

# CANCER DE MAMA

## Discusión

Dr. CROTOGINI.—Hay que hacer una precisión, y es que habiendo considerado, de acuerdo con los relatores, que el tema era excesivamente extenso, lo hemos circunscrito a los capítulos de diagnóstico y tratamiento.

Primera pregunta: “En el trazado de la incisión, ¿consideran necesario la resección de la piel de la axila?”.

Esta pregunta tiene alguna relación con la siguiente: “¿Qué experiencia tienen sobre mastectomía con conservación del sector clavicular y del mango esternal del pectoral mayor?”.

Y también con la siguiente: “¿Qué experiencia poseen los relatores sobre la no extirpación del músculo pectoral mayor en el cáncer de la mama?”.

Dr. CHIFFLET.—En lo que se refiere a la piel de la axila que corresponde al pelotón grasoso, no creemos que deba ser incluida obligatoriamente en la exéresis. No constituye una región de pasaje linfático y en nuestra experiencia no hay más recidivas en esa región que en la piel de otras partes vecinas a la incisión. Estas recidivas cutáneas, por otra parte, deben ser seguramente atribuidas a intervenciones en casos que no debieron ser operados, por lo menos sin recibir un tratamiento actínico previo.

La piel debe ser generosamente extirpada en tres sectores: 1) la piel de la aréola; que responde al plexo linfático retroareolar; 2) la zona de proyección cutánea del tumor, por las conexiones directas que el proceso adquiere con la piel; 3) la piel que responde al cruce de las vías linfáticas de la mama con el borde inferior del pectoral, porque en esa región hay un confluente o lago linfático de frecuente concerización, muy próximo a la piel.

La conservación del pectoral mayor es un asunto que debe considerarse en forma diferente según que sea conservación muscular con sus hojas conjuntivas o que se haga conservación muscular pura con fasciectomía total (operación de Mérola).

La primera operación es indudablemente una operación económica cuyas indicaciones entran en el capítulo de contraindicaciones de la operación de Halsted. La operación de Mérola no puede considerarse como la simple conservación del músculo, porque deja además zonas de gran riesgo conceroló-

gico, tales como la parte alta del espacio interpectoral, los pedículos pectorales, la zona de las vías perforantes hacia el mediastino, la hoja de la vaina del recto con continuidad con el pectoral mayor. Es una operación que también debe considerarse entre las económicas, próxima a la operación de Halsted.

Debemos agregar que la operación de Mérola es más difícil de hacer bien que la operación de Halsted, porque exige conocimientos anatómicos muy firmes y delicadeza técnica para poder realizar la denudación perfecta del músculo.

Creemos que es una operación que puede preferirse a la operación de Halsted en casos muy limitados. La hemos realizado una sola vez, en una enferma con invalidez de sus miembros inferiores que necesitaba la conservación total de los movimientos de sus miembros superiores para una vida activa (inclusive manejo del automóvil). El resultado plástico y funcional fue excelente. Vive bien a los siete años de operada.

En lo que se refiere al haz clavicular del pectoral mayor, nosotros lo conservamos habitualmente. Creemos que no limita la exéresis linfocconjuntiva y que permite un resultado plástico mejor.

El colgajo superior de piel lo levantamos hasta pasar ampliamente el surco deltopectoral y a ese nivel descubrimos las fibras musculares del deltoide. Desde allí venimos hacia abajo, diseccionando cuidadosamente el deltoide, el surco deltopectoral y el haz clavicular del pectoral mayor, de modo de dejar los músculos completamente desnudos. Disociado el pectoral entre su sector clavicular y su sector esternocondral, realizamos la cuidadosa celulectomía de la cara profunda del haz clavicular, para después recién atacar el plano del pectoral menor.

Dr. CROTTIGINI.—Una pregunta dirigida al Dr. Navarro: “Dice el Dr. Navarro que dio 0% de mortalidad en suprarrenalectomías; ¿cuántos casos operados y qué promedio de tiempo en sobrevivida?”.

