

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Pedro Larghero Ybarz — Hospital Pasteur

## CANCER DE MAMA (\*)

### Análisis de 93 casos (Clínico, patológico, terapéutico y evolutivo)

Dr. Guaymirán Ríos Bruno

(Primera parte — Capítulo I)

#### CONSIDERACIONES GENERALES

Teniendo en cuenta la frecuencia de este tumor y, lo tarde que llegan las enfermas a la consulta, pensamos que una revisión del material de nuestra clínica podía servirnos de guía para hallar solución a un doble problema: diagnóstico precoz y comprobación de la efectividad de la terapéutica empleada por nosotros hasta el momento. Hemos revisado 93 historias, que comprenden los casos tratados en los últimos 10 años (desde el 1-1-50 al 1-1-60), en un total de 20.000 historias de cirugía general y en un Servicio de 20 camas de mujeres y 27 de hombres. Corresponde pues, un cáncer de seno cada mes y medio y cada 200 enfermas de cirugía general.

Considerando que el criterio actual en cuanto a valor de una curación de un neo de seno exige un plazo de 5 años y para algunos de 10 años, hemos tomado esta última cifra en nuestra serie. Es evidente que en los comprendidos en los primeros 5 años se cumple esta exigencia; no así en los últimos, algunos de los cuales no llegan a los 2 años, pero fue necesario comprenderlos a todos para lograr un número razonable de casos con el

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 6 de setiembre de 1961.

fin de sacar conclusiones sobre otros capítulos aparte de la curación.

Es evidente que en esta afección, el material de cada clínica impide efectuar estadísticas numerosas que permitan un estudio a fondo del problema en nuestro medio; este problema ha sido visto por nosotros y hace 2 años el Prof. Larghero convocó una reunión de cirujanos para crear un centro de estudio de esta afección, a donde convergiera todo el material y donde sería estudiado con un criterio clínico, anatomopatológico y quirúrgico comparable, única condición para un enfoque serio del problema en nuestro país; desgraciadamente, esto no prosperó y cada clínica trabaja en nuestro medio con un pequeño caudal de casos, imposibles de comparar con el de otros países (aún tan pequeños como el nuestro en cuanto a extensión territorial y número de habitantes se refiere).

A través del estudio de estas enfermas se podrá apreciar la multiplicidad de conductas adoptadas a través del tiempo; al comienzo, la operación de Halsted con técnica de Handley (1) primaba, luego la modificación de Mérola; (2) en algunos casos (viejos, paleativo en tumores incurables o como profilaxis) mastectomía simple; en otros, amplias intervenciones de exéresis, hasta llegar el momento actual, en que efectuamos, como conducta general Halsted-Mérola, vaciamiento supraclavicular, marmario interno y castración simultánea.

Hemos comprobado lo tarde que llegan las enfermas y, como se verá más adelante, estamos por encima de todas las estadísticas en cuanto a retardo en la consulta se refiere; atribuimos esto al poco interés que se ha puesto en el terreno de la educación popular, capítulo al que en otros países se da fundamental importancia en sus dos aspectos: primero, para lograr la consulta precoz y segundo PARA DEMOSTRAR QUE EL CANCER DE MAMA SE CURA.

(1) Halsted W. S. Surgical Papers. "Johns Hop Kins Hosp. Rep." 4.297, 1894-1895 (citado por Uriburu 5).

(2) Vigil E. La aponeurectomía del seno. Técnica del Prof. L. Mérola: La Semana Médica. 43 (496-502) 1936.

(3) Leborgne: The Breast im roentgen diagnosis. Impresora Uruguaya. 1953 (pág. 194).

Otro escollo importante que se nos ha presentado es el control alejado de las enfermas dadas de alta; a pesar de que llevamos un registro cuidadoso y que hemos pedido colaboración al Centro de Lucha contra el Cáncer, se verá que hay un porcentaje alto de enfermas que no se han podido localizar y a las que en nuestro trabajo hemos considerado fallecidas; esto dificulta nuestra tarea, quita exactitud a nuestros resultados que, tal vez, con el control total, no serían tan pesimistas .

## CAPITULO II

### FACTORES ETIOPATOGENICOS (4) (5) (6)

#### 1) HERENCIA

Centeno y Orlando (5) encuentra un 35 % de antecedentes neoplásicos; Auchincloss (4) los niega.

Nuestra serie:

a) antecedentes neoplásicos o cualquier tipo): 8 casos (8,42 %).

b) sin antecedentes neoplásicos: 62 casos.

c) no consta: 24 casos.

Antecedentes de cáncer del otro seno: 7 casos.

#### 2) EDAD

Evolucionan paralelas las curvas de edad y extensión de la lesión.

El máximo en nuestra serie se encuentra entre los 60 y 70 años, siendo, pues más elevado que en otros países e imputable esto al retardo en la consulta y al tipo de hospital donde trabajamos. La edad promedio es de 54 años y 6 meses, con una edad máxima de 81 años y una mínima de 27.

#### 3) PARTOS Y LACTANCIAS

57 pacientes han tenido embarazo con partos (61,29 %).

38 amamantaron sus hijos.

21 no amamantaron sus hijos.

(4) Auchincloss H.: citado por Christopher: Text-book of Surgery W. B. Saunders — Philadelphia 1939.

(5) Centeno y Orlando: citados por Uriburu. La Mama. Editorial Científica Argentina 1957.

(6) Watt Wand Trout H. Am. J. Surgery. 90 (434-436) Sep. 55.

15 no consta.

Promedio de pacientes que han tenido lactancias anteriores a la aparición del neo: 40,86 %.

Vemos, pues, que el porcentaje es bastante similar entre las que han tenido familia y han lactado y las que no lo han hecho.

#### 4) TRAUMA

Sin antecedentes de traumas anteriores: 79 casos.

Con antecedentes de traumas anteriores: 3 casos (3,22 %).

No consta: 12 casos.

#### 5) MASTOPATIAS PREVIAS

Con antecedentes: 21 casos (21,50 %).

Sin antecedentes: 62 casos

No consta: 12 casos.

### CLASIFICACION DE LA NATURALEZA DE LAS MASTOPATIAS PREVIAS (CUADRO 1)

A) Del mismo lado que el Tumor (13 casos)	}	1) Traumas: 1 caso
		2) Inflat: 9 "
		3) Displasias 3 "
		4) Neos: 0
B) Del otro lado (8 casos)	}	1) Traumas: 0 caso
		2) Inflat: 0 "
		3) Displasias: 1
		4) Neos: 7 "

● sea, la enfermedad más frecuente en los antecedentes del cáncer del seno es: del mismo lado, lo inflamatorio y del otro lado EL NEO, de donde se afirma el concepto fundamental de la necesidad de vigilancia periódica del seno remanente en las enfermas intervenidas.

#### 6) UBICACION DEL TUMOR

49 casos del lado derecho — 52,68 %.

42 casos del lado izq. — 45,16 %.

No consta en 5 casos.

**UBICACION DENTRO DE LA MAMA**

Hemos agregado a los cuadrantes clásicos otras regiones donde los situaban las historias consultadas. Así tenemos:

Cuadrantes clásicos:	Superoexternos	(SE):	21	19
	Superointerno	(SI):	9	9
	Inferoexterno	(IE):	4	5
	Inferointerno	— (II):	3	4
A los que agregamos:	Areolar	(Ar):	1	3
	Superior (SE y SI)	(Sup):	4	0
	Inferior (IE y II)	(Inf):	1	1
	Total	(Tot):	1	1

Neto predominio de los cuadrantes externos de ambos senos.

**7) EDAD DE ACTIVIDAD GENITAL (7) (8)**

Aparecidos durante la menopausia: 41

Aparecidos durante actividad genital: 17

No consta: 35

Promedio de tumores en la edad de actividad genital (descartadas las pacientes que la historia no especifica): 18,27 %.

**8) TAMAÑO**

Teniendo en cuenta el criterio sustentado por todos los autores, de que el tamaño del tumor (aparte de su anat. pat.) está en relación con el tiempo de evolución y, por lo tanto, con la operabilidad y el pronóstico, hemos estudiado este dato, admitiendo que por encima de los 3 cm. de diámetro las posibilidades de curación disminuyen en forma marcada, apoyados en lo que sostiene Geschikter (9), es decir, que:

8 meses de evolución y 2,7 cm. de diámetro a los 5 años sobrevida de 55 %

(7) Cáncer of female breast (mortality and menopause): Mc Kenzie A. Lancet. 2 Nov. 26-55 (1129-1130).

(8) Cáncer de mama de la mujer y foliculina: Loubéjac A. Bol. de la Soc. de Cirugía T. 15 años 1944 Nos. 1-2 (28-38).

