

4to. CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

PRIMERA SESION PLENARIA



PRESIDENTE

Dr. CARLOS V. STAJANO

VICE-PRESIDENTE

Dr. JUAN C. DEL CAMPO

SECRETARIO GENERAL

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores de la Mama

RELATOR:

Dr. GERARDO CAPRIO



Miércoles 2 de Diciembre

Hora: 15

SEÑOR PRESIDENTE. — Queda abierta la primera sesión Plenaria del 4º Congreso Uruguayo de Cirugía. Invito a acompañarnos en el estrado a los Dres. Domingo Prat, José A. Mautone y Barsabás Ríos.

Tiene la palabra el Dr. Caprio.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LA MAMA

Dr. Gerardo Caprio

Cirujano del Instituto de Radiología. — Cirujano del Instituto de Endocrinología.

Trataremos de presentar, de la manera más concisa posible, una revista de los conocimientos y conceptos actuales sobre el tema, confrontándolo con nuestro propio criterio y experiencia, obtenidos a través de 25 años de labor, realizada en su mayor parte en el Instituto de Radiología; allí hemos actuado, además, en constante consulta con los radioterapeutas.

Nosotros habíamos propuesto este tema, entre los que se seleccionaron para este Congreso, porque nos parecía de una real y urgente necesidad, entre otras razones y como lo dijimos en 1946 en la Sociedad de Cirugía, porque todavía no había y no hay, en nuestro ambiente médico general, un criterio definido sobre la orientación que debe guiarnos en el diagnóstico y en el tratamiento de las tumoraciones de la mama.

En efecto, además del hecho grosero de la tardía concurrencia de las enfermas a la consulta médica, no es raro constatar que los propios médicos agravan las cosas difiriendo el correcto planteamiento del caso con medicaciones anodinas o, lo que es peor aún, pensando en lesiones que podrían ser tumorales, darles primero foliculina o testosterona, por si fuera una mastopatía hormonal o funcional y recién después de uno o dos meses, si se ha fracasado, plantear una consulta al cirujano o, si es éste mismo el tratante inicial, decidirse por una exploración más concreta.

Frente a esta situación, hay reunidos en la actualidad suficiente información sobre la naturaleza y significación de las dis-

tintas afecciones de la mama, en particular, sobre lo que es cáncer y sobre lo que es mastopatía, como para que se pueda tener un concepto claro y preciso de la manera como se debe ir al diagnóstico urgentemente y más urgentemente aún, al tratamiento.

Desde hace mucho tiempo sustentamos esta noción y acompañamos a Witmore, quien dice que cuando una mujer con un tumor de la mama consulta al médico, debe considerarse como un caso de emergencia quirúrgica, como si hubiera consultado por una fractura reciente que deberá tratarse enseguida.

Por otra parte, la manera cómo se hace el tratamiento del cáncer diagnosticado, se resume en general en un tratamiento simplista, la operación de Halsted, que a más de no serlo, la que se hace habitualmente, es en sí misma absolutamente insuficiente si no es completada o precedida con los tratamientos que hoy por hoy deben ser obligatorios, en especial la Roentgenterapia, que ya ha hecho sus pruebas y todavía, según el caso, la hormonoterapia.

Entremos pues en materia.

DIAGNOSTICO

Hay distintas maneras de hacer el diagnóstico, que deberán usarse aisladamente o en sucesión, lo que no quiere decir que deban emplearse todas.

En primer lugar, el método puramente clínico, basado en la anamnesia, la inspección y la palpación, es el método fundamental de orientación y que nos permitirá, la mayor parte de las veces, un diagnóstico presuntivamente exacto y en base al cual se puede decidir el tratamiento. Una persona experimentada estará autorizada a prescindir de toda otra exploración, ya que una lesión que está tan al alcance de la mano y que da signos tan característicos, no puede lógicamente escapar a este género de investigación.

No siendo así, o si hubiera dudas, se podrá complementar con la investigación radiológica y si aún no se hubiera logrado mayor precisión, o si se prescinde de esta exploración, se procederá sin más trámite a la investigación directa, objetiva, de la lesión, lo que se puede hacer de tres maneras:

- 1) Por el examen de las secreciones del pezón, cuando la hay;
- 2) Por la punción y estudio citológico;
- 3) Por la incisión exploradora o por la excisión biopsica.

DIAGNOSTICO POR MANIOBRAS PURAMENTE CLINICAS

Frente a una enferma con una lesión de la mama, el diagnóstico deberá dirigirse en primer término a constatar la existencia de la lesión y una vez hecha la anamnesis, procederemos a la cuidadosa inspección y palpación, para determinar sus caracteres semiológicos. Esta exploración que deberá ser muy suave y además, breve, deberá hacerse en posición sentada, como se dice en los textos clásicos, pero de ninguna manera deberá limitarse a ello, sino que debe acostarse la enferma, pues en esta posición, que es la operatoria, el aspecto puede cambiar totalmente. Como lo sostiene Baraldi en su libro, "El problema quirúrgico del cáncer de la mama", si no hubiera más signos que los mamarios, si sólo se trata de un nódulo, el diagnóstico puede y debe ser hecho por la apreciación de su forma y consistencia, más bien que consistencia diremos la sensación, de mayor o menor dureza al tacto, que es lo verdadero y útil. Ello junto con la lisura de sus superficies y la manera cómo se siente en el ambiente de la glándula, pueden dar el diagnóstico, al que sin embargo llegaremos mejor, haciendo el siguiente planteo, que en mi experiencia me ha resultado muy simple y efectivo.

Dejando aparte las afecciones inflamatorias de tipo agudo, claramente diagnosticables y que sólo en contadas ocasiones, dan su máscara a un tumor verdadero, como el carcinoma inflamatorio, todas las tumores de la mama se presentarán en dos épocas distintas de la vida, que significa una naturaleza diferente.

En la juventud, el nódulo localizado, único o múltiple, muy a menudo simétrico en la otra mama, es casi siempre un fibroadenoma; está ubicado más bien en la periferia, raramente en el centro.

En la edad adulta y sobre todo alrededor de los 40 años, el nódulo tumoral es muy a menudo un cáncer y el problema diagnóstico debe reducirse a demostrar que es o no es un tumor maligno.

Hemos dicho que a menudo es un cáncer y en nuestra experiencia es así. Por ello nos resulta un poco sorprendente la afirmación de Witmore, autor que ya he citado y cuyo trabajo presentado al 3er. Congreso Internacional de Cáncer, en Atlantic City, en Setiembre de 1939, considero de real valer; en él,

TUMOR DE LA MAMA

ENFERMA JOVEN
FIBROADENOMA
MALFORMACIÓN CONGÉNITA

ENFERMA EDAD MADURA

A CONSIDERAR EL
SENO AFECTADO
A IZQUIERDA ES MÁS
FRECUENTE EL CANCER

LUGAR EN
EL SENO.

CENTRO
MAMARIO

PERIFÉRICO

QUISTES GRANDES
Serosos
HEMÁTICOS
PAPILIFEROS
GALACTOCELE

CANCER
MÓDULO DE MAS-
TITIS CRÓNICA
ABCESO RE-
SIDUAL, ETC

EXPLORACIÓN

QUIRÚRGICA

dice que la mayoría de los tumores de la mama, no son cancerosos.

En cambio, el tumor como primer síntoma, es el más frecuente en el cáncer mamario. En una serie de 1000 casos de cáncer, presentados por The American Society for the Control of Cancer", el tumor mamario, como primer síntoma, está en 740 casos, es decir 74 %. No puedo dejar de presentar el cuadro completo de los signos primero constatables.

PRIMER SIGNO O SINTOMA	Nº de casos	Porcentaje
1. Tumoración en la mama	740	74
2. Dolor en la mama	66	6.6
3. Aumento de la mama	53	5.3
4. Retracción del pezón	26	2.6
5. Tumor en la axila	18	1.8
6. Sangre por el pezón	14	1.4
7. Dolor en la axila, en el hombro o en el brazo	14	1.4
8. Dolor de espalda	14	1.4
9. Erosión del pezón	13	1.3
10. Ulceración de la mama	10	1.0
11. Inflamación de la mama	10	1.0
12. Inflamación del brazo	6	0.6
13. Nódulos en la piel	6	0.6
14. Prurito en el pezón	5	0.5
15. Tumor supra clavicular	3	0.3
16. Retracción de la piel de la mama	2	0.2
	1.000	100.00

Hay otro síntoma que yo he observado en dos casos, antes de constatar nada en el examen y que a los dos o tres meses mostró un tumor. Es la sensación de ardor o quemazón profunda.

Continuando con nuestra experiencia, hay un primer hecho notorio. El tumor maligno se encuentra cuatro veces a izquierda y uno a derecha; otros autores han señalado una proporción menos elevada, dos a uno; de ello sólo se debe inferir que un tumor a la izquierda es siempre más sospechoso que uno a la derecha.

Un segundo hecho a continuación y en cierto modo confirmatorio del anterior: cuando el aspecto del tumor es dudoso, muy a

menudo resulta ser un cáncer; de ello sólo se debe inferir que el tumor benigno ofrece habitualmente signos más claros y definidos; en cambio los del cáncer pueden serlo o nó.

No siendo un tumor benigno y no siendo un cáncer, podrá tratarse de un núcleo de mastopatía, la llamada mastitis quística crónica, ya sea en su forma de nódulos sólido o en su forma quística, que es más frecuente

Podrá ser, más raramente aún, un núcleo de verdadera mastitis infecciosa, un absceso crónico residual. En nuestro país debe pensarse en un quiste hidático. También podrá tratarse de tuberculosis, o de un núcleo de granulomatosis hemolipofágica o esteato necrosis post-traumática de Lécene, pero éstas son excepcionales; lo habitual, no siendo un típico tumor benigno, o un verdadero cáncer, es el núcleo único o múltiple, en uno o los dos pechos, de mastitis quística crónica.

Hay una modalidad de ésta sobre la que deseo llamar la atención. Se trata de una mastopatía pseudotumoral, en el sentido de que el tumor aparece y desaparece, a veces casi totalmente; es un verdadero tumor fantasma.

A menudo grande, tomando todo un cuarto de la mama, ovalado, aplanado, a bordes esfumados y fundamentalmente muy sensible. Puede tener reacción ganglionar.

Este pseudo tumor de aspecto fluxionario no es infeccioso sino de origen hormonal.

Todas estas formas de tumores o pseudo tumores son más bien perimamarias. En el centro de la mama, además del cáncer, hay dos entidades que tienen individualidad. Son el tumor quístico y la galactoforitis crónica.

