

Evolución de los cánceres de mama grado III de la escala de Portmann *

Dr. ALBERTO VALLS

Este trabajo me fue sugerido por el Prof. J. C. del Campo en 1963, frente a la evolución satisfactoria de una enferma con un neoplasma de mama ulcerado, con metástasis axilares extensas, grado III de la escala de Portmann, considerado inoperable en 1949, a la que el Dr. Otero le practicó la amputación de seno y estaba bien, consultando por una ulceración con exposición costal postradioterápica en 1963, que resolvió el Prof. Ardao.

Se analizaron las historias del Hospital de Clínicas desde 1954 hasta 1963 y estudiado la evolución de los cánceres de mama grado III de Portmann.

En nuestro medio, el Prof. Piquinela (11) se ocupó de la evolución de los neoplasmas de mama de la Clínica Quirúrgica del Prof. del Campo hasta setiembre de 1953. Sobre 10 enfermas grado III, 3 sobrevividas (un año, dos años y ocho meses, tres años y diez meses) cortas, que no permiten abrir opinión sobre la posibilidad de recidiva, que depende del potencial evolutivo del tumor, expresado por el concepto de tiempo de crecimiento al doble, que lleva a esperar en muchos tumores de mama que la recidiva sea evidente a los cinco, seis o siete años.

En el Hospital de Clínicas se han clasificado los neoplasmas de mama siguiendo la clasificación clinicopatológica de Portmann (12).

Portmann distinguía cuatro grados: I) Localizado en la mama y móvil, piel no comprometida, sin metástasis ganglionares ni a distancia. II) Piel no comprometida, tumor localizado en el seno y móvil. Metástasis, algunos ganglios axilares invadidos, no metástasis en otra parte.

IV) Con cualquier lesión local o regional, metástasis a distancia. El grado III, intermedio entre el II y el IV, comprende un grupo heterogéneo de casos más avanzados local o regionalmente, que no tiene metástasis demostrables a distancia. Portmann lo describe: "Piel edematosa, induración rojo amarillada o inflamación obviamente no debida a infección; ulceración extensa, múltiples nódulos secundarios. Tumor: infiltrante difusamente del seno, fijación del tumor o del seno a la pared torácica, edema del seno, tumores secundarios. Metástasis: muchos nódulos linfáticos axilares comprometidos o fijados. No evidencia clínica ni radiológica de metástasis remotas". A continuación desarrolla el "criterio de incurabilidad", muy similar al criterio de operabilidad de Haagensen y Stout (4, 5, 6, 7) que agrupa signos cutáneos (edema, piel de naranja extensa, ulceración extensa, piel rojo amarillada inflamatoria, múltiples nódulos secundarios) de la mama (difusamente edematosa, difusamente infiltrada, múltiples nódulos secundarios, fijación a la pared torácica). Metástasis (numerosos ganglios axilares, nódulos supraclaviculares, compromiso de la otra mama o de la otra axila, metástasis remotas), la mayoría de cuyos signos locales y regionales se deben al bloqueo de los ganglios linfáticos, con hipertensión retrógrada (del Campo).

Portmann dice que las enfermas con neoplasmas de mama grado III no deben operarse, que con o sin operación el porcentaje de sobrevivida a los cinco años es de 5%.

Deaver y McFarland (2) dicen "que alguna operación cuyos propósitos son meramente extirpar tanto tejido maligno como sea posible, en los casos en que la extir-

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de mayo de 1966.

pacion está fuera del alcance, debe ser condenada". Haagensen (7) destaca el pronóstico ominoso de los tumores inflamatorios de los cánceres del embarazo y la lactancia; pero no contraindica la operación, basado en algunos éxitos que están vinculados al tipo anatomopatológico. Destaca el mal pronóstico de los tumores a topografía paraesternal inferior (de la que tenemos una enferma viva actualmente, a los cinco años de operada). Más activo y optimista es Harrington (8, 9, 10) que dice: "que se ha operado siempre que se pensó que iba a mejorar la enferma. Se operaron casos muy extensos, en que la situación fue creída absolutamente desesperada antes de la operación, pero en las que las pacientes han vivido para gozar varios años de confort". Por otra parte, Goode y Martin (3) tienen 5 sobrevidas sobre 17 cánceres grado III con más de cinco años.

MATERIAL

Desde 1954 hasta 1963 fueron tratadas en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" 138 pacientes con cánceres de mama.