(9) Geschikter ~~—~~. Enfermedades de la mama. Ediciones La Fragua (Buenos Aires 1951).

15 meses de evolución y 8,2 cm. de diámetro a los 5 años sobre-vida de 5 %.

En nuestra serie:

No consta en 33

El resto, por encima de 3 cm. de diámetro y de ellos el 30,09 % por encima de 5 cm.

## 9) TIEMPO DE EVOLUCION CLINICO

Promedio de 27 meses, con un máximo de 15 años y un mínimo de 15 días.

## CONCLUSIONES

La herencia, partos y lactancias y el trauma previo no juegan en nuestra serie un papel de importancia como factores etio-patogénicos del cáncer de seno.

Lo que adquiere gran significación son las mastopatías previas, mostrando sobre todo lo frecuente del cáncer contralateral entre ellas, lo que obliga, repetimos, A UN CUIDADOSO CONTROL POR PARTE DEL MEDICO DEL SENO REMANENTE e impone como norma el estudio Radiológico bilateral de los senos en toda enferma portadora de una mastopatía, de una sospecha clínica o de aquélla que consulta con el miedo de ser portadora de una enfermedad inaparente.

En cuanto al tamaño y al tiempo de evolución, en general corren paralelos y son los factores fundamentales en el pronóstico.

En nuestra serie vemos un retardo en el diagnóstico luego del hallazgo del tumor por parte de la paciente de más de 2 años. En la etiología de este prolongado período hay una serie de factores a considerar, cuya supresión será de suma importancia en la precocidad del tratamiento correcto y por ende, del éxito del mismo; por un lado, tenemos, factores que dependen del enfermo: dificultades para la consulta, temor, falso pudor, que creemos disminuirían en un alto porcentaje con una intensiva campaña de Educación popular que se adaptara a nuestra sensibilidad y que llegara por igual a los diversos planos sociales y culturales; pero los factores a mi juicio más graves dependen del propio

médico: al estudiar en nuestros casos el porqué de ese retardo en el diagnóstico nos hemos encontrado que en un altísimo porcentaje los pacientes habían consultado médico y éste, frente a una tumoración de seno, había instituido una serie de terapéuticas inefectivas, llegando en alguna oportunidad a efectuar la exéresis simple de la tumoración sin estudio anatomopatológico y resultando luego un neoplasma de seno. Creemos que todo médico debe tener en su mente la frase de Bloodgood (10) **TODO TUMOR DE MAMA EN UNA MUJER POR ENCIMA DE LOS 25 AÑOS DEBE SER CONSIDERADO MALIGNO HASTA DEMOSTRACION** (histológica, aclararíamos nosotros) **DE LO CONTRARIO.**

Importa además no desear ninguna ayuda para despistar un cáncer y el examen clínico de una mujer que acude a un médico por cualquier molestia **COMPORTA SIEMPRE OBLIGATORIAMENTE** el interrogatorio sobre molestias de las mamas y la palpación a plano cuidadosa en buena posición, sin el obstáculo de los vestidos y la radiología de ambas mamas.

### CAPITULO III

#### ANATOMIA PATOLOGICA

##### I) Consideraciones Generales

En nuestra serie tenemos un 100 % de epitelomas. Su clasificación es prácticamente imposible, dado que no ha sido empleado un criterio uniforme ni una nomenclatura similar para su designación, pues su estudio fue hecho por diferentes patólogos.

Si recordamos el criterio sustentado por Willis (11), que dice: "...Aunque existe predominio de una estructura, ningún tumor del seno es uniforme; las subdivisiones histológicas de un carcinoma mamario son arbitrarias y cuando se basan en uno o pocos cortes del tumor, equívocas".

---

(10) Bloodgood J. C.: Diseases of the female breast in: Kelly and Noble: Gynecology and abdominal surgery. Editorial Saunders 1910.

(11) Willis, R. A. — Pathology of the tumors. Ed. Butterworth. London, 1953.

Vemos, pues, la urgente necesidad de uniformar criterio y, repetimos, eso sólo puede lograrse cuando el material se ha estudiado por patólogos que usen métodos y clasificaciones iguales.

Creemos, pues, que el primer paso a dar es usar una clasificación práctica y completa, que abarque todos los tumores y que permita situarse con facilidad frente a un caso dado. Carecemos de autoridad para proponer clasificaciones anátomo-patológicas, pero creemos que la de Stewart (12) llena estas condiciones.

Según este autor, los tumores se clasifican de la siguiente manera:

- I) Enfermedad de Paget, del mamelón;
- II) Carcinoma de los conductos mamarios:
  - a) No infiltrantes: 1) Papilar, 2) Comedocarcinoma.
  - b) Infiltrantes: 1) Papilar, 2) Comedocarcinoma, 3) Carcinoma con fibrosis (escirro), 4) Carcinoma medular con infiltración linfoide, 5) Carcinoma coloide.
- III) Carcinoma de los lóbulos:
  - a) No infiltrantes.
  - b) Infiltrantes.
- IV) Carcinomas relativamente raros:
  - 1) El llamado carcinoma de las glándulas sudoríparas.
  - 2) Carcinoma intraquístico.
  - 3) Cistoadenocarcinoma.
  - 4) Carcinoma de células escamosas.
  - 5) "Spindle cell carcinoma".
  - 6) Carcinoma con metaplasia ósea y cartilaginosa
- V) Cistosarcoma filloide maligno.
- VI) Liposarcoma.
- VII) Angiosarcoma.
- VIII) Linfosarcoma.
  - a) Folicular.
  - b) Difuso.
  - c) Sarcoma de células de retículo.
- IX) Miscelánea.
- X) Formas combinadas.

---

(12) Stewart, F. W. — Tumors of the breast (Atlas of Tumor Pathology, Section IX, Fascicle 34, 1950).

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Una vez adoptada una clasificación y rotulado un tumor se podrá pasar a la segunda etapa; evolución y pronóstico basado en el tipo histológico de cada tumor.

2) Propagación

Capítulo éste de fundamental importancia en el pronóstico; seguimos la clasificación en grados de Steintal-Jungling.

En nuestra serie tenemos:

Propagados: 52

No propagados: 23

No consta: 18

La propagación se ha efectuado de la siguiente manera:

a) Local: Sí: 49

No: 31

No consta: 13

b) Linfática: Si: 55

No: 33

No consta: 5

c) Serosa: Si: 1

No: 87

No consta: 5

d) Metástasis: Si: 6

No: 86

No consta: 1

Tenemos, pues, que clasificando nuestros casos por estadios, resulta:

ESTADIO	1:23	Promedio: 24,73 %
"	2:55	" : 59,08 %
"	3 y 4:6	: 6,40 %

De lo visto surge este hecho fundamental: NOS ENCONTRAMOS POR DEBAJO EN EL PORCENTAJE DEL ESTADIO 1 Y POR ENCIMA EN EL ESTADIO 2 CON RELACION A OTRAS ESTADISTICAS.

Si recordamos la noción de que a los 5 años en el estadio 1

curan del 75 al 80 % y que en el 2 caen a 25 % las curaciones y que, en el estadio 3 y 4 no existen prácticamente, posibilidades de curación, siendo solamente tratamientos de tipo paliativo, vemos la URGENTE NECESIDAD DE INVERTIR ESTOS PORCENTAJES SI NO QUEREMOS PARTIR CON LA CARRERA PERDIDA.

Si efectuamos ahora el estudio analítico de la propagación, extraemos algunas nociones de utilidad:

Propagación directa:

a) PIEL: la más frecuentemente invadida por la amplia anastómosis linfática de la piel y la glándula (que embriológica y anatómicamente pertenece a la piel).

b) MUSCULOS: no hemos observado nunca su invasión por el tumor, lo que nos afirma en nuestra técnica quirúrgica de resección parcial del pectoral mayor, en vista de una más pronta y completa recuperación funcional del miembro (Halsted-Mérola)

c) LINFATICOS: los más afectados; los axilares homolaterales, siguiéndolos en importancia los supraclaviculares, los mamarios internos homo y los contralaterales

d) NERVIOS: No hemos observado la propagación directa

e) VASOS: No hemos observado la propagación directa

f) SEROSAS: tenemos sólo un caso discutible de propagación directa

g) HUESOS: no hemos visto la infiltración directa; en los casos afectados, se trataba de metástasis a distancias por las vías clásicas

h) METASTASIS: en los sitios y por las vías conocidas.

En suma: del análisis de este capítulo surge que nuestros casos se tratan de malos casos pues son lesiones avanzadas y esto, evidentemente, se traducirá en los resultados alejados.

