

Mastectomía radical bilateral simultánea por neoplasma bilateral de mama

Dres. Celso Silva y Gonzalo Estapé*

Se presentan 2 observaciones de cáncer de mama bilateral simultáneo, tratadas mediante mastectomía radical bilateral. Se definen las indicaciones de dicho procedimiento en los neoplasmas bilaterales. Se señalan las ventajas de su realización simultánea a 2 equipos quirúrgicos y la preferencia por la incisión horizontal, sobre la vertical, como consecuencia de las frecuentes necrosis del puente de piel que queda en este caso en la línea media.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast neoplasms/surgery. Neoplasms, multiple primary. Mastectomy.

La solución terapéutica del neoplasma bilateral simultáneo de mama, es motivo de controversias entre los cirujanos, en cuanto a la radicalidad de la intervención quirúrgica (radical de un lado y simple del otro; radical bilateral, etc.).

Es por este motivo, que juzgamos conveniente presentar dos casos que hemos tratado con mastectomía radical bilateral simultánea, intervención que creemos es la más indicada, reportando la mayor seguridad para el paciente.

OBSERVACIONES

CASO 1.—I.P. de S. 62 años. Desde hace 6 meses nota un nódulo en la mama derecha, cuadrante superointerno. Al examen, se trata de un nódulo de 2 cm. de diámetro, firme, situado en la topografía indicada. En la mama izquierda, hay otro de igual tamaño situado en el cuadrante superoexterno. Se palpan dos adenopatías axilares der., no habiendo ninguna a izq.

La radiología (Dr. Raúl Leborgne) diagnostica dos carcinomas escirrosos de 20 mm. de diámetro.

Como tratamiento se realiza una mastectomía radical bilateral simultánea, con incisión de Deaver bilateral.

En el postoperatorio inmediato, hay una zona de necrosis en la parte media del puente cutáneo de 8 cm. de longitud. A los 10 días se realiza resección del puente quedando descubierta la región esternocondral. En dos meses cicatrizó por segunda.

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Medicina de Rivera y Santa Ana, Rivera, el 8 de junio de 1974.

* Profesor Adjunto de Cirugía. Asistente Supervisor Int. de Semiología Quirúrgica.

Dirección: Dr. Alfredo García Morales 1129, Montevideo. (Dr. Silva).

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. Dr. Walter Suiffet). Hospital Pasteur. Montevideo.

Pasó bien 6 meses, para reingresar por generalización neoplásica (metástasis pulmonares, cutáneas próximas a la cicatriz, de cuero cabelludo, dorso y pared abdominal).

La anatomía patológica reveló:

—Mama derecha: carcinoma sólido alveolar con equilibrada reacción fibrosa del estroma; infiltración masiva de la grasa vecina. Ganglio axilar con metástasis masiva, con igual estructura que el primario.

—Mama izquierda: carcinoma anaplásico con intensa reacción esquirrosa del estroma (carcinoma esquirroso). No hay metástasis en los ganglios axilares.

CASO 2.—L.N. de N. 62 años. Consulta por tumefacción de mama derecha, región paraareolar externa, de 2 cm. de diámetro, dura, de superficie irregular que forma cuerpo con la glándula, desplazándose con ella. El examen revela otra en la mama izquierda, paraareolar externa, 2 cm. más alta que la derecha.

El estudio radiológico de ambas mamas (Dr. Raúl Leborgne) diagnostica carcinoma de tipo esquirroso bilateral (figs. 1 y 2).

La intervención se realiza con una incisión de Stewart bilateral, reseccando el puente de piel preesternal (fig. 3). El cierre se hace sin dificultades, no necesitando injertos ni rotaciones de colgajos; la sutura se hace sin tensión alguna (fig. 4).

La evolución a dos años de la intervención es satisfactoria tanto desde el punto de vista oncológico (aunque el tiempo es breve) como estético (fig. 5).



FIG. 1.—Radiografía de mama izquierda.

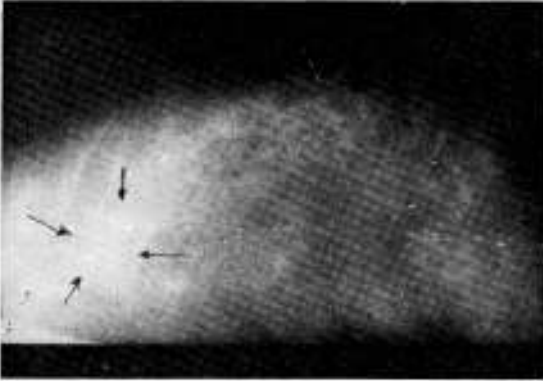


FIG. 2.—Radiografía de mama derecha.



FIG. 3.—Pieza operatoria.

COMENTARIO

Los porcentajes de carcinoma bilateral de mama son muy bajos, oscilando entre el 0,2 % y el 2 % (3, 7, 11) del total de los neoplasmas mamarios. En nuestro medio son escasas las observaciones presentadas (5).

El concepto de simultáneo o sucesivo está muy poco claro actualmente, debido al hecho demostrado de la existencia de largas evoluciones en los tumores de mama (2, 8, 9).

