

EDEMA POST - MASTECTOMIAS (*)

Dr. J. Trostchansky

El problema del edema postmastectomía radical tiene su interés práctico, ya que su aparición precoz o tardía, es bastante frecuente y los trastornos funcionales pueden ser de tal importancia que provoquen la anulación del miembro superior, como elemento útil para la actividad del paciente.

Aparte de la desfiguración estética y del sufrimiento crónico intenso, el trauma psíquico puede hacerse muy difícil de compensar y constituir por sí un problema tan insoluble como físico.

Todos los pacientes con linfedema del brazo, son problemas terapéuticos, ya sean producidos por cánceres primarios inoperables, o recidivas, además de aquellos casos cuando dicha complicación parece paradójal y fuera de tiempo, es decir cuando la cirugía ha dominado el cáncer de mama y sobrevienen esta secuela desfiguradora y dolorosa.

CASUÍSTICA. — Análisis de setenta y cinco casos, pertenecientes a la Clínica Quirúrgica "B", comprendidos entre los años 1954-1960.

De acuerdo al estudio realizado, hemos comprobado que la intensidad del edema del miembro superior postmastectomía radical, es variable, pudiendo clasificarlos de la siguiente manera:

- 1) Leve.
- 2) Moderado.
- 3) Marcado.

Este análisis está basado en un estudio comparativo con el miembro superior del lado sano.

El leve, comprende aquellos casos, donde existe un aumento del diámetro del brazo, *no mayor de dos centímetros*.

El moderado, aquellos, *entre dos y cuatro centímetros*.

El marcado, se refiere a aquellos de *más de cuatro centímetros*.

En general, los primeros toman solamente el brazo, los segundos se extienden a todo el miembro superior, con predominio proximal, mientras que en el tercer grupo el edema es total, en extensión, y mismo muy marcado en la mano.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de setiembre de 1963.

Tomamos como regla en la medición del edema, los siguientes rperes:

- a) *brazo*: 1) inmediatamente por debajo del acromion.
2) a cinco centímetros del pliegue del codo.
- b) *antebrazo*: 1) a cinco centímetros del pliegue del codo.
2) en el puño.
- c) *mano*: en la parte media de la palma.

INCIDENCIA. — Mac Donald, saca en conclusión, que luego de una mastectomía convencional, el 72 % presentan un aumento del brazo mayor de 0.75 cm. sobre el contralateral, y el 24 % muestra dos centímetros o más de diferencia. De manera que del 40 a 60% de las mastectomías radicales, presentan tumefacción del brazo según este autor ratificado por otros cirujanos.
de 1963.

Holman, M. Swain Beal, en 70% de edemas encuentran que el 26% no tenían un aumento mayor de 3 cm.; el 33% entre tres y seis cm. y el 11% más de once.

Deaton y Bradshaw, hallaron más de dos cm. de aumento de la circunferencia del brazo, en cincuenta por ciento de sus pacientes.

Villason y Lewison, en 50 pacientes con linfoedema, encuentran en el 33% de uno a dos cm. de aumento; en el 27,5% entre 3 a 4 cm. y en el 39,2% cuatro cm. o más.

En nuestra casuística, en un total de 75 pacientes, tuvimos una incidencia de 32 casos, con edema, es decir el 42,60%, desglosados de la siguiente manera:

edema leve y moderado: 17 casos

edema marcado: 15 casos

de acuerdo a la clasificación de Portman podemos hacer la siguiente estadística:

Edema leve o moderado:

grado uno. — 6 casos.

grado dos. — 8 casos.

grado tres. 3 casos.

edema marcado:

grado uno. 3 casos.

grado dos. 3 casos.

grado tres y

grado cuatro

9 casos.

De este estudio, sacamos en conclusión, que existe una relación entre la intensidad del edema y el grado de malignidad neoplásica, siendo menor el mismo, en los grados bajos y marcado en los casos avanzados.

Referida esta estadística al estudio global de nuestros pacientes tenemos:

Grado 1. — total 32 casos. con edema 9.
 Grado 2. — total 23 casos. con edema 11.
 Grado 3
 Grado 4

total 20 casos. — con edema 12.

Teniendo en cuenta el intervalo entre la mastectomía radical y la aparición del edema, se aprecia:

Edema precoz: 22 casos.

