

## EXTIRPACION DE LOS GANGLIOS MAMARIOS INTERNOS EN EL CANCER DE SENO (\*)

Dr. C. Víctor Armand Ugón

En una reciente comunicacion sobre la extirpación de los ganglios mamarios internos en el cáncer del seno, presentada a la Academia de Cirugía de París, por Henri Redon y S. Lacour, se totalizan 800 observaciones, adicionando las estadísticas más serias e importantes de reciente publicación en diversos países.

Sobre estos 800 casos se comprueban 216 invasiones neoplásicas, de los ganglios paraesternales, es decir que estaban metastasiados en un 27 %.

La invasión única y aislada de los ganglios mamarios internos fué observada en un 5 % de los casos y esta invasión corresponde casi exclusivamente a los tumores a localización mediana o interna.

En el grado (II) sobre 295 cánceres medianos o internos, hay 39 % de invasión de ganglios paraesternales; mientras que sobre 297 cánceres externos sólo hay 17 % de invasión de ganglios mamarios internos.

Sumando nuestros operados con los enfermos operados por nuestro estimado colega Dr. Eduardo Schaffner, comprobamos una invasión de 38 % de los ganglios intratorácicos, en cánceres de los sectores interno y mediano del seno.

Estas comprobaciones parecen contradecir la afirmación de nuestro ilustrado colega Dr. Bracheto Brian, quien sostenía en 1947, en sus estudios sobre mastectomía ensanchada, que los ganglios mamarios internos sólo estaban invadidos por células neoplásicas en los casos avanzados.

---

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

Contrariamente a esa afirmación, creemos que los ganglios supraclaviculares siempre se toman secundariamente a los ganglios mamarios internos o axilares.

Estas cifras estadísticas son de una elocuencia suficiente para obligarnos a meditar sobre la utilidad de la extirpación de la cadena mamaria externa y que es ilógico que no se practique también de una manera sistemática la extirpación de las cadenas mamarias internas, en los casos operables.

Y al referirnos a los casos operables recordamos que la operación de Halsted sistemática, tratamiento standard del cáncer de seno, debe ser desechada, pues parece inhumano practicar esa mutilación en los cánceres agudos, o a empujes sub-agudos, o con voluminosas adenopatías, o con edema del brazo, o en lactancia o durante el embarazo, etc., o con ganglios supraclaviculares.

En estos casos rápidas recidivas o precoces metástasis demuestran la inutilidad dolorosa de la operación mutiladora.

Y como no hemos visto curar ninguna enferma que tuviera invadidos los ganglios supraclaviculares, estimamos que aún hoy es válida la afirmación de Forgue, que la clavícula representa el límite de las operaciones útiles.

A pesar de nuestra experiencia en cirugía torácica; consideramos que si bien es lógica desde el punto de vista de la anatomía cancerológica, la operación preconizada por Wangensten (mastectomía - vaciamiento axilar supraclavicular y toracectomía anterior con vaciamiento mamario interno), desde el punto de vista de los resultados alejados y de su mayor gravedad, es, muy discutible.

No participamos del optimismo de este ilustre cirujano, al afirmar que "en los casos avanzados, la única esperanza está en ser más agresivo".

Hoy en estos casos, la radioterapia y los estrógenos proporcionan mejorías prolongadas, sin el traumatismo físico o psíquico de aquella operación demoledora.

Volviendo a nuestro tema, creemos necesario asociar a toda operación de Halsted, el vaciamiento mamario interno.

Es una operación benigna y fácil, se practica movilizand

ampliamente el colgajo cutáneo interno, hasta llegar a la parte media del esternón.

Con el bisturí eléctrico se desinserta el gran pectoral de los cinco primeros cartílagos, así como la desinserción de los músculos intercostales sobre los bordes superior e inferior de los cartílagos.

Se levantan los cartílagos con rugina por su cara inferior, se seccionan oblicuamente para poder obtener una eventual reconstrucción, o se resecan, lo que es preferible, la cadena mamaria se extirpa sin dificultad, con su tejido celular y ganglios. En 2 casos se abrió accidentalmente la pleura, accidente operatorio que carece de importancia, pues las enfermas estaban intubadas, y no se deja colapsar el pulmón.

La amplia movilización cutánea, siempre que no se practique una extirpación excesiva de piel, permite cerrar la herida operatoria sin injertos.

En todos los casos se coloca un drenaje aspirativo hermético, que evacúa totalmente los exudados sero-hemáticos y aplica sobre el plano costo-condral los colgajos cutáneos lo que permite una rápida cicatrización.

Desconocemos cual será el porcentaje en e mejoramiento de los resultados alejados en el cáncer de seno, que proporcionará la extirpación de los ganglios paraesternales, lo que hace prematura esta breve comunicación, las cifras anotadas permiten lógicas esperanzas y es nuestra excusa si traemos estas sugerencias a la Sociedad de Cirugía.