

ARTICULOS ORIGINALES

Criterio terapéutico moderno de los cánceres de mama

Dres. Alberto Valls, Boris Asiner y Ricardo Mayol

Los autores exponen los nuevos conceptos terapéuticos del cáncer de mama en función de factores inmunológicos, la detección precoz con la radiografía, diafanografía y la punción citológica, el diagnóstico más exacto de la extensión de la neoplasia mediante el enzimograma y centellografía hepática, la centellografía del esqueleto óseo con tecnecio pirofosfato.

Exponen la clasificación PEV del Instituto G. Roussy (Paris). Presentan una casuística de 4 casos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast cancer.

INTRODUCCION

Actualmente el criterio terapéutico del cáncer de mama ha variado con:

1º) Los conceptos inmunobiológicos nuevos en el cáncer, el de mama en particular, que lo hacen concebir como una enfermedad general a expresión local (Lacour [11], Baum [2] y Baddano [1]).

2º) Los progresos en su detección precoz con la radiografía, la termografía, la diafanografía apoyadas por la punción citodiagnóstica.

3º) La investigación de la extensión de la enfermedad tumoral del punto de vista general por el enzimograma y centellografía hepática, apoyadas por la laparotomía exploradora y la punción biopsia (Murail [12]); la centellografía del esqueleto con Tecnecio pirofosfato, procedimiento que en las investigaciones de Galasko (9) mostró la presencia de metastasis en vértebras, cráneo, costillas y pelvis en el 24 % de los cánceres precoces de mama y el 84 % de los avanzados. Al separar ese 24 % y tratando sólo los otros casos, la sobrevida pasó de 65 a 93 % a los 5 años. Las metastasis óseas son evidenciables por la centellografía entre 5 a 19 meses antes que en la radiografía, que precia a una pérdida de minerales de un 50 a 75 % para hacerse evidentes.

Sklaroff y Charkes (14) dicen: "Nuestros encuentros indican que alrededor de 3.200 pacientes sufrirán este año una mastectomía radical

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Fac. de Medicina. Montevideo.

a pesar de la presencia de metástasis óseas, que pueden ser detectables por fotoscanning en U.S.A."

Los trabajos experimentales de B. Fisher (6 y 7) en ratas, muestran el papel fundamental de los ganglios linfáticos regionales en la elaboración de anticuerpos y linfocitos antitumorales. Estamos convencidos de que las lesiones progresan más rápidamente, como lo previeran Chifflet (4), Stajano (15) y Caprio (3) y sostuvo Baum (12).

Es evidente que debería hacerse mucho más a menudo la centellografía. Para Hoffmann y Marty (10) en todos los pacientes, salvo lesiones avanzadas o pacientes seniles. Domeirei (5) la indica en los grados III y los II situados en los cuadrantes internos. Robbins (13) la indica cuando hay dolores y en los "border line". Existe el consenso del aumento de metastasis óseas cuando hay adenopatías axilares.

4º) Con el momento evolutivo, atendiendo a la clasificación del T.N.M. de la U.I.C.C., que permite clasificar los tumores agrupando a los pacientes al final en 4 grupos (siguiendo los grados de Portman).

5º) Con el concepto del potencial evolutivo. Los cánceres de mama se clasifican actualmente de acuerdo con su potencial evolutivo PEV del Instituto G. Roussy de París.

Esta es una clasificación basada en un criterio clínico, radiológico, termográfico y anatómopatológico.

PEV - 0 es un tumor de crecimiento lento, circunscrito, sin edema, es el único quirúrgico de entrada.

PEV - 1 es un tumor que creció al doble en 6 meses.

PEV - 2 se trata de un tumor con enrojecimiento local de la piel, a nivel del tumor, con edema local, visible a rayos con moderado aumento térmico.

PEV - 3, hay edema en todo el seno, con piel de naranja extensa, congestión, diferencia térmica de 4 a 5 grados, radiológicamente el tumor estalló y hay edema generalizado. Es el cáncer agudo de mama.

A estas enfermas PEV, Murail (12) les hace laparotomía exploradora, para detectar metastasis, que en los PEV - 3 es de 90 % y en el conjunto de los PEV 30 %, sobre todo en hígado y, si el tumor tiene receptores de estróge-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 29 de setiembre de 1977.

Profesor Agregado, Ex - Profesor Adjunto y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Bv. España 2831, Apto. 201, Montevideo (Dr. A. Valls).

nos (Wittliff [17]), la ooforectomía. Cuando hay metástasis en vértebras lumbares, se puede aprovechar para puncionar los cuerpos vertebrales por vía abdominal.