Edema tardío: 10 casos. Tres de ellos entre 4 y 6 meses. Cinco casos entre uno y dos años. Dos casos en que no aparece precitada la fecha de aparición.

Relación del edema con la localización primitiva del neoplasma en la glándula mamaria y sus cuadrantes:

Seno derecho	Cuadrante	Sin edema	Con edema	Total
	Sup Ext.	11	12	23
	Sup Int.	3	3	6
	Inf. Int.	2	1	3
	Inf. Ext.	2	1	3
	Areolar	1	1	2
Total		19	18	37
Seno Izquierdo				
	Sup. Ext.	9	3	12
	Sup. Int.	3	5	8
	Inf. Int.	3	2	5
	Inf Ext.	6	3	9
	Areolar	2	1	3
Total		23	14	37

Bilateral. — Sup Ext. (seno izquierdo). Cuadrante inferiores del seno derecho.

Deducimos, que no hay preferencia topográfica en la localización mamaria del neoplasma, pero sí en sus cuadrantes, predominando francamente en los externos, sobre todo en el súpero externo, relación que se mantiene en los casos con edema.

ESTUDIO DE LAS POSIBLES CAUSAS DEL EDEMA EN NUESTRA CASUISTICA

1) **Factores preoperatorios.** **Edad.** —En los 75 pacientes estudiados, la edad osciló entre 28 y 78 años, habiendo 54 enfermas con más de 50 años y 22 por debajo de esa edad.

En los 32 pacientes con edema, 24 tenían más de 50 años y 8 me-

nos de esa edad. Estas cifras demuestran la mayor tendencia al edema en edades más avanzadas.

Obesidad. — Nuestra encuesta encuentra que la mayoría de las pacientes eran obesas, siendo de destacar que los mayores edemas correspondieron a las con mayor adiposidad; elemento a tener en cuenta como factor asociado o favorecedor del edema.

Edema previo. — Del total de pacientes estudiados, 16 casos presentaban edema previo importante, con piel de naranja y además uno de ellos tenía edema del brazo. De este número, 12 presentaron edema postmastectomía, fallando el control postoperatorio alejado de los otros cuatro casos.

Historias clínicas: H. de Clínicas N. de Reg. 51558 - 105244 etc.

2) Factores intra y postoperatorios:

a) **Incisión.** — En general, tanto en los pacientes con edema o sin él, hemos observado que los cirujanos tienen preferencia por la incisión de Willy Meyer a veces con algunas variantes por la localización del neoplasma, con incisiones accesorias, sobre brazo o axila. En menor proporción son también utilizadas, la de Greenought y Stewart.

En la Clínica del Prof. del Campo cumplíamos dos condiciones bases: a) mastectomía con resección total del seno y su base y de un sector correspondiente a la mitad del borde externo del pectoral mayor. b) según la localización neoplásica la incisión debe seguir un eje oblicuo y transversal. En general, ninguna incisión es favorecedora para el desarrollo posterior del edema, pero hacemos recalcar que aquellas que avanzan sobre el brazo y sobre todo hacia axila, en ellas se observa en cierto número linfoedema postmastectomía. Creemos que ello debe tenerse en cuenta, tratando de no ampliar en lo posible las incisiones sobre el miembro superior y región axilar.

A continuación, hacemos un estudio comparativo, de las incisiones empleadas en casos de edema y sin él.

Incisión	Con edema	Sin edema
Willy-Meyer	21	37
W. Meyer, prolongado a brazo	3	1
Transversa	2	3
Greenought	4	1
Atípicas	2	1

b) **Ligadura de la vena axilar.** — Carecemos de experiencia, ya que es de regla en general su conservación. Recordamos que Mac. Donald y otros, preconizan su extirpación y no la tienen en cuenta, como factor etiológico de edema.

Nosotros presentamos dos casos en donde hubo ligadura accidental de la axilar y en el postoperatorio apareció un edema discreto sin repercusión funcional. H. de Clínicas C. C. Reg. 48217. D S. de C. Reg. ?

c) **Ligadura de la vena cefálica.** — En general en el Servicio se trata de conservar la vena cefálica, por lo que nuestra estadística recoge solamente un caso de ligadura de dicho vaso apareciendo en su evolución edema de mediana intensidad. A. L. S. Reg. 29315.

d) **Conservación del haz clavicular del pectoral mayor.** — De los 32 casos con edema, en 18 se resecó totalmente el pectoral mayor, conservándose el haz clavicular en los 14 restantes.