El quiste central plantea un problema interesante. Es en general grande, único como en el caso de galactocele.—aunque éste puede ser bilateral— o múltiple, mejor dicho tumor quístico multilocular: es el cistoadenoma palilífero, a menudo benigno o en vías de transformación.

Es entonces el epiteloma dendrítico de Ranvier, con sangramiento por el pezón.

La galactoforitis crónica caseosa, como la denominamos nosotros, es una afección bastante común. Ha sido llamada comedo mastitis, por Tice y Dockerty. Bloodgood la llama "varicocelle

tumor of the breast", tumor varicoso de la mama. También se le llama mastitis canalicular.

Blodgood anotó que es bilateral y aparece pasado los 45 años, sin relación con las gestaciones. Nosotros creemos que, aunque pueda haber una dilatación previa o congénita de los canales galactóforos, que es donde asienta, es sobre todo una alteración residual de la lactación, que ha tenido trastornos de tipo inflamatorio, como se comprueba por la anamnesis.

Es casi siempre bilateral, su contenido de aspecto caseoso y por ello la llamamos galactoforitis crónica caseosa bilateral, involucrando en esta designación, sus principales características.

Al corte, como verán en el film, el contenido es cremoso amarillo, amarronado o verdoso. Es consecuencia de la retención de la secreción láctea, que se reconoce junto con elementos de tipo macrofágico, células gigantes y plasmazellen, que resultan a su vez, de las alteraciones parietales consecutivas a la retención. Esta retención, por otra parte, no es obstructiva, puesto que hay secreción por el pezón, pero como sostienen Cheatle y Cutler, la descomposición llena y dilata los canales.

A la palpación la tumoración es nodular, pero los nódulos no son duros, sino pastosos. El pezón puede estar retraído, pero la retracción es total y distinta de la que da el cáncer.

El cáncer centro mamario puede ser un carcinoma común, pero puede estar asociado a una lesión eczematosa del pezón. Decimos asociado, deliberadamente, para marcar el aspecto clínico del Paget. Es este un tumor con eczema del pezón y de la areola, el cual lo precede por un período de uno o dos años.

A continuación del diagnóstico clínico presuntivo de la lesión, dado solamente por la inspección y la palpación, hay que hacer por el mismo método una investigación de la extensión del mal, primero localmente, en la mama y después a distancia, en las áreas ganglionares, en el abdomen y en el esqueleto.

No me voy a detener en la descripción minuciosa de todos los signos de cada uno de los tumores benígnos o malignos, ya que se menciona lo más característico al pasar y este trabajo va dirigido a médicos.

Concluido el examen clínico, podremos encarar directamente el tratamiento.

¿Estamos autorizados ya, o debemos practicar obligatoriamente el examen radiológico de la mama y la investigación directa? Dependerá de las circunstancias, pero en muchos casos, podremos estar eximidos por ser la lesión demasiado evidente. En cambio, en todos los casos se deberá completar con el examen radiológico, la investigación de las metástasis posibles, pleuropulmonares y óseas.

El examen radiológico local debe considerarse facultativo. Indudablemente, puede aportar datos valiosos, como lo ha demostrado muy bien entre nosotros Leborgne, no sólo en lo referente a la imagen tumoral, sino a su extensión y otros elementos agregados.

Sin embargo, por sí solo, no podrá autorizar una determinación, en particular la más peligrosa, como sería la de la abstención operatoria.

La radiología de la lesión de la mama sólo es el retrato o la imagen, pero su naturaleza deberá ser comprobada directamente.

Es el retrato de un malhechor que deberá ser apresado, interrogado y reconocido, para confirmar que es el del retrato.

Estos reparos, indudablemente, se verán acrecidos en el caso de lesiones pequeñas. El examen radiológico contrastado por aire, la neumorradiografía mamaria, podrá mostrar algo más, pero puede ser incómoda y ocasionar una compresión o expresión de la glándula, que tal vez deba evitarse.

El examen canalicular inyectando líquido de contraste, da buenas imágenes de los canales en sí mismos, pero no de las alteraciones para canaliculares como ocurre por ej. en la broncografía, para los tumores y los quistes del pulmón.

Por otra parte es incómodo y además, autores como Haagensen y Stout, lo rechazan por imputarle riesgos de diseminación. Evidentemente, la mama neoplásica está muy expuesta a la expresión, de modo que toda manipulación deberá ser mínima.

El examen directo endoscópico, con biopsia en los canales, como también lo ha hecho Leborgne, merece los mismos reparos y además, sólo nos da datos del estado de las paredes canaliculares mismas. La lesión más frecuente allí es el papiloma, en los casos de sangramiento y estos papilomas son amenudo microscópicos.

Por todas estas razones no compartimos el entusiasmo de los autores y realizadores de estos métodos.

Mencionaremos al pasar el método de investigación por la fotografía infrarroja, que permite determinar el recorrido de las venas superficiales, pero no da mayores resultados. La transiluminación de Cutler, tampoco puede dar datos decisivos, sino relativos.

Seguimos sosteniendo que el método clínico solo, en manos experimentadas, deberá siempre ponernos en un diagnóstico exacto y en todo caso, cualquier clínico general, que no se considere autorizado a emitir un diagnóstico, no deberá esperarlo de la radiología, pero sí del método que en última instancia debe utilizarse siempre, a poco que se tenga la mínima duda, o simplemente para certificar el diagnóstico; es el método directo, por la biopsia y examen macro y microscópico.

Volvemos a repetir, que no se debe perder de vista, al encararse con una enferma portadora de un tumor de la mama, que tanto el diagnóstico como el tratamiento, deben ser considerados como de real urgencia. El cáncer de la mama goza de pésima reputación y, en nuestra experiencia, lo hemos confirmado ampliamente cuando las enfermas son demoradas y pasan de la primera etapa de nódulo presuntivamente aislado, sin adenopatía.

El método de exploración directa puede ser hecho de tres maneras:

1) Por el estudio de la secreción del pezón, cuando la hay, espontánea; puede aportar datos decisivos por el estudio citológico del frotis obtenido con una gota; creemos que es un método útil, pero con todo, de ningún modo puede considerarse totalmente seguro y en particular, cuando es negativo.

Por otra parte remarcamos que sólo se debe hacer cuando la secreción fluye espontáneamente o sólo se requiere una mínima expresión del pezón mismo. De ninguna manera se deberá exprimir la mama y mucho menos sobre la región del tumor.

2) La punción de la mama parece el método más simple y anodino de exploración directa. En efecto, muy a menudo da datos decisivos y es tan simple y tan exenta de riesgos, que podrá hacerse en cualquier caso. Con toda seguridad que no se podrá aceptar riesgos de diseminación, aunque teóricamente parece posible. En cambio deberá tenerse muy presente que puede inducir

a error: 1) por no hacer la punción en el punto preciso; 2) porque aún así, si es negativo, no se puede aceptar como comprobada la inexistencia de una lesión.

También deberá tenerse muy presente que no se debe puncionar simplemente cualquier bulto, sin tener un diagnóstico clínico previo, por lo menos de la naturaleza o textura de la tumoración. es decir, si se trata por ej. de un quiste o de una masa sólida y, en este caso, si se piensa en un tumor maligno o benigno.

Vemos pues que aquí también el método clínico gobierna la indicación. Es que realmente, en una lesión tan accesible a la palpación, la mano es soberana e insustituible.

Queda a considerar el tercer método de exploración directa o sea el procedimiento quirúrgico, es decir la incisión exploradora y la excisión bióptica.

La incisión debe hacerse amplia, a través del tumor y los tejidos que lo rodean. tal como lo indicaba Lécene. El aspecto macroscópico del corte del tumor, para un ojo experimentado, es por lo general suficiente. Las relaciones con el tejido circundante completarán esta impresión. Si se trata de un tumor maligno se procede de inmediato a la operación adecuada. Si parece benigno, se extirpa y se envía a examen. Si hay duda, se procede a tomar la muestra para estudio por congelación o, si se prefiere, se detiene la intervención en espera de un estudio microscópico preciso que se puede hacer en 24 o 48 horas.

Tiene algún riesgo detener la operación? A primera vista parecería que le excisión fragmentaria, en un caso maligno, debe ser de riesgo por abertura de vasos, donde se podrán embolizar células. Por otra parte, no se comprende bien una excisión parcial, si fuera un tumor benigno, porque siempre se está en la obligación de extirparlo totalmente. La excisión total no abriría directamente vasos en la lesión y parecería más segura, pero no hay duda que puede haber vasos linfáticos en la periferia y que, como sostiene Handley, son vectores del mal; aparte de esto, siempre se podría objetar que se rompen barreras de contención, que tal vez existan rodeando al tumor. Volveremos sobre este concepto.

La experiencia, sin embargo, hecha por Haagensen y Stout, demuestra que no hay mayor incidencia de metastasis o de agravación cuando se ha hecho biopsia y no se debe arriesgar amputar una mama sana sin necesidad, de modo que, si un riesgo hubie-

ra en una cancerosa, con seguridad es mínimo frente a su enorme mal. Con todos los datos obtenidos a través de estos métodos de examen se podrá hacer en el caso del tumor maligno, una determinación provisoria de la forma clínica y del tipo o grado de lesión, con vistas al tratamiento.

El grado se gobierna sobre todo por la extensión y repercusión ganglionar o a distancia y es lo fundamental para el buen planteo terapéutico y para la proyección pronóstica y de los resultados obtenidos. Recordaremos que se han hecho distintas clasificaciones para la determinación de la extensión del cáncer de la mama, pero nosotros nos mantenemos con la de Steintnal que nos parece la más simple para el uso clínico corriente, en la apreciación de los casos a tratar, y no sólo la más simple sino la más real y objetiva ya que el pronóstico y los resultados sólo se pueden considerar confrontando los tres grados de extensión que precisamente tiene en cuenta la clasificación de Steintnal. Las pequeñas variantes no cuentan. Por eso mismo las clasificaciones patológicas por el examen microscópico, como la de Portmann, no son aplicables para la indicación operatoria, aunque sí para la apreciación de los resultados. En cambio, para la determinación de la operabilidad o tratabilidad por los procedimientos radicales, entonces sí, se debe entrar al detalle y nada mejor entonces que utilizar las condiciones establecidas por Haagensen y Stout.

Algunos tipos especiales de lesión, tales como los tumores malignos de aspecto inflamatorio, o los tumores que se desarrollan en circunstancias fisiológicas muy distintas, tales como la juventud, o la edad avanzada, imponen condiciones especiales.