Dr. NAVARRO.—Voy a leer exactamente lo que dije anteriormente: “La mortalidad operatoria varía en las estadísticas entre el 1 y el 2%; en nuestra limitada experiencia este procedimiento se ha demostrado inocuo, tanto en la adrenalectomía bilateral sola, como en la adrenalectomía bilateral con castración simultánea”.

Como aquí se dice, las estadísticas demuestran que hay 1 a 2% de mortalidad operatoria. Esas estadísticas son de Boston, de Pearson, de Hagg, de Stockolmo, de Edimburgo. Al respecto hay una puesta al día, creo que es lo más completo sobre el tema, en un libro publicado en Edimburgo, en 1958, sobre el estado actual del tratamiento hormonal del cáncer de la mama.

Nuestra experiencia es limitada —tenemos cinco o seis casos operados— y la mortalidad es de 0%. No hay tampoco mortalidad postoperatoria inmediata. Las enfermas han sobrevivido varios meses. Creo que la que sobre-

vivió menos, sobrevivió dos meses, y murió sin que hubiera sido influenciada en la progresión lesional, por la cirugía efectuada, pero sin que hubiera sufrido ningún perjuicio imputable a la operación.

Nosotros creemos que los resultados obtenidos dependen en gran parte de la preparación operatoria y de los cuidados intraoperatorios. Preparamos las enfermas con derivados de la cortisona, durante por lo menos cuarenta y ocho horas previas a la operación. Por ejemplo, con 40 miligramos de pregnisona por vía oral en las cuarenta y ocho horas antes de la operación. En el momento en que la enferma va a ser conducida a la sala de operaciones, se lo hacen 50 miligramos de pregnisona intramuscular, y en el momento en que se va a iniciar la anestesia, se le hace una ampolla de 100 miligramos de hidrocortisona intravenosa.

En general no es necesario utilizar, noradrenalina. Con esos procedimientos alcanza para mantener a la enferma sin incidentes. Cuando la enferma va a ser conducida a la cama, o mejor cuando se le pasa a la camilla, se le inyectan 50 miligramos de pregnisona intramuscular, y de ahí en adelante, hasta que no se pueda alimentar y, por lo tanto, utilizar la medicación por vía oral, se le dan 25 miligramos de pregnisona por vía intramuscular, cada seis horas, y 5 miligramos de doce por vía intramuscular, cada veinticuatro horas.

Con esos procedimientos tuvimos los resultados que acabo de referir.

Una vez que la enferma puede medicarse por boca, toma o pregnisona directamente o alguno de sus derivados.

Mantenemos la enferma con dexametaxona, 3 ó 3 miligramos por día, o con 20 miligramos de pregnisona por vía oral, en dosis fraccionada, a lo cual agregamos fluorhidrocortisona, como mineral corticoide y glucocorticoide simultáneo. Y con estos resultados, los enfermos tienen una evolución, en nuestra limitada experiencia repito, excelente, sin ningún inconveniente.

En cuanto a la sobrevida no tenemos experiencia suficientemente dilatada, como para que pueda contestar esa pregunta con exactitud.

De las enfermas operadas murió una sola, y esa enferma murió a los dos meses de operada. Otra enferma con metástasis hepáticas, encontradas durante la intervención quirúrgica, no obtuvo beneficio. Otra enferma, con metástasis óseas y dolores, mejoró de los dolores y lleva alrededor de cinco o seis meses de operada.

Dr. CROTTOGINI.— Una pregunta al Dr. Karlem: “La exploración sistemática de la cadena de la mamaria interna, ¿pudo haber mejorado las cifras pronósticas?”.

Dr. KARLEM.— Es indudable que es muy difícil contestar esta pregunta. Nosotros pensamos que con la misma razón que la técnica de Halsted, desde que se hizo sistemáticamente el vaciamiento mamario externo y axilar, con la misma razón y eliminando los ganglios de la cadena mamaria interna, que está invadida en el 40 % de los casos en los tumores situados en la zona central y en los sectores internos de la mama, se elimina un foco que ya está colonizado por células neoplásicas.

Es muy difícil saber si más allá de lo que nosotros extirpamos, no hay ya también una colonización neoplásica.