Deducimos, que su extirpación, o lo contrario, no hace variar la incidencia del edema, justificándose para algunos su conservación como elemento de protección vascular y su erradicación en casos de sospecha de colonización neoplásica de los colectores linfáticos que rodean la vena cefálica y más aún, en casos de invasión de los ganglios subclaviculares.

e) **Drenajes.** — Prácticamente, en todos los pacientes, el drenaje se realizó con tubo de goma, en la región axilar (parte más declive), fenestrado o no, al cual se le suma otro anterior, en general de lámina de goma, exteriorizándose el primero, por contraabertura y el segundo, a través de la herida operatoria. Sus resultados no son tan satisfactorios, ya que hemos visto en muchos pacientes, la presencia de importantes colecciones linfohemáticas y aún, supuraciones. Ello es fácilmente explicable, pues uno o dos drenajes fijos, no pueden evacuar todas las secreciones acumuladas en los espacios muertos, que deja la mastectomía. Insistimos en este aspecto, porque consideramos de real valor drenar toda colección, pues su presencia es sinónimo de infección. Por otra parte, estos drenajes, generalmente se retiran entre las 48 a 72 horas, no cumpliendo su finalidad, dado que a menudo el cirujano debe actuar para evacuar colecciones sero o linfohemáticas, en los días subsiguientes, con colocación de nuevos drenajes, etc. Todo ello expone a contaminaciones microbianas, favorecidas por la desvitalización de la zona. En nuestro Servicio desde hace varios años se recomienda utilizar la aspiración continua con resultados prometedores, con rápida cicatrización. En un caso con infección al colocar la aspiración continua pudimos asociarla a la terapéutica general yugularla y reparación de los tejidos a corto plazo. Autores franceses y americanos la han aplicado con disminución del número de casos con edema.

Creemos que debe ser su aplicación sistemática en todas las mastectomías radicales.

f) **Suturas a tensión.** — En las pacientes que presentaron edema, hemos comprobado que en todas aquellas que se realizó el cierre a tensión hubo problemas de necrosis en algunas infecciones importantes, lo que requirió posteriormente la utilización de injertos.

Por ello destacamos la conveniencia en los casos donde la extirpación de piel ha sido importante, habiendo problemas de cierre deben utilizarse los colgajos rotados (con pedículo bien nutrido), que evitan

la tensión de la herida. Otra solución beneficiosa es la utilización de injertos de piel, lográndose así, entre otros fines, evitar la mortificación de los tejidos y una aplicación adecuada de la piel, previniéndose, la formación de espacios muertos.

El tipo de injerto, su extensión, etc. debe determinarlo el doble equipo: cirujano general y cirujano plástico. Historias: H. M. de R. Reg. 44072 S. de M. Reg. 10339. L. D. J. Reg. 20056.

g) **Infección.** — En el total de 32 pacientes, mastectomizados, con edema, sólo 8 de ellos, no tuvieron complicación infecciosa de su herida operatoria. En los demás de comprobó.

1) **Fiebre.** — Existía en los 24 casos, llegando en 6 a más de 38 grados de temperatura axilar.

2) **Exudado sero-sanguinolento.** — Abundante presente en 8 pacientes.

3) **Linforragia.** — Mayor de 200 cc. en once pacientes.

4) **Pérdida de sustancia.** — Por necrosis en 8 casos.

5) **El estudio bacteriológico.** — Directo y por cultivo, en los casos con supuración mostraron la presencia de estafilococo, dorado patógeno.

Tenemos las siguientes historias de complicación infecciosa previa a la instalación de edema importante:

M. E. Ch. Reg. 30835. Neo grado III Complicación postoperatoria: hemorragia reintervención hemostasis. Supuración posterior, (luego de una linforragia del octavo día) Drenajes. Supuración que se mantiene más o menos 20 días con necrosis de piel. Al mes herida en buenas condiciones. Al año se comprobó edema importante de todo el m. superior con repercusión funcional y dolor.

