

Objetivo y alcances de la mastectomía sub - radical

Dres. Alfredo Armand Ugon, Daniel Cassinelli y Hugo Sáez

Los autores analizan 39 pacientes portadoras de un cáncer de mama grado I y II tratadas por Operación de Mérola. Insisten en el empleo de esta mastectomía de justa radicalidad, bien tolerada, de escasa morbilidad y secuelas, estableciendo sus ventajas con respecto al Meyer - Halsted, sus indicaciones, y la importancia del vaciamiento axilar completo.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast Neoplasms / Surgery.

INTRODUCCION

Uno de los problemas de mayor actualidad e interés en cirugía lo constituye el tratamiento del cáncer de mama. Todas las escuelas pugnan por lograr brindar un plan terapéutico racional e integral que se ajuste a la realidad del enfermo y no de la enfermedad.

El problema es arduo y difícil; se han propuesto y proponen múltiples esquemas, y por supuesto, no existe acuerdo.

Quizás las palabras de Sir Hedley Atkins sintetizan el estado real de los hechos: " uestros recientes estudios sobre el cáncer de mama han alcanzado tales progresos que en la actualidad comprendemos que ninguno de nosotros sabe tratarlo de manera integral".

La enfermedad se combate con equipos multidisciplinarios, donde el cirujano colabora como un integrante más, en un aspecto fundamental, ya que la cirugía ha demostrado ser el procedimiento más eficaz y el que ofrece mayores porcentajes de curación. Más aún se jerarquiza este hecho cuando la enfermedad no es sistemática, sino estacionada en afección local regional.

Dentro del vasto campo de la cirugía nos enfrentamos al controvertido capítulo que se refiere a la magnitud de las resecciones oncológicas pretendidamente curativas.

Universalmente existe una tendencia a limitar las resecciones de las estructuras que se ven involucradas por la enfermedad neoplásica. Por múltiples factores que luego anali-

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel. Montevideo.

zaremos parecería que no son tan necesarias las operaciones de exéresis amplias (6, 8, 12, 14, 15).

OBJETIVO

Nuestra presentación pretende insistir en el empleo de una técnica que es radical; que se acompaña de escasísima morbimortalidad; que ofrece una serie de ventajas frente a las exéresis más amplias tipo Meyer - Halsted; y que estadifica la enfermedad en sus estadios ganglionares axilares, lo que permite establecer parámetros de pronóstico valederos, y pautas terapéuticas asociadas.

MATERIAL Y METODOS

Hemos empleado una de las llamadas mastectomías radicales modificadas en el tratamiento pretendidamente curativo del cáncer de mama.

Utilizamos la Operación de Mérola, conocida como Operación de Patey por otros; que se trata de una mastectomía complementada con aponeuromía anterior y posterior del pectoral mayor; vaciamiento ganglionar interpectoral; y vaciamiento celulo-linfoadiposo axilar completo con resección del músculo pectoral menor; operación efectuada en monoblock (25, 30).

El Prof. Lorenzo Mérola concibe y desarrolla su técnica fundamentado en sus profundos conocimientos anatómicos sobre las aponeurosis de la axila que comunica en 1912; y a posteriori ejecuta su operación de manera más o menos sistemática para el tratamiento del cáncer de mama (16, 21, 30).

En lo personal, y a instancias del Prof. Lorenzo Mérola (h.), desde 1976 tomamos conocimiento de la misma, y la hemos empleado hasta la fecha en 39 pacientes portadoras de la enfermedad.

Todas ellas corresponden a estadios clínicos I y II de la clasificación TNM; oscilando sus edades entre 49 y 78 años. Si bien recibieron a posteriori tratamiento complementario, creemos que no es resorte de esta comunicación.

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1979.

Residentes de Cirugía y Ex Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Tacuarembó 1587, Montevideo (Dr. A. Armand Ugon).

DISCUSION

os iremos refiriendo de manera sucesiva a una serie de aspectos en el orden en que se nos fueron presentando en nuestra mesa de trabajo; del análisis de los cuales luego estableceremos ciertas conclusiones.

1) *Concepto de radicalidad.* — La Operación de Mérola cumple con una serie de requisitos y respeta un conjunto de principios oncológicos que justifica su denominación de mastectomía radical.

