

Evolución de los pacientes adrenalectomizados por cáncer avanzado de mama

Dres. JULIO CESAR PRIARIO, NISSO GATEÑO YAFFE,
Brs. FREDDY BORGES, JUAN FAVAT, SERGIO RAMOS
y Dr. AGUSTIN D'AURIA *

Desde que Huggins y Bergenstall (1) realizaron en 1952 la primer adrenalectomía bilateral con el fin de inhibir el crecimiento de los cánceres de mama y próstata, dicha operación se ha venido utilizando hasta la fecha en múltiples centros oncológicos como uno de los métodos de tratamiento paliativo en el cáncer avanzado de mama.

Desde 1959 a la fecha, el equipo oncológico del Hospital de Clínicas ha realizado dicho procedimiento en pacientes seleccionados luego del estudio en conjunto realizado en colaboración por cirujanos, endocrinólogos y radioterapeutas.

Se han presentado en 2 oportunidades (2, 3) estudios preliminares de esta serie enfocando fundamentalmente aspectos de técnica e indicaciones.

Esta comunicación tiene por objeto estudiar la evolución alejada de los pacientes con un seguimiento del 80 %.

MATERIAL Y METODOS

Se analiza la evolución de 26 pacientes portadores de cáncer avanzado de mama.

Corresponden 25 al sexo femenino y 1 al masculino.

La distribución etaria es la siguiente:

De 30 a 40 años	6 casos
De 40 a 50 años	9 casos
De 50 a 60 años	10 casos
De 60 a 70 años	1 caso

Todos los pacientes eran portadores de metástasis generalizadas por lo que fueron incluidos en el estadio IV de la clasificación de la U.I.C.C.

En todos los pacientes se efectuó la adrenalectomía con posterioridad a la ooforectomía bilateral, habiendo transcurrido un lapso que va desde pocos días a 33 meses (cuadro 2).

La indicación de la adrenalectomía surgió, en la mayoría de los casos, de la respuesta satisfactoria a la ooforectomía.

Las metástasis fueron agrupadas para su estudio en: óseas, viscerales y de partes blandas.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B", Hospital de Clínicas, presentado al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía, Salto, 7 de noviembre de 1972.

* Profesor Adjunto de Cirugía. Adjunto de Clínica Quirúrgica. Becarios. Docente Adscripto de Cirugía. Facultad de Medicina. Montevideo.

La adrenalectomía fue realizada en 9 casos por vía transperitoneal, efectuando la resección bilateral simultánea en 8 casos y alternada en 1. Se usó la vía transpleurodiafragmática en 16 casos, difiriendo la ablación de una suprarrenal de la otra lapsos menores de un mes. En un caso se hizo la resección de una glándula suprarrenal por vía transperitoneal y de la otra, diferida, por vía transpleurodiafragmática.

Los resultados fueron evaluados por la remisión subjetiva y objetiva de los síntomas y signos que evidenciaban las metástasis.

Para las metástasis óseas se admitieron como elemento de mejoría subjetivo la desaparición del dolor, y objetivos la consolidación de fracturas patológicas y/o la recalcificación de metástasis.

Para las metástasis de partes blandas sólo se tomó en cuenta la mejoría objetiva (disminución de tumores, cicatrización de úlceras neoplásicas, etc.).

Para las metástasis viscerales se tomaron como elementos de mejoría subjetivos la desaparición de la tos y disnea (para las metástasis pleuropulmonares), el aumento del apetito, la desaparición de la astenia y la mejoría del estado general (para las metástasis hepáticas). Como elementos objetivos de mejoría: la desaparición radiológica de las metástasis pulmonares o derrames pleurales, la reducción clínica, gammagráfica y/o por comprobación operatoria de las metástasis hepáticas.

No se ha realizado la adrenalectomía en enfermas con metástasis encefálicas o de edad superior a los 70 años.

HALLAZGOS

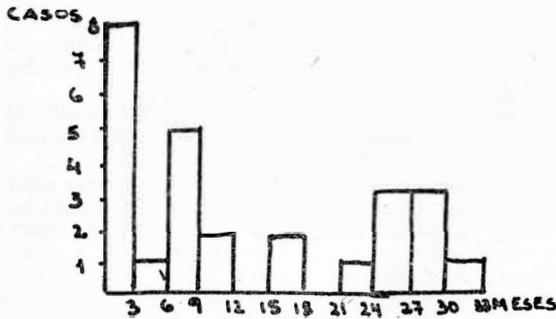
1.— *Localización de las metástasis.* No se adopta el criterio de definir las por las localizaciones dominantes sino que tomamos en cuenta por separado los 3 tipos aunque coexistan en un mismo paciente.

