

Carcinoma mamario y metástasis en los ganglios interpectorales

Dos observaciones

Drs. NANCY TOLEDO CORREA y MARIA L. IRAOLA *

El motivo de esta breve comunicación es insistir sobre una estación linfogangliar poco frecuente en la propagación del cáncer mamario.

De las vías linfáticas accesorias de la mama, la vía descrita por Grossmann en 1896 (2) está constituida por los linfáticos procedentes de la parte profunda y superior de la mama, los que perforan el pectoral mayor, corren luego entre ambos pectorales y van a los ganglios subclavios (4).

Rotter (3), en 1899, describió la existencia de dos vías adicionales, una *transpectoral* y otra *retropectoral*, que pasan a través y por debajo del pectoral respectivamente y van directamente al vértice de la axila.

A lo largo de los troncos linfáticos interpectorales pueden observarse dos o tres pequeños ganglios conocidos como ganglios de Rotter.

La existencia de esa vía y la posibilidad de colonización del carcinoma mamario en los ganglios de Rotter, justifica, entre otros fundamentos, la resección de ambos pectorales en la mastectomía radical.

No conocemos la real frecuencia del compromiso de esos ganglios en el cáncer mamario, sobre todo porque no es habitual el examen de la lámina portavasos interpectoral por parte de los patólogos.

Por otra parte, en momentos en que parece iniciarse una corriente de opinión en el sentido de hacer mastectomía con conservación de los pectorales, es impor-

tante subrayar que existe la posibilidad de metástasis en esos ganglios interpectorales (1).

En muchas oportunidades, cuando la pieza operatoria era adecuada, hemos examinado el plano interpectoral, levantando el pectoral menor. En uno de los casos encontramos una pequeña adenopatía de 8 mm. de diámetro, situada junto a los vasos sanguíneos, la que estaba colonizada por un carcinoma de estructura similar al que presentaba la glándula.

Asimismo, en otra oportunidad, por sugerencia del cirujano, hemos comprobado metástasis en el ganglio de Sorgius, perteneciente al grupo mamario externo yuxtapectoral; dicho ganglio o grupo ganglionar de Sorgius puede ser retropectoral y pasar desapercibido al examen macroscópico

Consideramos pues de importancia destacar que el examen de dichos grupos ganglionares puede demostrar metástasis más frecuentemente de lo que se cree; y por tanto, importa mucho para el pronóstico vital no dejar de *resecarlos* ni omitir su *identificación*.

A continuación se resumen las dos observaciones.

1) A. M., 64 años, 1967. Sala 18 del Hospital Pasteur. Operación de Halsted por tumor de sector superoexterno de mama derecha. Se comprobó un nódulo de 7 cm. de diámetro, con estructura de carcinoma medular con infiltración infoide. Todos los ganglios axilares estaban masivamente colonizados por el tumor. El *ganglio de Sorgius*, que había sido marcado por el cirujano, mostró también *metástasis masiva* de un carcinoma similar al del nódulo mamario.

2) I. P. de T., 58 años, 1969. Sala 22 del Hospital Pasteur. Resección de nódulo de cuadrante superoexterno de mama izquierda, cuyo

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de octubre de 1969.

* Asistente de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas (Facultad de Medicina de Montevideo). Adjunto de Anatomía Patológica del Hospital Pasteur (Ministerio de Salud Pública).

examen mostró un carcinoma sólido alveolar. Operación de Halsted. Había metástasis en dos de las adenopatías axilares. *El ganglio interpectoral de Rotter* mostró *metástasis masiva*.

RESUMEN

Los autores insisten en la importancia de las vías linfáticas accesorias para la propagación del cáncer mamario. Especialmente las descritas por Rotter en 1899 (transpectoral y retropectoral).

Subrayan que pueden existir ganglios linfáticos interpectorales a lo largo de los troncos linfáticos de ese espacio celular (ganglios de Rotter).

No es habitual que se haga el examen en busca de esos ganglios que pueden pasar desapercibidos para el patólogo.

En dos oportunidades los autores encontraron *metástasis masivas* en esas estaciones linfáticas. Por eso destacan que la importancia del examen sistemático en busca de dichos ganglios, en momentos que hay cierta tendencia entre los cirujanos a conservar los pectorales en la mastectomía radical.

RÉSUMÉ

Les auteurs mettent l'accent sur l'importance des voies lymphatiques accessoires dans la propagation du cancer du sein. En particulier celles qui ont été décrites par Rotter en 1899 (transpectorale et retropectorale).

Ils soulignent que des ganglions lymphatiques interpectoraux peuvent exister tout au long des troncs lymphatiques de cet espace cellulaire (ganglions de Rotter).

Il n'est pas habituel de faire un examen pour chercher ces ganglions qui peuvent passer inaperçus pour le pathologiste.

En deux occasions les auteurs ont trouvé une métastase massive dans ces centres lymphatiques. C'est pourquoi ils font ressortir l'importance d'un examen systématique pour repérer ces ganglions à un moment où les chirurgiens ont une certaine tendance à conserver les pectoraux lors de la mastectomie radicale.

SUMMARY

Accessory lymph vessels are of great importance in mammary cancer propagation. Especially those described by Rotter in 1899 (transpectoral and retropectoral vessels).

Interpectoral nodes may exist along the lymph trunks of that cell-containing space (Rotter's ganglia).

It is not usual that the patient be examined with respect to these ganglia, therefore they may remain unnoticed by the pathologist.

The authors twice found massive metastasis in these lymph nodes. Consequently they consider it important to conduct a systematic examination of the mentioned ganglia, especially since there is a certain tendency among surgeons to preserve pectoral muscle in radical mastectomy.

BIBLIOGRAFIA

1. GRANT, R., TABAH, E. and ADAIR, F. E. The surgical significance of the subareolar plexus in cancer of the breast. *Surgery*, 33: 71, 1953.
2. GROSSMANN, F. Ueber die axillaren lymphdrüsen. *Inaug. Dissert.*, Berna, 896. (Citado por Rouvière.)
3. ROTTER, J. Zur topographie des mamma carcinoms. *Arch. Klin. Chir.*, 58: 346, 1899.
4. ROUVIERE, H. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson, Paris, 1932.

DISCUSION

Dr. Mérola: Creo que es una acotación que viene al caso. El respeto del pectoral mayor, en la operación de la mama de Mérola (mi padre), corresponde en esa operación a una aponeurectomía. Es decir que teóricamente incluso, el ganglio de Rotter tiene que ser extirpado, porque se extirpa, lógicamente, la aponeurosis de la cara posterior del pectoral mayor.

Hay cierta confusión en el momento actual cuando hay otros cirujanos, como Madden por ejemplo, que hace extirpación aponeurótica axilar dejando el pectoral menor.

Dejando el pectoral menor, lógicamente las formaciones interpectorales quedan.

Quería hacer esa aclaración, que creo que tiene valor porque lógicamente, repito, en las resecciones aponeuróticas de axila, incluyendo el pectoral menor, también se extirpa el ganglio de Rotter. Nada más.