Entre ellas hay 41 en el grado III (29,7% de frecuencia), que sumados a los 11 cánceres grado IV hacen 52 cánceres de mama avanzados (37,68%).

Frecuencia de los cánceres de mama grado III según la edad. Evolución.

Con menos de 30 años hay 3 enfermas con cánceres de mama, 1 con grado III, cáncer agudo de la lactancia, muerta en dos meses.

Entre 30 y 40 años hay 19 cánceres, de los cuales 10 con grado III y 5 grado IV. En este decenio llama la atención la proporción de cánceres avanzados (78,9%). Tres enfermas tenían cáncer agudo de la lactancia, de las cuales 2 sufrieron la amputación del seno con vaciamiento axilar y 1 sólo roentgenterapia; las tres fallecieron en menos de un año.

De estas 10 enfermas, sufrieron la operación radical 6, de ellas murieron 4. Dos están vivas; una con diez años de evolución satisfactoria, a la que quince años

antes se le hizo, después de tiroidectomía por Basedow, roentgenterapia hipofisaria, que tuvo como consecuencia la retrocesión de su exoftalmia. Tenía 34 años, se notó el tumor dieciocho días antes. Al examen, tumor de cuadrante superointerno, de 4cm.6, ganglios del vértice de la axila invadidos, lo mismo que los mamarios internos. Se hizo amputación de seno con vaciamiento axilar y de la mamaria interna y roentgenterapia. Posiblemente evolucionó bien por: 1º) la roentgenterapia hipofisaria previa; 2) el vaciamiento mamario interno; 3) la correcta roentgenterapia postoperatoria. Una paciente evolucionó bien tres años, y después no se tienen noticias (Reg. 12.658); de 34 años, con un nódulo de seno derecho de un año tratado como mastopatía. Se hizo amputación de seno y vaciamiento axilar y de la mamaria interna. Tenía un epiteloma nodular simple y escirroso infiltrante con cancerización intraductal e infiltración linfoide (neoestroma, que amengua la malignidad) (Mc Carthy, Terracol y Sweet). Todos los ganglios tienen extensa infiltración, la cadena mamaria interna estaba invadida.

En resumen, entre 30 y 40 años, el 78,9% de los neoplasmas son avanzados, la mayoría por rapidez evolutiva. De las 10 enfermas grado III, 2 sobrevivieron por condiciones especiales (tratamiento previo y anatomía patológica); 1 se desconoce su evolución; 6 fallecieron antes del año de operadas; 1 falleció a los dos años. Mortalidad: 80%.

Entre 40 y 50 años hay 36 neoplasmas de mama; 8 grado III (22%) y 2 grado IV; 27,7 de cánceres avanzados. De esos 8, fallecieron 7; 6 al año, 1 a los dos años. Una está viva a los cuatro años.

Entre 50 y 60 años hay 26 cánceres de mama; de los cuales 11 grado III y 1 grado IV. Hay 42,69% de cánceres de mama grado III. De ellas hay 2 operadas vivas, de cuatro y seis años; 1 se desconoce su evolución; 6 fallecen al año; 1 a los dos años; 1 a los tres años.

Entre 60 y 70 años hay 29 cánceres de mama, 9 grado III, 2 grado IV (31% grado III y 37,9% avanzados).

De las 9 enfermas con tumor grado III, se operaron 8; 4 murieron al año, 1 a los dos años, 1 a los tres años, 2 viven (1 a los doce años de operada).

Entre 70 y 80 años hay 11 cánceres de mama, 4 grado III (36,36%), 2 muertas y 2 vivas. Una operada por nosotros en 1960, con gran tumor de región paraesternal inferior, de 7 a 8 cm. de diámetro. Hicimos laparotomía que mostró hígado normal, extirpación del ligamento falciforme, que no estaba invadido; amputación de seno con vaciamiento axilar y vaciamiento mamario interno bajo, que mostró infiltración masiva ganglionar, con adherencia de un ganglio al 5º cartilago costal, que se resecó. Roentgenterapia. Actualmente está bien.

Relación entre el tiempo de aparición del tumor hasta la operación, la edad y la evolución.

Con un mes o menos de comprobación del tumor hay 8 enfermas, 1 de 57 años con lesiones inflamatorias tan avanzadas que sólo se hizo roentgenterapia y falleció en pocos meses. De esas 8 enfermas, 1 sola sobrevive (la enferma N° 6, de 38 años) que había sufrido la radioterapia hipofisaria previa, para tratamiento de su exoftalmia.