Se ha visto, a través de trabajos de colegas brasileños, que en el 4 % de los casos en que hay invasión de los mamarios internos de un lado, ya hay invasión contralateral.

Por otra parte, también se está haciendo opinión en el sentido de que una adenopatía aislada puede quedar latente mucho tiempo, después de haberse extirpado la lesión original, la lesión primaria.

Por consiguiente pensamos que cuanto menos tejido neoplásico se deja, lo que se consigue indudablemente con la extirpación de la cadena mamaria interna, nos acercamos más al desiderátum, que es extirpar la lesión primaria y extirpar sus metástasis ganglionares regionales.

Dr. CROTTOGINI.— Hay otra pregunta, muy interesante, y que dice lo siguiente: “¿Tienen los integrantes de la Mesa experiencia con los shunts adrenosplénicos? En caso afirmativo, ¿qué valor le otorgan?”.

Pregunto yo ahora si alguno de los integrantes de la Mesa tiene experiencia, porque si no la tiene ninguno, yo haría reversible la pregunta, y le pediría al Dr. Sciano, de Buenos Aires, ya que es quien formuló la pregunta, que tenga la amabilidad de decirnos cómo se contesta.

Dr. SCIANO.— En Buenos Aires hay un equipo de cirujanos, integrado por el Dr. Viallo, en el Hospital Pirovano, que está trabajando intensamente; creo que han sobrepasado las dieciséis intervenciones con shunt adreno esplénico, previa suprarrenalectomía del lado derecho y luego anastomosis entre la vena central suprarrenal y la vena esplénica.

Como a nosotros no nos convencieron las razones que argüía en su oportunidad el grupo quirúrgico de Buenos Aires que mencionaba, deseábamos hacer la pregunta para saber si en Montevideo existía una inquietud similar.

Dr. CROTTOGINI.— Otra pregunta: “¿Han realizado el tratamiento local de las metástasis cutáneas, y con qué resultado?”.

Dr. LEBORGNE.— Creo que el tratamiento de elección de las recidivas locales es la radioterapia. Los resultados son satisfactorios, y en la mayoría de los casos obtenemos la cura local; pero como habitualmente se trata de una manifestación cutánea de un cáncer generalizado, los resultados alejados son malos.

Dr. CHIFFLET.— Yo agregaría que en las personas muy añosas, preferiría la estrógenoterapia, para conservar la radioterapia para otras aplicaciones.

Nosotros hemos obtenido muy buenos resultados en personas añosas, octogenarias, con ulceraciones secundarias a operaciones anteriores, que han curado prácticamente con los estrógenos.

Dr. LEBORGNE.—Me permitiría agregar que el tratamiento hormonal no contraindica el tratamiento actínico, y que ambos tratamientos pueden ser asociados. Si la enferma tiene lesiones generalizadas o muy extendidas podría hacerse un tratamiento hormonal inicial. Pero en el caso de una lesión localizada, un tratamiento con 120 kilovoltios es tan anodino y sus resultados son tan buenos, que bien puede recomendarse.

Dr. CROTTOGINI.—Otra pregunta, dirigida a los Dres. Schaffner y Karlem, relativa a "Experiencia con la ooforectomía y adrenalectomía".

Dr. SCHAFFNER.—Tenemos muy poca experiencia. Puedo decir que en el Servicio en que actúo, se ha practicado la ooforectomía quirúrgica, muy excepcionalmente. Por tanto, no tiene ello ningún valor estadístico.

Dr. KARLEM.—Puedo decir que en el Servicio del Prof. del Campo se han practicado algunas, pero como se trataba de enfermas jóvenes, con lesiones sumamente malignas, no podemos tener opinión formada sobre la eficacia del procedimiento, ni podemos decir que la ooforectomía haya mejorado o no la evolución de las enfermas.

Dr. CROTTOGINI.—Esta otra pregunta, quizá pueda unirse con la anterior: "¿Qué es mejor: la castración quirúrgica o radiante?". Sugeriría que hablaran un cirujano y un radioterapeuta.

