

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. José A. Piquinela y la doctora M. Varalla de Lendle.

CANCER DEL SENO

CONSIDERACIONES SOBRE UNA SERIE DE 70 CASOS

(CLINICA DEL Prof. DEL CAMPO)

Prof. José A. Piquinela y Dra. Mary Varalla de Lendle.

Es opinion unanimente aceptada que el **diagnóstico precoz** en el cáncer del seno es factor preponderante en los resultados que se obtienen. Pero es necesario precisar el alcance de la expresión "diagnóstico precoz. Como lo ha sostenido uno de nosotros (V. A. P.) en otro trabajo (Piquinela J. A. Temas de Oncología y Radioterapia-Patología y Clínica del cáncer de seno (Pág 177-192, 1953, Montevideo), debe entenderse por diagnóstico precoz el reconocimiento de la enfermedad en la etapa en que está "estrictamente localizada a la glándula en sentido no sólo clínico sino también anatómico. Es sólo en esta etapa que se puede ofrecer una cura estable con la terapéutica y un razonable porcentaje de seguridad. Desde que la enfermedad sale de los límites del seno y la primera célula o el primer grupo de células coloniza un ganglio, la etapa de difusión empieza y la incertidumbre pronóstica aumenta de día en día, cuando no de hora en hora. Como cuestión de hecho, el diagnóstico del cáncer de seno se hace en general tardíamente".

"Cabe establecer a este respecto: a) los cambios histológicos iniciales no tienen traducción clínica; b) entre el momento en que la enfermedad se revela clínicamente y aquél en que comenzó histológicamente hay un tiempo perdido imposible de conocer y seguramente variable de una enferma a otra; el cáncer del seno es en la mayoría de los casos de marcha relativamente lenta en tanto que en algunos es de rápida evolución; c) entre el momento en que la enferma percibe algo anormal en su seno y aquél en que la lesión se hizo clínicamente evidenciable hay también un tiempo perdido imposible de calcular. Un nódulo es facilmente palpable o lo es dificilmente según sea superficial o profundo, aparezca en una mama enjuta o en un seno muy

grueso, en una paciente cuidadosa o en una enferma negligente”.

Del punto de vista de las **causas del diagnóstico tardío**, las enfermas pueden dividirse en tres grupos de casos:

1º El diagnóstico tardío es imputable a la **enfermedad**; añádase a lo ya expresado la ausencia habitual de dolor al comienzo de la afección para explicar fácilmente la existencia de este grupo. Entran también dentro de él, el 3.4 % de casos en que el diagnóstico es hecho en el curso de un examen de rutina y las enfermas en quienes el cáncer se anuncia por un depósito metastásico. Aunque no es lo frecuente, estas enfermas existen, sin ningún género de dudas y en ellas la enfermedad inicia su cuadro clínico con una adenopatía axilar, motivo de consulta; con un signo torácico (tos, dolores, expectoración) o con una manifestación ósea (dolores, fractura aparentemente espontánea).

2º) El diagnóstico tardío es imputable a la **enferma**: ignorancia, negligencia o temor.

3º) Pero hay un grupo de casos, el más punzante para los médicos, cuya indiscutible existencia justifica el que se le mencione permanentemente. Como resultado de la compilación de muchas estadísticas surge que en un 27 % de los casos, es decir casi la tercera parte, el diagnóstico tardío es imputable al primer **médico** que vió la enferma. El diagnóstico correcto no fué hecho en oportunidad del primer examen. La existencia de este grupo de enfermas justifica plenamente el adoptar como conducta frente a cualquier elemento anormal en el seno, sentido o palpado por la enferma o palpado por el médico, la de probar la **naturaleza de la causa** que provoca el malestar. Pensar en la posibilidad de cáncer y sin transmitir su preocupación a la enferma agotar los procedimientos hasta haber **demostrado la naturaleza de la lesión**.

Para poder entenderse en materia de tratamiento, para establecer sobre una base sólida un criterio sobre indicaciones y procedimientos terapéuticos, una **clasificación** que catalogue los casos de acuerdo con las diferentes etapas de la enfermedad, se hace absolutamente necesaria. Los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer en cualquier localización y cualquiera sea el procedimiento terapéutico utilizado dependen fundamentalmente de la extensión anatómica de la enfermedad en el mo-

mento en que el tratamiento se instituye. Es necesario comparar los resultados de los diferentes procedimientos terapéuticos sobre una base igual considerando casos en etapas evolutivas semejantes de la enfermedad.

La clasificación de **Steinthal**, universalmente conocida, tiene el mérito de haber sido la primera establecida y puede ser considerada como tipo de clasificación clínica:

Grupo I: Cáncer limitado al seno clínicamente, sin adenopatía axilar palpable.

Grupo II: Cáncer del seno con ganglios axilares palpables o palpables y de carácter sospechoso.