Con dos meses hay 7 enfermas, 2 no tratadas quirúrgicamente por lo avanzado de las lesiones (roentgenterapia sólo). Sólo sobrevive la enferma N° 70, de 54 años, al cabo de seis años de operada, aunque con una pleuresía neoplásica, yugulada con mostaza nitrogenada y se encuentra en buenas condiciones generales. Es importante haber obtenido este resultado, que sobrepasa la sobrevida de estos cánceres avanzados, con conservación de un estado general satisfactorio, gracias a la cirugía, la roentgenterapia y la quimioterapia.

Con tres a cuatro meses de aparición del tumor hay 6 enfermas, con 2 sobrevidas actualmente de tres y dos años, 1 se desconoce la evolución, 3 muertes, 1 no tratada quirúrgicamente.

Entre cinco y seis meses hay 10 pacientes, 2 no tratadas quirúrgicamente y muertas. Hay 4 sobrevidas sobre 10; 2 de cinco años, 1 de seis años, 1 de 12 años; enfermas en las que se hizo amputación de seno con vaciamiento axilar y mamario interno (en todos los casos estaba invadida esta cadena) y roentgenterapia.

Entre diez y trece meses, 6 enfermas, de las cuales 4 están vivas; 1 a los cinco años actualmente (operada por mí del tumor paraesternal inferior).

Se ve, en forma paradójica, que los mejores resultados se obtuvieron en las enfermas que consultaron en el primer y segundo mes de aparición del tumor. Tres de ellas tenían cánceres agudos de la mama, las otras son formas de rápida evolución, que dan sintomatología llamativa, motivo por el cual consultaron.

Las mejores evoluciones aparecen entre las enfermas tratadas cinco meses a un año después de notar el tumor, porque son lesiones lentamente evolutivas.

Las enfermas con lesiones grado III, que consultaron desde un año y medio y tres años de notar el tumor, en número de 3, fallecieron seguramente porque por más lento que fuera su potencial evolutivo se le dio tiempo suficiente para hacerlo indomable. La cirugía sólo tiene fines de limpieza local en estas enfermas.

Debemos anotar que han consultado precoz o tardíamente, en forma igual, enfermas jóvenes, de edad mediana o senil.

TRATAMIENTO

De las 41 enfermas con neoplasma de mama grado III fueron operadas 33 en combinación con roentgenterapia y hormonoterapia.

Treinta veces se hizo la amputación del seno con vaciamiento axilar; 3 veces mamectomía seguida de roentgenterapia. La amputación de seno fue completada 16 veces con vaciamiento de la cadena mamaria interna (Clínica Quirúrgica "B") y 2 veces por nosotros, de extirpación del ligamento falciforme del hígado (con criterio diagnóstico, las 2 veces con resultado negativo, enfermas que en su evolución no tuvieron metástasis hepáticas).

Las 3 mamectomías, en enfermas con lesiones muy avanzadas, evolucionaron mal.

De las 30 amputaciones de seno, hay 2 realizadas en cánceres agudos (1 en una embarazada de dos meses, se hizo interrupción del embarazo, Halsted y roentgenterapia, murió antes del año con metástasis generalizadas; otra se hizo mostaza nitrogenada y Halsted, murió rápidamente con insuficiencia respiratoria). La amputación

de seno está contraindicada en el cáncer agudo.

En las 16 veces que se realizó el vaciamiento mamario interno, 14 estaban invadidos los ganglios correspondientes. Tres veces los ganglios estaban totalmente invadidos; la enferma N° 59 murió; la N° 70 está viva actualmente, a los 4 años de operada; la N° 87, operada por nosotros con ganglios mamaros internos bajos totalmente reemplazados por el neoplasma y uno adherido al V cartílago costal, que se resecó, a la que se extirpó el ligamento falciforme y después se hizo roentgenterapia, está viva actualmente a los cinco años de operada. Dos veces el examen anatomopatológico fue negativo, las 2 enfermas fallecieron. En las 14 restantes, en que se comprobó invasión neoplásica de la cadena mamaria interna: 6 están vivas; 1 se perdió su evolución a los dos años; 1 está viva a los siete años, con una pleuresia neoplásica controlada por mostaza nitrogenada; 6 murieron.

