

Las Calcificaciones de los Tumores Malignos

Otro signo de extraordinario valor diagnóstico son las calcificaciones.

Las calcificaciones vistas en el carcinoma se caracterizan por ser pequeñas, como granos de sal fina, puntiformes o algo alargadas, y por estar irregularmente agrupadas en un sector de la mama muy juntas unas a las otras, lo que las hace incontables. Estas calcificaciones están en los focos de necrosis tumoral y especialmente se encuentran en la parte necrótica central de los tubos carcinomatosos (comedocarcinoma).

De acuerdo a las características del tumor: nodular infiltrante o intracanalicular no infiltrante, las calcificaciones se encontrarán en el interior de un nódulo, o como único signo radiológico, es decir, sin imagen nodular; y, como frecuentemente las formas infiltrante nodular e intracanalicular no infiltrante están asociadas, encontraremos las calcificaciones dentro y fuera del nódulo.

Estas calcificaciones que encontramos en casi el 30 % de los tumores malignos, constituyen uno de los aspectos fácilmente visibles con que puede presentarse el cáncer mamario.

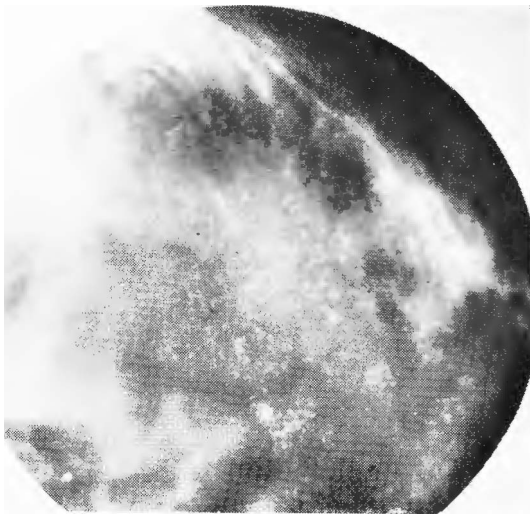


Fig. 5. — Radiografía simple, incidencia craneo caudal muestra incontables calcificaciones puntiformes diseminadas en la zona interna del seno.

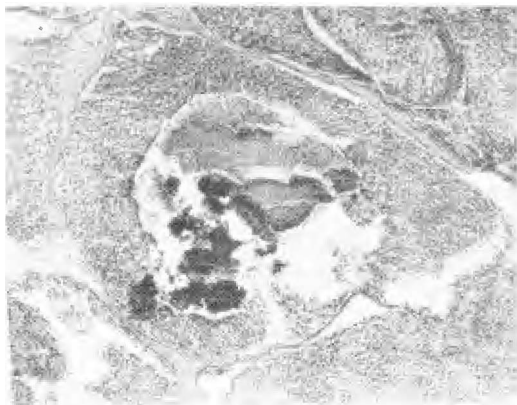


Fig. 6. — Microfotografía del mismo caso. Estudio histológico, Dr. B. Scolnik: cáncer infiltrante con numerosas figuras de comedocarcinoma, necrosis central y calcificación.

La presencia de calcificaciones en los tumores benignos y malignos son conocidas desde hace mucho tiempo por los patólogos y radiólogos; pero, considero que las múltiples calcificaciones puntiformes que he encontrado en el carcinoma mamario establecen un nuevo signo radiológico de extraordinario valor diagnóstico.

Las Calcificaciones en los Procesos Benignos

Quiero destacar que no todas las calcificaciones mamarias están necesariamente asociadas a los procesos malignos, ya que se pueden encontrar con características radiológicas diferentes en procesos benignos tales como quistes, enfermedad fibroquística, fibroadenoma, o en los canales galactóforos y vasos sanguíneos. Estas calcificaciones no disminuyen el gran valor diagnóstico que le hemos atribuido a las calcificaciones en los procesos malignos, pero sí recalcan la necesidad de suficiente experiencia para su interpretación correcta, debiendo practicarse una biopsia en todo caso de duda.

Las calcificaciones en los quistes y en la enfermedad fibroquística pueden, a veces, ser algo similar a las encontradas en carcinoma. La diferencia más notable está en su distribución; o sea, las calcificaciones en los quistes —que son poco frecuentes— se encuentran en un área circular, predominando en la periferia.

Las pequeñas calcificaciones puntiformes que se encuentran en la enfermedad fibroquística (especialmente en las descamaciones canaliculares) son bilaterales y se observan con cierta dificultad en la radiografía como pequeños puntos redondeados localizados en un sector del seno o diseminados en toda la mama, y más separados entre sí que los vistos en procesos malignos. Las radiografías de cortes macroscópicos de las piezas operatorias de la enfermedad fibroquística muestran claramente y en mayor número estas calcificaciones que las radiografías de la mama in vivo.



Fig. 7. — Esquema de calcificaciones en carcinoma; siembra de calcificaciones incontables, puntiformes o alargadas, muy juntas unas a otras, predominando céntricamente.