## CAPITULO IV

### SINTOMATOLOGIA

Es evidente que en el momento actual va desapareciendo lentamente de las clínicas y aún de los tratados de patología toda una serie de signos que, llamados con diferentes nombres, sólo traducen lo avanzado de la lesión y lo tardío del diagnóstico.

Creemos que el ideal es el diagnóstico de la lesión cuando aún no se ha exteriorizado clínicamente, siendo su hallazgo radiológico. La búsqueda de algunos signos o de varios de ellos, tienen a nuestro criterio no un fin diagnóstico sino pronóstico y de orientación para establecer la terapéutica, separar los operables de los inoperables según criterio de Haagensen y Stout (13) (14), y poder trazar los colgajos con criterio cancerológico.

Veamos en nuestra serie cuáles fueron los síntomas y signos de comienzo:

SINTOMAS Y SIGNOS		PROMEDIO
1) Hallazgo fortuito de la tumoración . . . . .	3 casos	3,22 %
2) Tumor . . . . .	69 "	74,19 %
3) Dolor o molestias . . .	11 "	11,82 %
4) Prurito . . . . .	3 "	3,22 %
5) Retracción del pezón .	3 "	3,22 %
6) Ulceración . . . . .	2 "	2,15 %
7) Combinados . . . . .	24 "	25,80 %
8) No consta . . . . .	3 "	3,22 %

O sea que el signo más frecuente ES EL HALLAZGO DE UNA TUMORACION DE SENO que puede aparecer aislada o combinada con otros síntomas. En nuestra serie, los más frecuentes eran el tumor más dolor o molestias.

### CANCER BILATERAL

Tuvimos 6 casos de tumores bilaterales sucesivos, lo que hace un promedio de 6,45 % que está de acuerdo con varios autores (Geschikter, Haagensen, Hartmann, Harrington, Uriburu) sobre promedios oscilan del 3 al 10 %.

En cuanto a la clásica discusión sobre si el hallazgo de un cáncer contralateral es una metástasis o un nuevo cáncer, care-

(13) Haagensen C. D. y Stout A. P.: Carcinoma of the breast: Criteria of operability. Annals of Surgery 118 (1032-1035) 1943.

(14) Haagensen C. D. Diseases of the breast. London Saunders 1956 (pág. 751).

ce mos de argumentos para opinar, dado lo breve de nuestra serie pero consideramos de muy difícil solución este problema, pues, aún basándose en la anatomía patológica del tumor mostrando distinta constitución de los dos lados se invalida este argumento al recordar el concepto ya expuesto de lo polimorfo que es el cáncer del seno.

Si nos basamos en el tiempo de aparición de la tumoración contralateral (los períodos cortos hacen sospechar que se trate de una metástasis del primitivo y los largos que sea un nuevo cáncer), observamos en nuestros casos que dicho período oscila entre 13 meses y 13 años y la evolución fue similar tanto en el tumor como como en el contralateral.

Nosotros procedemos como si fuera otro cáncer y lo tratamos con las directivas generales.

### NEO DE SENO EN EL HOMBRE <sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup>

Tenemos un solo caso, lo que hace un promedio de 1.07 % curado en el momento actual y que del punto de vista clínico, anatomopatológico, y quirúrgico evolucionó y se trató (salvo la castración) igual que los cánceres femeninos.

### BIOPSIA PRÉVIA <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup> <sup>(20)</sup> <sup>(21)</sup> <sup>(22)</sup>

Es éste un problema sumamente debatido; rechazada por algunos, se efectúa sistemáticamente en otros lados. En nuestro ambiente y con nuestra psicología creemos no debe hacerse, pues

---

(15) Dargent M. et Mayer M.: Le cancer du sein chez l'homme Revue du Praticien. T. 6 N° 13 (1363-1372).

(16) Rubertoni L. y Larghero P. Cáncer mamario en el hombre. Boletines de la Sociedad de Cirugía del Uruguay T. 6 año 1935 (55-62).

(17) Karlem M. y Ferreira Berruti P. A propósito de un cáncer de mama en el hombre. Boletines de la Sociedad de Cirugía del Uruguay T. 23 año 1952 (267-285).

(18) Harris Pierce E. Theron Clagett O. Mc Donald J. and Gage R. Biopsy of the breast followed by delayed radical mastectomy. Surg. Gynec and. Obst. 103: (596-603) 1956.

(19) Fitts W. and Donald J.: The diagnosis of lesions of the breast Surgery 25: (424-431) 1949.

(20) Storrs H. G.: The role of the excision biopsy in lesions of the breast Surgery 18: (1199-1206) 1952.

(21) River L. and Silverstein J.: Diagnosis of carcinoma Surg. Clin. of North América 36: (35-48) Feb. 56.

(22) Decker R.: Les examens paracliniques dans le diagnostic du cáncer du sein Revue du Praticien T. 6 N° 13: (1373-1383).

en el caso de que dicha biopsia sea positiva, la realización de una mastectomía en otro acto quirúrgico es un duro golpe para la enferma, que ya trae la sospecha de ser portadora de un cáncer de seno. (Como se enseña en nuestra clínica, una enferma con una tumoración de seno trae dos enfermedades de gran importancia, una del tumor y la otra la angustia de ser portadora de un cáncer; ambas requieren tratamiento si no se quiere perder la enferma y éste debe comenzar desde el primer contacto del médico con su paciente).

Del punto de vista estrictamente científico, tiene gran valor a nuestro criterio, la biopsia múltiple tipo Stout y Haagensen (citado 13): ganglios superiores del hueco axilar mamarios y del propio tumor) pues se cubren así prácticamente todas las zonas de posible invasión dando una visión lesional muy importante para el cirujano.

En nuestra clínica observamos un criterio ecléctico; se efectúa una anestesia general previa preparación psicológica y quirúrgica; para efectuar un Halsted, se reseca el tumor (teniendo en cuenta la experiencia de la Clínica Mayo que enseña que las recidivas son 3 veces más frecuentes cuando la biopsia se hace por sección que cuando se hace por resección) se examina al corte; en general, todo cirujano experimentado hace el diagnóstico positivo macroscópicamente en el 90 % de los casos; si hay duda, se efectúa una biopsia extemporánea que en manos hábiles, junto con la macroscopía, da un 100 % de seguridad (19); en caso de que estos procedimientos confirmen el diagnóstico, se procede a efectuar la mastectomía.

Nuestras enfermas (enviadas por múltiples colegas de diferentes zonas del país) habían sido biopsiadas previamente en un 18,27 %, ninguna se biopsió en nuestra clínica antes del acto quirúrgico; hemos efectuado 3 biopsias extemporáneas (3,22 %); el resto se ha intervenido con diagnóstico clínico radiológico y el mismo fue confirmado en todos los casos con el estudio histológico de la pieza.

## RADIOLOGIA PREOPERATORIA

Prácticamente el estudio radiológico (23) de nuestras enfermas según técnica de Leborgne (3) se ha efectuado en el 100 % de los casos siendo su resultado 100 % positivo, por lo que somos entusiastas partidarios de este método, al que creemos imprescindible no sólo por la certeza que da el diagnóstico del tumor comprobado, sino por la posibilidad de descubrir un tumor oculto o, más importante aún (como tenemos un caso), hacer la radiología de un tumor benigno y en el examen de rutina del otro seno, descubrir un cáncer que pasó desapercibido; de ahí el valor que atribuimos a este método y nuestro deseo de que sea aplicado a grandes masas de población.

### PUNCION:

Carecemos de experiencia, pues prácticamente no la hemos usado.

## RADIOTERAPIA

Preoperatoria: No se emplea como rutina; sólo la hemos aplicado unida al tratamiento hormonal a cánceres de seno de tipo inflamatorio y en los que la operación en caliente está contraindicada; superada esta etapa, la cirugía radical a posteriori ha permitido obtener resultados consistentes en tres casos con más de tres años de sobrevida después de la primera consulta. No efectuamos roentgenterapia post-operatoria profiláctica.

### Segunda Parte

## TRATAMIENTO

Nuestra estadística se refiere a casos ingresados para ser tratados quirúrgicamente. La orientación del criterio terapéutico en los casos operables es en nuestra clínica, desde hace 5 años, el plan de 4 puntos:

- 1) Halsted - Mérola.
- 2) Resección de ganglios preescalénicos.

(23) Bosch del Marco L. M., Folle J. A. y Venturino W.: Diagnóstico radiológico del cáncer de la mama: Cuarto Congreso Uruguayo de Cirugía: (125-129) 1953.

3) Resección de la cadena mamaria interna (desde por debajo del 1º cartílago al 4º).

4) Castración.