Antes de pasar al estudio del tratamiento, creemos útil pasar en revista las distintas lesiones y estableceremos, de acuerdo a los conceptos actuales, su significación anatómica y patológica, con lo cual será más fácil encarar su tratamiento.

Comencemos por los tumores benignos. Los de la piel misma de la mama, un fibroma, un queloide, un quiste sebáceo, sólo los mencionamos al efecto de dejar sentado que, en algún caso, la enferma consulta por ello creyendo en una lesión maligna de la mama, o, caso peor, algún médico podrá tomar una lesión superficial de la mama por una afección benigna de la piel. Tal el caso de algunos tumores muy superficiales o de metastasis cutáneas de tumores profundos de la mama, que pueden ser muy pequeños

y no palpables fácilmente. En el tejido celular subcutáneo puede verse el lipoma. Remarcamos que cuando es absolutamente libre no tiene nada de particular, pero cuando adhiere en cambio a la mama, no es raro encontrar debajo de él un auténtico epiteloma glandular.

Para el estudio de los tumores en la mama misma, mantendremos la división en tumores de la periferia y tumores del centro.

En la periferia tenemos el tumor benigno más frecuente, el fibro adenoma o adenofibroma; habitualmente pequeño, muy a menudo bilateral y simétrico y mismo múltiple. Es un fibroma que está encapsulado, absolutamente benigno y que nunca hemos visto que diera origen a un cáncer de los que hemos tratado nosotros.

Se ha dicho y repetido desde hace muchos años que en su periferia sobre todo, puede haber elementos atípicos y con ello se ha justificado muchas amputaciones de mama y se han anotado muchos éxitos alejados.

Solamente en una preparación he visto un tumor en contacto con un fibroadenoma, pero ello no permite decir que éste dió origen al tumor. A lo sumo, podrá hablarse de coexistencia.

Entiéndase bien, que lo que yo sostengo, no es que en realidad no pueda ocurrir la transformación, sino que en todos los casos de cánceres auténticos que yo he visto, todos comenzaron y siguieron su evolución sin solución de continuidad, en los plazos comunes de la evolución del neoplasma y sin que un tumor preexistiera de años atrás, como sería en el caso de un fibroadenoma que se hubiera puesto a crecer un buen día y siguiera como un neoplasma maligno desde entoces. Aún más, se sostiene ahora que el cáncer puede permanecer detenido en su evolución o latente.

Como ya lo he dicho antes, permítaseme insistir en una comparación: el cáncer aparece en una mama como si estallara un rayo en un cielo sereno. Esto no quiere decir que nosotros podamos asegurar que algún síntoma distinto no hubiera habido antes de que apareciera el tumor, ni que éste sea en realidad siempre anatómicamente primitivo en absoluto.

Esta idea que yo sostengo, en base a la observación clínica solamente, ya que no puedo entrar en terreno de anatomía patológica pura, encuentra apoyo en los nuevos conceptos sobre el fibro-

adenoma. Muchos autores, entre los cuales citaré a Mac Farland, niegan la calidad de adenoma en el sentido de tumor o neoplasma epitelial. Sostiene que son displasias reaccionales de los elementos epiteliales, muy probablemente de origen hormonal y de allí que su aparición en las jóvenes es una regla casi exclusiva.

El elemento fundamental es sobre todo el conjuntivo y la lesión debe denominarse fibroma periductal. La hiperplasia epitelial debe llamarse, no adenoma, que implica neoplasia, sino hiperplasia adenomatoidea, según Schimmelbusch.

Nos referiremos ahora al fibroadenoma gigante, también llamado sarcoma philodes. Hace más de 100 años Johannes Müller presentó una descripción que quedó clásica. Es un tumor benigno, por regla general, aunque algunos lo consideran maligno o en vías de malignización. Esta discordancia se debe a su estructura polimorfa, siendo en ciertos casos, en que predomina el tejido conjuntivo atípico, un verdadero sarcoma maligno.

El epitelio es siempre regular, no así el tejido conjuntivo, que puede ser mixomatoso, adulto, escleroso mismo. El tumor es lobulado, a veces con líquido y con grandes incisuras. Un signo característico del tumor es siempre su gran volumen, con un crecimiento expansivo, pero no infiltrante, llegando a perforar la piel y a exteriorizarse. No da adenopatías y no recidiva después de la mamectomía simple y, cuando ello ocurre, es porque se ha malignizado. No es sensible a los rayos y el tratamiento deberá ser la mastectomía simple o con resección de aponeurosis y músculo.

En la región central se encuentra, además del cáncer común los tumores quísticos, de los cuales hay dos, bien definidos. El gran tumor quístico, cistoadenoma papilífero seroso o hemorrágico, constituido por una, dos, o tres logias como una nuez, o más grandes; con proliferaciones papilíferas, a veces en degeneración epiteliomatosa, invadiendo la periferia a través de la cápsula limitante; es entonces el llamado epiteliorria dendrítico de Ranvier, y el líquido del quiste, hemorrágico, asoma por el pezón.

En su forma benigna es considerado como un fibroadenoma quístico. El otro tumor quístico es el galactocelo; puede ser uni o bilateral, del tamaño de una nuez o de una naranja. Se caracteriza por ser un gran quiste con pared recubierta de epitelio, no de endotelio; muy a menudo dehiscente y con tejido de granulación. No es enucleable del ambiente que lo rodea, pero se extirpa muy bien. El contenido es un líquido lechoso, de allí su nombre.

Según Lècene es un absceso crónico de la mama, lo que resulta de la estructura de su pared, fibrosa o granulante.

Ocupando la areola y el pezón se encuentra la galactoforitis, que ya describimos y que no es tumor y los papilomas de los canales.

El papiloma, rara vez único, la mayor parte de las veces múltiple, sobre todo en su forma microscópica, es un tumor verdadero para algunos; para otros, simplemente un epifenómeno, resultando de la dilatación de los canales, la cual a su vez sería una forma de la mastitis quística crónica. La enfermedad de Paget, tumor central de la areola y el pezón, con eczema que lo precede en su aparición, presenta en su estructura unas células grandes, claras, dichas espumosas y muy bien descritas por Darier; son denominadas células de Paget y se supone provienen del cáncer subyacente. Se han dado de esta afección las más variadas interpretaciones; algunos autores, entre ellos en nuestro país Domínguez, sostienen que se trata de un carcinoma común, que se exterioriza a lo largo de los galactóforos. Otros sostienen que nace exclusivamente de éstos. Son estas las nociones más aceptadas, pero hay también quienes sostienen que se trata de un epitelioma cutáneo que invade la glándula y también, por fin, quienes sostienen que son dos epitelomas distintos y coexistentes. Recordamos que se creía existía sólo en la mujer, pero se ha constatado en el hombre.

Queda ahora por considerar una lesión que por mucho tiempo ha suscitado todo género de controversias y a la que se le han dado muchas denominaciones y, sobre todo, se ha discutido su relación con el cáncer, del cual se cree que a menudo es la causa. Me refiero a la mastitis quística crónica, como se llama ahora por la mayor parte de los autores.

Como su nombre lo indica es una lesión que se instituye y desarrolla en un largo período, que abarca prácticamente todo el tiempo de actividad genital de la mujer.

Generalmente es bilateral, aunque sus manifestaciones focales puedan hacerla aparecer como unilateral y mismo localizada, pero por naturaleza es difusa.

En su estructura se reconocen dos elementos fundamentales, quistes más o menos grandes o muy pequeños y microscópicos y proliferaciones celulares típicas y a veces atípicas, formando tu-

bos o simplemente agrupaciones celulares. Hay también infiltración linfocitaria y reacción más o menos variable e intensa del tejido conjuntivo intersticial. A veces es prácticamente este tejido muy escleroso el que predomina y da volumen a la mama, y ello parece ser dependiente de influencias hormonales.

Según las variaciones de estos elementos, es que se configuran las distintas formas, que han dado origen a las variadas denominaciones.

La de mastitis crónica poco dice fuera de la inflamación y debiera reservarse para las infecciones residuales, dándole el nombre adecuado al lugar. por ej. absceso residual, mastitis de los galactóforos, etc. En cambio, el nombre de mastitis quística crónica, debe ser reservado para esa entidad mayor, multiforme, probablemente displásica, que, si bien es cierto que en su forma extrema o más llamativa, puede considerarse patológica, no es menos cierto que, fuera de los cambios que la lactación imprime a la mama, es posible que en su aspecto de mastitis crónica no sea sino el reflejo de los cambios periódicos hormonales de la glándula dicha en reposo, durante el período de actividad genital de la mujer no embarazada o lactando. Para mejor comprensión creo útil hacer una breve reseña histórica de la evolución del concepto y denominación de esta entidad, que siempre ha llamado la atención y mismo se ha confundido o considerado antes que el cáncer mismo. Desde las primeras descripciones fué confundida llamándole mastitis a la lesión difusa con quistes chicos o a la que tienen quistes grandes azules. En 1829 Astley Cooper describió lesiones quísticas, una de ellas en una mama amputada por numerosos quistes y que además tenía un escirro canceroso que llamó "tubérculo escirroso".

Brodie en 1846 describió tumores quísticos serosos. Virchoff en 1863 describió por primera vez la mastitis intersticial llamándola así porque constató infiltración linfocitaria intersticial y que tendría dos períodos o etapas en su evolución: uno primero de inflamación y otro a continuación de proliferación de los lobulillos, con lo cual y por temor al cáncer, se proponía la amputación de la mama.

También se llamó fibroma difuso de la mama, induración benigna, elefantiasis dura de la mama.

Konig, en 1875, acepta y adopta el término de mastitis intersticial. Igualmente Billroth, en 1880 y 87, describiendo uno de esos

tipos, lo llamó induración nodular y retráctil de la mama por mastitis y dijo que se conocía también con el nombre de mastitis intersticial difusa y circunscripta.

Reclus, en 1883, describe la enfermedad quística de la mama y dice que los quistes son muy comunes, numerosos y pequeños ocupan toda la mama y la lesión es bilateral. Distingue tres tipos: 1) en la mama juvenil y no lactada una estructura fibrosa compacta, perlada y firme; 2) en la mama lactada una estructura gráscea lobulillada y 3) en la mama en involución una estructura fibro-grasosa.

Describe las modificaciones acompañantes, proliferación conjunta y proliferación hiperplástica; clínicamente la considera benigna, pero la anatomía patológica le impone reservas, pues a veces hay proliferaciones acentuadas, con células anormales que podrían romper la basal, aunque en el Reclus típico no parece haber sido observada. En 1887 Reclus insiste nuevamente y establece que la enfermedad con nódulos sólidos es absolutamente la misma que la que tiene quistes.