M. de G. Reg. 112883. Grado tres seno derecho. Mastectomía radical completada con vaciamiento mamario interno. Gran decolamiento de piel. A las 48 h. colección serohemática importante, posterior supuración a los 23 días de operada. A los 4 meses persisten dos zonas sin epitelizar. Al año y medio de operada el edema del m. superior muy importante sobre todo superior.

Otras historias similares: L. S. Reg. 29315. H. C. Reg. 20056. Esta última su edema limitaba enormemente su funcionalidad.

En los 43 pacientes sin edema, ocho de ellos tuvieron en el postoperatorio discreta serosidad hemática por la herida, mientras que otros cinco presentaron infección importante con pérdida de sustancia.

En conclusión. — Prácticamente el factor infeccioso se hallaba presente en casi todos los pacientes con edema. En aquellas situaciones que no presentaron dicha complicación, la infección se presentó en forma importante en sólo cinco casos.

A continuación trascribimos la interesante casuística de Treves al respecto:

dose solamente en 5 de los 43 sin él. Esta afirmación se apoya en forma más evidente en las estadísticas ya comentadas.

Actuaría directamente sobre la vía linfática ocasionando:

- 1) alteración y destrucción de estos vasos.
- 2) pérdida de las posibilidades de regeneración.
- 3) cicatrices retráctiles, que bloquean los linfáticos existentes.

Estos tres factores llevarían a la disminución del área de drenaje, provocando estasis linfática y secundariamente el edema.

En cuanto al factor venoso, a pesar de nuestra escasa experiencia, pensamos que el tendría un papel secundario y solo adquiriría jerarquía en los casos de linfoedema marcado, donde la vena axilar puede ser envuelta en un magma escleroso, retráctil, al igual que el sistema linfático.

La radioterapia, es un elemento a tener siempre en cuenta, ya que si bien no sería factor causal primario, es demostrativa la agravación y mismo la aparición de nuevos casos de edema postmastectomía.

Dr. Alberto Valls: voy a felicitar al comunicante por el trabajo presentado y voy a resaltar algunas cosas. En primer lugar el paralelismo entre la invasión de la axila por el neoplasma y grado de edema. Es así que en los grados 1 prácticamente el edema no se ve o es muy moderado. Es una cosa que nosotros hemos visto en la clínica. Más, alguna vez que se ha realizado una mastectomía por error y no se trataba de un neoplasma, en dos veces que se realizó no se presentó edema. Y para que se vea que es la axila y no es el grado de extensión del neoplasma, cuando el neoplasma se extiende desde los cuadrantes internos y toma la cadena mamaria interna como tenemos nosotros una enferma que tenía tomados masivamente los ganglios de la cadena mamaria interna y le hicimos la extirpación de la cadena mamaria interna, esa enferma que tenía los ganglios axilares indemnes en anatomía patológica, no hizo edema. Es una enferma que seguimos desde hace dos años y medio. Es decir que hay un paralelismo entre la invasión axilar y la presencia del edema. Yo creo que al cirujano tampoco la presencia del edema o estar haciendo la profilaxis del edema no lo debe inhibir para hacer una buena extirpación del tejido celular de la axila. Nosotros cuando extirpamos el tejido celular de la axila, extirpamos las láminas conjuntivas, extirpamos la aponeurosis del dorsal ancho por un lado y la del serrato mayor por otro y nos llevamos todo el tejido serolinfoganglionar envuelto en la aponeurosis sin preocuparnos de que haya o no edema después. Después lo corregiremos, pero primero sacamos todo el neoplasma. Y además extirpamos la piel que hay debajo, en la parte interna del pectoral mayor, porque por debajo de ella pasan los linfáticos de la axila. Y como tenemos miedo, por razones anatómicas de que si conservamos los pectorales dejemos trayectos linfáticos neoplásicos, no porque pensemos que atraviesen el pectoral, sino porque pasan por delante y por detrás los extirpamos. Hay descritos linfáticos que van por el hueco delto pectoral, que fueron descritos por Auburnz y Aubry y Unestin y que pueden estar tomados, nosotros pensamos que los pectorales deben ser extirpados íntegramente. Esas son las razones que nos llevan a hacer una operación amplísima, en la extirpación