Dr. NAVARRO.—En mi exposición ya di los fundamentos por los cuales considero que es mejor la quirúrgica.

Dr. LEBORGNE.—En nuestro Servicio del Hospital Pereira Rossell hemos obtenido una amplia experiencia en castración actínica, pues desde el año 1928 la hemos practicado de un modo sistemático en las formas inicialmente graves del cáncer de mama, y en los cánceres avanzados y generalizados, con resultados relativamente satisfactorios.

El Prof. Luis P. Bottaro desde esa fecha nos aconsejaba hacerla sistemáticamente en esas circunstancias, ya sea con radium intrauterino o con radioterapia externa. Como la radioterapia externa es mejor tolerada y sus resultados son los mismos, hoy en día se prefiere este método de castración, que desde hace unos años aconsejamos asociar simultáneamente con córticosteroides, pues hemos visto mejores resultados con esta asociación.

Es indudable que la castración quirúrgica obtiene un descenso inmediato del nivel de los estrógenos endógenos, pero todavía no se ha demostrado que este descenso brusco sea más beneficioso que la supresión lenta y no tan completa provocada por la castración actínica.

La castración quirúrgica, como es lógico, es total y definitiva, mientras que la actínica es relativa, suprimiendo especialmente la función estrogénica. Posiblemente persista función andrógena, pero no está demostrado que la persistencia de la función andrógena sea un inconveniente.

La castración actínica será definitiva en las mujeres premenopáusicas, y temporaria en las mujeres jóvenes, de un año a un año y medio de duración. Que sea temporaria y no definitiva no es una desventaja de la castración actínica a nuestro criterio, pues los beneficios de los tratamientos hormonales no son permanentes y la enfermedad, al adaptarse a ese nuevo estado hormonal, sigue progresando. En estas circunstancias el retorno de la actividad estrogénica podría ser un beneficio y no un inconveniente. Por otra parte, debemos agregar que es posible obtener una castración actínica definitiva en una mujer joven, si lo juzgamos oportuno, efectuando un nuevo tratamiento.

A pesar de reconocer que muchos más los partidarios de la castración quirúrgica que de la actínica, creo que en el fondo no hay mucha diferencia en sus resultados; pero como la indicamos en enfermas ya intervenidas o con cánceres inicialmente graves o generalizados, y en busca de una solución paliativa, habitualmente nos inclinamos por el método menos agresivo, o sea la castración actínica.

Dr. CARRANZA.— En la castración quirúrgica todos están de acuerdo, sobre todo en gente joven, en mujeres que todavía menstrúan. Pero cuando se va a operar una mujer joven, nunca se le dirá que se le va a extirpar el seno, porque es un impacto terrible. Si a esa enferma, todavía se le suprime la menstruación, será aún más difícil poder convencerla de que se va a curar.

En cambio, con el otro procedimiento, se puede castrar temporariamente. Por esa razón, nunca hago la castración quirúrgica, aunque estoy convencido que es la única efectiva.

Dr. NAVARRO.— Quería decirle al Dr. Leborgne que con respecto a los beneficios de la supresión temporaria de la función del ovario, no estoy muy de acuerdo con él, porque si se admite que un tumor es estrógeno-dependiente, la indicación es suprimir los estrógenos. Y ya está perfectamente demostrado y es un hecho adquirido sin discusión, que después de la mayor parte de las castraciones radiantes, persiste la secreción de estrógenos de origen ovárico, no sólo de origen suprarrenal.

Por lo tanto, parece un contrasentido realizar una castración para suprimir los estrógenos y dejar los andrógenos. Y sobre todo, admitir que un cáncer es estrógeno-dependiente y suprimir los estrógenos presuntamente y por un tiempo, para después dejar que vuelvan a actuar desfavorablemente sobre el tumor.

Dr. LEBORGNE.— Como es perfectamente conocido, la dependencia hormonal del cáncer de mama no es invariable en el transcurso de su evolución, y cuando un tumor estrógeno-dependiente deje de serlo, ya no habría interés en mantener la falta de estrógenos en esa enferma.