En 1892 Schimmelbusch describió los cistoadenomas o cistoadenomatosis, con un síntoma cardinal que es el de los perdigones. La lesión es bilateral, simétrica, con numerosos quistes a paredes hiperplásicas, distintos de los quistes seniles que son escasos y a paredes atróficas.

En el primer caso descrito por Schimmelbusch se hace constar que había además un carcinoma con ganglios metastásicos en la axila.

En 1893, König, por primera vez, describe la mastitis quística crónica o enfermedad de Reclus, cistoadenoma de la mama o mastitis intersticial, según la denominación de Virchoff y que ya había descrito en 1875 como una enfermedad extremadamente frecuente de la mama, que forman muchos quistes pequeños y también mayores y que serían un proceso intermedio entre lo inflamatorio y lo tumoral. Afirma que el nombre dado por Schimmelbusch es falso, ya que no hay adenoma verdadero, que significa neoplasia, sino hiperplasia. Sostiene que es muy frecuente y se manifiesta desde la pubertad con la turgencia dolorosa de las mamas, premenstrual y aún con reacción ganglionar axilar. Después se hace nodular y finalmente podría llegar al cáncer, pero más bien acepta la coexistencia de ambas. Sería una enfermedad idio-

pática, constitucional, sola o coexistente con otras lesiones de la mama. Es el criterio que nos hemos hecho nosotros, como dijimos hace un instante, y pensamos que está estrechamente ligado a las reacciones hormonales de la vida genital de la mujer.

Bloodgood, en 1906, la llama hipertrofia parenquimatosa senil, con dos tipos, quístico y adenoquístico. Este último, susceptible de transformación cancerosa.

Paul, en 1901, sostiene la relación entre la mastitis y el tumor y amputa por precaución. En 1921, Bloodgood, en su gran trabajo, describe la mastitis crónica con dos tipos: 1) quiste aislado o múltiple en la que reconoce tres subtipos; 2) mastitis crónica simple sin quistes grandes y con cinco subtipos. Sostiene finalmente, en 1929, que es distinta al cáncer.

En 1931 Cheatle y Cutler, describen la mastitis proliferativa descamativa, hiperplásica, con dos tipos, la masoplazia y la quística. La primera sería una desviación fisiológica; la segunda sería tumoral, un precáncer.

Otros autores, entre ellos Herzler, Ebert, sostienen la posibilidad de la transformación de las áreas de hiperplasia celular, noción que nosotros creemos vale la pena retener, si es que se puede reconocer la posibilidad de la transformación cancerosa. Recientemente, Gesthiker, describe la fibroadenosis o enfermedad de Schimmelbusch y cuyo origen sería endócrino. Recordamos que se describe un tipo de tumor nodular de la mama, constituido por núcleos pequeños muy duros, en donde hay sobre todo tejido escleroso denso, es la llamada adenosis esclerosante.

También se ha descrito en la mama un tumor pequeño, llamado mioepitelial; tal vez corresponda a la forma anterior.

Antes de terminar con la mastitis crónica, séame permitido insistir sobre una de las formas que yo creo más interesantes, porque se presta más a error y es además, la que preocupa especialmente a las enfermas. Me refiero a la forma de tumor variable, claramente relacionado con los períodos menstruales, en que aparece como un ingurgitación, que toma un pequeño sector o un gran sector, todo un cuadrante de la mama y que es, entonces, tomada por un tumor.

Este tumor fantasma da a veces repercusión ganglionar. Al corte es una tumefacción lardacea y congestiva de la mama. Hay gran descamación celular que llena los calículos y que se exterioriza

riza por secreción hemática del pezón. Aunque fuera de estos elementos, la congestión y la descamación, no hay otros sustratum anatómico, puede existir éste, siendo entonces núcleo quístico de mastitis, que no se aprecia al examen clínico, pero sí al fenómeno que describimos y que es sin duda reaccional, de naturaleza hormonal, pues sus cambios periódicos están en relación con la menstruación y es influenciado por la terapéutica hormonal. Yo creo que corresponde a la mastoplasia de Cheatle. Tiene características microscópicas muy alarmantes y sin embargo no es maligno clínicamente. Hace 8 años yo traté un caso muy llamativo. En la secreción del pezón se encontraban abundantes placas de células normales y sangre. Las células eran todas normales pero debe tenerse cuidado de diferenciarlas de las placas de células atípicas que se ven en ciertos tumores malignos.

La estructura microscópica es semejante a la descrita ahora como mastitis crónica. Ha sido llamada comedo carcinoma, como en el caso nuestro, por Domínguez pero no es maligno y la evolución lo confirmó en nuestro caso. Fué operado porque teníamos temor y realmente creo que es lo que se debe hacer.

En nuestro caso a pesar de haber hecho una operación subradical, mamectomía con aponeurectomía y vaciamiento (operación de Mérola) sigue hasta ahora muy bien.

Por otra parte, corresponde a una enferma a la que se le había hecho un intenso tratamiento con foliculina, por disfunción ovárica, y que, según muchos autores, implica un riesgo de cancerización. Yo creo que en realidad tal vez sea ello nada más que una apariencia de transformación.

Propongo llamar a esta forma de alteración mamaria, mastopatía fluxionaria a tumor variable.

Antes de abordar el capítulo de tratamiento, consideraremos brevemente algunas formas de cáncer mamario.

El cáncer agudo fué descrito por Wolkman, en 1875, llamándolo mastitis carcinomatosa.

En 1924, Lee y Tannembaum, le llamó carcinoma inflamatorio. En 1889 Briant habla de edema y congestión por invasión linfática extensa, que consideraba tal por la induración macroscópica. Era cirujano y no microscopista.

Ewing adelanta que se origina en invasión linfática continua, del carcinoma. Algunos investigadores hablan de invasión subdér-

mica, de capilares y venulas. En realidad, se constata una gran invasión de venas y linfáticos, por un neo muy indiferenciado.

Esa invasión da congestión capilar y edema, que se extiende más bien por vía sub-dérmica que dérmica. No hay signos inflamatorios verdaderos, aunque hay infiltración de células redondas, por bloqueo linfático. Clínicamente no hay tumor, sino tumefacción indurada.

En la clasificación de Ducuing se insiste en que el Reclus da origen al cáncer en un tercio de los casos de la mastopatía y que en un 6 y $\frac{1}{2}$ % de cánceres se reconoce un Reclus como antecedente.

En el cáncer epitelial común consideramos con Ducuing tres formas: 1) el esquirro con tres variedades: a) atrófico; b) pustuloso; c) en coraza; 2) el encefaloide, al que habría que agregar el comedo carcinoma verdadero y el coloide; 3) el epitelioma quístico-dentrítico.

T R A T A M I E N T O

Primero nos ocuparemos de los tumores benignos, después, de los malignos.

TUMORES BENIGNOS

Los tumores benignos que pueden hallarse en la mama, fuera de la glándula propiamente dicha, merecen la extirpación simple, cuando se juzgue conveniente.

Los tumores claramente benignos, como los fibroadenomas, también merecen la extirpación simple, pero aquí, deberemos hacer algunas puntualizaciones. En primer término, podrá cuestionarse la necesidad o la obligación de la extirpación, ya que, en esencia, no son verdaderos tumores, según tiende a aceptarse hoy día y, por otra parte, no está demostrado, en mi opinión, que se transformen en cáncer. En cambio, como prevención teórica y sobre todo para tranquilizar a las enfermas, estará indicada siempre la extirpación. Esta extirpación deberá hacerse por enucleación simple, técnica que por muchos años hemos visto considerar como defectuosa y que debía ser reemplazada por la resección. Nosotros practicamos siempre la enucleación, que es más simple y fácil y nos ha permitido utilizar incisiones disimuladas en la areola. No hemos visto recidiva.

Los quistes mas o menos notorios de la mastitis quística crónica, ya sea como manifestación aislada, o como un elemento entre otros, merecerán la extirpación, en particular cuando ocasionan fenómenos de congestión dolorosa.

Los galactoceles merecerán la extirpación simple, ya sea por disección roma o por resección.

El quiste hemático central, el epiteloma dendrítico o el cisto adenoma papilífero merecen la extirpación simple, o mejor, la mastectomía, ya que son tumores potencialmente malignos. Los papilomas requieren la incisión exploradora del canal y la excisión losángica del sector correspondiente de la glándula, utilizando una incisión en T areolar, o en U (también areolar).

Desde luego, todas estas lesiones serán examinadas y se resolverá, en consecuencia, todo tratamiento complementario.

Salvo casos especiales, aconsejamos la anestesia general.

El sarcoma Philodes, benigno, aunque potencialmente maligno, merece simplemente la mastectomía. Si hubiera adenopatías deberá hacerse la extirpación, pero si fuera muy maligno, será inútil. La Roentegenterapia podría ser un complemento más eficaz.

TUMORES MALIGNOS

Encararemos en particular el epiteloma, o mejor dicho, el carcinoma, que es el común. El sarcoma no va comprendido dentro del mismo rubro, ya que su reconocimiento resultará difícil previamente y, por otra parte, es muy raro. A lo sumo y como dijimos hace un instante, resultará de un sarcoma Philodes.

En el tratamiento del carcinoma de la mama ha reinado por mucho tiempo, y aún hoy, la más completa inseguridad. Repasando la bibliografía, uno se asombra de ver que no haya habido antes un acuerdo simple.

Con respecto a los dos métodos principales de tratamiento, el quirúrgico y el radiológico, recién ahora se plantea en términos mas vecinos a la verdad, pues generalmente o se oponen o sólo se planteaba hasta hoy y especialmente en nuestro medio, el tratamiento quirúrgico, por una operación a la que se llama operación de Halsted, la cual por cierto dista mucho de ser lo que hacia Halsted.

Y bien, hay dos métodos fundamentales y complementarios de tratamiento radical. Son la cirugía y las radiaciones, a ellos se agrega en nuestros días las hormonas, en particular la masculina para ciertas formas metastásicas.

La quimioterapia y los antibióticos, aún no han entrado a formar parte de la terapéutica. En ensayos de laboratorio, se ha constatado que los antibióticos tienen un cierto grado de poder frenador de los tejidos tumorales. Describiremos ahora el tratamiento operatorio, pero séame permitido hacer antes un comentario de orden general, sobre la apreciación de los resultados a esperar, en todo tratamiento del cáncer. En un artículo muy interesante, Gatch y Culbertson, hacen una serie de consideraciones que nos parecen muy sugerentes.

