CIR. DEL URUGUAY, V. 51, Nº 6: 581-582, noviembre/diciembre 1981

Multicentricidad en el cáncer de mama. A propósito de 4 observaciones

Dres. Hugo Maglione, Antonio Veroli, Alfredo Armand Ugón, Guillermo Roca y Eduardo Garat

Los autores plantean la controversia existente en el tratamiento del cáncer de mama entre los procedimientos clásicos que como principio extirpan toda la mama y los procedimientos de resección segmentaria de ésta.

Se presentan 4 casos en los que se hallaron 2 focos neoplásicos aislados.

Se concluye que de acuerdo con esto el procedimiento mínimo que se debe realizar es la mastectomía total.

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

INTRODUCCION

En los 10 últimos años han sido numerosos los trabajos referentes al tratamiento del cáncer de mama orientados a sustituir el tratamiento clásico, o sea la mastectomía radical, por procedimientos menos agresivos: la mastectomía radical modificada, la mastectomía simple y luego las mastectomías segmentarias y cuadrantectomías. Estas dos últimas técnicas han sido sumamente resistidas por la gran mayoría de los cirujanos y ha retomado actualidad el tema del origen multicéntrico del cáncer de mama.

Ya en 1931 Creatle y Cutler, realizando amplias secciones de mamas neoplásicas, destacaban varios casos en que habían hallado focos dispersos de células atípicas a distancia de la masa principal con histología similar o diferente a ésta. Desde entonces muchos autores se han ocupado del tema atribuyéndosele variable frecuencia al cáncer multicéntrico de mama; así para Qualheim y Gall (5) oscila entre el 17 % y el 35 %, para Kenn y Brooks es del 7 %, para Tellem (7) el 26,5 %, para Fisher (3) el 13,4 %.

Gallager y Martin (4) estudiando pacientes con imágenes sospechosas en la mamografía en la periferia del tumor principal, hallaron "areas de hiperplasia atípica" o "carcinoma intraductal" en el 75 % de 34 carcinomas y la mitad eran cánceres invasivos.

Presentado como Tema Libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1980.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar, Residente de Cirugía y Médicos Auxiliares.

Dirección: Cebollatí 1734. Apto. 502. Montevideo. (Dr. H. Maglione)

Clínica Quirúrgica 2. (Prof. Uruguay Larre Borges) Hospital Maciel. Fac. Medicina. Montevideo.

Cheatle y Cutler y Geschickter y Martin desarrollaron la teoría de que el cáncer mamario aparece bajo la influencia de estímulos carcinogenéticos. Así las pacientes portadoras de enfermedad fibroquística de la mama son quienes con más frecuencia presentan neoplasmas. Además demostraron que si estas mamas patológicas son examinadas detenidamente se hallan con variable frecuencia focos microscópicos de células atípicas. Estos librados a su propia evolución pueden evidenciarse clínicamente en el 10 % de los casos (1).

La presencia de otros focos de cáncer en la misma mama es una realidad y su frecuencia varía de acuerdo al método que se aplique en su indagación (2, 6). A tal efecto señalaremos que la traducción clínica y paraclínica de los mismos resulta muchas veces nula e indemostrable. Se debería insistir en el estudio minucioso y sistemático del resto de la mama que presenta una lesión demostrada, con lo que el número de estas lesiones sin traducción ostensible se elevaría en grado sumo.

Hemos reunido en el curso de este año cuatro neoplasmas dobles de mama:

Caso 1. — R.F. (Clín. Quir. 2) Paciente de 76 años que ingresa para tratamiento de nódulo de mama derecha, cuadrante súpero externo, de 3 meses de evolución. Es intervenida quirúrgicamente el 17/3/80 realizándose mastectomía radical modificada según técnica de Mérola. El estudio anátomo patológico demuestra la presencia de dos nódulos mamarios; ambos correspondientes a una neoformación epitelial tumoral atípica, sólida e infiltrante con los caracteres de un carcinoma indiferenciado sólido esquirroso. Diagnóstico de archivo: Carcinoma indiferenciado sólido esquirroso doble de mama.

Caso 2. — B.B. (U.E.) Paciente de 64 años portadora de dos nódulos de mama separados aprox. 5 cms. entre sí, uno en cuadrante súpero externo y otro central. Es intervenida quirúrgicamente el 16/8/80 realizándose mastectomía radical modificada según técnica de Mérola. El estudio anátomo patológico indica que las dos tumoraciones enseñan al corte la estructura de un adenocarcinoma. La mayor corresponde a un adenocarcinoma sólido a células cubocilíndricas con estroma laxo. La menor (central) a un adenocarcino-

ma a células cubocilíndricas de citoplasma claro, a disposición pseudo espinosa, con exudado linfocitario en el estroma. Diagnóstico de archivo: Adenocarcinoma doble de mama.

