

ELECTROCIRUGIA DEL CANCER DE LA MAMA (*)

Dr. Felipe Carranza

La malignidad del cáncer de la mama y la dificultad de obtener sobrevidas valederas en materia de tratamiento, obedece:

1º A la complejidad de su sistema linfático íntimamente relacionado entre sí, como también con el del pulmón y la pleura, que ofrece condiciones favorables para su rápida extensión y generalización.

2º Factores de orden biológico evidentes ya que tumores de idéntico tipo histológico, tienen distinta evolución lo que hace pensar y decir que no existe un cáncer de la mama, sino cánceres cuya malignidad varía extremadamente dándose por bien sabido que son más malignos cuando se trata de mujeres jóvenes o el tumor se desarrolla durante el embarazo o el puerperio.

De lo que se deduce que si es de gran importancia el conocimiento exacto de los linfáticos y sus estaciones ganglionares correspondientes para practicar durante el acto operatorio una técnica que los abarque en conjunto en la mayor extensión posible, es aún más importante para el pronóstico, la influencia de estos factores de orden biológico de las afecciones cancerosas de la mama, cuyo conocimiento explica la distinta modalidad de los tumores y aclara inexplicables insucesos del tratamiento.

Debemos recalcar que el grado de invasión de las vías linfáticas, es de difícil apreciación y que la clasificación de Steintal en 3 grupos, cuando se basa en examen palpatorio pre-operatorio, no siempre corresponde a la realidad.

Dando por conocidas las vías linfáticas bien estudiadas, Poirier, Cúneo, Depage, Danis, Olsen, etc., vemos que casi todas

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 17 de noviembre de 1954.

las vías linfáticas pueden ser englobadas durante el acto operatorio a excepción de parte de las corrientes de la mamaria interna y es así que las vías perforantes mediastinales del segundo, tercero y cuarto espacio, escapan en gran parte al bisturí en el acto operatorio y lo serían tan sólo eliminadas a costa de mutilaciones óseas a las que debe renunciarse por ineficaces. Este hecho es de suma importancia práctica, porque son las vías seguidas para la propagación al pulmón y al mediastino y en casos biológicamente malignos, embolias ya existentes en el acto operatorio producirán recidivas pleurales o mediastinales. De donde se deduce que para la clasificación de operabilidad y pronóstico debe fundamentarse en estos datos anatomobiológicos completados por el examen sistemático del tórax radiológicamente que informará de lesiones del pulmón, pleura o mediastino que escapan al control del examen clínico más cuidadoso. Se deduce igualmente de lo que antecede y de las consideraciones que haremos al tratar la técnica quirúrgica que la operación del cáncer de la mama no es cosa siempre fijada de antemano o sea una operación standarizada al alcance de cualquier práctico y de un resultado de igual valor en todas las manos y la práctica demuestra el resultado deplorable que ante esta operación difícil alcanzan cirujanos ocasionales que practican una operación sin fe a todas luces insuficiente; el cirujano debe perfeccionar su técnica y operar con toda convicción, oponiendo a la lesión una operación amplia en superficie y profundidad, siguiendo los consejos enunciados desde hace mucho tiempo por Halsted y Willy Meyer. Pero no es forzando los límites de la indicación operatoria que se mejorarán los resultados y no se debe operar aquellos casos que sobrepasen por arriba la clavícula y en profundidad el plano costal, pues los resultados serán malos, y aún lo que es peor, impedirá que estos casos de cánceres avanzados puedan ser tratados eficientemente por la roentgenterapia.

Pero aún en los casos indicados, la intervención dilatada tiene el inconveniente que se abren un gran número de vasos linfáticos infiltrados de células cancerosas que originan en la intervención cruenta una implantación instrumental, y aunque se renueven los instrumentos, para evitar el hecho ya en la incisión de la piel, se abren las vías linfáticas que van a la axila invadida

de células cancerosas infectando la piel e implantándolas en la herida.