CASUÍSTICA

Se presentan 4 enfermas tratadas en 1976, cuyas historias se transcriben:

Obs. 1.—S. O. (H. de Clínicas, R. 339.368), 35 años. Ingreso 29/V/76 por tumor de mama derecha, para ser operada, ya radiada. Comienzo noviembre 75 palpando tumor en cuadrante inferointerno, borde inferior del disco mamario, de 2 cms. duro, poco móvil. Consultó a los 3 meses. No aumentó de tamaño. Del 27/IV al 8/V recibió 2.200 rads. de radioterapia convencional.

Rx.: Epi intracanalicular infiltrante, tipo comedo. Clínicamente sería T-1, pero la radiología informa extensa lesión canalicular (Dr. Leborgne).

Examen: tumor de 2 cm., cuadrante inferointerno. Adenopatía axilar pequeña, del grupo de Sorgius.

Rx. Col. lumbosacra: No hay evidencia de lesiones (Dr. Pereyra) 21/VI/76.

Centellograma óseo: 17.805 - Est. G.O. 545 con pirofosfato. "Área hiperradioactiva en S.I y S.II. Punción del sacro con trocart. No se pudo llegar a la zona, para no penetrar el fondo del saco dural. Dio negativo.

Operación (9/VI/76): Castración quirúrgica, mastectomía simple.

Anatomía Patológica: Carcinoma ductal infiltrante de mama. Ovarios s/p. Se hizo radioterapia en el sacro, desapareciendo en centellografía el foco sacro (como se ve en las metástasis). Esta enferma desarrolló una paraplegia y se evidenció su foco sacro a la Rx. en marzo de 1978 y fallece en mayo.

Obs. 2.—V. E. (CASMU 404.682), 47 años. Consulta 18/VII/76, tumor mama derecha, yuxtaaxilar, 3 cms. Piel y aréola s/p. Axila s/p. Dolores dorsales de 1 año. Examen neurológico s/p.

Rx.: Carcinoma infiltrante extenso (Dr. Leborgne).

Rx. de columna: No lesiones destructivas ni previas crónicas.

Centellografía (22/VI): Área hiperradioactiva de D.XI y D.XII (Dr. Paez). Mastectomía simple el 7/VII y laparotomía con ooforectomía.

Anatomía Patológica (Dres. Falconi y de los Santos): Nódulo tumoral de 5 × 2 × 21,5. Carcinoma infiltrante, de estructura cordonal, fibrosis, infiltración linfocitaria. Mama con displasia fibroquística. En 1979 tiene evidencia de metástasis óseas múltiples.

Obs. 3.—A. H. (H. de Clínicas, R. 317.330), 55 años. 7/VI/76. Tumor mama izquierda que nota 20 días antes, con motivo de un traumatismo.

Rx. (Dr. Leborgne): Epitelioma nodular infiltrante esquirroso de 25 mm. Focos de esteatonecrosis quística calcificada. Antecedente de dolores dorsolumbares de 2 años.

Examen: Tumor cuadrante superoexterno, límites poco precisos de 4 cm. No adenopatías. Columna y neurológico s/p. 7/VII/76 Halsted, 1 solo ganglio marmario externo invadido.

Anatomía Patológica: Tumor de 3 × 2 cm. epitelioma con diferenciación glandular y estroma escleroso con infiltración linfoide. Además del ganglio anotado los otros están invadidos. La radiografía muestra incipien-

tes signos de espondilosis dorsolumbar. La centellografía anota signos de hiperradioactividad en zonas donde la placa era normal. Se completó con radioterapia, castración quirúrgica y punción vertebral por vía abdominal, que fue negativa. Actualmente, en 1979, está en tratamiento en el Dpto. de Oncología con signos de diseminación.

Obs. 4.—Historia interesante porque pone en evidencia la necesidad de la radiografía previa para descartar lesiones óseas crónicas, hiperradioactivas en la centellografía y confirmado por punción ósea negativa. N. L. S. (H. de Clínicas, R. 395.198), 51 años. Consulta en febrero/76 por tumores mama derecha de 4 a 5 cm. tratada con foliculina y tiroidina y al mes enviada al Dr. Leborgne que le hace radiografía y radioterapia por la topografía de la lesión. La tumefacción desapareció clínicamente. Desde hace 20 años dolores dorsolumbares tratados como reumáticos.

Examen: Estado general bueno. Mama izquierda hiperpigmentada. En cuadrante inferointerno una zona algo indurada. Axilas: s/p.

Rx. (Dr. Leborgne): En sector interno epitelioma esquirroso, de 15 mm., con figuras de comedocarcinoma.

Centellografía (13/VII): 2 áreas hiperradioactivas a nivel de D.VI-D.VIII y entre L.I y L.IV. Las radiografías de columna muestran lesiones de artrosis y escoliosis con esa topografía que explican las imágenes centellográficas.

Operación (4/VIII/76): Mamectomía simple, castración, punción con trocart de columna negativa.