Hay razones para suponer que existe una barrera defensiva, o por lo menos un equilibrio, entre el tumor y el ambiente que lo rodea, o, si se quiere, entre el tumor y el huésped que lo lleva. Es sabido que ya Celsius indicaba que el cáncer no debía ser irritado.

Es un hecho aceptado, que cuando se extirpa un tumor, las metástasis aceleran su marcha.

Nosotros no sabemos como se genera el cáncer y no sabemos tampoco exactamente cómo es, ya que a pesar de todos los documentos existentes, hay formas de cáncer que no se distinguen de otros procesos y en particular, de la inflamación.

Si nos detenemos a pensar que todo tejido normal, tiene marcado un derrotero, que lo llevará fatalmente a tomar siempre una forma determinada y a constituir partes u órganos que mantendrán siempre su forma, surge a la mente, que debe obedecer ello, por lo menos, a dos razones: o lleva en sí mismo ese determinismo o su expansión o crecimiento incontrolado es mantenido dentro de su forma habitual, por una influencia existente en el tejido que lo aloja.

En materia de cáncer, vemos muchas veces, que dos tumores aparentemente iguales, evolucionan en forma totalmente distinta: uno con marcha acelerada, otro a lo largo de años.

Un buen día, un tumor que estaba aparentemente tranquilo, es extirpado o es irradiado violentamente o simplemente crece lentamente, en forma acelerada.

Rapidamente aparecen metástasis o recurrencias locales y a

La radiología conoce bien estos hechos, de aquí que las

técnicas de Wintz, esterilizantes o siderantes, fueran sustituidas por las técnicas extendidas, protractadas, de Holfelder y de Cou-tard. Nosotros mismos tuvimos oportunidad de observar en dos oportunidades, una serie de enfermas con cáncer de la mama, que recibiera dosis masivas de rayos, haciendo desaparecer el tumor por completo.

No habian pasado dos meses y las enfermas volvieron con el hígado lleno de metástasis y además, profundamente caquec-tizadas. Frente a estos hechos y mismo frente a parecidos resul-tados totalmente negativos, obtenidos a pesar de haber hecho los tratamientos más lógicos, y frente a lo que sabemos de la evolu-ción natural, sin tratamiento, es el caso preguntarse, si realmente merece la pena hacer el tratamiento.

Creo que sí, y que hoy por hoy los mejores resultados se obtienen cada vez más frecuentemente, haciendo el tratamiento precozmente y de acuerdo a los conceptos modernos que descri-biremos a continuación.

TRATAMIENTO OPERATORIO

Consideraremos cuatro modalidades, tal como lo concebimos y hacemos nosotros desde hace por lo menos 15 años: 1) trata-miento quirúrgico radical, con colgajo plástico, protésico, siste-mático; 2) un grado menor de éste, lo que denominamos radical-local, es decir, mamectomía simple, para ciertas formas, en par-ticular el sarcoma o para ciertos casos de epiteloma, reservando la axila para roentgenterapia, como propugna desde hace unos años Mc Whirter, de Edinburgo; 3) una variante intermedia, el radical parcial; mamectomía parcial pero con vaciamiento axilar; 4) simple mamectomía paliativa, de toilette.

I. **Operación radical.** — Una de las cosas más curiosas y sorprendentes, es constatar la disparidad de procedimientos pro-puestos, a partir de la técnica fundamental de Halsted y Willy Meyer, en 1894. Aun en nuestros días, se habla de si se debe sa-car los pectorales o si se deben sacar tales o cuales grupos gan-glionares. Esto que parece una incongruencia, a través de nues-tros conocimientos anatómicos y patológicos, se sigue aún pre-sentando.

Uno de los motivos de discusión era, al principio, si se debía sacar mucha o poca piel, si se debe obtener un cierre lineal o si

se debía hacer injerto para cubrir la brecha. Otro motivo de discusión ha sido el trazado de la incisión, especialmente y aún en nuestros días, si debe hacerse verticalizada, a la manera de Halsted y Willy Meyer, o si se debe hacer horizontal, como Stewart. Un punto importante era y es, en realidad, la conservación o la extirpación de la piel axilar. Se ha discutido igualmente, sobre si se debía sacar uno o los dos pectorales, si se puede conservar el haz clavicular del pectoral mayor, si se debe sacar el subclavio, si se debe sacrificar el nervio del gran dorsal o el del serrato mayor.

Desde los estudios de Handley y Halsted, referentes al recorrido de los linfáticos de la mama, en relación con la piel, comienzan las discusiones. Handley sostenía que los linfáticos marchan sobre todo por la vía subcutánea contra el fascia y las células neoplásicas se extienden en su interior en progresión continua, como una enredadera sobre una pared, "Thudryll-Like", hasta llegar a los ganglios y sólo de tanto en tanto, un grupo celular salta hacia la piel, como se desprenden las burbujas de gas en un pantano. Por eso aconsejaba diseccionar la piel bien a lo lejos y hacer el cierre primitivo.

Halsted, aunque compartía sus ideas, resecaba ampliamente la piel.

Considero útil una breve reseña histórica sobre los orígenes y desarrollos de la mastectomía radical. En 1774, Jean Louis Petit, consideraba que la raíz del cáncer estaba en los ganglios axilares y que debían quitarse.

Benjamin Bell acepta sus conclusiones, pero no opera por temor a las grandes infecciones. En 1840, Liston, afirmaba que si se deja pasar mucho tiempo, sobreviene la adenitis y entonces ya es inextirpable, o muy riesgoso.

Pancoats, en 1852, opinaba que debían sacarse en un solo block, el tumor y los ganglios.

Gross, Moore en 1867, sostienen lo mismo y que no se debe entrar en tejido enfermo.

Wolkmann, en 1875, sacaba el fascia pectoral.

Heidenhain decía que la contracción muscular disemina el mal por los linfáticos y mostraba como estos estaban enfermos. Por fin Halsted, en 1890 y en 1894 y Willy Meyer también en 1894, sacaba en block la mama, los músculos y los ganglios, con

la diferencia de que Halsted procedía de arriba a abajo y Willy Meyer de abajo a arriba. Además, Willy Meyer cerraba linealmente, utilizando una incisión vertical oblicua, mientras que Halsted, que utilizaba una incisión en 6 de cifra, con gran resección de piel, cubría con injerto epidérmico.

Es interesante destacar, que el primer trabajo de Halsted se basaba en 50 casos, en los que tuvo 6% de recidiva local y había 10 casos con ganglios supraclaviculares.

Según Haagensen y Stout, todos los casos eran categóricamente inoperables.

No todos los autores, a continuación, admitieron la permeación linfática de la teoría de Handley; por el contrario, se insiste y se ha demostrado la embolización linfática. Así, Cheatle, hace cortes seriados desde el tumor a los ganglios infartados y no encuentra linfáticos con neoplasma. El mismo Handley, termina por aceptar la embolización, pero se acepta además la embolización venosa.

Halsted decía que el cáncer irradia en todos los sentidos desde la mama, pero no pasa en el cuerpo más allá de las rodillas y los codos. Este hecho curioso ha tenido una explicación en los estudios de Batson sobre la disposición y las conexiones de las vénulas mamarias, con un sistema venoso raquídeo, avalvulado, extendido a los miembros precisamente hasta el codo y la rodilla. Esta demostración se logró por visualización de inyecciones de contraste y entonces se establece por Batson, que es por esta vía venosa, que se hace la embolización del neoplasma mamario, a todo ese amplio sector del cuerpo, menos la extremidad distal de los miembros.

La disposición de los linfáticos, en la mama, ha sido objeto de estudios precisos de los anatomistas; nosotros, compartiendo las descripciones clásicas en especial las de Mornard y que ya hemos publicado anteriormente, no nos detendremos ahora. Sólo retendremos, como lo figura muy bien Ducuing, que los linfáticos de la mama confluyen en un plexo retroareolar, del cual, junto con los cutáneos, salen los colectores que bordean la mama por fuera, van a la axila, pasando por el fascia y a veces a través de los pectorales, en particular la inserción humeral, como lo había reconocido Delbet y como tuvimos oportunidad de comprobarlo nosotros, en recurrencia a ese nivel. Se sabe también

que algunos linfáticos van hacia la cadena mamaria interna y los cutáneos mismos. irradian desde la areola en todas direcciones, hacia la periferia. Lo importante es saber que los linfáticos mamarios, yendo en su mayoría a los ganglios axilares, pueden ir directamente a la vena axilar, a la vena subclavia, a los troncos linfáticos eferentes de los ganglios supraclaviculares, sin detenerse en la axila. También es importante saber que la clásica descripción de los ganglios axilares y los intermediarios que puedan haber entre ellos y la mama, no tiene en realidad un gran valor, sino el saber que se encuentran todos por dentro de una lámina celular que rodea la vena axilar envainándola y que separando esa lámina de la vena se podrán extirpar juntos con el block mamario y muscular.

En apoyo de esto, creo que más importante que saber la disposición de los ganglios axilares, es saber que el número de éstos es muy grande y que la manera como se toman es absolutamente caprichosa y discontinua, lo que confirma la idea directriz de esta operación, la extirpación en block de la mama y todo el territorio por donde se supone que hay linfático.

En un interesante estudio de Davis y Neis estos autores utilizando un procedimiento de coloración y fijación especial encontraron en 77 enfermas un total de 2418 ganglios o sea un promedio de 31 por enferma. En 519 ganglios o sea 21 % del total había metástasis, en 29 enfermas o sea 37 % no había metástasis.

La enferma que tenía menos ganglios eran 10; la que tenía más tenía 73.

Vamos a describir ahora, como hacemos nosotros la operación radical, pero antes debemos citar las condiciones de Haagensen y Stout que siempre tenemos en cuenta al considerar la indicación operatoria, y desde luego siempre que el caso corresponda al grado I o II de Steinthal.

Inoperabilidad según Haagensen y Stout.

- 1) Cáncer en embarazo o lactancia (actualmente lo autoriza);
- 2) Edema extenso en la piel de la mama;
- 3) Nódulos satélites de la piel de la mama;
- 4) Nódulo intercostal o parasternal;
Edema del brazo;
Metastasis supraclavicular comprobada;

- 7) Carcinoma inflamatorio;
- 8) Metástasis a distancia;

9) Cuando hay dos o más signos de cáncer localmente avanzado: a) Ulceración de piel; b) Edema de piel de extensión limitada, menos de un tercio de piel de la mama; c) fijación del tumor a la pared torácica; d) ganglio linfático axilares que miden 2 ½ cms. o más de diámetro transversal y que se hallan comprobados metastásicos por biopsia; e) fijación de esos ganglios a la piel o a estructuras profundas. Nosotros compartimos estas limitaciones pero creemos, como lo creen estos autores, que se pueden hacer muchas excepciones y sobre todo teniendo en cuenta que la radioterapia preoperatoria, en ciertas formas de extensión, sobre todo local, puede hacer que los casos sean operables.