Caso 3. — C.D. (IMCU) Paciente de 46 años con dos nódulos de mama, uno por encima y otro por debajo de la aréola. Es intervenida quirúrgicamente el 14/12/79 realizándose mastectomía radical. El estudio anátomo patológico demuestra la presencia de dos tumoraciones sólidas infiltrantes separadas por tejido mamario de morfología normal. Ambas corresponden a un adenocarcinoma a células cubo cilíndricas a disposición travecular con marcada reacción conjuntiva del estroma de tipo esquirroso. Diagnóstico de archivo: adenocarcinoma doble de mama.

Caso 4. — C.M. de V. (part.) Paciente de 54 años portadora de un nódulo central de mama izquierda. Es intervenida quirúrgicamente realizándose mastectomía radical. El estudio anátomo patológico demuestra que el nódulo central que se palpaba corresponde a un adenocarcinoma esquirroso de mama. Sobre la zona axilar se halla un cistadenocarcinoma de mama. Diagnóstico de archivo: adenocarcinoma de mama (esquirro); cistadenocarcinoma de mama.

Hemos presentado cuatro casos de carcinoma doble de mama. Al decir dobles nos referimos a la presencia de dos focos neoplásicos separados entre sí por tejido mamario normal.

La histología fue similar en los dos nódulos en tres casos y diferente en el restante.

La presencia de dos nódulos fácilmente evidenciables nos hace suponer que seguramente existen otros focos microscópicos que pasan desapercibidos en el examen anátomo patológico de la mama.

En tres casos los dos nódulos no hubieren sido resecados de realizarse una mastectomia segmentaria.

El abogar por una cirugía de resección limitada en el cáncer de mama no respeta ciertos principios oncológicos de resección de la totalidad del órgano en que radica la enfermedad neoplásica.

El concepto real de la multicentricidad del cáncer de mama conduce al cirujano a efectuar una exéresis de toda la mama para ponerse a resguardo de dicha posibilidad. De esta manera se evita dejar enfermedad residual mamaria que condiciona una mala evolución por no haber sido radical la resección. Por otra parte las mastectomías segmentarias obligan al empleo de terapéuticas complementarias que conceptualmente no son tan eficaces como la cirugía y que además agregan una serie de efectos secundarios indeseables.

El objetivo de esta comunicación radica en insistir en la mastectomía total para evitar el riesgo de recidiva neoplásica en la mama, proponiendo este procedimiento como el mínimo a realizar en el tratamiento pretendidamente radical. Toda otra resección de menor jerarquía puede dejar enfermedad residual de difícil manejo diagnóstico y terapéutico ulterior.

RESUME

Multicentricité du cancer du sein. A propos de quatre Observations

Les auteurs présentent l'opposition existente à propos du traitement du cancer du sein, entre les procedes classiques de resection total et les techniques de resection partielle.

On presente quatre malades parmi lesquelles on apparue deux foyers en deux cas.

En conclussion l'exèrese totale s'impose.

SUMMARY

Multicentricity in breast cancer. 4 cases

The authors refer to the conversy which exists in treatment of breast cancer, involving classic procedures —which, as a matter of principle involves excision of the whole mamma— vis-à-vis segmentary resection of breast.

Case material consist of 4 cases in which 2 isolated neoplasic foci were found.

As conclusion, the authors favour total mastectomy as minimal procedure.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASHIKARY, R.; HUVOS, A. G. and SNYDER, R. E. - Prospective study of non infiltrating carcinoma of the breast. Cancer, 39: 435, 1977.
2. BROWN, P. W.; SILVERMAN, J.; OWENS, E.; TABOR, D. C.; TERZ, J. J.; LAWRENCE, W. - Intraductal non infiltrating carcinoma of the breast. Arch. Surg., 111: 1063, 1976.
3. FISCHER, E. R.; GREGORIO, R.; REDMOND, C.; VELLIOS, F.; SOMMERS, S. C. and FISHER, B. - Pathologic Findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol Nº 4) - I. Observations Concerning the Multicentricity of Mammary Cancer. Cancer, 35: 247, 1975.
4. GALLAGER, H. S. and MARTIN, J. E. - The study of mammary carcinoma by mammography and whole organ sectioning. Cancer, 23: 855, 1969.
5. QUALEIM, R. E. and GALL, E. A. "Breast carcinoma with multiple sites of origin. Cancer, 10: 460, 1957.
6. ROSEN, P. "Correlation of suspicious mammograms and X-rays of breast biopsies during Surgery. Cancer, 31: 656, 1973.
7. TELLEM, M.; PRIVE, L. and MERANZE, D. R. Four quadrant study of breasts removed for carcinoma. Cancer, 15: 10, 1962.