de la mama, y lo más envuelta la grasa en sus vainas aponeuróticas. Es decir bien una operación oncológica. La otra cosa de que queremos hablar es la importancia que tiene la participación infecciosa. Tan es así que no solamente es la infección en el acto operatorio, sino la infección que pueda ocurrir en forma accidental en el post-operatorio alejado. Una persona que tenga disminuidos sus linfáticos y que haga una infección de su miembro superior, un panadizo, una linfagitis de tipo troncular puede ver obstruidos los linfáticos que le restan, hacer un edema a consecuencia de este hecho. Estamos de acuerdo también que la vena axilar puede desempeñar un papel secundario, porque me acuerdo de una enferma que operamos con el Dr. Severi que tenía ganglios pegados a la vena axilar y que fue reseca y que prácticamente no hizo edema. Nada más.

Dr. Rafael García Capurro: Este tema me parece de gran importancia, dado que como dijo el comunicante es de extraordinaria importancia funcional y siquica el edema en el brazo en la post operación de mastectomía. Creo que podemos dividir primeramente los enfermos que tienen invadida la axila y el sistema linfático obstruido por la enfermedad. En eso, nosotros no tenemos manera de mejorar el pronóstico. Vamos a dejar ese grupo de lado. Ahora, en la operación o sea en nuestra acción, cuando puede evitarse el edema del brazo creo que debemos evitarlo. Siempre que pueda hacerse sin hacer una operación incompleta, hago todo lo posible por evitar el edema del brazo. Y creo que en gran parte lo he conseguido. El factor infección que ya está nombrado, por supuesto es un factor extraordinariamente importante. Pongo aspiración como dice el comunicante. Trato de sacarla pronto. Hay que tener cuidado, porque tengo la impresión de que si bien la cicatrización hecha en los casos de aspiración es mejor, sin embargo, puede ser mayor el número de casos infectados. Si no se vigila esa aspiración y si no se saca pronto. Ahora, el tipo de operación, yo creo que tiene importancia. En aquellos enfermos que permiten hacer una operación más respetuosa, una incisión horizontal que entra en la axila por debajo del brazo, que permite hacer un vaciamiento total de axila, pero respetando los pectorales así casi podemos asegurar que no va a aparecer el edema si respetamos los linfáticos que están colocados por detrás del paquete. O sea, limpiamos la cara anterior del paquete, la axila respetamos el pectoral para que no haya una cicatriz retráctil que tire del paquete y de los linfáticos, creo que en ese caso se puede casi asegurar que el edema no va a aparecer. De manera que cuando la lesión es pequeña y me permite hacer una operación menos agresiva, hago la operación menos agresiva. En lo demás, yo estoy completamente de acuerdo con todo lo que ha dicho el comunicante.

Dr. Carlos Stajano: Felicito al comunicante, porque trae a colación un tema que sigue siendo de interés constante para todos los cirujanos que han intervenido en seno. Este problema me interesó a mí hace muchísimos años, y a la Sociedad de Cirugía presenté una comunicación con varios casos, dando cuenta de las incidencias de la zona operatoria y del brazo, incluso el edema y sus complicaciones infecciosas alejadas del acto operatorio, con procesos del tipo erisipela ? ? periódicamente recidivante. Es decir, las causas del edema, las causas de esa inferioridad o de miopragia a la infección, infección de tipo especial, estreptocóico que se produce en esos brazos, y en toda la zona operatoria. Es exactamente igual al problema de la erisipela y a otros procesos dérmicos, tardíos, después de los vaciamentos de la ingle, en los cánceres vulvares, o del pene en los que se hacen decolamientos con grandes colgajos y que da como consecuencia el edema tanto en los cánceres de seno y del miembro superior como en los cánceres de afecciones perineales y del miembro inferior o de la pared abdominal circunscribiendo la herida. Quiere decir que son