Dr. CROTTIGINI.— Me permito observar que la pregunta dice qué es mejor, si la castración quirúrgica o la castración radiante. Lo claro es que la Mesa no se pone de acuerdo. Hay muchas razones que han sido expuestas

en el trabajo del Dr. Navarro a propósito de la castración quirúrgica, entre las cuales me parece que falta una, y es que en algunos servicios muy bien organizados, donde se estudian sistemáticamente todos los ovarios extirpados por castración, alguna vez se encuentran metástasis de carcinomas de mama. Es un argumento a agregar.

Hay aquí otra pregunta también interesante: "En presencia de un ganglio axilar, con histología de adenocarcinoma metastático y mama semiológicamente y radiológicamente normal, el resto del examen normal, ¿qué conducta se aconseja?".

Dr. CHIFFLET.—En una enferma con esta situación, hace veinte años, después de extirpar el ganglio que era tumoral maligno, hicimos la operación de Halsted y el patólogo no encontró nada patológico en la mama. Pudo haber tenido. La enferma vive bien.

Otra enferma de un año de observación, después de extirpación del ganglio, el examen clínico y radiológico muy cuidadoso de la mama no muestra nada de particular. Seguimos vigilando regularmente a la enferma, con la idea que no dejaremos agravar un tumor en el caso de existir.

Sin olvidar que pueden existir adenopatías axilares aisladas satélites de otros tumores o tumores sobre glándulas sudoríparas o pequeñas mamas aberrantes, creemos que en principio debe considerarse el nódulo axilar como secundario a tumor de la mama y proceder de acuerdo con lo que corresponda a las particularidades de esa enferma.

Dr. DEL CAMPO.—Yo he operado un caso de estos, en que todo era clínica y radiológicamente normal; se le extirpó el seno, encontrándosele al corte un pequeño nódulo que era carcinomatoso.

Dr. LEBORGNE.—El diagnóstico radiológico negativo no tiene valor para descartar un cáncer de mama y muy especialmente si se trata de una mama fibrosa en que la opacidad del cuerpo mamario puede ocultar una lesión.

Dr. DEL CAMPO.—Yo puedo decir que el nódulo tenía unos cuatro milímetros, y que el cuchillo llevado por instinto, cayó directamente en el primer corte.

Dr. CROTTOGINI.—De todos modos la pregunta era mucho más específica, porque decía "una mama semiológicamente y radiológicamente normal"; es decir una mama fibrosa o con algún otro proceso, aunque sea benigno, no es completamente normal. Aunque no sé si quien hizo la pregunta quiso decir en lugar de normal, que no se apreciaba carcinoma.

¿Algún otro señor congresal ha tratado un caso de este tipo? Si es así, le ofrezco la palabra.

Dr. STAJANO.—Yo recuerdo un caso con una adenopatía axilar; se hace diagnóstico por la dureza de la adenopatía, que era neoplásica. Clínicamente no se dudó, por la textura y dureza del ganglio, que era evidentemente neoplásico. Se opera, se hace estudio histológico del ganglio, y se encuentra que era un adenocarcinoma, una metástasis ganglionar. Se envía al laboratorio, se corta la pieza por todos lados, y no se encuentra el tumor. Sin embargo, ante ese hecho tan raro, se insistió, y otro anatomopatólogo encontró una pequeñísima lesión en el centro de la glándula mamaria, que costó mucho encontrar, y nos dio tranquilidad hacer el Halsted. La enferma continuó curada. Decuerdo que dí una clase con ese caso, demostrando la dificultad para encontrar a veces un pequeño tumor, y la discordancia entre la pequeña lesión y la gran adenopatía que la enferma tenía.

Dr. CROTTOGINI.—Nosotros nos permitimos agregar que el Dr. Leborgne ha demostrado el alto valor de la radiografía para localizar las pequeñas lesiones en la pieza anatómica, la pieza ya cortada, en la que es muy difícil a veces encontrar el pequeño tumor; sin embargo, en la radiografía se puede localizar.