También es interesante destacar como algunos de estos enfermos, categóricamente inoperables, tienen menos sobrevida después de operados que si no hubieran sido operados.

Nosotros hacemos la operación conduciéndola como en las técnicas clásicas conocidas de Gosset, Ducuing, Pauchet, es decir, con incisión losángica verticalizada del tipo de la de Willy Meyer aunque con mayor resección de piel como lo hace Ducuing, que se aproxima a de Paget y Danis, quienes resecan la piel de la axila, cosa que nosotros proscribimos terminantemente. Cualquiera que sea el concepto que se tenga respecto a la distribución linfática en la piel o en el subcutáneo no hay duda, a nuestro entender, que la única manera cierta de precaverse es sacando mucha piel, tejido subcutáneo y fascia, puesto que las recurrencias nodulares se ven más cuando se ha sacado menos piel, independientemente de la resección de la masa profunda. Así, la incisión de Stewart, horizontal, es superior a la de Willy Meyer, vertical, pues permite sacar más piel dorsal y así se elude la recidiva en este lugar no rara en las incisiones verticales.

Pero para nosotros no hay problema; respetamos la piel axilar siempre porque creemos que con ello se evita el brazo rígido o fijado, con todas sus molestas consecuencias; cubrimos después la brecha sistemáticamente con el mejor resultado plástico y funcional, utilizando un amplio colgajo cutáneo grasoso con todo el tamaño necesario, tomado de la región del hipocondrio y flanco, a la manera de Heindenhain y como vimos por primera vez hacer a Keisser cuando estuvo en nuestro Instituto en 1936.

La talla del colgajo no aumenta mayormente la cicatriz, por el contrario, evita el estiramiento y ensanchamiento de ésta con una piel adelgazada y frágil que a duras penas cubre las costillas, lo que constituye motivo de desagrado y de mortificación para la enferma.

En cambio, el colgajo bien dotado, significa una verdadera prótesis que en muchos casos hasta puede dispensar de las artificiales. Aún más, si se juzga útil la roentgenterapia postoperatoria, se tiene una buena piel para hacerla en todo lo que sea necesario.

En la profundidad procedemos de arriba a abajo, desprendiendo primero el block músculo grasoso, tratando de evitar la disociación de planos, lo que impide la posibilidad de diseminación de células neoplásicas. Conservamos a menudo el haz clavicular del pectoral mayor pero teniendo cuidado de extirpar el resto del músculo, sobre todo en su inserción braquial, pues allí puede haber y hemos visto recidivas.

La entrada a la axila propiamente dicha, la hacemos como describió Mérola con una incisión en la vaina del córacobiceps hasta la coracoides y decolando dicha vaina a continuación hacia adentro y bien hacia arriba, levantamos la aponeurosis clavico-axilar en toda su extensión, con el pectoral menor incluido. Es como levantar la tapa de un libro; a continuación, con pinza de disección y tijera de punta suave, si se prefiere con una compresa, se separa limpiamente desde arriba la lámina celulosa linfática que cubre la vena axilar, especialmente y que limita la grasa axilar.

Esta disección obtusa es la única valedera, sin disecar los pedículos vasculares sino en la extensión mínima para reconocer sus nacientes y ligarlas. En la parte más alta, en la foseta de Morenhein, formada por la clavícula, la primera costilla y la vena axilar, se deja bien limpia y si hubiera dudas se extirpa la aponeurosis del subelavio que se ve muy bien.

Por fuera y delante de la vena se encuentran elementos más superficiales, es una masa grasosa y linfática que acompaña a la vena cefálica y que es mejor extirpar aisladamente. La vena cefálica debe conservar siempre que se pueda; la vena axilar se sacrificará solamente si es necesario, por razones técnicas del momento, pero no creemos que se deba hacer por sistema para efec-

tuar una extirpación mejor en casos que pareciera indicados, puesto que aparte de los trastornos que puede dar por su sola supresión, ello no hará mas que agravar los que se produzcan por la recurrencia del mal, que en esos casos está segura.

La mayor extirpación es sólo una apariencia de mayor cura, puesto que la recidiva es la regla cuando hubiera adherencias que justificaran la resección de la vena. Con esta misma idea, no creemos que las operaciones ultraminuciosas, demorando varias horas para hacerlas más perfectas, den mejores resultados. Hacia atrás debemos alcanzar bien la aponeurosis y el dorsal mayor y extirparla ampliamente. El nervio de este músculo debe conservarse siempre que sea posible para evitar la parálisis, con lo cual el brazo se hace más pesado y molesto para la enferma, pero como va cerca de los ganglios escapulares, por poco que aparezca conectado, deberá sacrificarse. El nervio del serrato mayor puede ser conservado más a menudo, aunque saquemos la aponeurosis y la capa superficial del músculo donde a veces hay ganglios.

Hacia abajo deberemos llegar hasta la aponeurosis del recto anterior y extirparla. Asegurada la hemostasis, se procede al cierre con puntos sueltos de seda. Arriba es fácil y se debe hacer cerca del borde, para evitar marcas cicatriciales visibles.

En la parte baja se cubre la brecha con un amplio colgajo cutáneo grasoso, bien espeso, no comprendido en él la aponeurosis. Este colgajo se talla con piel bien ancha y puede llegar hasta el ombligo, pero no debe pasar la línea media; se utiliza escalpelo.

El colgajo se desliza hacia arriba y se sutura también con puntos sueltos. El borde externo de la incisión operatoria puede ser avivado, para facilitar la cicatriz, porque nosotros usamos el bisturí eléctrico para hacer la extirpación y eso podría demorar algo la cicatriz primera.

En el borde exterior de la base del colgajo se deja un tubo para el drenaje axilar. Después se coloca un apósito, ajustado sin exceso, vendando a la enferma con el brazo en abducción.

Hemos dicho que esta operación radical es lo más que se puede y se debe hacer; se puede completar con el vaciamiento supraclavicular; algunos autores, entre ellos Ducuing, lo aconsejan. Nosotros creemos que no, puesto que la existencia de gan-

glios supraclaviculares no significa la simple extensión del mal, sino lo más probablemente una embolización retrógrada a punto de partida mamario interno o mediastínico.

En efecto, el conocimiento de las vías linfáticas de la axila no demuestra que es independiente de la región supraclavicular. A lo sumo, en ciertos casos de aparición de ganglios supraclaviculares a posteriori, se estará autorizado a extirparlos si se considera fácil y después de haber hecho roentgenterapia.

Por las mismas razones de extensión no controlable del mal, no creemos útiles las operaciones de extirpación de los ganglios mamaros internos o mediastínicos como lo propone Wagensteen, lo que requiere una grande y riesgosa operación. Es cierto que los ganglios mamaros internos pueden tomarse precozmente, pero ello no significa que sacándolos sistemáticamente, detendremos el mal con más seguridad.

Por las mismas razones, consideramos desatentada y aún más, como verdaderos desmanes, las operaciones en que se saca la pared costal y aún el pulmón metastásico, como algún autor ha aconsejado.

No puedo menos que citar a este propósito, la frase de Cacht y Coudbertson: "la extensión de la operación al cuello y al tórax, sólo representa, en el mejor de los casos, el triunfo de la esperanza sobre la experiencia".

Segundo tipo de operación. — La que denominamos radical-local, es decir mamectomía simple, para ciertas formas, en particular el sarcoma primitivo o resultante del philode o para ciertos casos de epiteloma en personas que no debían soportar una operación importante reservando la axila para roentgenterapia. Nosotros hemos hecho este tratamiento, sobre todo en personas de edad, desde hace más de 10 años y hemos obtenido algún buen resultado, pero también hemos observado la recidiva axilar a los 10 años.

Mc Whirter, de Edinburgo, ha propuesto desde hace unos años este tratamiento y tengo entendido que actualmente está en boga en Inglaterra. Se le han hecho numerosas críticas, en especial por los autores americanos de más renombre, como Haagen-sen y Stout y Greenough, basándose en que las estadísticas no son muy comprensibles y que han llegado a decir que es la mejor

manera de no hacer nada. Nosotros no aceptamos este tratamiento como sistemático.

Una variante de nuestro segundo tipo de operación es la mamectomía ensanchada completada con la aponeurectomía y gangliectomía axilar sin reseca los músculos, operación propuesta y realizada por Mérola.

Nosotros no creemos que sea mejor que el Halsted si no hay contraindicación para éste, pero creemos que la operación de Mérola es el complemento ideal cuando por razones psicológicas hacemos **el tercer tipo de operación, es decir la mamectomía parcial por auténtico neoplasma.**

Esta operación que va contra todas las normas, es una operación de necesidad, cuando por razones psicológicas es imposible hacer el Halsted.

El resultado hasta hoy no ha sido malo y creemos que está justificado en enfermas jóvenes, cuando el mal parece muy activo, en cuyo caso la operación radical tampoco puede hacer esperar un buen resultado. Habremos así evitado a la enferma la terrible certidumbre de su mal que significa su gran cicatriz.

Debo señalar al pasar, que si se puede hacer un colgajo plástico bien dotado, puede la enferma ser convencida, haciéndole creer que no se le ha sacado la mama. En el caso de recidiva local, siempre podrá hacerse una resección total secundaria.

También puede hacerse esta operación en el caso de enfermas a lesión local y metastasis alejadas precoces. Hemos tenido recientemente un caso que seguimos durante dos años y medio sin evidencia de recurrencia local y tratada por sus metástasis con hormonoterapia y roentgenterapia. Desgraciadamente, estando muy bien, murió con una apendicitis gangrenosa.

Queda el último tipo de operación, la mamectomía total pero simple, de toilette; es una operación que hacemos a menudo y aún en caso de recidiva local, por Halsted hecho de la manera clásica, cubriendo la amplia brecha circular, no con sutura, sino con plastia de deslizamiento, lo que da muy buen resultado temporario y evita a la enferma la contemplación de su mal, a veces muy desagradable, mientras la enfermedad sigue su curso inexorable. Debemos destacar que nosotros usamos en todos los casos antestesia con eter. o penthotal gota a gota. Los gases no se usan por el riesgo de explosión, ya que usamos siempre el bisturí eléctrico, que

creemos es lo mejor; abrevia la duración de la operación, es hemostático y cierra por coagulación los vasos linfáticos, impidiendo las diseminaciones. Nosotros hacemos, siempre que podemos, el procedimiento operatorio de tipo radical. Los demás, los hacemos convencidos, siempre que creamos ser útiles para las enfermas. No hacemos nunca la operación por el solo hecho de la presencia de la lesión, sino cuando, además, estamos seguros de no agregar inútilmente nuevos sufrimientos físicos o morales.