Grupo III: Cáncer del seno con invasión de los pectorales y ulceración de la piel, con ganglios palpables axilares y supraclaviculares incluyéndose en este o haciéndose con ellos un Grupo IV, los casos con metástasis alejadas.

Pero los síntomas y signos clínicos no bastan frecuentemente para establecer conclusiones sobre la extensión anatómica de la enfermedad. Es bien conocido el hecho de casos alrededor de un 30 % clasificados clínicamente en el Grupo I, en los que el examen anátomo-patológico de los ganglios axilares no palpables evidencian la invasión por células cancerosas y por el contrario casos con ganglios palpables (Grupo II) histológicamente no invadido por cáncer. Hay además diferentes grados dentro de la invasión axilar y todo ello cuenta para el pronóstico.

Las clasificaciones puramente **anatomopatológicas**, basadas en los distintos tipos de estructura histológica que se gradúan teniendo en cuenta las variaciones en los grados de diferenciación dan indicaciones sobre el grado de crecimiento pero no sobre la extensión de la enfermedad ya que un tumor histológicamente muy maligno puede estar limitado al seno en el momento del tratamiento en tanto que otros menos malignos pueden haber alcanzado gran extensión y por ello ser netamente incurables.

Las clasificaciones basadas sobre la "**operabilidad**" tienen el inconveniente de que las diferencias de opinión sobre lo que debe entenderse del punto de vista clínico por operabilidad e inoperabilidad son muy grandes de un autor a otro. **Operabilidad** no significa necesariamente **curabilidad** y aún cuando sale de los límites de esta comunicación las consideraciones que cabría hacer

al respecto vale recordar que los datos clínicos y radiológicos que deciden la operación no permiten juzgar la extensión de la enfermedad y por otra parte que no debe confundirse la operabilidad, en el sentido de posibilidad curativa con el de operabilidad técnica, ya que en muchos casos la resección amplia es técnicamente posible aún cuando es seguramente ineficaz como intervención curativa. El estudio seguido a través de estadísticas de muchos años, analizando historia clínica, comprobación operatoria y evolución alejada ha mostrado que en un grupo de enfermas la operación llamada radical, no tiene de radical otra cosa que la buena intención de que así sea. La intervención es técnicamente posible, la enferma sobrevive al post-operatorio inmediato pero la evolución muestra que sucumbe a los pocos meses y comparando con casos similares que fueron sólo irradiados, el análisis evidencia que la intervención no sólo no prolongó la vida sino que en ciertos casos la acortó en algunos meses.

Estos hechos tienen un extraordinario interés y aún cuando sea motivo de discusión el alcance y límites de la operabilidad así entendida, aún cuando se juzgue que algunas enfermas clasificadas como "categóricamente inoperables" pueden no serlo, surgen indiscutibles las ventajas de este enfoque clínico-patológico del problema que permite emprender una gran intervención sobre la base de un diagnóstico cierto y de la correcta apreciación del grado de difusión que ha alcanzado la enfermedad.

La real extensión anatómica de la enfermedad sólo puede apreciarse frecuentemente después de las intervenciones y del examen microscópico de los tejidos extirpados. Se reconoce cada vez más que para clasificar es necesario tomar en cuenta las evidencias clínicas y anatomopatológicas de la extensión de la invasión. Es lo que hace la clasificación de **Portmann** que tiene en cuenta para agrupar los casos, datos referentes al tumor, a la piel ya las metástasis:

Grupo I. Tumor: localizado al seno y móvil. **Piel:** no invadida. **Metástasis:** ausencia de ganglios linfáticos en la axila y en cualquier otro sitio.

Grupo II. Tumor: localizado en el seno y móvil. **Piel:** no invadida. **Metástasis:** pocos ganglios axilares invadidos, sin metástasis en otros sitios.

Grupo III. Tumor: seno difusamente infiltrado; fijación del tumor o seno a la pared torácica; edema del seno; tumores secundarios en el seno. **Piel:** edematosa; induración rojo carne o inflamación no debida a la infección; ulceración extensa; nódulos secundarios múltiples. **Metástasis:** muchos nódulos linfáticos axilares invadidos o fijos sin evidencia clínica o radiológica de metástasis alejadas.

Grupo IV. Tumor: como en cualquier grupo. **Piel:** como en cualquier grupo. **Metástasis:** ganglios linfáticos axilares y supraclaviculares extensamente invadidos; evidencia clínica o radiológica de metástasis.

El **criterio de incurabilidad** se establece según el mismo autor sobre los siguientes datos:

1º) **Piel:** a) **edema** (piel de naranja) de cierta extensión (puede admitirse de más de 1/3 de la piel del seno. b) **ulceración** de cierta extensión. c) **piel inflamada o rojo carne**, excluida la infección. d) **nódulos secundarios múltiples**.