Para combatir estos hechos desde hace 25 años, recurrimos al auxilio de los medios físicos utilizando la radioterapia preoperatoria y las corrientes de alta frecuencia o de la electrocirugía en el acto operatorio. La radioterapia previa, si no esteriliza totalmente el campo operatorio, desvitaliza el tumor haciéndole perder a las células neoplásicas temporariamente la facultad de proliferar, detiene su desarrollo y hace regresar el tamaño del



Electrocirugía del cáncer de la mama.

tumor. La superioridad de la electrocirugía sobre la común en el tratamiento de los tumores malignos, es muy grande y entre las múltiples razones que basa su superioridad, mencionaremos: el cierre de las vías linfáticas y capilares sanguíneos, una hemostasis óptima y menos shock; pero sólo insistiremos sobre una de ellas: la reacción hiperémica y secretora que aparece en la superficie de la diéresis electroquirúrgica demostrada por el experimento de Heitz - Boyer, que me permitiré recordar. Se realiza este experimento espolvoreando con carmín en polvo heridas

realizadas con el escalpelo común y con el bisturí eléctrico. En las primeras, las vías linfáticas forman rutas rojas que desembocan en los ganglios linfáticos teñidos de color rojizo; en las heridas hechas por electro - cirugía, el color de los ganglios no se altera; en cambio las aglomeraciones leucocitarias vecinas a la superficie del corte se colorean intensamente en rojo.

La corriente linfática en las heridas hechas con el escalpelo, siguen una dirección centrípeta con relación al organismo arrastrando células y bacterias hacia otras regiones; invierte su curso



Electrocirugía del cáncer de la mama.

en las heridas hechas con bisturí eléctrico y arrastra estas mismas bacterias y células al exterior.

Pero la prueba clínica decisiva de la superioridad, la ofrecen aquellos pacientes operados por el escalpelo y que han tenido una recidiva de su mal después de la intervención y se ven libres de su enfermedad en forma duradera después de la exéresis electroquirúrgica.

La operación electro - quirúrgica, sigue los mismos tiempos de la operación radical cruenta, sólo que la incisión se realiza con corriente de electrotomía, la grasa se disecciona por medio de la co-

rriente de coagulotomía y los músculos con corriente de oxilotomía.

Para hacer la hemostasis de los vasos visibles, se coloca de plano, el electrodo sobre ellos.

Para la sección de los tendones de inserción de los pectorales mayor y menor, se recurre a la oxilotomía, colocando el índice izquierdo debajo de los citados tendones, para proteger los vasos axilares.

En la misma forma, se secciona en la parte superior la cápsula céluo - grasosa de la axila separándola de los vasos.

La liberación del paquete axilar, se hace por disección roma,



Electrocirugía del cáncer de la mama.

nunca por electrocirugía, arrastrando en un solo bloque, el tejido grasoso que la envuelve, juntamente con el que llena el hueco axilar y la fosa infraclavicular e infraescapular. Si se efectúa correctamente esta maniobra, las vías linfáticas y sanguíneas son ocluidas automáticamente a consecuencia de la atracción que las distiende, las desgarran y finalmente las arrolla sobre sí mismas.

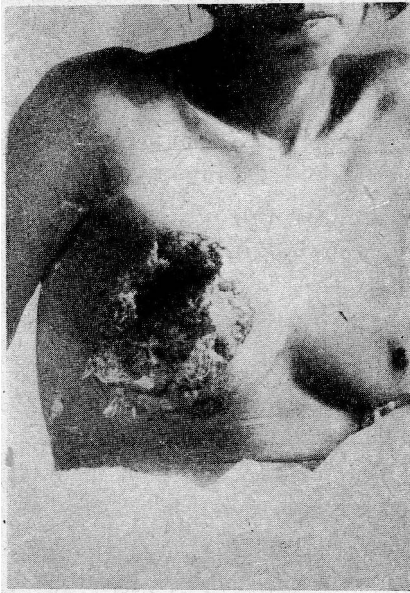
Esta maniobra tiene su importancia para evitar en lo posible la ruptura de los capilares y linfáticos, lo que favorecería la difusión de las células cancerosas.