Conceptualmente planteamos de que nos podemos apartar de la clásica mastectomía tipo Meyer - Halsted practicando una intervención de menor envergadura pero de justa radicalidad (6, 12, 14).

Una acepción del verbo modificar es reducir las cosas a un cierto estado o a sus justos límites. La cirugía radical del cáncer de mama tiene como objetivo lograr la curación extirpando totalmente la lesión. Hablar de radicalidad es hablar de curación; erradicar es curar (23).

El método es curativo si el proceso está localizado al órgano, o se propaga tan sólo a la estación ganglionar regional. Todo dependerá de los límites a los que ha llegado la lesión; es decir si es aún una enfermedad locorregional, o si se ha ya diseminado, configurando una enfermedad del organismo y no del órgano.

La premisa anterior nos obliga a imponer la condición primordial de conocer el grado de extensión de la enfermedad cáncer para plantear su tratamiento racional e integral. Hoy en día ni clínica ni paraclínicamente podemos establecer con precisión dichos límites.

Por otra parte se valoran los límites que ofrece la propia enferma, huésped que aloja la enfermedad. De su evaluación surgirán nuevos límites que se ofrecen al cirujano para plantear su exéresis (4, 28, 29).

Se deduce que la mastectomía radical modificada se ofrece con gran asidero cuando por un lado es inútil hacer más, y por otro es peligroso hacer más (29).

Comparativamente con la operación tipo Meyer - Halsted la diferencia está en dejar la masa carnosa del pectoral mayor, y en ello no estriba la radicalidad.

2) *Operación de mayor duración y dificultades que el Meyer - Halsted.* — Evidentemente se trata de una intervención que exige más al equipo quirúrgico actuante. Esta exigencia se refiere al entrenamiento y habilidad por un lado, y a la mayor dedicación en tiempos por otro.

En nuestra experiencia creemos que es una operación muy anatómica, que verdaderamente enseña al cirujano a abordar y vaciar la axila además de efectuar la mastectomía. Exige también ser más cuidadoso y meticuloso en la ejecución de sus tiempos.

Al ir adquiriendo más experiencia se adquieren más conocimientos, familiaridad y habilidad, y su ejecución se abrevia, llegándose a operar mejor y más rápido.

De todas maneras el hecho de que se demore algo más en su manejo, aplicación y conocimiento hasta llegar a una ejecución en buen tiempo no puede considerarse una desventaja ni esgrimirse como argumento en su detrimento.

3) *Vaciamiento axilar.* — Caen en error quienes aseguran que el vaciamiento axilar completo no es seguro con el empleo de esta técnica.

Al decir de Mérola, la llave de la disección axilar, tiempo fundamental y condición sine qua non para obtener su vaciamiento completo es el músculo pectoral menor y no el pectoral mayor. Es el pectoral menor quien guía y condiciona este tiempo operatorio, y precisamente se reseca en la operación de Mérola al abordar la axila.

La persistencia del pectoral mayor no impide el vaciamiento, pero admitimos que lo hace algo más lento, y de manejo más difícil (13, 25, 31).

Es menester obtener una relajación completa del mismo, y se le debe separar por su borde inferoexterno hacia arriba y adentro para lograr una amplia exposición de la región axilar e interpectoral que permita su correcto y completo abordaje y vaciamiento.

Ello se logra fundamentalmente sólo cuando el miembro superior homolateral con el antebrazo en la frente, adoptando la posición de "vergüenza" de Vaccarezza.

Existen múltiples comunicaciones que confirman lo que venimos sosteniendo, efectuando comprobaciones mediante linfografías pre y postoperatorias. Personalmente lo hemos efectuado en 4 oportunidades (13, 22, 25, 31).

4) *Vaciamiento interpectoral.* — Si bien es por todos conocida y admitida la existencia de vías linfáticas que atraviesan el pectoral mayor, debemos efectuar ciertas precisiones.

Como muy bien lo señalaron Rouvière y su escuela, se trata de una vía accesoria e inconstante en su presentación. No existen ganglios intrapectoriales como lo pretendía Rotter; y destacados anatomistas nunca los han podido comprobar (24, 27).