En esta corta cifra de 6 sobrevivientes están incluidas: 1°) la enferma con radioterapia hipofisaria previa; 2°) formas anatomopatológicas de evolución menos grave [enferma N° 7, epiteloma con infiltración linfóide; N° 9 y N° 45, comedocarcinomas; N° 41, epiteloma nodular sólido infiltrante con cancerización intraductal e infiltración linfóide (esta enferma tenía ganglios interpectores invadidos, argumento a favor del sacrificio de estos músculos)].

Del examen de esta corta estadística se saca la impresión de que estas enfermas recibieron beneficio del vaciamiento mamario interno.

Dos veces había invasión de ganglios supraclaviculares; la enferma N° 37 está viva a los tres años, la N° 49 falleció a los dos años.

ANATOMIA PATOLOGICA

De las enfermas operadas 28 tienen anatomía patológica.

Veintiuna enfermas tenían un epiteloma alveolar sólido infiltrante. De ellas, 3 con células muy atípicas (N°s. 6, 8, 31), 2 muertas, 1 viva actualmente a los cinco años de haber sido operada por mí con metástasis mamaras internas en ganglios bajos.

La reacción linfóide resultó un factor de mejoría de pronóstico (N° 3, viva actualmente cuatro años después).

De las 21 enfermas, 8 están vivas (1 con roentgenterapia hipofisaria previa, a los diez años; 3 tiene cinco años de sobrevida; 3 tienen cuatro años; 1 está bien a los doce años actualmente).

Hay 5 carcinomas canaliculares. Dos están vivas (la N° 4 con cuatro años y medio y la N° 16 con seis años); 1 se perdió su evolución; 2 están muertas. Son formas de mejor pronóstico.

Un carcinoma con degeneración mucinosa (el N° 18) lleva seis años de sobrevida bien.

Del punto de vista anatomopatológico, los epiteliomas alveolares infiltrantes han alcanzado una sobrevida de una tercera parte. Los cánceres canaliculares, la mitad. El único cáncer con degeneración mucinosa está vivo.

TOPOGRAFIA

Hay 10 cánceres topografiados en el cuadrante superoexterno. Uno se desconoce su evolución; 5 murieron; 4 sobreviven: 1 (N° 3) tres años, 2 (N° 4 y N° 29) cuatro años y medio, 1 (N° 18) seis años.

Hay 5 del cuadrante superointerno; 3 muertas y 2 vivas (1 con roentgenterapia hipofisaria previa).

Cuatro del cuadrante inferoexterno: 1 viva, 1 se desconoce, 2 muertas.

Dos del cuadrante inferointerno: 1 viva (con invasión de la cadena mamaria interna baja) a los cinco años, 1 muerta.

Hay 2 localizadas al prolongamiento axilar muertas: 1 retroareolar y superointerno, viva.

En la unión de los cuadrantes superiores, viva (N° 16).

Tomando en forma amplia los cuadrantes externos hay tres cánceres; fallecieron las 3 enfermas.

Tomando tres y cuatro cuadrantes hay 5 enfermas; fallecieron las 5.

Desde el punto de vista topográfico, los tumores del cuadrante superoexterno son de mejor pronóstico. El pronóstico es desesperado cuando hay invasión de más de dos cuadrantes, no habiendo sobrevivido ninguna enferma.

CONCLUSIONES

Los cánceres de mama grado III de la escala de Portmann comprenden un conjunto de situaciones clinicopatológicas distintas, que deben ser analizadas en cada caso, para hacer la indicación quirúrgica de amputación del seno.

Han sido perjudicadas por la cirugía las enfermas con cáncer agudo de la mama.

No han beneficiado de la cirugía las pacientes con menos de 40 años de edad, salvo la enferma con roentgenterapia hipofisaria previa y una enferma con una lesión anatomopatológica de menor capacidad evolutiva.

La biopsia extemporánea puede decidir sobre la extensión de la acción quirúrgica en enfermas jóvenes.

De los 40 a los 80 años, algunas enfermas beneficiaron de la amputación del seno, lo que está de acuerdo con Stuart Harrington (10), que dice: "El pronóstico es mejor en las enfermas más viejas, especialmente aquellas con lesiones de mayor grado, que en los períodos más jóvenes de la vida".