Nosotros seguimos el criterio de Haagensen y Stout (citado 13) para la selección de nuestros casos. El estado general, la edad y ciertas tareas imponen conductas particulares (24).

Dichos autores sostienen: "Toda paciente cuyo estado general puede soportar una operación quirúrgica mayor, debe ser tratada con la operación radical excepto en los siguientes casos:

- 1) Edema difuso de la piel que cubre la mama.
- 2) Nódulos satélites de la piel que cubre la mama.
- 3) Ganglios neoplásicos intercostales o paraesternales.
- 4) Edema del brazo (signo de bloqueo masivo).
- 5) Metástasis supraclaviculares.
- 6) Cáncer de tipo inflamatorio.
- 7) Metástasis óseas, pulmonares, hepáticas o derrame pleural.

8) Cuando existan juntos dos o más de los siguientes signos de cáncer avanzado:

- a) Ulceración de la piel.
- b) Edema limitado de la piel de la mama (por lo menos  $\frac{1}{3}$ ).
- c) Fijación del tumor a la pared torácica.
- d) Ganglios axilares neoplásicos mayores de 2,5 cts.
- e) Fijación de dichos ganglios a la piel o a los elementos profundos de axila.

#### 1) TIPO DE INTERVENCION

En nuestra serie tenemos:

No operados = 10 = 9,30 %.

Halsted = 45 = 48,38 %.

Halsted - Mérola ensanchado = 23 = 24,73 %.

Mastectomía simple = 11 = 11,82 %.

Mastectomía más vaciamiento axilar = 4 = 4,30 %.

(24) Larghero P., Venturino W. y Ríos Bruno G.: Criterio actual de la Tercera Clínica Quirúrgica en el tratamiento del Cáncer del Seno: El Día Médico Uruguayo: año XXV N° 291 Julio 1957 (1732-1745).

## 2) INCISION

La base es la incisión de Danis <sup>(25)</sup> pero se adapta a la topografía de la lesión tomándola como centro, sobre todo cuando el tumor adhiere a la piel. Esta es socavada y despojada del tejido celular (según técnica de Adair <sup>(26)</sup>, cuando las suturas deben quedar tensas, se prefiere deslizar un colgajo a pedículo posterior y superior).

Incisión en raqueta = 68 = 73,11 %.

Vertical = 3 = 3,22 %.

Transversal = 11 = 11,82 %.

## 3) MUSCULOS

Exéresis de ambos pectorales = 45 = 48,38 %.

Exéresis de haz esternal del pect. Mayor y todo el pectoral menor = 23 = 24,73 %.

En ambos se resecan las digitaciones del serrato mayor en la extensión de una palma de mano (y con ellas los ganglios del grupo de Sorgius), siguiendo las enseñanzas de Navarro.

## 4) VACIAMIENTO AXILAR

Se efectuó en 82 = 77,11 %.

## 5) VAC. SUPRACLAVICULAR

en 27 = 29,03 %.

## 6) VAC. MAMARIO INTERNO

en = 19 = 24,30 %.

## 7) VAC. CONTRALATERAL

en = 3 = 3,22 %.

## 8) CASTRACION

en 18 = 19,35 %.

## COMPLICACIONES OPERATORIAS (Intraoperatorias e inmediatas) (hasta el alta de Sala)

---

(25) Danis y Depage: 1927 citados por Uriburu (pág. 615) citado (5).

(26) Adair F. E.: Cáncer of the Breast. S. Clin North América 33 (313-327) 1953.

## **BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

Casos: tres neumotórax, uno de ellos a tensión y un accidente anestésico grave = 4,30 %.

### **CIERRE POR INJERTO**

En 5 casos = 5,37 %.

### **DRENAJE**

Sistemático, por contraabertura (uno o dos tubos) se mantiene hasta la primera curación.

### **APOSITO E INMOVILIZACION DEL BRAZO**

Se mantiene 7 días.

### **ABANDONO DEL LECHO**

Promedio, al segundo día.

### **PRIMERA CURACION**

En sala de operaciones al 7 día (esta conducta se sigue en los últimos tres años, antes se curaba al tercer día promedio; infecciones por contaminación en Sala hicieron modificar dicho método).

### **ANTIBIOTICOS**

Por excepción.

**MORTALIDAD OPERATORIA = 0**

**MORTALIDAD POST-OPERATORIA INMEDIATA**

1 caso: embolia pulmonar al cuarto día 1,07 %.

**MORBILIDAD POST-OPERATORIA**

Shock 2 casos = 2,15 %.

Hemorragia = 2 casos = 2,15 %.

Colección serohemática = 9,29 %.

Infecciones = 13 = 13,97 %.

Necrosis de piel por isquemia más infección = 9,29 %.

## COMPLICACIONES PULMONARES

11 casos = 11,82 %:  $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) 4 neumotórax} \\ \text{b) 5 focos pulmonares.} \\ \text{c) un derrame pleural.} \\ \text{d) una embolia de pulmón.} \end{array} \right.$

## COMPLICACIONES CIRCULATORIAS

Un infarto de miocardio (con edema agudo de pulmón)  
= 1.07 %.

## PROBLEMAS A NIVEL DEL MIEMBRO SUPERIOR

5,37 % (tres edemas, uno cianosis, uno algias).

## OTRAS COMPLICACIONES

- 2 colecistitis.
- 1 absceso glúteo.
- 1 estado confusional.

**EN SUMA: MORTALIDAD OPERATORIA = 0**

**MORTALIDAD POST-OPERATORIA INMEDIATA = 1.07 %.**

**MORBILIDAD POST-OPERATORIA = 59,41 %.**

Dentro de las complicaciones vemos que las más frecuentes son el esfacelo de los colgajos, que guarda una evidente relación con la infección (piel tensa, isquemia, infección, esfacelo); y en segundo término las complicaciones pulmonares.

A prevenirlos se dirigen nuestros esfuerzos actuales, cuyas bases son para las primeras.

- 1) Aseptizar la piel (control bacteriológico);
- 2) Irrigar profusamente el campo en el acto operatorio;
- 3) Suturar sin tensión;
- 4) Apósito compresivo y con inmovilización rigurosa del miembro superior durante 5 a 7 días;
- 5) Primera curación en Sala de operaciones;

Para las segundas: El levantamiento precoz, que es de rutina en nuestra clínica, para todo tipo de intervenciones.

Tercera Parte

RESULTADOS: De 93 pacientes operados se han obtenido referencias de evolución solamente en 64:

17 muertes entre los 4 y los 58 meses de la operación (promedio: 18 meses)

47 sobrevividas en el momento de cerrarse este análisis

14 de los pacientes con recidiva actual

33 enfermos sin recidiva, entre 1 año y más de 10 años después de la operación

29 pacientes no han sido localizados y se les cuenta como muertes a los efectos estadísticos.

En cifras redondas: de los 93 casos solamente el 30 % viven actualmente sin recidiva; si se refiere las sobrevividas sin recidiva a los 64 casos rastreados, viven el 50 %.

Tales son las cifras sin referencia al tiempo transcurrido después de la operación: Antes de este control, nos parece de interés dos precisiones que surgen de nuestro estudio:

1º de los 17 casos registrados como muertos, 12 corresponden al grado 2, y 5 entre el grado 2 y el 3; es decir, que según el criterio de Haagensen y Stout, pertenecían a lesiones que superaban las posibilidades quirúrgicas.

2º la localización de las recidivas tanto en los fallecidos como en los que aún viven tiene la siguiente distribución.

Fallecidos ..... 17      Vivos con recidiva ..... 14

Localizaciones

●seas: Vertebrales y otras ..	9	.....	7
Abdominales .....	3	.....	1
Pleuro - pulmonares .....	2	.....	2
Cutáneas .....	3	.....	0
Nerviosas .....	0	.....	1
Se ignora .....	0	.....	3

Conclusión: 50 % de las metástasis se hicieron en los huesos. (16 casos en 31 del total de recidivas).

Si se proyectan los resultados sobre los plazos de 5 años y

de 10 años de sobrevida sin recidiva, las cifras factores de atenuación son:

En 33 pacientes que viven sin recidiva, los plazos corridos desde la operación hasta el 1 de Enero de 1960 son:

de 1 a 3 años	.....	8
de 3 a 5 años	.....	8
de 5 a 8 años	.....	5
de 8 a 10 años	.....	8
más de 10 años	.....	3

En suma: 16 pacientes no han alcanzado el límite de los 5 años, pese a su aparente curación. (17,20 %).

Y solamente otros 16 viven a más de 5 años después de la operación (17,20 %). De ellos, 3 con más de 10 años (3,22 %).

En contraposición con los fallecidos y los que presentan recidiva, la mayoría de estos buenos resultados corresponden al grado 1 (18 casos) y al grado 2 (15 casos).