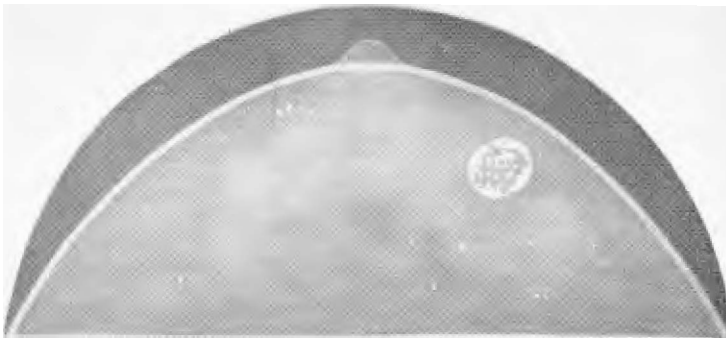


Fig. 8. — Esquema de calcificaciones en enfermedad fibroquística. Pequeñas calcificaciones en un área circunscripta predominando en la periferia (calcificaciones en quiste); y pequeñas calcificaciones puntiformes, redondeadas diseminadas en el seno (en descamaciones canaliculares).

Las calcificaciones en fibroadenomas generalmente son grandes, menos numerosas y claramente visibles; tienen tendencia a confluir o pueden frecuentemente estar dispuestas en la cápsula tumoral.

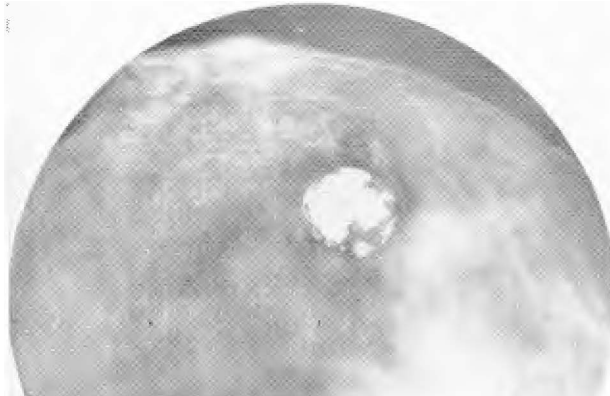


Fig. 9. — Radiografía simple, incidencia cráneo caudal muestra nódulo redondeado con gruesa calcificación central y fino anillo periférico. Informe anátomo-patológico, E. Castro: fibroadenoma con degeneración hialina, necrosis y calcificación.

Las calcificaciones en las paredes de los canales galactóforos son también claramente visibles, mostrando bordes paralelos o circulares (según la incidencia radiológica) y su aspecto es inconfundible.

Las calcificaciones en los vasos sanguíneos (frecuentes en mujeres de edad) tienen sus propias características radiológicas. Hemos notado que se encuentran vasos sanguíneos calcificados con más frecuencia en la vecindad de un tumor maligno que en el seno opuesto.

Forma Edematosa

En algunos tumores malignos de la mama el signo radiológico predominante y de fácil apreciación es el edema dérmico. Este se traduce por el ensanchamiento de la línea que representa el grosor de la piel que puede llegar hasta 1 cm., siendo lo normal 1 mm.

La característica del edema en condiciones malignas es de extenderse rápidamente a toda la piel de la mama, predominando en el cuadrante ínfero-interno. El edema es un signo de gran valor diagnóstico, aunque puede también verse con características bastante similares en la tuberculosis y otros procesos inflamatorios.

El edema sub-cutáneo muestra engrosamiento y exageración del retículo del tejido conectivo sub-cutáneo. Aunque de menos valor diagnóstico que el edema cutáneo, en casos de procesos malignos ambos son de mal pronóstico.

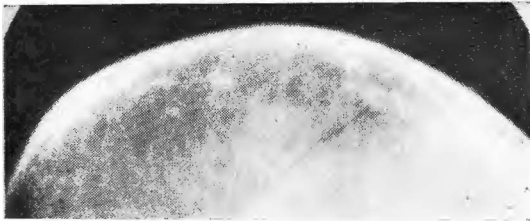


Fig. 10. — Radiografía simple, incidencia craneo caudal muestra forma edematosa de cáncer de mama. Engrosamiento cutáneo y estructura areolar subcutánea

Carcinosis y Forma Difusa

Con cierta frecuencia se ven enfermas que consultan por una tumoración de toda la glándula mamaria, apreciándose a la palpación un tumor duro y grande que parece estar muy próximo a la piel.

La traducción radiográfica de esta forma de cáncer mamario (carcinosis) es muy característica. Nos encontramos con una tumoración de todo el cuerpo mamario, mucho más chica y alejada de la piel de lo que se aprecia clínicamente.

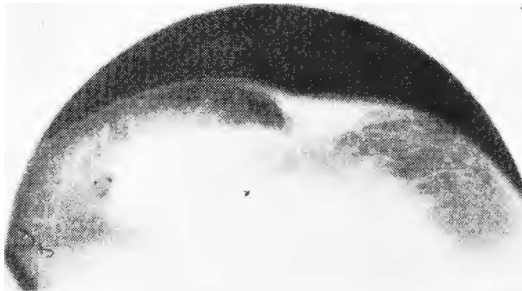


Fig. 11. — Radiografía simple, incidencia craneo caudal. Infiltración masiva del cuerpo mamario con retracción del mamelón, carcinosis.

Formas difusas del cáncer mamario pueden corresponder a una etapa anterior a la carcinosis y su diagnóstico radiológico puede presentar dificultades. Generalmente se visualizan como una opacidad mal definida de menor tamaño que la tumefacción palpable, pudiendo tener tractos fibrosos convergentes.