Las formas anatomopatológicas de menor potencial evolutivo (epiteliomas intracanaliculares, con degeneración mucinosa, con infiltración linfoide) beneficiaron de la cirugía reseccionista, de acuerdo con Delbet (1).

Los tumores localizados al cuadrante superoexterno son los de mejor pronóstico. Cuando el tumor es extenso y toma más de dos cuadrantes, el pronóstico es fatal 100%.

Las enfermas a las que se practicó el vaciamiento mamario interno han sido aparentemente beneficiadas por este tratamiento y de acuerdo con lo expresado por Urban (13): "En determinadas circunstancias, la mastectomía radical es insuficiente y la ampliación hacia la cadena mamaria interna proporciona mejores resultados".

RESUMEN

Se presenta la evolución de los cánceres de mama grado III, de la escala de Portmann, del Hospital de Clínicas. Estos constituyen cerca del 30% del total de enfermas tratadas entre 1954 y 1963.

En general, las enfermas con menos de 40 años fallecieron y no beneficiaron de la cirugía, salvo una enferma a la que se le había realizado previamente roentgenterapia hipofisaria y una forma anatomopatológica de menor potencial evolutivo.

Las personas de edad avanzada beneficiaron más de la cirugía, lo mismo que las formas anatomopatológicas menos evolutivas.

La cadena ganglionar mamaria interna está prácticamente invadida siempre. El vaciamiento mamario interno benefició a las enfermas a las que le fue practicada esta técnica, porque es entre ellas que están todas las sobrevidas.

RÉSUMÉ

On présente l'évolution des cancers du sein du degré III, de l'échelle de Portmann, à l'Hôpital de "Clínicas". Ces cas constituent environ le 30% du total de malades traitées dans la période 1954-1963.

En général, les malades ayant moins de 40 ans ne furent pas bénéficiées par la chirurgie et moururent, sauf une malade à laquelle on avait fait préalablement de la roentgentherapie hypophysaire: elle fit une forme anatomo-pathologique à potentiel évolutif mineur.

Les personnes d'âge avancé furent plus bénéficiées par la chirurgie en même temps que leurs formes anatomo-pathologiques, moins évolutives.

La chaîne ganglionnaire interne du sein est, presque toujours, envahie. L'exérèse de cette chaîne bénéficia les malades traitées avec cette technique car c'est parmi elles qui se trouvent toutes les survies.

SUMMARY

The course of mammary cancers grade III, according to the Portmann scale, seen at the University Hospital of the Medical Scholl of Montevideo, is surveyed. They make up about 30% of the total number of women patients treated between 1954 and 1963.

On the whole, patients under 40 died and were not benefited by surgery, except in one case where previous pituitary roentgen therapy had instituted.

The pathological pattern being one of lower evolutive potential.

The internal mammary lymphnode chain was in every instance practically invaded. Internal mammary evacuation appears beneficial, as all survivals correspond to those submitted to his procedure.

BIBLIOGRAFIA

1. DELBET, P. et MENDARO. Les Cancers du Sein. Masson et Cie. Paris, 1927.
2. DEEVER, J. B. and McFARLAN, J. The Breast: Its Anomalies, Its Diseases, and their Treatment. Philadelphia, P. Blakiston, S. Son & Co., 567, 1917.
3. GOODE, J. V. y MARTIN, J. A. *An. de Cir.*, 12: 1011, 1953.
4. HAAGENSEN, C. D. y STOUT, A. P. Carcinoma de la mama. *An. de Cir.*, 1: 1099, 1942.
5. ----- *An. de Cir.*, 2: 1810-1989, 1943.
6. ----- *Ann. de Surg.*, 134-151, 1951.
7. HAAGENSEN, C. D. Enfermedades de la mama. Editorial Bibliográfica Argentina. Bs. As., 1959. Cap. 86, pág. 650.
8. HARRINTON, S. W. *Surgery*, 19-154, 1946.
9. ----- *J. A. M. A.*, 148-1007, 1946.
10. ----- *Ann. Surg.*, 137-843, 1953.
11. PIQUINELA, J. A. y VARALLA DE LENDLE, M. Cáncer de seno. Consideraciones sobre una serie de 70 casos. *IV Congr. Urug. de Cir.*, 1: 101, 1953.
12. PORTMANN, U. V. *J. A. M. A.*, 144-513, 1950.
13. URBAN. *Brit. J. Surg.*, 51-209, 1964.