Metástasis óseas	69 %
Metástasis en partes blandas	46 %
Metástasis viscerales	42 %

2.— Evolución de las metástasis óseas (ver cuadro 3).

3.— Evolución de las metástasis de partes blandas (ver cuadro 3).

4.— Evolución de las metástasis viscerales (ver cuadro 3).



CUADRO 1

5.—Tiempo de supervida luego de la adrenalectomía.

- a) No hubieron muertes vinculadas al acto operatorio.
- b) Se registraron 2 muertes vinculables a errores en la administración de la terapia hormonal de sustitución una a los 7 días y otra a los 45.
- c) De los 26 pacientes sobrevive uno que no lo computamos en este análisis por no tener más de 3 meses de evolución.
- d) Consideramos 5 pacientes como "perdidos al seguimiento" a pesar de saber que todos ellos han fallecido, porque no conocemos su fecha de deceso.
- e) De los 20 pacientes seguidos, el 50 % falleció dentro del primer año y al segundo año había fallecido el 75 % de los pacientes (cuadro 2).
- f) Hubo un paciente que sobrevivió 46 meses en buenas condiciones y otro que llegó a los 80 meses.

6.—Del estudio de aquellos pacientes que entraron en el grupo de mejorías, deducimos que su vida postadrenalectomía se desarrolló en condiciones que catalogamos de satisfactorias pues no presentaron dolores o éstos fueron yugulados con calmantes corrientes.

Muchos de ellos se reintegraron a una vida activa normal.

7.—Se comprobó consolidación de fracturas patológicas, recalcificación de metástasis óseas y reducción del tamaño de las lesiones (cicatrización de úlceras neoplásicas, disminución de metástasis cutáneas y pulmonares, etc.).

8.—No estamos en condiciones de establecer —por este estudio— si el procedimiento

determinó un alargamiento de la vida del neoplásico, con significación estadística.

CONCLUSIONES

1.—La adrenalectomía bilateral es un procedimiento de real jerarquía en el arsenal terapéutico del cáncer avanzado de mama.

2.—La indicación de este procedimiento debe surgir de un análisis criterioso del paciente, efectuado por un equipo oncológico completo. Evidencia de ello es que, en el curso de 13 años este equipo ha realizado solamente 26 adrenalectomías bilaterales.

3.—Las mejorías más evidentes se han obtenido en los casos de metástasis óseas, siendo de destacar la desaparición del dolor, la rehabilitación del paciente y la mejoría del estado general.

4.—Con este procedimiento se logra en más de 1/3 de casos el desiderátum del tratamiento del cáncer avanzado: hacer la vida del paciente más confortable y llevadera aunque no se logre alargarla.

RESUMEN

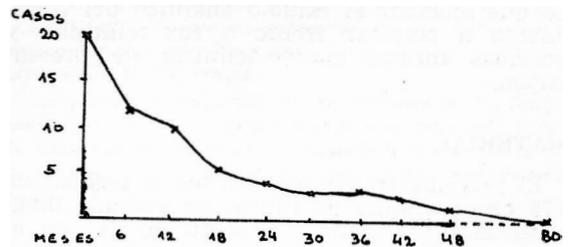
Se estudian 26 casos de adrenalectomía bilateral por cáncer avanzado de mama. Se analizan los resultados obtenidos según las distintas localizaciones y se estudia el tiempo de supervida.

Se destaca que en más de 1/3 de los casos se logra una mejoría.

RÉSUMÉ

Etude de 26 cas d'adrénalectomie bilatérale effectuée en raison d'un cancer mammaire avancé.

Analyse des résultats obtenus suivant les diverses localisations, et étude du temps de survie. On remarque que dans plus d'un tiers des cas on obtient un mieux dans la maladie.



CUADRO 2

CUADRO 3

Topografía	Total	Sin mejoría	Con mejoría subjetiva	Con mejoría subj. y obj.	Agravación
Oseas	18	3	10	5	0
Viscerales	11	6	4	1	0
Partes blandas	12	5		6	1

SUMMARY

Twenty-six cases of bilateral adrenalectomy performed in the treatment of advanced breast cancer, are presented.

Results obtained are analyzed according to the different locations, and the rate of survival is studied.

In more than one third of all cases, improvement resulted.

BIBLIOGRAFIA

1. HUGGINS, C., BERGENSTALL, D. M. Inhibition of human mammary and prostatic cancers by adrenalectomy. *Cancer. Res.*, 12: 134, 1952.
 2. PRIARIO, J. C., NAVARRO, A., KASDORF, H. Adrenalectomia en el cáncer avanzado de mama. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 404, 1963.
 3. PRIARIO, J. C. Adrenalectomía en el cáncer avanzado de mama. Indicaciones. Técnica. Resultados. *XX Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2: 113, 1969.
-