Anatomía Patológica: Carcinoma sólido indiferenciado intracanalicular con modificaciones impuestas por la radioterapia. Esta enferma a los 2 años y medio, está bien.

COMENTARIO

Desde que los autores decidieron emplear la centellografía del esqueleto con Tecnecio Pirofosfatos, en corto tiempo, en 4 pacientes encontraron zonas de hiperradioactividad sobre todo en la columna vertebral.

Como lo demostró la enferma N^o 4, es imprescindible el estudio radiológico óseo correspondiente, porque la hiperradiocatividad sólo habla de células hiperactivas que se pueden ver en otra patología no tumoral, con traducción radiológica.

En las otras 3 pacien es la radiografía de columna fue normal o con incipientes signos de artrosis en zonas no radioactivas.

El ideal es corroborar el diagnóstico con la punción con trocart ósea, que por motivos de ser las primeras realizadas y por la dificultad de abordaje en la primer paciente fueron negativas. El hecho de la desaparición de la zona hipercaptante con la radioterapia es de valor diagnóstico (Sklaroff y Charkes) y se confirmó por la evolución de esta paciente.

El descubrimiento de estas metástasis óseas pone en evidencia la inutilidad, por lo menos, de operaciones tipo Halsted.

Actualmente se considera que todas las pacientes con cáncer de mama con adenopatías axilares deben sufrir este examen, con un cri-

terio práctico, aunque un porcentaje, menor que el establecido por Galasko, de pacientes en estadio I tienen metástasis en el esqueleto (como la paciente N° 1).

RESUME

Points de vue thérapeutiques modernes à propos des cancers du sein

Les auteurs exposent les nouveaux points de vue thérapeutiques à propos du cancer du sein en fonction des facteurs immunologique, de la détection précoce par la radiographie, la diaphanographie et la ponction cytologique, du diagnostic plus exact de l'extension de la néoplasie par l'enzymogramme et la scintillographie hépatique, la scintillographie du squelette osseux au technétium pyrophosphaté.

Ils exposent le classement PEV de l'Institut G. Roussy, de Paris, et présentent l'étude de quatre cas.

SUMMARY

Modern Therapeutical Criteria in Breast Cancers

The authors describe the new therapeutic concept of mammary cancer consisting in immunologic factors, early detection by means of X-rays, diaphanography and cytologic puncture, as well as a more correct diagnosis of extension of neoplasia by means of enzymogramme and liver scanning and scanning of bone structure with pyrophosphate technetium.

PEV classification of G. Roussy Institute (Paris) is described.

Series consists of 4 cases.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BADANO REPPETO JL. Cáncer: Enfermedad general a manifestación focal. Tratamiento quirúrgico y biológico asociado. Montevideo. Serv. Cient. Roche, 1971.
2. BAUM M. Surgical principles as related to tumour biology. *Internat. Cancer Congr.*, 11º, 1974.
3. CAPRIO G. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la mama. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 4º, 1953.
4. CHIFLET A. Cáncer de estómago. *Anais IV Interamer, VII Bras. Cir.* Rio de Janeiro, 1947.
5. DOMEREI AA and SRIMIVASARAO SH. Role of preoperative bone scan in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet*, 142: 722, 1976.
6. FISHER B. What's New In Surgery. Tumours. *Surg Gynecol Obstet*, 136: 216, 1973.
7. FISHER ER and FISHER B. Role of regional lymph nodes in host immunology. *Internat. Cancer Congr.*, 11º, 1974.
8. GALASKO CSB. Th detection of skeletal metastases from carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet*, 132: 1019, 1971.
9. GALASKO CSB. "Determination of skeletal involvement. *Internat. Cancer Congr.*, 11º, 1974.
10. HOFFMAN H and MARTY R. Bone Scanning. *Am J Surg*, 124: 194, 1972.
11. LACOUR J. Surgical principles as related to tumour biology. *Internat Cancer Congr.*, 11º, 1974.
12. MURAIL N, TABBARNE F, CAMMOUN M, JAZIRI M and BEN ATIA R. Choice of treatment according to rate of growth. *Internat. Cancer Congr.*, 11º, 1974.
13. ROBBINS GF, KNAPPER W and BARRIE J. Metastatic bone disease developing patients with potentially curable breast cancer. *Cancer*, 29: 1702, 1972.
14. SKLAROFF DM and CHARKES ND. Bone metastases from breast cancer at the time of radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 127: 763, 1968.
15. STAJANOC. Discusión del relato del Dr. Caprio. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 4º, 1953.
16. VALLS A. Vaciamientos ganglionares. *Cir Uruguay*, 45: 485, 1975.
17. WITTLIFF JL. Receptores específicos de hormonas esteroides en el cáncer de mama. Seminarios de Oncología. Cáncer de mama. Bs. Aires. Méd. Panamer., 1975.