

METASTASIS PULMONAR SOLITARIA DE CANCER DE MAMA (*)

Tratamiento quirúrgico — Evolución alejada

Dr. Oscar Bermúdez

El interés de esta presentación radica en señalar la evolución favorable de un caso, en el cual se daban cita un conjunto de factores desfavorables.

La expresión "metástasis pulmonar solitaria" se emplea generalmente en sentido clínico y radiológico. Habitualmente la realidad patológica es otra y la evolución se encarga de confirmarlo. Por esa razón hemos dejado transcurrir un número de años prudencial, que pueden aún no ser suficientes, para catalogar la lesión de nuestra paciente.

D. L. de R. — 44 años, obesa, menstruaciones normales. Consultó el 29 de diciembre de 1954 por gruesa tumoración de mama derecha ocupando los cuadrantes externos, sin compromiso de la piel ni adherencias profundas, que la enferma percibió un año antes de la consulta, asistiendo a su crecimiento. Gruesa masa ganglionar de 4 centímetros de diámetro, poco móvil, en el territorio de la mamaria externa. No se palpan adenopatías en otros territorios. Mama izquierda normal. No hay hepatomegalia. Tórax radiológicamente normal.

Operación. — Enero 4/1955. Se practicó extirpación en block de la mama, músculos pectorales, tejido celuloganglionar y facias peritorácicas en la extensión correspondiente. Operatoriamente no se comprobaron ganglios en el territorio alto de la axila.

Ant. Pat. — Dr. J. A. Folle. **Tumor mamario.** Epitelioma de pequeñas células redondas, completamente indiferenciado, muy infiltrante y con focos de necrosis muy extendida. Se trata de un tipo de tumor de elevada malignidad histológica. **Ganglios axilares.** Se aislaron 4 ganglios con invasión metastásica masiva por el tumor, que adopta los caracteres de epitelioma cilíndrico de tipo cordonal. Algunos de los ganglios tienen cavidades de contenido coloide con aspecto seudo quístico. **En suma: Epitelioma mamario indiferenciado con metástasis masivas en 4 ganglios axilares.**

Anotamos los siguientes factores desfavorables:

1) **Estructura histológica del tumor mamario** (ricamente celular, indiferenciado e infiltrante).

(*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 22 de agosto de 1962.

- 2) **Tamaño, en relación a su variedad patológica.**
- 3) **Evolución clínica larga.**
- 4) **Desarrollo en mujer joven en actividad genital.**

No consideramos factor desfavorable el tamaño de las adenopatías y su infiltración masiva, por estar circunscriptas al territorio bajo de la axila.

Indicamos radioterapia postoperatoria y la vigilancia periódica habitual; medidas que no se cumplieron por razones inherentes a la enferma. Tomamos contacto nuevamente con ella el 3 de setiembre de 1956 (19 meses después de la operación). Consultó por dolores discretos de hemitórax derecho y hombro. El examen clínico no mostró lesiones de recidiva en la zona operatoria

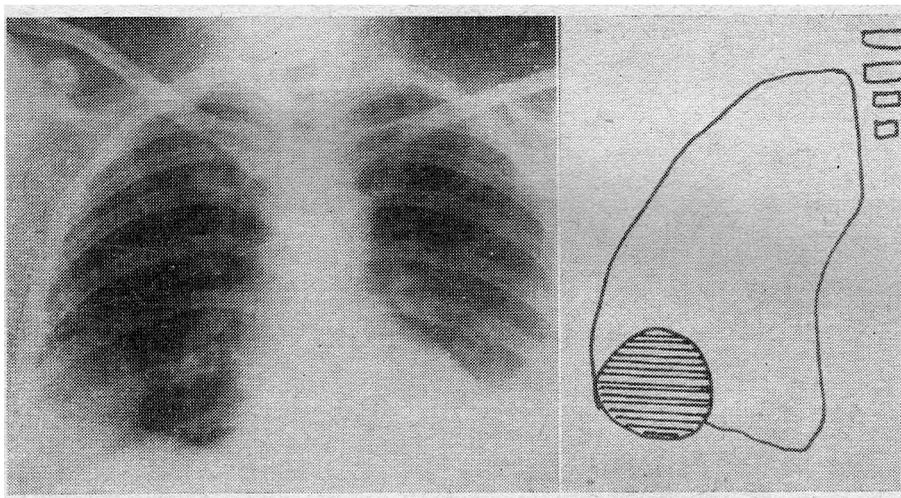


Fig. 1. -- Radiografía postoperatoria. Gruesa sombra redondeada en lóbulo inferior derecho.

ni adenopatías supraclaviculares. Axila y mama izquierda normales. No hepatomegalia. **Radiografía de tórax** (fig. 1). Imagen de opacidad homogénea redondeada en lóbulo inferior derecho de 6 centímetros de diámetro. Cráneo, columna y pelvis radiológicamente normales. Reacciones de hidatidosis negativas.