## CONSIDERACIONES FINALES

Creemos que el pesimismo que dejan estas cifras podrá atenuarse con los resultados obtenidos en las operadas de estos últimos 5 años y quizá con la localización de alguno de los 29 pacientes que no han podido ser hallados.

Omitimos los comentarios para traer a la consideración de la Sociedad de Cirugía las cifras escuetas de una experiencia del grupo de cirujanos que trabajan en la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero.

Aspiramos a que si ellas merecen discusión, se plantee sobre las mismas bases objetivas y terminantes de los números.

Del punto de vista de la técnica estadística, la que presentamos merece muchos reparos; es precisamente para aprender a corregir nuestros defectos y los inconvenientes con los que se tropieza en nuestro medio cuando se intenta hacer estadísticas, que hemos reunido estos números.

Creemos que la exigencia de un diagnóstico precoz no debe ser confiada a las enfermas, que en regla general consultan en-

seguida (salvo las ancianas y ciertas enfermas mujeres aterrorizadas), sino a la educación médica y a la aplicación rígida del concepto de que todo nódulo del seno es, en principio un neoplasma, hasta prueba definitiva de lo contrario. Y que esta prueba debe basarse en la anamnesis —examen clínico cuidadoso— radiografía sistemática de ambos senos y extirpación para examen anatómo patológico (preferentemente extemporáneo, intra-operatorio).

Hacemos énfasis sobre el examen radiológico y sobre la necesidad de la colaboración del radiólogo y del endocrinólogo, en el diagnóstico, la indicación terapéutica y la elección de la estrategia terapéutica. En estas condiciones con los recursos actuales y con el concepto ajustado de la biología de la célula neoplásica, los resultados serán seguramente mejores en el porvenir.

**Dr. Otero.** — El tema de afecciones del seno es un tema que a nosotros nos ha interesado durante muchos años. Lo hemos estudiado, hemos visto enfermos, hemos seguido enfermos y nos hemos ido formando un criterio aproximado.

Yo quiero señalar en este momento acá lo que me parece las etapas fundamentales que marcan un progreso en la historia de la cirugía del cáncer del seno. En primer lugar, indudablemente, la primera etapa fundamental es la exéresis según los principios marcados por Halsted. No es una técnica solamente, en el sentido de una técnica quirúrgica más, sino que es una técnica distinta de todo lo anterior y basada en principios fundamentales de extensión del cáncer. Es decir, que fue Halsted el primero que propuso extirpación del tumor con sus propagaciones, con sus extensiones linfáticas y ganglionares. Estudiando la anatomía patológica llegó a la conclusión de lo que había que sacar en extensión y profundidad, en piel, en tejido celular, en músculos pectorales mayor y menor, en ganglios de la axila, y Halsted hacía ya en aquel tiempo el vaciamiento ganglionar supraclavicular sistemático. El segundo gran progreso, a mi modo de ver, en el concepto terapéutico quirúrgico en el cáncer de seno parte de los trabajos de Handley. En el libro de Handley que yo he leído repetidamente y que he estudiado a fondo porque creo que es un trabajo fundamental en cancerología, trabajo que permite darse cuenta de que manera el cáncer progresa desde el centro, extendiéndose en mancha de aceite como una lente biconvexa como dice Handley en extensión mucho mayor en los planos paralelos a la superficie y no tanto en profundidad, siguiendo los plexus linfáticos y sobre todo el plexus yuxta aponeurótico, plexus linfático cuya permeación estudió Handley y cuyas diseminaciones hacia la piel y hacia la

profundidad le permitieron explicar las metástasis de diversos tipos nodulares en los cánceres avanzados del seno. Los estudios de anatomía patológica de Handley constituyen una base fundamental en el estudio de la manera como hay que proceder para extirpar radicalmente el cáncer de seno, marcando una segunda etapa decisiva en el conocimiento después de la técnica de Halsted. Y pocas cosas más han sido progresos auténticos, progresos netos, en materia de terapéutica quirúrgica en el cáncer de seno.

El aporte de la radioterapia a la terapéutica del cáncer de seno no está en mi espíritu, completamente definida en cuanto a su valoración. Los cirujanos generales tenemos la impresión que la radioterapia en algunos casos es útil pero yo no tengo experiencia suficiente en eso para poder opinar y considero que la radioterapia debe manejarse en asociación con el radioterapeuta. Pero no tengo la impresión y en general creo que nadie tiene la impresión de que la radioterapia haya hecho un aporte verdaderamente importante en el sentido de mejorar el pronóstico de los cánceres del seno, fuera de algunas indicaciones especiales (cánceres indiferenciados).

La otra cosa que yo señalaría como progreso definido en el tratamiento del cáncer del seno es la importancia de los factores hormonales en la terapéutica del cáncer diseminado, llevando a la castración, a la suprenalectomía bilateral, a la radioterapia de la hipófisis, o la terapéutica hormonal inyectable. Estos tratamientos son evidentemente activos sumamente activos en el cáncer diseminado del seno, pudiendo dar resultados sumamente favorables, muy prolongados en esas situaciones. Creo que debe hablarse como habla Huggins precisamente, de cáncer **diseminado** del seno dando así la impresión de que dejó de ser una enfermedad quirúrgica, en tanto que es local o regional, para ser entonces una enfermedad médica en tanto que es un cáncer diseminado. Debe ser por lo tanto tratada por procedimientos médicos (o quirúrgicos de enfoque general) y nosotros tenemos que saber que estos procedimientos pueden ser eficaces para prolongar la vida en condiciones confortables durante años en el cáncer diseminado del seno, en un veinte por ciento de los casos más o menos. Es decir que la esperanza no termina cuando se franquea la etapa de la extensión local y regional para pasar a la etapa de enfermedad generalizada.

Ahora, en resumen, en síntesis, lo que quiero decir fundamentalmente es esto: yo pregunto si la ampliación de la exéresis del cáncer del seno a territorios linfáticos alejados como los supraclaviculares y la cadena mamaria interna son fundamentales para mejorar las estadísticas. Yo no tengo estadística, pero me pregunto con escepticismo si es eso lo fundamental, o si es mucho más fundamental hacer bien la exéresis local y regional de acuerdo con los principios de Halsted y de Handley. Creo también que el aporte de Hagentseen ha sido sumamente

importante en el sentido de definir con toda precisión cuales son los planos en los cuales se debe disecar para extirpar correctamente el cáncer de seno, y también para marcar claramente las fronteras de la exéresis. Y a mí me parece que muchas veces los cirujanos descuidan cosas fundamentales como por ejemplo que deben extirpar casi contra la dermis, es decir que el colgajo de piel debe quedar casi pelado, porque la diseminación de la célula neoplásica se hace precisamente en las mallas del plexus yuxta-aponeurótico con emanaciones, perpendiculares hacia la piel, multifocalmente, y en cambio uno ve muchísimas veces (la mayoría de las veces) levantar la piel con muchísima grasa. La extirpación sistemática de los músculos con una delimitación bien definida como lo hace Hagentseen, la extirpación muy cuidadosa de los linfáticos siguiendo las directrices básicas del cáncer en todos lados, que es siguiendo los planos de clivaje vasculares y musculares, es decir, dejando pelados los vasos y los músculos sin entrar en la atmósfera linfograsosa. En una palabra, me parece que habría que estar un poco apercebido respecto a que, por querer hacer demasiado amplia la extirpación ganglionar supraclavicular y mamaria interna, cuya repercusión en la estadística ignoro, pero no estoy muy convencido de que sea muy importante, digo que por hacer esa extirpación, de repente se descuida lo fundamental que es la extirpación correcta local y regional del cáncer de seno.

No tengo ninguna estadística como parece exigirlo como cuestión básica el comunicante, pero no creo que para formarse un criterio respecto a un problema se necesite tener números y tampoco creo que la verdad puede establecerse mediante cifras, que muchas veces pueden no ser tan verdaderas como otras que no se basan en cifras. El valor de una estadística depende naturalmente en primer lugar de la seriedad del que la hace (seriedad en este caso inobjetable), depende además de que sea una estadística homogénea, es decir, proveniente de una sola clínica y con métodos iguales y depende también de las directrices generales que la han inspirado. De manera que quiero insistir en esto, de que un cirujano porque no tenga una estadística controlada, porque no tiene suficientes medios para hacer una labor seria, porque no tiene suficiente organización a su disposición, porque no tiene una Clínica, porque no tiene quien le siga los enfermos a distancia, eso no impide sin embargo que se forme un criterio cuando sigue correctamente y prolongadamente los enfermos que opera.