tejidos que tienen una insuficiencia de defensa ante la infección. Y ¿cual es la causa?. El comunicante analiza perfectamente bien las causas posibles. Dejemos aparte la obliteración linfática neoplásica porque es de evidencia mecánica. Pero no es ese el caso, el caso es de la intervención que se hace en un seno en que no hay obliteraciones linfáticas ostensibles, ni anatómica ni funcional. Y en esos casos, con vías linfáticas normales, haciendo un Halsted, correcto que es la única forma que yo concibo pueda realizarse y difiero en esto con lo expresado por mi amigo García Capurro, que dice que en algunos casos pequeños puede hacerse limitada extirpación y no saca el pectoral o que hace una intervención más ahorrativa y en esos casos no tiene edema. En eso disiento; lo que no es posible y no hay ningún índice que le permita a un cirujano, ser afirmativo para decidir en el campo operatorio, hacer una extirpación distinta a la que tiene que hacer, es decir, hacer una extirpación amplia del seno, de los pectorales ampliamente, de hacer una aponeurectomía total del gran dorsal y de todos los músculos posteriores, irse hasta la media espalda y venirse con todo el block como decía el Dr. Valls. Me parece que hay una sola manera de hacer. Y en esos casos de amplitud muy grande, sorprende que el edema no aparezca. No hablo de la cirugía ensanchada porque me opuse siempre a pesar de la boga de ese momento. Me refiero a la cirugía del Halsted, propiamente dicho, tiene que ser como tiene que ser hecha; con amplia aponeurectomía axilo escapular y el amplio vaciamiento ganglionar. Y uno se asombra que muchos casos, no digo que todos, no hacen absolutamente ningún edema. De manera que no creo sea la incisión cutánea la que tenga participación. No es la extirpación más o menos amplia que se pueda hacer la que determina el edema. Hay otros factores a mi juicio, como ser factores de distribución linfática que nosotros desconocemos. Hay anomalías de los gruesos vasos, cuanto más de los linfáticos. Las extirpaciones en más o en menos da edema en unos casos y en otros no lo da. Estoy de acuerdo con las prácticas que se aconsejan para evitar el edema, que ayudan a la cicatrización como la aspiración continua, que desde hace años, hicimos con resultado excelente y ahorrando también el drenaje prolongado. Pero hay una serie de misterios y oscuridades que no las aclaramos en el día de hoy y seguimos con incógnitas. Tengo un gran material inédito, archivado, de la vieja policlínica del seno que yo tenía en el Pereira-Rosell no he logrado, respecto al edema, en sí sacar ninguna conclusión. Son ilusiones que nos hacemos respecto a las prácticas tales o cuales, para evitar el edema. Y hay oscuridades, como hay oscuridad también en la fisiopatología nutricia de esos grandes colgajos. Y acá hay un cirujano plástico que podrá decir si tengo razón o no. En esos grandes decolamientos se perturba la fisiología de la zona. Hay secciones nerviosas tan importantes que las secciones vasculares y mucho más importantes. Tengo experiencia en los grandes decolamientos de axila o en los grandes decolamientos de ingle. Esa piel que queda no es igual a la otra piel. No es una incisión que marca un déficit local, hay trastornos de la nutrición de esa piel. Y esa piel pierde sus defensas ante la infección canal. Ahí está el secreto, a mi juicio, de las erisipelas tardías, y de las erisipelas recidivantes a los dos años, a los tres años, a los cuatro años, y eso todos los cirujanos tienen que haberlo tenido. Lo afirmo porque sigo a mis operados y no doy a segundas manos a que me los cure uno o el otro perdiendo así el hilo de la conversación. Y es una cosa real. Voy a pasarle a Ud., si le interesa, este trabajo de la Sociedad de Cirugía, y otra comunicación del Día Médico Uruguayo, y otras comunicaciones que presenté en el extranjero sobre ese problema fundamental de los Halsted y de los decolamientos de la ingle, donde se muestra una fisiología perturbada incluso el edema que tratamos hoy. Claro está que cada empuje de erisipela provoca una esclerosis linfática y condicionan a su vez edemas inmediatos, que es el edema que estamos tratando y los edemas tardíos que tienen un pronóstico

distinto. El edema inmediato es una cosa que no tiene remedio a mi juicio, si aparece, no nos lo sacamos más de encima, con ningún apronte, en cambio el edema tardío es un edema que indica pronóstico, es el caso de enfermas que no tienen absolutamente edema y a los dos años empiezan a hacer edema, indicando que hay una recidiva neoplásica. Es la recidiva ganglionar linfática en etapas alejadas siendo su aparición la causa del edema premonitor de la neoplasia recidivante. Me parece muy bien que se vuelvan a traer a la Sociedad de Cirugía hechos, nuevos hechos, para que nos saquen de dudas, sobre fenómenos que desconocemos, pues vivimos en un estado de absoluta incertidumbre todavía y sin poder ser afirmativos, sacando falsas conclusiones haciéndonos ilusiones de porque tal caso va bien o va mal, cuando estamos completamente a oscuras en este problema de fisiopatología tisular. Es lo que quería decir.