Operación. — Setiembre 8/1956. Toracotomía con fines de diagnóstico y tratamiento de acuerdo al inventario lesional **Tres entidades promovían el problema: quiste hidático, metástasis radiológicamente única y tumor primitivo del pulmón.** La aparición de este último en el postoperatorio cercano de un cáncer de mama, es una eventualidad rara pero posible.

Hallazgos operatorios. — Pleura libre. Grueso tumor firme en lóbulo inferior, en parte emergente en el segmento lateral. Resto del pulmón sin lesiones macroscópicas. No se observaron adenopatías hilio pulmonares ni mediastinales. Se practicó lobectomía inferior derecha. Postoperatorio sin incidencias.

Anat. Pat. — **Dr. J. A. Folle.** Pieza de lobectomía inferior derecha.

Macroscopia. — Voluminosa tumoración esférica de 8 centímetros de diámetro que ocupa el lóbulo en su casi totalidad, laminando el parénquima

circundante al que no infiltra macroscópicamente. Aflora por una de sus caras a la superficie pleural. No se observan, relación pleural ni adenopatías.

Microscopia. — Epitelioma cilíndrico de tipo cordonal y travicular, con discreta infiltración del parénquima pulmonar. Extensos focos de necrosis. El aspecto corresponde a una metástasis.

Evolución. — Han transcurrido más de 7 años de la operación por tumor mamario y 6 años de la excéresis lobar inferior derecha, por tumor secundario. La paciente se encuentra perfectamente bien, sin manifestaciones clínicas ni radiológicas de otras localizaciones.

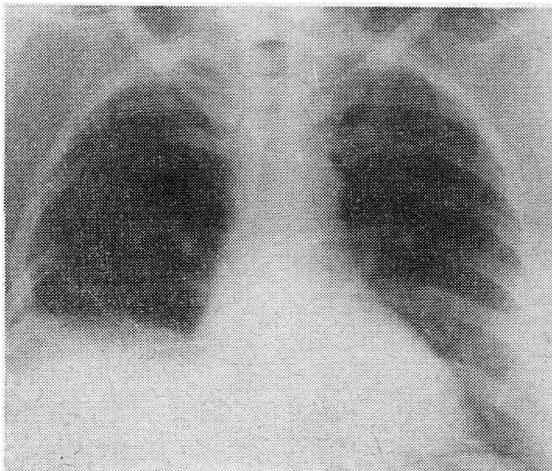


Fig. 2. Radiografía postoperatoria 6 años después de la lobectomía.

COMENTARIOS

Existen referencias de algunas sobrevividas prolongadas con tal conducta en tumores malignos secundarios del pulmón, aunque lo corriente es que la excéresis en tales condiciones se comporte como una intervención paliativa.

Creemos que la evolución excepcional en este caso, radica en las siguientes circunstancias patológicas:

1) La propagación del tumor mamario se hizo por vía linfática y sanguínea, en forma independiente. La vía mixta linfático vascular no fue verosímilmente utilizada en la difusión sanguínea, porque en tal caso hubieran aparecido ganglios intermediarios supraclaviculares y/o mamarios internos.

2) La propagación linfática, si bien colonizó masivamente los ganglios afectados, se limitó al territorio axilar bajo.

3) La propagación a la circulación general se hizo directamente a partir de las venas intramamarias. No se produjo difusión en el sistema venoso vertebral, porque no aparecieron metástasis en ese sector.

4) Numerosas células tumorales deben haber sido destruidas en

la circulación general —concepto bien conocido—, pero que se afianza con este ejemplo, porque no podemos pensar que la metástasis solitaria se produjo por transporte de una sola célula.

5) No obstante su gran desarrollo local, el tumor pulmonar no tenía propagación linfática.