Otros estudios evidencian que esta vía adquiere enjundia y real significación en determinada y especial circunstancia fisiopatológica. Esta eventualidad se cumpliría solamente al existir un bloqueo precoz y/o masivo de los linfáticos de la vía principal axilar con extensa colonización, lo que crea mecanismos de contracorriente e inversión en la circulación linfática. Se llega así a una apertura secundaria y activa participación de la vía transpectoral.

En condiciones normales sólo conducen una exigua cantidad de linfa proveniente de los planos fasciales retromamarios y no del propio parénquima, por lo que no tienen mayor significado oncológico (5).

Toledo Correa publica en 1970 una única observación de ganglio interpectoral colonizado, admitiendo estudiar sistemáticamente dicha topografía en las piezas de resección (26).

De todas maneras la operacion de Mérola efectúa un vaciamiento interpectoral completo al efectuar la aponeurectomía de la hoja posterior del pectoral mayor en el paso previo al abordaje axilar.

En el estudio de las 39 pacientes de nuestra serie nunca los hemos hallado colonizados.

5) *Función del miembro superior y la cintura escapular.* — La denervación e isquemia del músculo lo convierte según algunos en un haz fibroescleroso inelástico que no tiene función alguna, bridando y limitando la función de la cintura escapular y del miembro superior.

Conservando la irrigación, y fundamentalmente la inervación no hemos tenido problemas en la función, aunque ella no se conserve en un 100 %. Así lo demuestran los estudios electromiográficos que hemos efectuado (1, 7).

Este hecho interesa en añosas y en pacientes que deben valerse de sus miembros superiores para su estación y traslación (11, 18).

6) *Reducción del espacio muerto. Operación de buen lecho.* — El espacio muerto que dejan las operaciones que resecan el pectoral mayor se ve francamente reducido, lo que evita la creación de zonas de futuras colecciones linfohemáticas (17, 25).

Por otro lado se brinda mejor lecho para los colgajos de cobertura que se tallan, de rotaciones, injertos y las ulteriores reconstrucciones mamarias a que hubiere lugar, hecho que no compartimos.

7) *Edema braquial.* — Series importantes de escuelas que practican la mastectomía radical modificada de elección señalan la baja incidencia de su aparición. Nosotros todavía no hemos observado su presencia más que en una oportunidad.

8) *Estética.* — Dejamos expresamente para el final el mejor resultado estético que se obtiene ya que estamos convencidos que este tipo de argumentos no debe esgrimirse en cirugía oncológica. De todos modos señalamos que con esta técnica queda relleno el espacio infraclavicular y torácico anterior que tan socavado queda al resecar el pectoral mayor (6, 19).

CONCLUSIONES

De lo expuesto surgen:

A) La operación de Mérola es una mastectomía radical que efectúa vaciamentos axilar e interpectoral completos.

B) Sus indicaciones son las mismas que para las mastectomías tipo Meyer - Halsted.

C) Tiene menor morbilidad que el Meyer - Halsted y deja menos secuelas pues conserva mejor la función del miembro superior y la cintura escapular; reduce el espacio muerto; deja mejor lecho; hay menos edemas del brazo, y es más estética.

D) El estudio anatomopatológico de la pieza de vaciamiento axilar marcando su vértice, permite estadificar la enfermedad y establecer por un lado un pronóstico valedero, y por otro, en base a dichos hallazgos, plantear tratamientos complementarios postoperatorios.

RESUME

But et portée de la mastectomie sous-radical

Les auteurs analysent les cas de 39 malades atteints de cancer du sein au 1er. et 2eme degré traités par l'opération de Mérola. Ils insistent sur l'emploi de cette mastectomie radicale, bien tolérée qui présente peu de morbidité et de séquelles, ses avantages établis par rapport au procedure de Meyer - Halsted, ses anotations et l'importance du videment ganglionaire axillaire complet.