Queremos subrayar que el hecho de no visualizar signos de malignidad en el examen radiológico, no justifica la exclusión de tal posibilidad desde que características anatómicas del carcinoma o condiciones inherentes del seno que afectan su translucencia pueden, algunas veces, impedir la visualización de un proceso maligno.

CAPITULO III

IMAGENES RADIOGRAFICAS DE PROCESOS MAMARIOS BENIGNOS

Mastopatías Funcionales.

Fibroadenoma.

Mastitis.

Es imprescindible completar el estudio radiográfico del cáncer mamario con un capítulo sintético de las imágenes más frecuentes que pueden verse en los procesos benignos.

MASTOPATIAS FUNCIONALES

Hiperplasia Fibrosa.

Hiperplasia del Parénquima.

Enfermedad de Reclus.

Estos procesos, posiblemente de origen hormonal, algunos de ellos más fisiológicos que patológicos, pueden responder a la persistencia o exageración de los estados funcionales del ciclo normal de la glándula, y tienen como substractum anatómico una hiperplasia del tejido conectivo fibroso, de los epitelios glandulares o formaciones quísticas.

Hiperplasia Fibrosa

Corresponde frecuentemente al cuadro descrito por Cheatele y Cutler con el término de mazoplasia. Se caracteriza por un cuerpo mamario grande, opaco y bien delimitado.

La galactografía revela canales finos, poco desarrollados que terminan en pequeñas dilataciones ampulares.

Hiperplasia del Parénquima

La galactografía muestra un gran desarrollo lobular.

En la adenosis se encuentra una fibrosis difusa, con pequeñas imágenes nodulares y el tejido grasoso escaso. En el parénquima hay variaciones en la morfología de sus elementos glandulares, unos, los más característicos, con abundante desarrollo lobular; otros, dilatados, a veces con papilomas, y aún otros, finos y atróficos.



Fig. 12. — Radiografía simple, incidencia craneo caudal muestra el cuerpo mamario grande, denso y nodular con escaso tejido grasoso. Mujer de 30 años con adenosis.

Enfermedad de Reclus

Cuando predominan las formaciones quísticas, la radiografía simple muestra numerosas imágenes redondeadas de distintos tamaños, diseminadas en una mama fibrosa o en un sector de ella. Si el tejido fibroso es muy abundante su densidad puede ocultar los contornos quísticos. Pero de todos modos, la traducción de un proceso fibroquístico siempre es muy manifiesto y su tamaño es mayor de lo que se aprecia clínicamente, mientras que en los procesos malignos la imagen radiográfica es menor de lo que se palpa.



Fig. 13. — Radiografía simple, incidencia craneo caudal muestra numerosas imágenes redondeadas de diferentes tamaños, más grandes en el film que a la palpación, característico de la enfermedad fibro-macroquística.

Como ya hemos dicho, en los procesos fibroquísticos pueden encontrarse pequeñas calcificaciones puntiformes en ambos senos que no deben ser confundidas con las de los carcinomas.

El hecho de constatar una mastopatía funcional no es motivo, dada su frecuencia, para descartar otros procesos, y el radiólogo debe esforzarse para buscar a través del tejido fibroso la posible existencia de malignidad.

FIBROADENOMA

La imagen radiográfica del fibroadenoma es un nódulo redondeado o polilobulado de bordes lisos, de mayor tamaño que el que se aprecia clínicamente. Como todo proceso mamario es netamente visible en las mujeres de edad y poco en las mamas fibrosas de las jóvenes.

Las imágenes polilobuladas corresponden al tipo de fibroadenoma intracanalicular, y las formas polilobuladas gigantes de crecimiento rápido, a la variedad phyllodes.

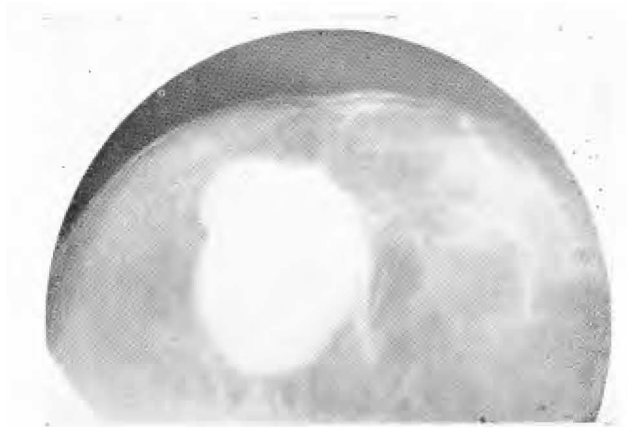


Fig. 14. — Radiografía simple, incidencia cráneo caudal muestra tumor bilobado, de aspecto encapsulado, de mayor tamaño que lo apreciado a la palpación. Estudio anátomo-patológico, Dr. B. Scolnik: fibroadenoma peri e intracanalicular quístico.

MASTITIS

Aguda.

Canalicular y Pericanalicular Crónica.

Residual.

Tuberculosa.

En este capítulo describiremos las imágenes radiográficas de un conjunto de procesos heterogéneos de origen infeccioso con sintomatología clínica y radiológica muy variada, de acuerdo a sus distintas formas anatómicas.