Dr. Stajano: El caso del Dr. Bermúdez lo considero realmente excepcional. Excepcional por la modalidad de la metástasis que es solitaria y única, y que permite todas las hipótesis imaginables para poder explicar esa rareza de ser limitada y solitaria y, de acuerdo con el estudio histológico, sin proyección linfática alrededor de ella. Las metástasis pulmonares, tanto en el cáncer de seno como en otro cáncer que es también muy metastasiente, que es el cáncer de ovario, es otro el tipo de metástasis, y son generalmente por vía hemática; la vía linfática no explica esto. Hoy comprendemos mejor y tenemos un concepto más claro de lo que es una metástasis. No es una reproducción tardía, a los 6 ó 7 meses, u 8 meses, que se inicia el proceso. La metástasis se inicia desde el primer momento que existe un foco neoplástico. Los estudios más modernos pueden certificar la existencia de inundación sanguínea con células neoplásticas en los cánceres de seno y en los cánceres metastasiantes corrientes, espontáneamente, y ni que hablar cuando se hace un masaje tumoral, o se hace una palpación intempestiva, que eso es una cosa que experimentalmente está estudiada ya hace como 25 ó 30 años. En la Universidad de Columbia, no recuerdo el nombre del experimentador, estudiaba en ratas con cáncer espontáneo, después de un masaje tumoral y comprobada una verdadera inundación de células neoplásticas en el torrente sanguíneo, a las 2, 3, 4, 6 y 10 horas matando ratas en serie, y esas células neoplásticas, lo lógico es que quedaran en el pulmón, en el primer filtro. Sin embargo, eran catalogadas en el trayecto. Las que llegaban eran catalogadas en el pulmón mediante la defensa histiocitaria y fagocitaria, demostrando que la metástasis existe en potencia desde el primer momento, y que el organismo se defiende con los elementos móviles de la sangre y no con el simple ganglio que está trabajando. Este caso, demuestra que tenía grandes defensas. Que esa localización fue la única que dominó a esa defensa poderosa. Mientras existió el tumor, estaría inundada de células neoplásticas que fueron cistolizadas y muertas. El cirujano extirpó el tumor primitivo y algunas células sobrevivientes resistieron y formaron el nódulo solitario que es evidentemente de origen hemático. Ahora, lo excepcional es esa benignidad operatoria. Esto es lo excepcional, por cuanto esa metástasis de ese tamaño, lógicamente podría tener alguna consecuencia actual como un tumor primitivo y sembrarse a su vez en otras partes y no lo hizo. Por eso este es un caso felicísimo y hay que felicitar al Dr. Bermúdez y a la enferma. El cirujano por su decisión tiene la satisfacción de haber curado a la enferma por la indicación operatoria y la dirección de una lobectomía con un resultado óptimo a tan largo plazo.

Dr. Bermúdez. — Al Dr. Stajano le agradezco los comentarios que no difieren con las expresiones que hemos vertido en este caso. En cuanto a la pregunta que se hace el Dr. Otero, yo también me la hice. Es indudable que frente a una imagen nodular del pulmón, no se puede diagnosticar por la clínica ni por la radiología si se trata de un tumor primitivo o secundario. Desde el punto de vista histopatológico, aquí hay varios elementos que el anatomopatólogo debe haber utilizado para certificar o pensar que se trata de un tumor secundario. En primer lugar estaba el antecedente. En segundo lugar estaba el hecho de que si bien el tumor en la mama aparecía con carácter indiferen-

ciado a células redondas, en la metástasis ganglionar, se trataba de un epiteloma cilíndrico de tipo cordonal. Estas fueron las mismas características histopatológicas que encontró en el tumor del pulmón. Además, en los tumores pulmonares primitivos los periféricos, que pueden ser indiferenciados tienen siempre alguna relación bronquial con bronquios finos. El Dr. Folle anota que no se observa relación bronquial ni adenopatías y que tiene la misma estructura celular que en los ganglios del tumor mamario. Supongo que han sido esos elementos que han llevado al Dr Folle a pensar que era de naturaleza secundaria. Yo no tengo autoridad como para asegurarlo, pero de cualquier manera, si hubiera sido un tumor primitivo pulmonar indiferenciado, sería excepcional que no tuviera ninguna extensión lesional dentro del tórax, y la paciente viviera a los 7 años de una lobectomía simple. Está presente el anatomopatólogo, Dr. Scandroglío, que podría decirnos si con ese examen se puede asegurar que se trata de un tumor primitivo o secundario.