SUMMARY

Targets and Scope in Modified Sub-Radical Mastectomy

Evaluation of 39 patients suffering from Grade I y II breast cancer treated by Merola's operation, confirms validity of this mastectomy which involves the right extent of radicality, is well tolerated, has low morbidity and sequella, presents advantages vis-à-vis the Meyer - Halstead having neither the indications nor the importance of complete axillary évidement.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALFONSIN A. Técnica radical modificada. *Rev Argent Cir*, 23: 294, 1972.
2. AUCHINCLOSS B. Modified radical mastectomy. *Am J Surg*, 119: 506, 1970.
3. BERG J, ROBBINS G. Modified radical mastectomy for older, poor risk patients. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 631, 1961.
4. BERNARDELLO E. Indicaciones de las mastectomías modificadas en menos en el tratamiento del cáncer de mama. *Rev Argent Cir*, 23: 292, 1972.
5. BUR G, GALIMBERTI O, DE CARRIS A. Estudio de la fascia profunda de la mama en el cáncer. *Prensa Méd Argent*, 57: 2117, 1971.
6. CADY B. Modern management of breast cancer. *Arch Surg*, 104: 270, 1972.
7. CASIRAGHI J, SENATORE C, FREVE J, BARTOLOME A. Mastectomia radical en menos. Nuestra experiencia. *Rev Argent Cir*, 23: 319, 1972.
8. CRILE G. Treatment of breast cancer by local excision. *Am J Surg*, 109: 400, 1965.
9. DEL CAMPO A, CRESTANELLO F, KAMAID E, MATE M, RODRIGUEZ DE VECCHI V. Mastectomías en el cáncer de mama. *Cir Uruguay*, 46: 293, 1976.
10. DUNPHY J. Modified radical mastectomy. *Cancer*, 28: 1624, 1971.
11. GONZALEZ E, SOLMESKY J, LOPEZ R, BELTRAN R. Mastectomías en menos en el cáncer de mama. *Rev Argent Cir*, 23: 311, 1972.
12. HAAGENSEN CD. The choice of treatment for operable breast cancer. *Surgery*, 76: 685, 1974.
13. HULTBORN A, HULTEN B, ROSENGREN B. Effectiveness of axillary lymph node dissection in modified radical mastectomy. *Ann Surg*, 179: 269, 1974.
14. LACOUR J, REYNIER J. Amputation du sein ou chirurgie plus limitée dans le cancer. *Nouv Presse Méd*, 1: 43, 1972.

15. MADDEN JL. Modified radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 121: 1221, 1965.
16. MEROLA L. Obras completas. *El Siglo Ilustrado*, 1: 46, 1941.
17. MEROLA L (h). Actualización en patología mamaria. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 20º, 2: 125, 1969.
18. ORLANDO E. Mastectomías radicales en menos. Criterio y experiencia. *Rev Argent Cir*, 23: 314, 1972.
19. PAPATESTAS A. Treatment of breast carcinoma by modified radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 140: 22, 1975.
20. PATEY D. A review of 146 cases of breast cancer. *Br J Cancer*, 21: 260, 1967.
21. PRIARIO J. Mastectomia radical modificada. *Rev Argent Cir*, 30: 81, 1976.
22. RENDALL H, PATEY D. Efficiency of axillary clearance in operation for breast cancer. Lymphangiographic observations. *Br J Surg*, 52: 565, 1965.
23. RIVEROS M. Cirugía radical del cáncer de mama. *Rev Argent Cir*, 30: 88, 1976.
24. ROUVIERE, H. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Paris. Masson, 1932.
25. SCHARTZ M. Operaciones radicales modificadas en menos para el tratamiento del cáncer de mama. *Rev Argent Cir*, 23: 316, 1972.
26. TOLEDO CORREA N, IRAOLA M. Carcinoma mamario y metástasis en los ganglios interpectorales. *Cir Uruguay*, 40: 256, 1970.
27. TURNER - WARNICK R. The lymphatics of the breast. *Br J Surg*, 46: 574, 1959.
28. URIBURU J. La mama. Buenos Aires. Científica Argentina, 1957.
29. URIBURU J, BERNARDELLO E. Operaciones radicales modificadas en cáncer mamario. *Rev Argent Cir*, 17: 215, 1972.
30. VIGIL E. La aponeurectomía del seno. Técnica del Prof. L. Mérola. *Sem Med*, 7: 496, 1936.
31. YONEMOTO R. Complete axillary node dissection with preservation of the pectoralis major muscle. *Arch Surg*, 102: 578, 1971.