El diagnóstico clínico en las formas agudas es generalmente fácil; pero las formas sub-agudas y crónicas pueden simular el carcinoma.

Las imágenes radiográficas de los procesos inflamatorios en general no son tan nítidas como las imágenes vistas en los procesos tumorales, y el diagnóstico se orienta por la ausencia de los signos de malignidad ya descritos en los procesos malignos y por la existencia de signos radiográficos propios de los procesos inflamatorios.

Si bien siempre se deben radiografiar ambos senos, el estudio comparativo de los films de ambas mamas es, en estas circunstancias, imprescindible.

Mastitis Aguda

Puede ser vista a cualquier edad, pero la forma puerperal es la más frecuente y su traducción está algo dificultada por las condiciones anatómicas inherentes a la lactancia cuando el desarrollo glandular abundante con disminución del tejido grasoso hacen la mama menos traslúcida a los rayos.

En su período inicial la mastitis glandular aguda muestra en la radiografía una ligera opacidad difusa, aumento de vascularidad y edema sub-cutáneo. Este aspecto radiológico poco demostrativo hace que el diagnóstico dependa más de los hallazgos clínicos que del resultado radiográfico.

En las formas supuradas, y especialmente en los grandes abscesos, una intensa opacidad ocupa prácticamente toda la mama.

Con poca frecuencia se observa un engrosamiento de la piel por edema con características similares al visto en carcinoma. En general, el edema inflamatorio es más limitado que en las condiciones malignas y no compromete toda la piel del seno.

La mastitis aguda supurada sub-areolar se visualiza con nitidez como una opacidad intensa sub-areolar, que forma cuerpo con la piel, la cual presenta un edema limitado a esa región.

Mastitis Canalicular y Pericanalicular Crónica

Mujeres próximas a la menopausia consultan con cierta frecuencia por un cuadro clínico caracterizado por secreciones espesas, retracción del mamelón uni o bilateral, y a veces por una tumefacción dolorosa, de poco tiempo de evolución que a la palpación puede simular el cáncer.

El substractum anatómico de este cuadro clínico, descrito por algunos autores con el nombre de mastitis a plasma cell, está constituido por dilataciones de los canales galactóforos, los cuales están parcialmente llenos de secreciones espesas, y por un proceso inflamatorio canalicular y pericanalicular con predominio de linfocitos, células plasmáticas y una hiperplasia del tejido fibroso.

En las formas supuradas se encuentran leucocitos polinucleares y abscesos. Estos distintos constituyentes anatómicos de las mastitis canalicular tienen su traducción radiográfica y su conjunto forma un cuadro radiológico bastante característico.

Los canales dilatados con secreciones espesas pueden ser vistos en la radiografía simple como conductos fragmentados o anillos con zonas de mayor transparencia que el tejido vecino. Consideramos que esta transparencia es debida más bien a la presencia de aire o gas dentro de las galactóforos que a la transparencia propia de las secreciones espesas.

Con cierta frecuencia se ven en la radiografía las paredes de los canales galactóforos calcificadas, lo cual confiere un aspecto radiográfico inconfundible.

La hiperplasia del tejido fibroso alrededor de los canales se traduce por un aumento de opacidad y retracción del cuerpo mamario.

El proceso inflamatorio agudo sobreagregado se ve como una sombra difusa y edema.

Es frecuente que estos procesos sigan una topografía canalicular y que en lugar de las finas espículas de los carcinomas se vean gruesas sombras triangulares de poca densidad que se dirigen hacia la piel. La galactografía contrastada es muy demostrativa, observándose muy claramente los canales dilatados rellenos de las secreciones espesas y, en ciertas oportunidades, imágenes lacunares producidas por granuloma, posiblemente originados éstos por la acción química irritante de las secreciones.

Mastitis Residual de la Lactancia

La mastitis residual de la lactancia se caracteriza por un aumento del estroma fibroso en la región afectada, lo cual es fácilmente apreciado en la radiografía por una sombra difusa y densa que abarca un área de mayor tamaño de lo apreciado clínicamente. Esta imagen es bastante característica y de gran ayuda en el diagnóstico diferencial con el cáncer.

MASTITIS TUBERCULOSA

El diagnóstico clínico en la forma primaria no fistulizada de tuberculosis mamaria presenta grandes dificultades. Nosotros hemos tenido oportunidad de estudiar 13 casos de tuberculosis de la glándula mamaria, confirmada por el examen histológico o por inoculación positiva en cobayos. Las imágenes obtenidas de estos casos aunque no patognómicas, fueron de ayuda para orientar su diagnóstico.

Las imágenes radiográficas que hemos encontrado pueden resumirse en tres formas: tipo nodular, tipo edematoso y tipo esclerosante.

Tipo Nodular

La imagen nodular puede estar localizada en la región subareolar, en la glándula misma o en la región retromamaria. Los bordes del nódulo pueden ser mal definidos o lisos y circunscriptos simulando un quiste. El diagnóstico de esta forma de tuberculosis mamaria (absceso frío) es muy difícil de diferenciar del cistoadenocarcinoma, pues ambos pueden presentar un aspecto radiológico similar y ambos son muy opacos a la transiluminación.

Tipo Edematoso

La forma edematosa la hemos encontrado en enfermas que además de la lesión mamaria presentaban importantes adenopatías en la axila correspondiente. En general, el aspecto radiológico de este edema es muy similar al visto en las formas edematosas del carcinoma de la mama.