Terminada la amputación, se procede a la desinfección de toda la superficie cruenta por medio de la electrocóría.

La sutura cutánea, se realiza previa movilización de los colgajos para que estos puedan ser aproximados sin tensión, cosa factible en la mayoría de los casos, no teniendo en nuestra práctica que recurrir a los injertos cutáneos.

El cierre se puede utilizar con la sutura continua con uno o dos puntos de seguridad de contención o puede hacerse también a puntos separados. Siempre drenamos la cavidad axilar por una contra-abertura efectuada en un punto declive.

La cicatrización se obtiene generalmente per primam, pero



Electrocirugía del cáncer de la mama.

las suturas las retiramos recién a los catorce días y los puntos de contención a los cinco días y nuestra experiencia nos ha demostrado que el empleo de la corriente eléctrica no retarda la cicatrización.

En cuanto a la hemostasis, las únicas ligaduras necesarias son las que exigen vasos de importancia como la mamaria y las ramas de los vasos axilares, pero este número de ligaduras, no sobrepasa nunca más de 20, mientras que las amputaciones de mama con el bisturí común, son siempre necesarias docenas de

pinzas hemostáticas y un gran número de ligaduras con todos sus inconvenientes posteriores.

En el cáncer de mama inoperable, mejor denominado cáncer avanzado, para la elección de la técnica quirúrgica, hay que recordar lo expresado al tratar el cáncer operable: 1º, de las relaciones del tumor con respecto a las vías y ganglios linfáticos; 2º, a la relación que existe entre el grado de virulencia de las células tumorales y las fuerzas defensivas del organismo, pues aún en casos de recidivas tardías, si son limitadas, es posible tener éxito con la intervención electroquirúrgica. En cambio, cuando el tumor es muy virulento y se reproduce rápidamente aún en tumores localizados, se tendrá solamente éxito si se opera sin contemplaciones, en forma radical.

En tumores ulcerados e infectados, fuertemente adheridos a la pared torácica, mediante la coagulación intensiva, pueden transformarse en operables y proceder a la amputación.

En estos casos de cánceres avanzados, lo que cuenta es la coagulación intensiva que debe practicarse con el electrodo rodante bipolar para evitar la acción nociva de la corriente coagulatoria sobre el pulmón y el corazón de larga duración peligro que pueda concretarse en forma de edema pulmonar mortal.

Cuando se emplea el electrodo rodante se hace siempre por capas planas eliminando el tejido coagulado con electrodo mondante, repitiendo la maniobra hasta eliminar totalmente la masa tumoral, lo que puede efectuarse en contados minutos. No es conveniente eliminar con bisturí o electrodo mondante, el tejido tumoral de color rosado, el que no ha sido suficientemente coagulado pues de hacerlo así, se abrirán vías linfáticas y sanguíneas, en las que pueden sembrarse células cancerosas.

La coagulación intensiva permite reconocer con facilidad, el tejido sano del proceso tumoral, que nos dará exactamente cuenta de la extensión y diseminación del proceso, permitiendo con prudencia y paciencia su total eliminación.

A continuación mostraré con permiso de la presidencia algunas fotografías de operaciones realizadas por el método.

Para finalizar y basados en una amplia experiencia tenemos la convicción que la extirpación del cáncer de la mama por

la electrocirugía, es superior a la cirugía cruenta desde cualquier punto de vista que se le considere y si ella no ha entrado en la práctica diaria es porque como lo sostenía Lister, los cirujanos en general tardan mucho tiempo en aceptar nuevos métodos; frase que le recordaba Harvey Cushing el gran neurocirujano americano a mi maestro Keiser, al agradecerle el envío de su libro de electrocirugía, agregando que tenía la seguridad que el método prometía ser una de las más importantes contribuciones a la técnica quirúrgica de la presente generación.