Deberíamos tratar ahora el otro tipo de tratamiento, el radiológico, pero de esto se va a ocupar mi ilustrado colega el Prof. Frangella.

Diremos solamente que utilizamos la radioterapia profunda y tenemos trazado un standard, al que hemos llegado después de muchas reflexiones, y que en este momento constituye la técnica del Instituto de Radiología.

El Profesor Butler, que fué el iniciador, decía: "hay que irradiar como si no se operara y hay que operar como si no se irradiara". Nosotros decimos: hay que irradiar siempre que esté indicado, pronto y bien y lo más intensamente posible, y hay que operar a continuación, también lo más pronto posible, 15 o 20 días a los más, para dar tiempo a que desaparezcan las reacciones cutáneas intensas. Las alteraciones de que se ha hablado, en la profundidad, nunca nos han molestado. En definitiva, la técnica del Instituto es, fuera de los casos iniciales, en que se hace cirugía sola, roentgenterapia preoperatoria y operación radical, a continuación.

El Prof. Frangella les va a hacer ver porqué es mejor. Yo por mi parte declaro lealmente que también lo entiendo así. Si el mal es en esencia difusible y si la roentgenterapia es capaz de aniquilarlo, como está ampliamente demostrado, porqué no vamos a hacer una esterilización previa a la operación, aunque debemos considerarla provisoria? El ideal sería esterilizarla aún más allá del campo local y regional. Para ello deberemos esperar nuevas técnicas de irradiación o de otros elementos, tales como parecen serlo ahora las hormonas, y, entre tanto, nosotros como cirujanos, debemos seguir extirpando todo lo que está a nuestro alcance.

En lo referente a la irradiación postoperatoria, también les va a hablar el Prof. Frangella.

Hemos citado antes el tratamiento por hormonas. Es éste realmente beneficioso; hemos visto metástasis óseas, múltiples, borrarse rehaciéndose el hueso con mucha rapidez y cesando los dolores. La hormona más usada es la masculina, la femenina se ha aconsejado en las personas de edad, pero nosotros no la usamos. De todos modos, la hormona sola, no deberá usarse, sino más bien asociada a la roentgen y sobre todo en los casos de metástasis óseas.

Del mismo valor que los andrógenos, se ha pensado que pudiera ser la supresión de la función ovárica, sea por castración radiológica o quirúrgica aunque, como es lógico, se prefiera la primera. El punto de partida resulta de distintas experiencias, pero yo no la creo muy útil y, por el contrario, creo que agrega un elemento perturbador innecesario, en enfermas que ya tienen bastante con su mal. Con el mismo criterio ha sido propuesta la irradiación o la supresión quirúrgica de las suprarrenales, por entender que la producción de hormonas estimulantes, de origen hipofisario, se ve aumentado en ciertos casos por hiperactividad suprarrenal, después de la castración, dando como resultado, en animales de experiencia, un tipo especial de neoplasma mamario y que estaría constituido por células y agrupaciones celulares siempre bien típicas. Nosotros no lo creemos útil. Por el contrario pensamos y volvemos a repetirlo, para finalizar este relato, que las enfermas con cáncer de la mama tienen relativamente poco que ganar y mucho que perder, con los tratamientos complicados y con las mutilaciones teóricamente justificadas, de modo que deberemos ser muy prudentes, al decidir una intervención, si no queremos perder nuestra condición de médicos, que deben curar o aliviar, en aras de principios científicos teóricos, pero no prácticos. En última instancia, a los enfermos que no podemos curar o ayudar a bien vivir, deberemos por lo menos, ayudarles a bien morir. Por eso, a las enfermas de tercer grado, o con metástasis, no le hacemos nunca una operación radical, a lo sumo una toilette. Por otra parte las metástasis en modo alguno las perseguimos quirúrgicamente. Aquí es sólo la radiología, ya sea localmente, en forma de contactoterapia, que da a veces resultados maravillosos, o si la piel lo tolera nueva irradiación regional asociando el tratamiento con hormonas. Obtenemos así muchas veces, muy buenos resultados paliativos que permiten mejor sobrevivida.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y el tratamiento de los tumores de la mama deben ser hechos de urgencia. El método clínico permite casi siempre un diagnóstico exacto.

En todos los casos y más aún cuando se duda, deberá confirmarse por exploración directa.

Los tumores benignos deben ser extirpados en todos los casos y examinados microscópicamente.

Los tumores malignos deberán ser tratados exclusivamente por cirugía radical en el grado más inicial, cuando se supone que son solamente locales. Si acaso se agregará después irradiación postoperatoria.

Cuando se trata de grado II se hace roentgenerapia preoperatoria y operación radical. Nuestra operación radical se completa siempre con un colgajo plástico protésico.

Cuando se trata de grado más avanzado se hace roentgenerapia y hormonoterapia y si está indicado por razones de toilette mastectomía simple también con colgajos.

Procediendo de este modo las enfermas operadas a pesar de su temor se sentirán curadas y si se les conserva una buena funcionalidad del brazo correspondiente y una buena protección del pecho, lo que se consigue con un buen colgajo, no hay duda que se sentirán doblemente curadas.

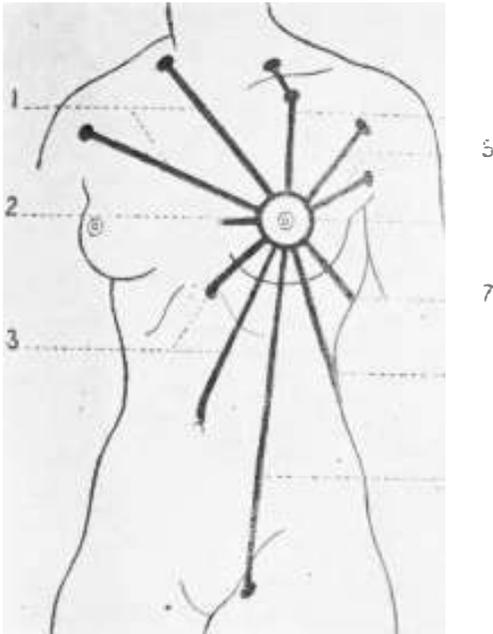


Lámina 1. — Linfáticos cutáneos irradiando de la mama (Ducuing).

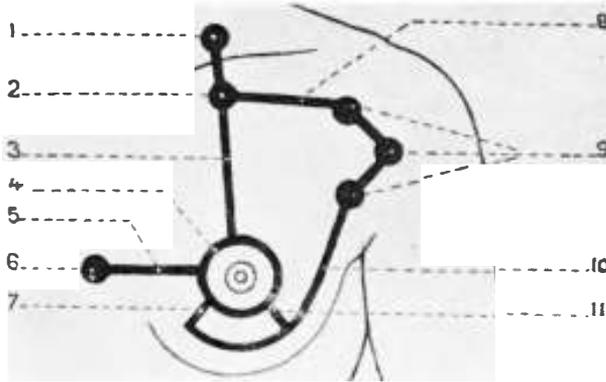


Lámina 2. Linfáticos eferentes de la mama (Ducuing).

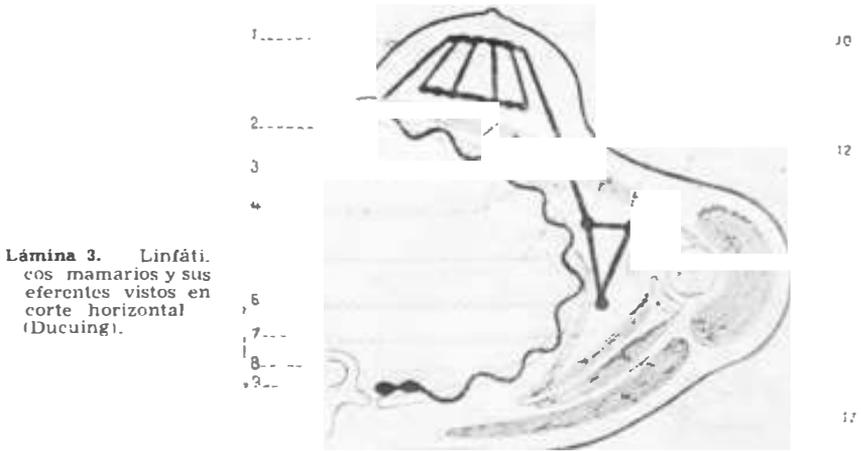


Lámina 3. Linfáticos mamarios y sus eferentes vistos en corte horizontal (Ducuing).

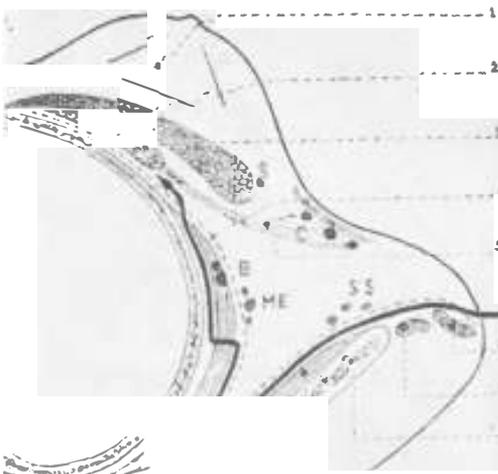
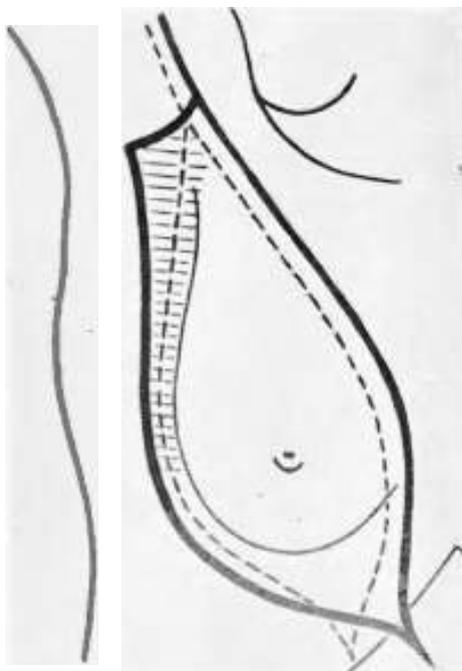


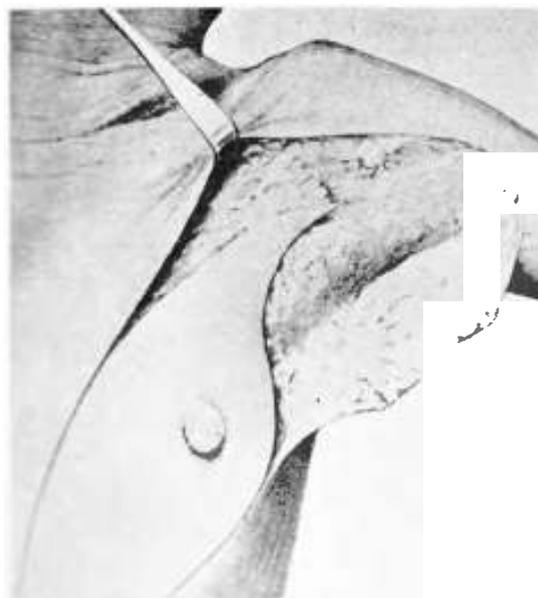
Lámina 4. Línea de entipacton (Ducuing).