Un hecho clínico objetivo de interés es que la forma edematosa de la tuberculosis hace descender más el seno que lo que se ve habitualmente en las condiciones malignas.

Tipo Esclerosante

La forma esclerosante muestra un aumento de la densidad del seno con el aspecto de una hiperplasia del tejido conectivo, sin formación de espículas.

La galactografía contrastada en la tuberculosis mamaria nos ha mostrado en algunas oportunidades efracción de los canales galactóforos y amplio pasaje del medio de contraste a la zona afectada.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR. — Se va a pasar a la discusión. Tiene la palabra el Dr. Rodríguez López.

Dr. RODRIGUEZ LOPEZ. — Una vez más vamos a intervenir en la discusión sobre este trabajo porque no podemos pasar en silencio sin agradecerle al Dr. Raúl Leborgne que haya traído a esta reunión especializada, un aporte científico tan bien logrado y documentado.

Este trabajo que se gestó dentro del Servicio de Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, que dirige el Dr. Félix Leborgne, habiéndole aportado al autor de este trabajo, todo el material que hubo en sus servicios y clínicas los que dirigen éstas dentro del hospital.

El trabajo realizado sobre el tema, es indiscutiblemente en muchos aspectos el único que así se estructura en el mundo entero en el aspecto radiográfico más sutil, y novedoso de la mama.

El comentario mundial que se ha hecho a este trabajo, hablan del valor jerárquico del mismo y de la alta contribución que su presentación trae dentro de este Congreso Nacional de Cirugía, para que los cirujanos generales de nuestro país, conozcan el adelanto importante que sobre tumores mamarios se ha hecho en estos últimos años.

Al terminar destaco el mérito de esta contribución que el Dr. Raúl Leborgne ha mostrado en sus distintos aspectos con radiografías de nitidez extraordinaria en donde se muestra la realidad de sus afirmaciones.

SEÑOR COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Belloso.

Dr. BELLOSO. — En repetidas oportunidades he podido manifestar mi complacencia por el trabajo radiográfico del Dr. Leborgne en el estudio del cáncer de la mama. Los que en el Hospital Pereira Rossell siguen paso a paso la labor intensa, asidua, silenciosa, del Dr. Leborgne, y tan eficaz para secundarnos en nuestro diagnóstico, tenemos que repetir en todos los ambientes en que nos encontremos, que el Dr. Leborgne ha hecho un aporte positivo, valioso, al progreso de la patología mamaria con sus estudios radiográficos. Llama la atención que en otras partes del mundo, tan avanzadas en distintos aspectos de la medicina y aún en ambientes cercanos al nuestro, no hayan logrado aquilatar el interés extraordinario de estos estudios radiográficos para el diagnóstico del cáncer mamario. En ese sentido yo me permito no sólo llamar la atención sino insinuar a los colegas aquí presentes que empleen cada vez más el recurso de la radiología mamaria para ayudar a resolver sus casos de duda frente a la patología de la mama. Muchos casos de los presentados por el Dr. Leborgne, fueron conducidos al acto quirúrgico después que él nos hizo el diagnóstico radiológico, desvaneciendo nuestras dudas clínicas y aún a veces con un tanto de escepticismo frente a los resultados de la radiología. Los hechos casi siempre le han dado la razón, así que, a despecho de la amistad fraternal que me une al relator quiero dejar sentada mi felicitación por el brillante trabajo presentado al Congreso de Cirugía.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Chifflet.

Dr. CHIFFLET. — Yo voy a manifestar en primer término que cuando el Dr. Leborgne hace algunos años, comenzó sus publicaciones respecto al estudio radiográfico de la mama, en mi condición de cirujano que no solamente interviene en el aspecto diagnóstico sino en el aspecto terapéutico de estos tumores, tuve la impresión que era necesario crear en la persona que estudia este tipo de enfermedad un hábito donde fuese mezclado el sentido del diagnóstico y el sentido de la terapéutica, es decir de que muchos de estos tumores eran seleccionados desde el punto de vista del diagnóstico, y habíamos llegado a una posición en que nos sentíamos cómodos, sabiendo el tratamiento correcto de la lesión 100 % diagnosticada, y cuál era la conducta que correspondía para aquellas lesiones que escapan a ese diagnóstico 100 %.

Posteriormente hemos seguido los trabajos del Dr. Leborgne y en el momento actual podemos decir que ese grupo empieza en los que la clínica por sí sola no es capaz de hacer el diagnóstico categórico y beneficiarse enormemente del estudio radiográfico. Hemos tenido oportunidad de comprobar en distintos tipos de lesión, como en el tipo de la mama sangrante, de rozamientos simples del pezón sin tumor palpable, el diagnóstico radiográfico que nos permitió no solamente saber la naturaleza de la enfermedad y hacer por lo tanto una terapéutica en relación con esa enfermedad sino hasta ir a la intervención mínima que permitió en algunos casos ir a la exéresis de la cadena mamaria con el papiloma correspondiente, sin tocar el resto de la glándula.