Ahora bien, voy a terminar diciendo lo siguiente: El comunicante ha señalado como antecedentes el porcentaje de las situaciones que pueden llevar al cáncer, o mejor dicho ha dado datos respecto a herencia, traumatismos, enfermedades, mastopatías, anteriores, etc., y señaló las mastopatías en un 8 % o algo así. Ahora bien, yo he seguido, yo he estudiado mucho mastopatías de seno fuera de cáncer. En un momento determinado el Dr. del Campo agitó en nuestro medio este problema bajo

la denominación genérica de enfermedad de Reclus. A pesar de que en todos los trabajos en general se dice que hay un porcentaje determinado de mastopatías quísticas (fibroadenomatosis difusa) que derivan en cáncer, o que eso significa una amenaza de cáncer, yo no he visto nunca una enferma de mastopatías no cancerosas que se haya transformado en cáncer. Es mi convicción más íntima de acuerdo con mi experiencia clínica personal de que eso es así. No creo que la mastopatía, en una palabra, sea base para el cáncer. Ahora, como la mastopatía es frecuente en términos generales se comprende que en el cáncer del seno tomado en general, haya un alto porcentaje de antecedentes de fibroadenomatosis.

En cuanto al antecedente de tumor del otro seno, y la discusión de si el tumor es primitivo o secundario, quiero recordar que en los estudios de Handley está perfectamente estudiado, la manera como se difunde el cáncer de un seno al otro pasando a través del plexus yuxta-aponeurótico; con lo cual no quiero decir que todos los tumores que se producen en el segundo seno sean siempre metástasis del primero, pero en principio yo creo que hay siempre que pensar, es la lógica científica pensar así, que el cáncer del segundo seno se ha originado en el primero, y que es debido, no a una metástasis por vía sanguínea, sino una propagación por vía linfática como dice Handley.

**Dr. Valls.** — Yo me voy a referir al trabajo del Dr. Guaymirán Ríos desde el punto de vista estadístico, desde el punto de vista conceptual anatómico y desde el punto de vista patológico. El tema del cáncer de mama es un problema que encierra una cantidad de situaciones muy grande, tan grande que se calcula alrededor de unas 40 situaciones diferentes, lo que trae como consecuencia que para que una estadística tenga valor tiene que ser una estadística muy grande, para presentar todos los tipos de situaciones en primer lugar. Además, para juzgar las situaciones nosotros debemos decir que debemos clasificar a los neoplasmas según los grados de la lesión, según la invasión de los ganglios axilares y según además si están invadidos muchos o pocos ganglios, lo que tiene un gran valor como lo destaca Hagentseen en un último trabajo que apareció en los Anales de Cirugía. Y además una cosa que se le ha dado gran valor en la Clínica del Prof. del Campo y hace que se presentaran estos dibujos donde se pone el esquema están situados los ganglios y el tipo de invasión de todas las personas que se operan en la Clínica, donde están situados, porque no es lo mismo que esté un ganglio de la axila, un grupo de la mamaria externa baja que sea un ganglio infraclavicular o un ganglio intermediario. El pronóstico es mucho más grave en los ganglios infraclaviculares que en los ganglios bajos. Además no es lo mismo que un ganglio esté aparentemente sano, con alguna pequeña infiltración microscópica en los senos subcapsulares que esté tomado en forma macroscópica, que esté tomado en forma masiva o que tenga periadenitis. Porque eso borra un poco el concepto de

si están tomados para qué y si no están tomados para qué, porque están los grupos intermedios. Esto se puede aplicar por ejemplo para el tratamiento en la parte interna que corresponde al vaciamiento de la cadena mamaria interna que nosotros hacemos en la Clínica del Prof. Del Campo por ahora, lo hacemos en forma sistemática. Y el Prof. Del Campo operó una enferma que ya lleva un año y medio de operada, que no tenía ningún ganglio tomado macroscópicamente y que tenía una invasión neoplásica de los linfáticos, sin haber adenopatías macroscópicas. Y además, nosotros personalmente hemos operado, una enferma hace un año y medio, tenía un tumor del cuadrante inferointerno y un ganglio de la cadena mamaria interna masivamente tomado a nivel del 5º espacio intercostal, y creo que esa enferma ha beneficiado, sigue marchando bien, ha beneficiado porque se hizo una resección amplia y se hizo la radioterapia a ese nivel. Claro que un año y medio todavía es poco, pero la enferma sigue perfectamente bien. A esa enferma le hicimos algo más, como tenía un hígado algo grande, empezamos por una incisión abdominal y fuimos a ver como estaba el hígado y le resecamos el ligamento falciforme para mandarle examinar a ver como estaba ese ligamento, si no presentaba zonas de infiltración neoplasia que podrían haber corrido por el ligamento falciforme hacia el hígado. Es decir que para poderse hacer un criterio sobre la evolución de esos neoplasmas, es necesario saber como están tomados los ganglios, que tipo de adenopatía tiene, si es microscópica, si es macroscópica, si está tomada en forma masiva, si tiene periadenitis, y además que topografía ocupa. El mismo Haagensen en un trabajo presentado en Abril de 1961 en los Anales de Cirugía dice que los casos que presentan ganglios que están microscópicamente tomados y están tomados en la parte baja de la axila, esos presentan un pronóstico bastante bueno en relación a los otros, es decir que si uno los toma en forma masiva falsea la estadística. Hay otra cosa que también es interesante, que destacan Halsted y Haagensen. Es el tipo de tumor que existe localmente a nivel de la glándula mamaria, en forma macroscópica. El distingue dos tipos de cáncer de seno. El cáncer que tiene forma irregular, que es infiltrante, que emite prolongamientos, que se llama cáncer irregular al corte, y el cáncer que es regular que está circunscrito, eso no quiere decir que no sea invasor. El comprobó que los cánceres circunscritos existen en una proporción de un 20 % y encontró que el porcentaje de sobrevida a los cinco años en conjunto era de un 80 % de esos cánceres. En cambio el de los otros, en conjunto en su grupo de 204 enfermos era de un 40 %. Quiere decir que había un porcentaje de sobrevida enormemente mayor en los cánceres circunscritos. Todavía si a eso se agrega la infiltración linfocitaria, uno conoce los casos de cánceres circunscritos medulares, de gran crecimiento local, que tienen un pronóstico relativamente más benigno que los otros neoplasmas. Ahora, con respecto a la técnica de la amputación del seno, nos-

otros de un punto de vista conceptual nos parece que la mejor técnica es la extirpación de los pectorales. No sólo porque se vacía toda la axila y que se puede llegar muy bien al vértice, y yo creo que se puede sacar muy bien la grasa que está por fuera y por encima de los vasos axilares y del plexo braquial, debajo de los coracoides, empezando desde allí, sino que hay que acordarse que van linfáticos por el espacio pectoral, linfáticos que fueron descritos por Aubry y Morestin, que siguen la vena céfalica y que van a llegar hasta el espacio delto pectoral y que allí se van a hundir para atrás. Yo no veo como se pueden extirpar los pectorales. Es decir que nosotros pensamos que la mejor técnica es la técnica de Halsted asociándole el vaciamiento de la mamaria interna y cuando se requiere hacerlo, un vaciamiento supraclavicular.

**Dr. Piquinela.** — En primer lugar, Sr. Presidente, me voy a asociar a las felicitaciones que se hicieron al Dr. Ríos en la sesión en que presentó su trabajo, por entender que se trata de un trabajo de real significación, que viene a la Sociedad con la seriedad a que ya nos tiene acostumbrados la Clínica del Prof. Larghero. Desde luego, es un poco difícil comentar una estadística. Habría casi que referirse a todos los puntos. Me voy a referir sólo a uno, sin que esto quiera significar que aquello que no se menciona no tenga interés, creo que todo lo que el comunicante trató tiene interés. Yo lo acompañé en la mayoría de sus afirmaciones, en algunas tengo ciertas discrepancias muy lógicas desde que discrepar no significa tener razón, sino ver las cosas de otra manera. No puedo satisfacer hoy, pero pienso hacerlo cuando haya podido rever todas las enfermas, las operadas, tarea en la cual estamos para cumplir con la exigencia que creo perfectamente justa y que planteaba el Dr. Ríos, de que se le discutiera presentando estadísticas con la seriedad con que él las presentó. Lo acompañé en lo que se refiere al diagnóstico tardío, que es uno de los puntos a que voy a referirme hoy, creyendo que en realidad el diagnóstico tardío o los casos de diagnóstico tardío pueden ser agrupados en tres categorías. En una primera categoría, el diagnóstico tardío es imputable indiscutiblemente a la propia enfermedad. Yo diría que en la serie mía haría figurar en este grupo a dos casos que consultaron por una adenopatía axilar. En uno de ellos el examen del seno mostraba un muy pequeño tumor que era lógico que hubiera escapado a la enferma, una señora de mamas voluminosas y que en el otro sólo el anatomopatólogo lo encontró. La enferma consulta cuando ya está netamente en un grado 2, es decir con una adenopatía axilar evidente. Un segundo grupo es imputable a las propias enfermas. A eso se refirió el Dr. Ríos, y no creo que se pueda hacer mucho para disminuir este número de pacientes, por las razones que el propio Dr. Ríos expuso. En realidad, esta consulta tardía es por falta de aprensión las menos de las veces, en cambio con más frecuencia es por exceso de aprensión. Una de las últimas enfermas que llegó al Servicio llevaba un