Dr. CASIRAGHI.—Nosotros hemos estudiado mucho este problema, y la gente que en él tiene experiencia, son partidarios, a pesar de todas las dificultades que el problema presenta, en hacer la mastectomía radical de ese lado; aunque sabemos que un ganglio con adenocarcinoma puede ser el producto de un cáncer de colon, o inclusive de uno de ovario, o que puede ser de la mama opuesta. Sin embargo, la chance para el enfermo parece ser mucho más efectiva haciéndole la mastectomía de ese lado.

De los dos casos que yo presenté, en uno no se vio, como en el caso del Dr. Chifflet, la lesión mamaria. Creo que eso es fundamentalmente problema de anatomopatólogo, porque para encontrar a veces la lesión, como sucedió en el segundo caso, que era una pequeña lesión profunda, en una mama grande, adiposa, que medía 8 milímetros, y que la mayoría de las células neoplásicas estaban diseminadas en el tejido celular, era muy difícil, si el anatomopatólogo no era un hombre de la categoría del Dr. Lascano, y si el radiólogo que hubiera estudiado la mama no fuera de la categoría del Dr. Leborgne.

En esos casos, como concepto general, la mejor posibilidad que se le puede dar a la enferma es hacerle una mastectomía radical de ese lado, cuando no se demuestre que en el otro lado exista un probable neo primitivo.

Dr. CROTTOGINI.—Antes de pasar a la siguiente pregunta, nos parece criterioso, para contestar esta misma, tener en cuenta una cosa fundamental que no se ha dicho, pero que todo el mundo la ha pensado, y que es la edad de la enferma. No es lo mismo en una mujer joven, que no se toque nada y que no se vea nada a los rayos, con una metástasis, que en una mujer de edad.

Y por otra parte, también pensar en lo siguiente: qué chance puede tener la cobaltoterapia, bien aplicada, sobre esta mama y ese ganglio, a la espera de alguna otra evidencia.

Es decir, toda la discusión ha girado sobre si no se hace nada o si se hace un Halsted. Puede haber otra solución.

La última pregunta dice, y es del Dr. Jorge Ferreira: "Posibilidades de error de la punción biópsica, frente a la biopsia por congelación. ¿Se debe desechar la primera?"

Dr. CHIFFLET.—Dijimos en la exposición que debemos referirnos: 1) a la biopsia por punción citológica con aguja fina, 2) por punción histológica con agujero grueso o trocar, o 3) por exéresis quirúrgica.

El error puede existir en cualquiera de los tres métodos.

El error puede ser un falso positivo que es más posible en la punción citológica, por atipismos celulares no cancerosos, que en la punción histológica o en la biopsia quirúrgica.

El falso negativo puede observarse en los tres medios de estudio, pero indudablemente es tanto menos probable cuanto mejor sea el material que disponga el patólogo.

Nosotros creemos, en conocimiento de estas variaciones en el porcentaje de errores, que la indicación de la biopsia y la elección del método deben adecuarse a cada caso en particular y que los resultados de estos estudios deben juzgarse en el conjunto de los elementos de juicio que podemos obtener por la clínica, la radiología, etc.

Dr. CROTTOGINI.—Ha llegado otra pregunta, que contestará el Dr. Navarro: "El dolor en las metástasis óscas; ¿se procede en todos los casos tratados por ovariectomía o adrenalectomía u hormonoterapia, como en la hipofisectomía? ¿Qué experiencia hay en hipofisectomía?"

Dr. NAVARRO.—Cuando hablé de hipofisectomía, ya dije que no tenemos ninguna experiencia. Lo único que puedo hacer es referirme a la experiencia mundial, que está relatada en la bibliografía.

Ya dije también que éste es un problema de controversia. Hay quienes consideran que la hipofisectomía es mejor que la adrenalectomía y castración. Eso opina Pearson, por ejemplo, que es un hombre de extraordinaria experiencia y capacidad. Pero contra esa opinión, está la opinión de los adrenalectomizadores.

No puedo contestar más que eso.

Dr. CROTTOGINI.—Sólo resta agradecer la atención y la paciencia de los señores congresales. Muchas gracias.