Esa etapa ha sido para nosotros de un enorme interés, sobre todo a medida que uno va afinando el tratamiento de estas enfermas en las cuales uno no desea ser mutilante. Ultimamente he tenido oportunidad de ver una observación que me ha resultado realmente convencido de la extraordinaria eficacia del estudio radiográfico. El Dr. Leborgne me hizo examinar una mama que tenía un pequeño nódulo clínicamente de naturaleza benigna, y me dijo que la examinase totalmente, con toda precisión, dedicándole todo el tiempo que quisiese; me insinuó que examinase la mama del otro lado; era una dama extranjera, joven; cuando terminé el examen no había notado nada; el Dr. Leborgne me mostró la placa del otro lado en la cual se veía la lesión que yo había palpado, pero además, un carcinoma difuso de toda la glándula, y el hecho más importante que jamás pensé, es que el mismo proceso de la mama estaba en el otro lado. Indudablemente que yo me quedé con duda respecto a si estas calcificaciones diseminadas a toda la mama correspondían a carcinomas; los hechos posteriormente lo han demostrado; yo he hablado con el cirujano que operó a la enferma que fué estudiada del punto de vista histológico y encontró una diseminación neoplásica; esa radiografía permitió hacer el diagnóstico radiológico en una mama que yo como cirujano, palpaba la mama, con un poco más de sentido quirúrgico de lo que puede hacer el médico radiólogo y muchos cirujanos la podrán palpar mejor que yo, pero frente a esa mama, buscando metaplasias, del punto de vista del cáncer, no mostraba cáncer y la radiografía lo mostró y lo indicó. Sobre todo la lesión bilateral en un seno donde no había signo ninguno. Yo pediría que en el tiempo que corresponde al Dr. Leborgne contestar las apreciaciones, pueda disponer de mostrarnos si tiene esas placas, que a mi modo de ver son muy interesantes.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Larghero.

Dr. LARGHERO. — El Dr. Leborgne ha hecho una admirable exposición del método radiológico del estudio de la mama. Y lo admirable no es solamente que se ha valido de los documentos anatómicos para probar la certeza de sus conclusiones, sino que ha sabido traer las imágenes sobrepuestas de modo de provocar la convicción en todo el que ve la

similitud entre el aspecto radiológico y el aspecto anatómico-patológico, más aún, ese estudio anatómico-patológico calcado sobre el estudio radiológico le permite llegar a un diagnóstico no sólo de naturaleza del tumor sino de topografía de la mama y de su canalización por el procedimiento. Los que, como cirujanos y como patólogos, hemos vivido muchos años los errores propios y los ajenos en el doble sentido de hacer la resección de un sector de la mama, creyendo que es un tumor benigno y confirmarlo después histológicamente maligno, habiendo expuesto a la enferma al doble traumatismo moral de afirmarle la naturaleza del tumor, indicándole la intervención y habiendo expuesto más a lo otro: al examen de la mama matizado con el diagnóstico de certeza de tumores malignos que no eran tumores malignos, recalco que he dicho al principio los errores propios y los ajenos.

Consideramos que no hay derecho de llevar a la mesa a una enferma para hacer la resección de un tumor que no sea benigno, probadamente benigno, sin haber agotado los recursos para tener esa certeza, y entre esos recursos evidentemente está el examen radiológico.

Por consiguiente yo creo que lo que el Dr. Lborgne trae aquí es la expresión de un método rigurosamente científico, de cotejo anatómico-patológico y radiológico, trae el recurso de un elemento de diagnóstico, en realidad fundamental y lo trae a los cirujanos y a las propias enfermas la seguridad de que no se va a sacar un seno que no tiene un tumor ni se va a hacer una operación limitada para lo que resulta ser un cáncer y hacer operación de segunda instancia, que es grave y tremenda para la psicología de la enferma.

Sr. COORDINADOR. Tiene la palabra el Dr. Caprio.

Dr. CAPRIO. — Yo, antes que nada, deseo expresar mis plácemes por haber oído esta magnífica disertación y esta espléndida presentación dado que significa un documento extraordinario. Creo que es de un enorvalor sobre todo como confrontación de datos anatómicos y de datos radiológicos; como ustedes han visto en el curso de la exposición cada elemento radiológico ha correspondido con un elemento anatómico, de manera que se podía decir que es el documento radiológico de los elementos anatómicos macro y no digo micro, pero por lo menos de la minucia anatómica macroscópica.

Ahora bien, si esto puede ser considerado y yo lo considero así, una alta expresión de especulación, de investigación clínica, de investigación científica, yo creo que del punto de vista cancerológico, fundamentalmente y en especial del punto de vista de la terapéutica del cáncer de la mama, que es una enfermedad terrible, que es una enfermedad que evoluciona muy a menudo a breve plazo, que es una enfermedad que a pesar de todas las terapéuticas muy a menudo lleva al fracaso a pesar de la previsión de la terapéutica, yo creo, y tengo desde el punto de vista mi convicción completamente opuesta a esta investigación, que la conducta

del médico debe ser dirigida en primer término a hacer el diagnóstico lo más precozmente posible, pero no tanto el diagnóstico exacto sino lo que debe hacer el médico, y en especial el cirujano es establecer la conducta a seguir.

¿Qué se debe hacer frente a un tumor de la mama?.