tumor felizmente benigno desde hacía 3 años y no había consultado por temor a que fuera un cáncer y en consecuencia se le sacara el seno. Pero hay un tercer grupo de casos a los cuales él se refirió y yo también en esto lo acompañó plenamente, en que el diagnóstico tardío es imputable al primer médico que vio a la enferma. En algunos lugares se estima que este porcentaje alcanza al 17 %, lo que es indiscutible un porcentaje enorme, que demuestra cuál es la responsabilidad del primer médico que es consultado por una mujer por una afección del seno. Lo acompañó también en cuanto se refiere al estudio radiológico pre-operatorio, que nosotros hacemos sistemáticamente, aunque creo que ese examen —y el Dr. Ríos estará de acuerdo con nosotros— tiene sus limitaciones. Queda un número de casos en que los radiólogos más experimentados no pueden por la placa hacer el diagnóstico. Ahora, en esta materia hay que reconocer que se necesitan cumplir las exigencias que en nuestro medio señala Leborgne hace varios años. Es llamativo que el estudio radiológico hecho por él es distinto del estudio radiológico hecho por otras personas. Se necesita fundamentalmente una placa de sensibilidad particular, una exposición prolongada, rayos blandos y un revelado lento. En esa forma Leborgne obtiene placas que son casi una anatomía macroscópica diríamos de la mama. Hago biopsia sistemáticamente. Aquí creo que tenemos un punto de vista un poco diferente con el Dr. Ríos. Y hacemos siempre biopsia por punción por aspiración, asunto que nosotros tuvimos el gusto y el honor de desarrollar hace algunos años en un curso de graduados en la Clínica del Prof. Chifflet. Reconocemos todas las limitaciones, sabemos que se trata de un diagnóstico citológico y no histológico, pero podemos afirmar que en manos de una persona de la capacidad del Dr. Paseyro es una ayuda invaluable; toda vez que el Dr. Paseyro ha afirmado por punción que se trataba de un cáncer, la anatomía patológica en la serie mía lo ha confirmado siempre. Naturalmente que tiene sus limitaciones y en ciertos casos hay que recurrir a otro tipo de biopsia. Entre las muchas cosas que tengo que agradecerle al Dr. Del Campo está la de haberme aconsejado al iniciar yo mi práctica quirúrgica, que me familiarizara con el aspecto que presentan los tumores de seno al corte, antes de proceder a la mastectomía parcial o total. Es indiscutible que hay en este aspecto un elemento de diagnóstico positivo extremadamente útil. Por lo que se refiere al criterio de operabilidad, yo también lo acompañó, y creo que no será posible entenderse en materia de cáncer de seno, si no se separan las enfermas en grados y se establece para cada grado que es lo que se hace. Yo no creo que la discusión esté en el grado 1, ni mismo en el grado 2. Me da la impresión que el problema que se plantea, si se hace roentgenerapia pre o post operatoria, en el grado 2 la hago sistemáticamente, cosa que no comparte el Dr. Ríos, creo dijo, que la discusión está fundamentalmente en los grados 2 - 3. Es decir, estados de pasaje que necesaria-

mente aparecen en todas las clasificaciones. Una clasificación no es un conocimiento, es una ordenación de conocimientos, la enfermedad la ignora, las ponemos las personas como forma de aprender ordenadamente; luego pues hay siempre formas de pasaje. Yo he hecho vaciamiento supraclavicular y vaciamiento mamario interno; en el momento actual no lo hago, sobre todo el mamario interno, porque después de haberlo hecho, haber visto los resultados anatomopatológicos, haber seguido a las enfermas; todo esto le prometo al Dr. Ríos que cuando tenga los documentos los traeré a la Sociedad de Cirugía, porque creo que esa exigencia es lógica y es respetable y se tiene la impresión de que el vaciamiento mamario interno y pienso que al supraclavicular se le puede aplicar tal vez con muy pequeñas variaciones criterio semejante si los ganglios no están invadidos, es una operación excesiva y si los ganglios están invadidos es una operación incompleta. Me deja la sensación de que algunas veces, pretendiéndose con la mejor intención hacer una operación amplia, lo único que se logra es hacer una operación que de ensanchada no tiene más que la buena intención de serlo, pero que uno puede estar cortando en pleno cáncer sin poder tener elementos de juicio que le permitan afirmar si lo está haciendo o no. Creo que, a pesar de que no recuerdo todos los detalles que él señaló, se trata de un estudio de una amplitud ejemplar. En el criterio de operabilidad, lo acompañé también, entendiendo que indiscutiblemente hay que aceptar que en el estado actual de nuestros conocimientos hay enfermas a las cuales la cirugía no las cura, el tratamiento digamos médico, roentgenterápico, hormonal, tampoco las cura, pero probablemente los cirujanos les acertamos la vida haciendo la mastectomía y el tratamiento médico les da una sobrevivida un poco más prolongada. Concretando, yo diría que en el grado 1, entiendo que se debe hacer simplemente mastectomía y vaciamiento axilar. El vaciamiento axilar es imprescindible, porque la clasificación solo puede venir después de un examen cuidadoso de los ganglios axilares. En el grado 2 yo creo que la mastectomía más roentgenterapia post-operatoria, puede ser uno de los mejores procedimientos de manejar las enfermas. Es natural que es muy difícil establecer clínicamente si la enferma está exactamente en un grado 2 o no es ya un grado 2 - 3. En el grado 3, cada vez me convengo más de que la cirugía debe ceder el paso a la roentgenterapia, a los tratamientos hormonales y a los tratamientos médicos. En cuanto al grado 2 - 3, sigo pensando que es el de más difícil clasificación y el que explica las variaciones de criterio de un cirujano a otro, de una Clínica a otra, de un Servicio a otro. Para terminar, dos palabras en cuanto se refiere a la técnica. Nosotros no conservamos los pectorales. No conservamos los pectorales, entre otras razones, por dos que consideramos importantes, aún cuando desde luego consideramos muy respetable el criterio de conservarlos. Nosotros creemos que la extirpación de los pectorales, es la que mejor asegura la exéresis de las rutas linfáticas

retropectoral y transpectoral. Por otra parte, creemos también que la extirpación de los pectorales es la que permite un abordaje más amplio, más claro, mejor, de la región subclavicular. Conservando los pectorales uno tiene la impresión de que ese abordaje no se hace con la nitidez con la cual se puede hacer extirpándolos. En fin, habría muchas cosas más que decir, señor Presidente. Me parece que una comunicación como esta en manera alguna puede pasar por la Sociedad de Cirugía sin que los socios nos ocupemos de ella, las discrepancias no tienen mayor importancia. Lo importante es que es una de las comunicaciones más serias y de mayor trascendencia que se pueden traer a la Institución. Una última palabra, se refiere a la operación de Halsted. Creo que la operación de Halsted es una excelente operación, pero me explico por qué uno le ha oído a personas de gran experiencia decir que la operación de Halsted tiene una técnica en que todos los tiempos son fundamentales y que no siempre se la realiza ajustándola estrictamente. Vale decir que la operación de Halsted concretamente ejecutada es una excelente intervención de la que se puede esperar mucho en el tratamiento del cáncer de seno. Nuevamente felicito al Dr. Ríos por su trabajo.