Dr. Walter Suiffet — En primer lugar deseo destacar lo encomiable del esfuerzo del Dr. Trostchansky al realizar una pesquisa de esta naturaleza en un número elevado de observaciones analizando todos los factores que pueden haber intervenido en la producción del edema después de la mastectomía. Nos referiremos pura y exclusivamente a la mastectomía radical, que es el tema que ha tratado el comunicante. Hay aspectos muy interesantes a considerar, algunos de los cuales ya han sido mencionados. No consideramos que sea un problema de tipo de incisión. Creemos fundamentalmente que cuando se realizan mastectomías radicales con la técnica correcta, el bloqueo linfático que se realiza en el miembro superior es de una magnitud muy grande. Podrá ser variable, de acuerdo a las posibilidades de los linfáticos que quedan para drenar ese miembro, pero si la mastectomía se realiza bien, el bloqueo linfático que se produce es muy grande. Una cosa muy importante a tener en cuenta es el tallado de los colgajos. Si no se realizan correctamente, el paciente puede quedar en situación favorable para que no se produzca el edema. Si no se extirpa completamente la fascia superficial, tallando el colgajo cutáneo entre la dermis y ella, pueden haber posibilidades de retorno linfático que hacen la profilaxis del edema, pero no se realiza la intervención dentro de las normas oncológicas que la deben de regir. El segundo punto que creo que es muy importante, es la infección que bloqueará los linfáticos de drenaje. Los linfáticos que drenan el miembro después de haberse realizado una mastectomía radical, son los que van por el sector póstero-externo del brazo y del muñón del hombro. Tienen que seguir la vía escapular. La excéresis debe llegar hasta la altura del cruce de los vasos con el dorsal ancho y detenerse un poco por debajo de la salida de los vasos escapulares inferiores. La piel de la parte posterior y póstero-externa del hombro deriva la linfa del miembro superior y esos linfáticos pueden ser bloqueados secundariamente por la infección. Otro elemento que creo tiene mucha importancia para realizar la profilaxis del edema, es evitar las suturas a tensión. Estas tiene sus inconvenientes desde muchos puntos de vista. Producen cuando se cicatriza definitivamente la incisión operatoria, una verdadera coraza que bloquea la circulación linfática de retorno por los sectores posteriores y externos del brazo y del tórax. En tercer lugar son las maniobras inmediatas del post-operatorio. Lo que dijo el Dr. Rodríguez De Vechi es una cosa muy importante. Hay que evitar la éstasis linfática. Es perfectamente conocido que además de la infección, la éstasis linfática en el espacio intersticial, produce la esclerosis y el bloqueo secundario de los linfáticos. Realizando el vendaje compresivo suave del miembro, y la movilización en cuanto sea posible de acuerdo a la cicatrización de la herida, se evita la éstasis linfática inmediata que es inevitable. Evitándose ésta se evita la esclerosis y que a posteriori como un círculo, vicioso que no se detiene más, bloquea los linfáticos residuales que quedan para drenar el miembro. Y por último, lo que dijo el Dr. Valls que es muy importante. Las posibilidades de infecciones alejadas que van a bloquear linfáticos que pueden

ser viables. Hemos aprendido del Prof. Stajano, que estos estados de linfangitis, dermatitis ericipelatosa van secundariamente bloqueando y manteniendo la infección y la esclerosis de los linfáticos que servían al miembro. En las normas del cirujano al realizar la intervención de mastectomía radical, no debe de primar la idea de hacer la profilaxis del edema residual post-operatorio, pero si debe evitarlo en el post-operatorio. Para ello se realizará la profilaxis de la infección, se evitarán las suturas a tensión y se harán maniobras inmediatas para evitar las extásis linfática. Vuelvo a felicitar al Dr. Trostchansky porque indiscutiblemente, no hay duda que esta tarea le debe haber llevado muchas horas y muchas preocupaciones.