Todas las medidas pueden ser citadas, pero hay un método fundamental que es la clínica, que junto con las anamnesis y los detalles de la evolución de la enfermedad nos pone prácticamente casi siempre en el diagnóstico. La exploración, para una persona avezada, simple palpación de un nódulo, podemos afirmar que no es inflamatorio, nos permite afirmar siempre o casi siempre sin temor a equivocarnos, si estamos frente a un cáncer o si no estamos frente a un cáncer.

Llegado a esta conclusión, ¿cuál es la conducta, la terapéutica de gran magnitud? La exploración; y ¿cuál es la exploración más segura?, la exploración que no se puede prescindir, la exploración más segura, la exploración que existe en todos lados, exploración que mismo frente a la radiología que nos diga frente a un tumor benigno en presumiblemente maligno, no nos va a impedir de ninguna manera de caer en la necesidad de hacer una segunda operación, esa intervención de exploración es la incisión exploratoria que para un cirujano de experiencia, solo o con un anatómo-patólogo al lado, le permite decir macroscópicamente frente a qué lesión está, y si hay duda el examen hecho de inmediato y diferido, en algunos casos.

Desde luego vuelvo a repetir: no quiero decir que los datos que nos aporta la radiología son inútiles, lo que me temo es que se pueda pensar que en algunos casos se puede prescindir de hacer una exploración quirúrgica, creo que la exploración quirúrgica es obligatoria en todos los casos. La mínima concesión que yo le hago a la exploración quirúrgica, incisión exploratoria posiblemente, es la punción exploratoria, el nuevo método que está haciendo su prueba en todas partes, como cosa absolutamente segura, y digo esto porque entiendo que una mama debe manipularse lo menos posible, a pesar de que todo procedimiento puede hacerse con delicadeza, pudiendo hacerse con toda suavidad, es necesario pensar que la mama es un órgano cercano, la tenemos al contacto de la mano, que tiene posibilidades de invasiones neoplásicas por cantidad de linfáticos, debe ser manipulada de la manera más suave posible, en una palabra, que cuando yo tengo que tratar una enferma con nódulo mamario, en primer término hago el diagnóstico clínico si está a mi alcance, con cierta experiencia se hace el diagnóstico, y el diagnóstico se reduce: ¿es o no es un cáncer?

Segundo, hecho este diagnóstico de presunción, la enferma que yo veo hoy, la opero mañana de mañana, sin más tardar, sin ninguna excepción, salvo contraindicación de orden especial de la enferma, de ambiente, o de orden del Hospital, donde no se puede operar todos los días porque hay dificultades de orden práctico, cuando no se tiene un servicio operatorio que funcione todo el día.

De manera que vuelvo a decir que me adhiero plenamente a todos los conceptos que ha demostrado tan brillantemente el Dr. Leborgne, pero tengo la impresión y sin menoscabarle en lo más mínimo, que es un poco como querer mostrar lo que es una mama cancerosa o no y yo me pregunto si frente a una lesión sospechosa de vientre se hace una laparatomía, si frente a la sospecha de una lesión de tórax se hace toracotomía, por qué vamos a detenernos en exploraciones que en el mejor de los casos necesitarán siempre, absolutamente siempre, la confirmación anatómica para tener más datos por este otro procedimiento, y no lo digo por la radiología, lo digo por otros procedimientos.

De manera que yo quería simplemente dejar bien sentado mi plena aceptación de estos elementos que ha aportado el Dr. Leborgne como datos de alto valor científico, pero que del punto de vista práctico deben de ser supeditados, en todos los casos, a la conducta del médico tratante.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Prat.

Dr. PRAT. — Indudablemente que hemos asistido a una brillantísima demostración del estudio radiológico de la mama. Como se ha comprobado perfectamente, no sólo por los radiólogos sino por todos los colegas cirujanos que han hablado y que me han precedido en el uso de la palabra, yo creo que si alguno tenía dudas de la importancia fundamental de la exploración semiológica, radiológica de la mama, hoy ya no puede tener dudas de esa clase, y hay que aceptar que la radiología constituirá en adelante un medio importante de exploración semiológica de la mama en colaboración con el cirujano en su estudio clínico antes de ir a la terapéutica.

Los cirujanos casi siempre hemos estado de acuerdo con los radiólogos en la mayor parte de los casos, que cuando el diagnóstico debe ser del estómago, de intestino, le hemos dado la derecha completamente y nunca lo hemos discutido y hemos aceptado que en el cáncer incipiente, el clínico está descartado, el que puede darnos una orientación grande y terminante de diagnóstico es la radiología.

En la mama el hecho no es tan categórico, no es tan preciso, pero el Dr. Leborgne hoy nos ha demostrado que tiene elementos fundamentales para poder colaborar en el diagnóstico clínico. Acepto la mayor parte de esos elementos que se han puesto de manifiesto, sin embargo creo que se le pueden hacer algunos reparos.

Por lo pronto en la parte canalicular, los tumores canaliculares, no estoy de acuerdo en que se haga una exploración intra canalicular de raspado, una biopsia que me parece bastante ciega y que siempre puede tener inconvenientes. O siempre quedará la duda de si estos raspajes o estas acciones cruentas no pueden provocar la multiplicación del tumor. Por eso creo y acepto que en cirugía tenemos nosotros una biopsia, la biopsia quirúrgica que extirpa toda la lesión. No toda la mama, sino toda

la lesión y que puede hacer el examen inmediato histológico por congelación o el examen tardío, lentamente para hacer la operación despues.