**Dr. Suiffet:** Deseamos hacer algunas consideraciones sobre el trabajo del Dr. Ríos. La primera es que sería interesante conocer la frecuencia de la colonización secundaria de los grupos supraclaviculares y mamarios internos, de acuerdo a la anatomía patológica realizada en los casos en que esa técnica fue utilizada, porque de ello surge la importancia de esa conducta. Ese es el primer punto. El segundo punto que nosotros queríamos referirnos está en esta pregunta: Han notado alguna diferencia en la evolución posterior de los enfermas cuando se ha conservado el pectoral mayor?, pues este hecho está en relación con la anatomía Quirúrgica de este problema. El Dr. Ríos ha dicho que sigue fielmente a Haagensen en el tallado de los colgajos, que reseca parte del músculo serrato mayor para poder extirpar correctamente el grupo mamario externo y realiza el vaciamiento supraclavicular y mamario interno. Frente a eso, nos llama la atención que se adopte una posición más conservadora con respecto al músculo pectoral mayor. Mérola describió la técnica de la Aponeurectomía del Seno, publicada por el Dr. Vigil en la Semana Médica Argentina en 1936, que nosotros hemos leído con suma dedicación y hemos realizado, y esa técnica deja el pectoral mayor. En la técnica que aconseja el Dr. Ríos hacen la extirpación del grupo ganglionar de la Mamaria Interna y dejan el Pectoral Mayor. Es necesario recordar que los linfáticos que de la mama van al grupo de la mamaria interna, atraviesan el pectoral mayor. Es el único punto indiscutible, porque se sigue en discusión si el músculo pectoral mayor está atravesado o no por linfáticos otros sectores. Se extirpa la mama con sus vinculaciones aponeurótico célula-ganglio-

linfáticas, pero se deja un sector muscular que es atravesado por colectores linfáticos para ir a buscar su colector, su cadena en el grupo mamario interno.

Además, y no se lo que opinará el Dr. Vigil de esto, nosotros creemos que con la técnica de Mérola es muy difícil realizar el vaciamiento correcto del vértice de la axila. Es muy difícil exponer totalmente el músculo subclavio, las primeras digitaciones del serrato y la primera costilla y el ángulo que entre ellas dos cierran con la vena axilar, el pasaje linfático debajo del subclavio. El Dr. Ríos que es anatomista conoce esto perfectamente. Y además creemos que es muy difícil extirpar en la técnica de Mérola la lámina anterior llamada Lámina Portavasos del Pectoral por nuestro maestro el Profesor May.

Para sacar una conclusión práctica, es que yo le pregunto si han notado diferencia evolutiva o recidivas locales en los casos donde realizaron la técnica de Mérola, y también si ha habido algún motivo de orden patológico no solamente conceptual para abandonar la técnica de Halsted y utilizar la técnica de Mérola en la segunda serie. Me refiero solamente a estos dos puntos porque sería mucho lo que habría que hablar y me asocio a las felicitaciones que le han hecho al Dr. Ríos, y sobre todo me asocio a la consideración estadística en la evolución de estos enfermos. Nosotros sabemos perfectamente bien todas las dificultades que encontramos en nuestro medio. En primer lugar que todas las estadísticas que podemos hacer nosotros pueden ser falaces, porque no tenemos, al menos yo personalmente, la más mínima competencia en este problema que es un problema altamente científico y muy importante. Es la única manera de poder saber si uno está en la buena vía, porque lo demás son recuerdos que el tiempo va borrando y desfigurando y que no pueden servir para ofrecerse como útiles para elegir una norma de conducta en la terapéutica quirúrgica en el cáncer de la mama.

**Dr. Ríos Bruno.** — Voy a contestar sucesivamente a los que han tenido la gentileza de comentar nuestro trabajo. Estamos satisfechos por haberlo traído y porque se ha cumplido nuestro objetivo al lograr tan importantes sugerencias como las que nos han hecho los colegas que lo han discutido.

Cuando empezamos a estudiar el problema del neoplasma de mama nos llamó la atención la diversidad de terapéuticos dentro del campo de la Cirugía a él aplicadas. Para poder formarnos un concepto personal sobre el tema pedimos consejo al Prof. Larghero quien nos indicó el estudio de todos los neoplasmas tratados con dicho fin.

Así comenzó este estudio que no es repito una estadística sino una experiencia, un análisis de algunos casos que dejan mucho que desear como estadística y que demuestran solamente las dudas, las vacilaciones, y el deseo de ir mejorando nuestros resultados en base de un mejor conocimiento del tema.

El intercambio de ideas y los valiosos aportes que nos han hecho nos han enseñado mucho los transmitiremos a nuestra Clínica donde serán justamente apreciados. El Dr. Otero expuso el concepto de que los tumores benignos de seno a su criterio no se transformaban nunca en malignos. Efectivamente es así y cuando toqué ese punto dije solamente que en nuestras enfermas portadoras de un neo de seno había determinado porcentaje en las que se le había tratado o diagnosticado un tumor benigno previamente pero no fue mi intención decir que el cáncer actual era una transformación de aquel tumor. Desde el punto de vista didáctico es importante recalcar ese concepto que una enferma que tiene un tumor benigno de seno puede hacer un neoplasma de ese seno y de ahí la necesidad de la vigilancia periódica de dicha mama, quiero contestarle otro concepto por mi emitido, al referirme que las discusiones debían hacerse sobre la base de números no hacía nada más que traducir una experiencia de lo sucedido a nosotros, cuando empezamos a juntar las enfermas por nosotros tratadas pensamos que íbamos a presentar una estadística brillante pero a medida que los números crecían iba perdiendo brillo hasta llegar a lo que trajimos una estadística mediocre en cuanto a resultado se refiere, por eso yo decía que el estudio numérico, de porcentajes de un número importante de enfermos a veces muestra resultados diferentes a los que uno cree basado en el recuerdo de los intervenidos, es evidente que el concepto de una enfermedad que un cirujano de 20 o 30 años tiene es para nosotros fundamental y es la base en que nos apoyamos para tratar de ir más adelante en nuestros conocimientos. El Dr. Priario nos preguntó la experiencia que tenemos en el neoplasma avanzado de seno, carecemos de ella pues cuando el neo rebasa los límites quirúrgicos ya enunciados los pasamos al Radioterapeuta y al Endocrinólogo y de esa consulta surge un tratamiento que salvo algunas castraciones hechas no ha sido quirúrgico.

El Dr. Vigil me preguntó que entendía por intervención de Halsted Mérola; aquí contesto también al Dr. Suiffet y al Prof. Piquinela que me hicieron preguntas similares. Le llamamos Halsted Mérola a una intervención que analizada, es un Halsted incompleto pues dejamos los haces claviculares del pectoral mayor, extirpamos el pectoral menor y hacemos la aponeurectomía tipo Mérola, extirpando la aponeurosis clavivectoro axilar, la del serrato mayor, pelando la vena y extirpando en totalidad su vaina. Quiere decir que nuestra intervención tiene de Halsted prácticamente todo, menos la conservación de los haces claviculares del pectoral mayor y de Mérola que hacemos una aponeurectomía lo más ensanchada posible.

Dejamos los haces claviculares porque nunca hemos visto recidivas locales a su nivel y creemos que del punto de vista funcional en la movilidad del brazo tienen un efecto beneficioso en la recuperación. Además creemos que tienen importancia en evitar la aparición del edema del

brazo, así como evita la adherencia de la cicatriz en el hueco de la axila. Esto es una hipótesis nuestra sobre la que estamos estudiando para ver si se puede concretar en realidad, en cuyo caso lo traeremos acá para su discusión.

El Prof. Piquinela, que tan amables palabras ha tenido para conmigo me planteó el problema del vaciamiento de la mamaria interna. Nosotros actualmente lo hacemos como rutina junto con el del hueco supraclavicular, no solo con el objeto de ensanchar nuestra intervención sino para una mejor clasificación del neoplasma.

El Dr. De Vecchi nos plantea el interesante problema de la eliminación de los exudados postmastectomía por aspiración continua. En nuestra clínica lo hemos hecho en algunos casos. Además cuando tuve el honor de colaborar con el Dr. José Iraola me enseñó ese método que él aplicaba hace años con éxito; nosotros lo abandonamos por el peligro de la infección difícil de controlar y contra la que estamos en lucha continua. En cuanto al colgajo, es de rutina en nuestra clínica cuando la piel queda tensa, y creemos que todo cirujano general debe saber preparar y usar un colgajo pues continuamente tiene aplicación en la cirugía general y no siempre se tiene un cirujano plástico como sería de desear para colocarlo.

El Dr. Valls dice que es necesario estadísticas mayores para sacar conclusiones. Estamos completamente de acuerdo con él y eso era uno de los objetivos de este trabajo; lograr juntar el pequeño material de cada clínica en un Centro especializado en el estudio de esta enfermedad. Creemos por otra parte, que la clasificación en 4 grados de Steintal Jungling es satisfactoria y que si la adoptamos hablaremos un mismo idioma respecto a clasificación siendo mucho más fácil poder entendernos con lo que habremos dado un gran paso adelante.

Para terminar; he traído una experiencia, he aprendido con lo dicho por ustedes y se ha cumplido mi intención de trazar una ruta que seguida por todos servirá para luchar contra esta terrible enfermedad que mata una mujer por día. Muchas gracias.