Autores como Haagensen (3, 4), consideran simultáneos los carcinomas que aparecen en un plazo de hasta 6 meses entre la detección de uno y otro.

Dado que el pronóstico es sensiblemente peor que en el cáncer unilateral, es necesario el diagnóstico precoz del segundo tumor para poder aplicar el correcto tratamiento.

Es así que, hay autores (1, 4, 10, 11) que aconsejan biopsias de la mama sana en los casos de carcinoma unilateral, y, en especial, si se halla acompañado por una neoplasia lobular.

Nosotros creemos que el estudio clínico y radiológico son suficientes para la detección del segundo tumor, y que la biopsia de la mama sana, si no hay ningún elemento localizador, es un procedimiento totalmente ciego, que no aporta datos de significación.

En cuanto al tratamiento (6), afirmamos que, si el paciente no se encuentra en malas condiciones generales, o los neoplasmas no son muy evolucionados, debe realizarse una mastectomía radical bilateral simultánea, que, como hemos visto en los casos presentados, es tolerada sin inconvenientes.

Si se acepta que la mastectomía radical es la operación de elección en el carcinoma unilateral, creemos que la mastectomía radical bilateral simultánea, lo es para el carcinoma bilateral simultáneo.

La realización del procedimiento en dos equipos, acorta el tiempo de intervención, lo que redundaría en beneficio del paciente.

La incisión vertical bilateral expone con más comodidad el pedículo axilar, pero tiene el inconveniente de provocar en un alto número de casos, la necrosis del puente de piel, como sucedió en nuestra primera observación.

Si bien las evoluciones fueron dispares, de ninguna manera pueden vincularse al procedimiento aplicado, ya que fue idéntica la técnica utilizada.



FIG. 4.—Intervención terminada (sutura y drenajes).

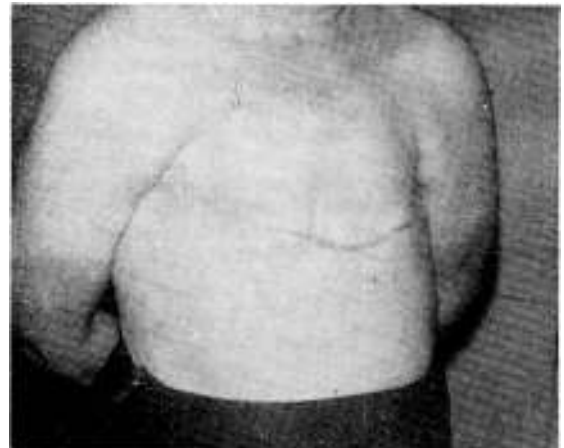


FIG. 5.—A los dos años de la operación.

RÉSUMÉ**Mastectomie radicale bilatérale simultanée pour néoplasme bilatéral du sein.**

Présentation de deux observations de cancer mammaire bilatéral simultané traité par mastectomie radicale bilatérale et indication de ce procédé dans les néoplasmes bilatéraux. On signale l'avantage qu'il y a à ce que deux équipes chirurgicales opèrent simultanément et que l'incision horizontale est préférable à l'incision verticale, laquelle provoque de fréquentes nécroses du pont de peau qui reste, dans ce cas, sur la ligne médiane.

SUMMARY**Simultaneous bilateral radical mastectomy for bilateral neoplasms of the breast.**

Mention is made of two cases of simultaneous bilateral cancer of the breast, treated by bilateral radical mastectomy. The procedure followed in bilateral neoplasms is explained in detail. The advantages for simultaneous practice by two surgical teams and the preference for a horizontal incision, contrary to a ver-

tical one, are indicated, because of the frequent necrosis of the span of skin which, in this case, is left in the center.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DONEGAN W, PEREZ-MESA C. Lobular carcinoma. Indication for elective biopsy of second breast. *Ann Surg* 176: 178, 1972.
2. FARROW, JH. Bilateral mammary cancer. *Cancer* 9: 1182, 1956.
3. HAAGENSEN, CD. Diseases of the breast. Philadelphia. Saunders, 1972.
4. HAAGENSEN CD, LANE N, LATTES R. Neoplastic proliferation of the epithelium of the mammary lobules: Adenosis, Lobular neoplasia and Small Cell carcinoma. *Surg Clin N Am* 52: 497, 1972.
5. MATTEUCCI P. Carcinoma de mama bilateral simultáneo. *Rev Cir Urug* 37: 35, 1967.
6. PACK, GT. Argument for bilateral mastectomy. *Surgery* 29: 929, 1951.
7. ROBBINS GF, BERG JW. Bilateral primary breast cancers. *Cancer* 17: 1501, 1964.
8. URBAN JA. Bilaterality of cancer of the breast. *Cancer* 20: 1867, 1967.
9. URBAN JA. Bilateral breast cancer. *Cancer*, 24: 1310, 1969.
10. URBAN JA. Biopsy of the "normal" breast in treating breast cancer. *Surg Clin N Am*, 49: 291, 1969.
11. WILSON R. The breast. Textbook of Surgery (Davis-Christopher). Philadelphia. Saunders, 1972.