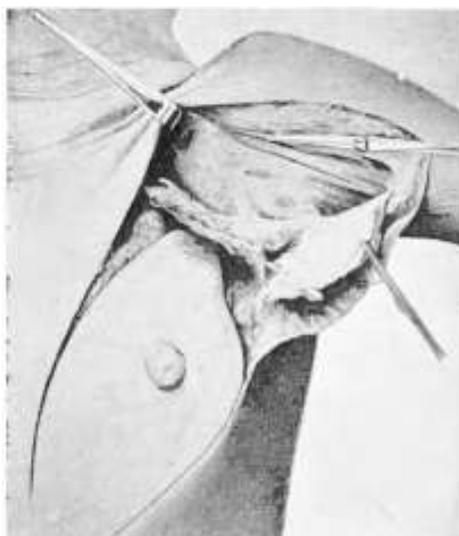
Lamina 5. — Incisión de Ducuing y de W. Meller (Ducuing).



Lamina 6. — Aponeurosis de la axila según Mérola.



Lamina 7. — Disección cutánea en nues-



Lamina 8. — Entrada a la lojia axila a través de la aponeurosis del coracobraquial.



Lámina 9. — Disección axilar en block.

Lámina 10. — Frotis de exudado del
peón hormonal pseudo hormonal
falso tumor (Mastopatía).

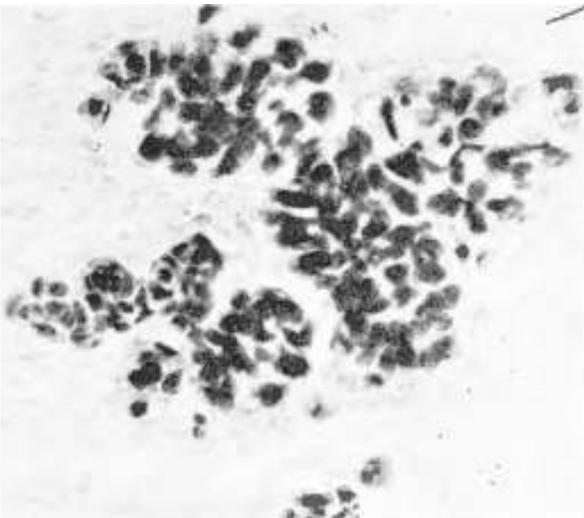
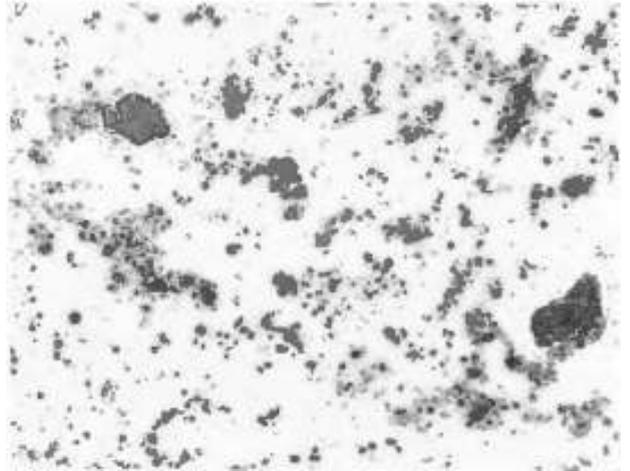
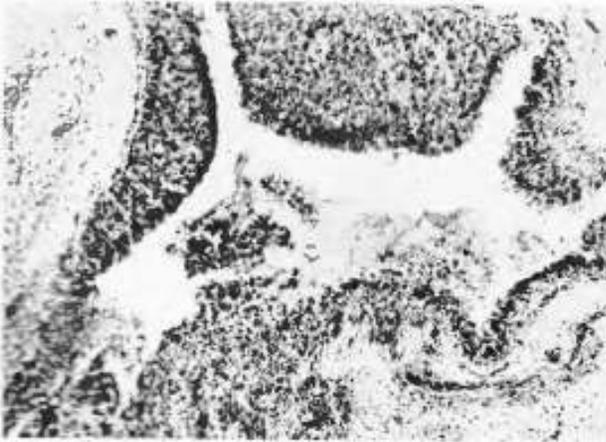
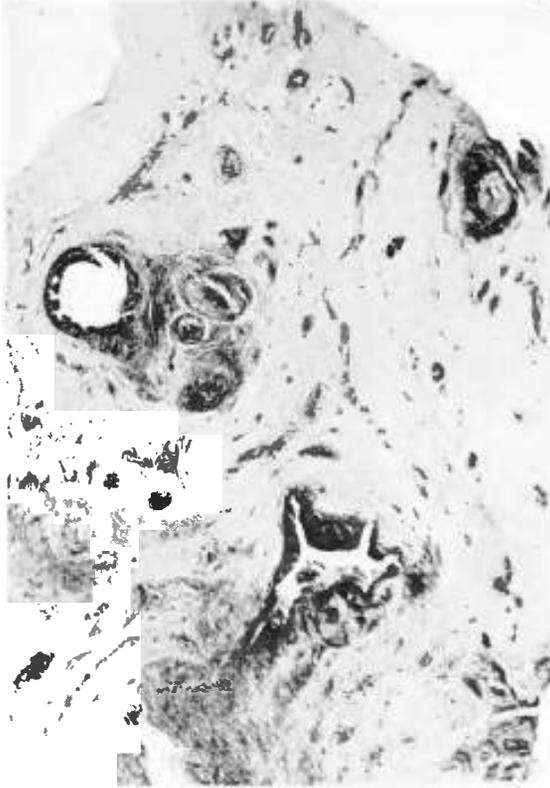
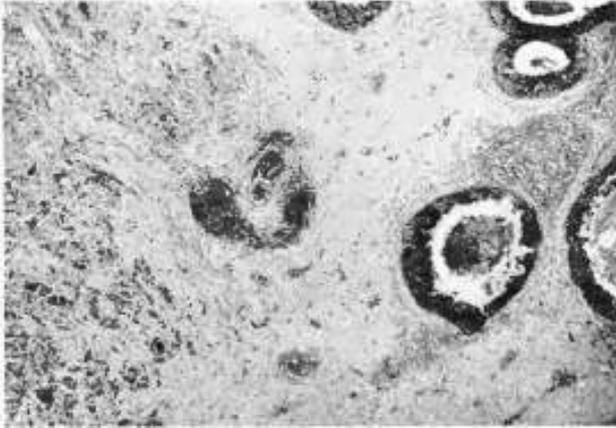


Lámina 11. — Frotis de exudado en
tumor maligno.

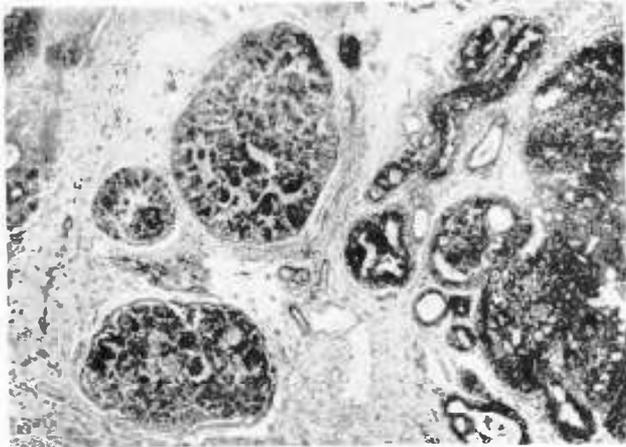
Lamina 12. — Mastopatia hormonal pseudo tumoral. Comedomastitis falso comedo carcinoma (caso personal).



Lamina 13.
mismo aumento.



Lamina 14. Mastitis quística con hiperplasia



Lamina 15. — Mastitis hiperplásica.

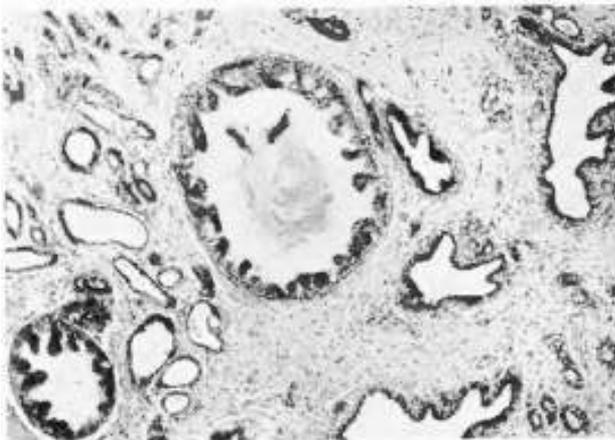


Lámina 16. Comedocarcinoma.



Lámina 17. — Carcinoma inflamatorio.



Lamina 18. Carcinoma inflamatorio



Lámina 19.—Radiodermatitis y tumor quístico benigno.



Lámina 20. . Extirpación y colgajo de recubrimiento (curación).



Lámina 21. — Tumor maligno inoperable.



Lámina 22. — Tumor maligno inoperable.



Lamina 23. - Mismo caso Mastectomia simple de toilet y colgajo de recu orimiento.



Lamina 24. — Operacion vertical con gran resección colgajo e injertos libres de piel.



Lamina 25. El mismo caso cicatri-
7aCo



Lamina 26. Mastectomia parcial con y vaciamento axilar por carcinoma a los dos años y medio de operada