En la otra parte me ha parecido que muchas de las imágenes o algunas de las imágenes que se han presentado tienen lesiones muy avanzadas, al punto que parecía que había lesión ya invadiendo la piel con carácter macroscópico.

No sé si he podido apreciar bien estas cosas, porque no tengo gran experiencia en estas exploraciones radiológicas, pero daba un poco la impresión que fuera esto y sabemos perfectamente, como lo ha destacado el Dr. Caprio, que si algo tiene interés, importancia, en el diagnóstico del cáncer es el diagnóstico incipiente, el diagnóstico tardío cuando ya está desarrollado, que tiene una evolución bastante marcada, nunca el cirujano tendrá la seguridad de que puede curar una lesión de esta clase, pero desde ya me adhiero completamente a todas las felicitaciones y congratulaciones que han dirigido al Dr. Leborgne, las acepto y creo que éste es un método que tiene que marchar como elemento de colaboración con los clínicos y de paso me voy a permitir hacer una sugerencia al distinguido radiólogo y es la siguiente: hasta ahora hemos estado ofuscados con la propagación del cáncer por la vía linfática; hoy día las investigaciones de los anatomo-patólogos nos demuestran que esa propagación se hace por gran parte de las venas, por la vía venosa, y sobre todo de la vía perineural, en las que se habla del 30 %, y respectivamente de metástasis por estos elementos, en la mama, ese órgano tan axilar que lo podemos diagnosticar oportunamente, pero cuando está tomado la cadena mamaria interna y queremos con la intervención grande, el clásico método de Halsted, el cirujano va al fracaso, va al fracaso porque no va a explorar la cadena mamaria interna, no sabe que estos ganglios están ya tomados, y la metástasis se produce.

No cabe entonces ahora en una investigación o exploración más completa ir a ver si se puede encontrar algo y para eso pedirle la ayuda a la radiología? Yo creo que sí. Por eso le sugiero al distinguido radiólogo que se pueden hacer la flebografía de los elementos mamarios, de las venas de la región mamaria interna, sobre todo que nos puede demostrar si estas venas no están obliteradas por las metástasis neoplásicas de obliteración que nos llevan hasta donde se extienden estas metástasis, no sólo por vía linfática sino venosa y de sus vasos, porque indudablemente hoy por hoy el cirujano no puede hacer exploraciones grandes, intensas, verdaderas carnicerías como lo han propuesto algunos y que realmente la operación de la mama se transforma en una operación de una gravedad extraordinaria; por eso me permito sugerirle al radiólogo si no se puede hacer más intensamente la flebografía de la mama o alguna otra operatorio que funcione todo el día.

Sr. COORDINADOR. — Si nadie más hace uso de la palabra el Dr. Leborgne cerrará la discusión.

Dr. LEBORGNE. — Quiero agradecer a las autoridades del Tercer Congreso de Cirugía por haberme confiado este relato y a los señores congresales por la atención prestada y por sus opiniones emitidas.

Al Profesor Rodríguez López y al Doctor Belloso por sus amables comentarios. Al Profesor Chifflet por la oportunidad que me da de insistir en uno de los aspectos interesantes del diagnóstico radiológico como lo es la posibilidad del diagnóstico de una condición maligna sin la presencia de tumor palpable.

Al Profesor Larghero también por sus palabras al destacar la similitud de los documentos radiológicos y anatómicos, que es la base de este trabajo.

Al Doctor Caprio por su comentario, pero debo reiterar que el examen radiológico nos muestra con frecuencia el aspecto de una lesión maligna con más claridad que el examen macroscópico de una pieza operatoria, y por lo tanto cuando los signos radiológicos de malignidad son evidentes el cirujano puede prescindir de la biopsia extemporánea. Creo firmemente que este concepto, aunque nuevo, constituye uno de los principales adelantos prácticos del estudio radiográfico. Por otra parte no hay cosa más inocua que el estudio radiológico y dicho estudio no tiene por qué hacer perder tiempo a la enferma.

Al Profesor Prat por las sugerencias emitidas. En cuanto a la biopsia intracanalicular por lesiones papilares, nuestra experiencia que data del año 1944 ha contribuido a efectuar una cirugía correcta y todas nuestras enfermas hasta ahora están curadas. Esto no debe sorprender, pues se trata de lesiones pequeñas, frecuentemente benignas y otras de baja malignidad, y por tratarse de lesiones no palpables difícil de resolver con la biopsia corriente.

En cuanto al tamaño de los tumores malignos que he presentado, el grosor de sus nódulos en la mayoría de ellos es de alrededor de 2 cms. pero en muchos de ellos la radiografía muestra una propagación linfática o canalicular bastante más apreciable, propagación que muchas veces no se aprecia clínicamente.

**ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE RADIOLOGIA PARA
EL IV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA**

Sr. COORDINADOR. — Han sido propuestos los tres temas siguientes:

- 1º Estudio radiológico del intestino delgado;
- 2º Estudio contrastado del sistema vascular;
- 3º La radioterapia en el cáncer del pulmón.

Si no hay observaciones se va a votar.

(Se vota)

Sr. COORDINADOR. — Ha obtenido mayoría el tema “Estudio contrastado del sistema vascular”, quedando elegido como tema de la Seccional de Radiología para el IV Congreso a realizarse en Diciembre de 1953