipo de Intervención	N° Casos	N° Adenop.	N° Adenop. N° Casos	N+	N° N+ N° Casos	N° + x 100 N° Adenop.
Patey modificado	71	1.168	16.45	201	2.83	17.20
Halsted	16	237	14.8	37	2.31	15.61
Simple más limpieza axilar	8	89	11.12	7	6.8	7.86

así como, el número de adenopatías positivas respecto a las adenopatías globales extirpadas, también son menores. Esta diferencia está justificada, ya que la mastectomía simple más limpieza axilar sólo se empleó en tumoraciones muy pequeñas, estadio tumoral ganglionar I y II, por lo que queda fuera del campo quirúrgico —por no poderse abordar— el estadio ganglionar III, siendo por tanto el número de adenopatías globales menor.

Respecto a la actitud quirúrgica, de hacer un Patey modificado o un Halsted, nos mantenemos en los criterios de respetar el pectoral ma-

yor, siempre y cuando no esté afecto por la tumoración, extirpando siempre el pectoral menor ya que estética y funcionalmente no tiene ninguna repercusión para la mujer y por contra nos permite una mejor visualización del tiempo quirúrgico subclavio. Máxime cuando el número de adenopatías globales extirpadas (14.8% para el Halsted y 16.45% para el Patey modificado) es similar, y cuando el número de adenopatías positivas (N⁺) es porcentualmente el mismo (2.31 en el Halsted y 2.83 en el Patey modificado).

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Aboumrád, M.H.; Horn, R.C. and Fine, C. Lipid secreting mammary carcinoma. *Cancer* 16: 521-525, 1963.
- 2.—Anderson, A. Lobular carcinoma in situ of the breast, and approach to rational treatment. *Cancer* 39: 597-602, 1977.
- 3.—Donegan, W.L. and Sprat, J.S. *Cancer of the breast*. Eds. Saunders 350-359 Philadelphia 1979.
- 4.—Ellis, D.L. and Teitelbaum, S.L. Inflammatory carcinoma of the breast (a pathologic definition). *Cancer* ccs 1045-1047, 1974.
- 5.—Fernández, C.A.; Rivas, D.; Domenech, A Torre, L. Piera, J. Modollel, A. *Patología mamaria*. Salvat Editores S.A. Barcelona 1982.
- 6.—Habermann, J. and Westinghouse, W. *Breast carcinoma*. New York, 1977.
- 7.—Linell, F.; Ljungberg, O. *Breast carcinoma. Aspects of early stages, progression and related problems*. Munksgaara, Copenhagen, 1980.
- 8.—Lucas, F.; Pérez, C. Inflammatory carcinoma of the breast. *Cancer* 41: 1595-1605, 1978.
- 9.—Ron, A., Torralba, J., Ferrer, M. Fernández C.A. Cáncer mama: correlación entre edad, TNM tipo histológico y afectación ganglionar. *Clin. Ginecol.* 10/2 143-151, 1986.
- 10.—Shah, J.P.; Rosen, P.; Robbins, G.F. Bilateral breast cancer. *Surg. Gynecol. Obstet.* 136: 721-733, 1973.
- 11.—Strax, P. Strategy for detection of early breast cancer. *Cancer* 46: 933-938, 1980.
- 12.—Strömbeck, J.O.; Rosato, F.E. *Surgery of the breast. Diagnosis and treatment of breast diseases*. Thieme Inc. New York, 1986.
- 13.—Urban, J.A. Bilaterality of cancer of the breast *Cancer* 21: 1867-1874, 1967.
- 14.—Uriburu, J.V. *La mama, estructura, patología, diagnóstico y tratamiento*. Eds. Buenos Aires, 1977.
- 15.—Vidal, V.; Canales, C.; Pimentel, C.; Iglesias, S. y Aiso, E. Actualidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. *Ciencia Médica* 16: 48-58, 1985.
- 16.—Yap, H.Y.; Tashima, C.K.; Blumenshein G.R. and Eckles, N.E. Male breast cancer; a natural history study. *Cancer* 44: 748-754, 1979.