2º) **Seno:** a) **difusamente edematoso**. b) **difusamente infiltrado**. c) **tumores múltiples secundarios**. d) **fijación a la pared torácica**.

3º) **Metástasis:** a) **nódulos linfáticos axilares numerosos, extensamente invadidos y fijados**. b) **nódulos linfáticos supraclaviculares o edema de la piel**. c) **invasión del seno o nódulos linfáticos del lado opuesto**. d) **metástasis remotas en huesos, pulmones o otras vísceras**.

Cabe señalar que los elementos sobre los cuales se basa el criterio de incurabilidad según Portmann coinciden casi exactamente con los elementos tomados en consideración por Haagensen y Stcut en 1943 para establecer el grupo de casos "categóricamente inoperables". Se añadirían solamente los casos con **edema del brazo y los cánceres desarrollados durante e l'embarazo o la lactancia**, aún cuando posteriormente el propio Haagensen ha admitido con otros autores que el embarazo o la lactancia pueden no ser siempre contraindicaciones categóricas a la intervención.

Presentamos a continuación la estadística de los cánceres de seno tratados en el Servicio del Profesor Del Campo hasta setiembre de 1953. Estamos en estos momentos, con la colaboración de

la Asociación de Lucha contra el Cáncer, revisando las enfermas tratadas, no pudiendo todavía presentar un estudio completo a este respecto dadas las conocidas dificultades que existen en nuestro medio para conseguir que las enfermas consulten periódicamente. Este estudio es fundamental y será objeto de una próxima publicación, cuando haya podido ser completado.

Se ha seguido el criterio de Portmann para clasificar las enfermas tratadas.

Grupo I.— Comprende 21 casos. Señalamos a continuación algunos datos de interés:

Edad: 1 caso de 25 años; 2 de 30 a 40; 3 de 40 a 50; 7 de 50 a 60; 6 de 60 a 70; 2 de 72 años.

Tiempo de evolución entre iniciación clínica y consulta: 15 días (1 caso); 1 mes (1 caso); 2 meses (4 casos); 3 meses (1 caso); entre 4 y 6 meses (6 casos); 1 año (2 casos); un caso tiene secreción cetrina por el pezón desde hace 4 años; un caso consulta a los 6 años de palpar un nódulo en el seno y otro después de 35 años de haber notado una "dureza" en la mama; en 3 casos no se pudo establecer el tiempo transcurrido desde el comienzo;

Sitio del tumor: 7 casos en los sectores internos; 5 en el cuadrante súperointerno y 2 en el ínfero-interno; los demás en el sector externo del seno; **cáncer gelatinoso circunscrito** en un caso; está bien a los tres años de operada;

Tamaño del nódulo: este dato tiene gran valor para Haagen-sen quien afirma que el pronóstico es peor con el mayor tamaño siendo en estos casos más frecuente la recidiva local y menor el porcentaje de sobrevida a los 5 años. Pero el tamaño por sí solo no es contraindicación operatoria estando generalmente en relación con la duración de la enfermedad (por lo menos la invocada por la enferma). Algunos cánceres permanecen pequeños aún cuando estén presentes largo tiempo y si bien la probabilidad de metástasis axilares aumenta cuando el tumor se ensancha no debe olvidarse que en tumores de menos de 2 cm. de diámetro la frecuencia de las metástasis axilares es grande. El tamaño consta en 16 historias: 1 cm. (2 casos); 2 cm. (1 caso); 4 cm. (4 casos); 5 cm. (4 casos); 6 cm. por 5 cm. (3 casos); 8 cm. por 4 cm. (1 caso); 10 cm. 1 caso).

Ganglios axilares: palpables y pequeños en 6 casos; sin invasión histológica;

Lactancia: En un caso el tumor aparece en el curso de la lactancia, localizado en el cuadrante súpero-interno; mujer de 34 años que consulta a los 6 meses de haberlo notado: diagnóstico positivo por biopsia por aspiración; operación inmediata;

Biopsia previa: en 9 casos; en 4 de ellos la biopsia-extirpación fué practicada fuera del Servicio entre 1 y 3 meses antes del ingreso; en los restantes la biopsia por aspiración o extirpación fué realizada 2 a 4 días antes de la intervención;

Intervención practicada: salvo un caso que no se dejó operar con tumor localizado en el cuadrante súpero-interno y que aceptó sólo la irradiación, los demás fueron intervenidos practicándose la mastectomía con estirpación de los pectorales y vaciamiento axilar.

La enferma con tumor aparecido en el curso de la lactancia en cuadrante súpero-interno fué operada por uno de nosotros (J. A. P.); se hizo además de la mastectomía y vaciamiento axilar, el vaciamiento supraclavicular en el mismo acto operatorio e irradiación post-operatoria. El examen anátomo-patológico no mostró invasión histológica supraclavicular (no había clínicamente nada palpable). Vive 2 años de operada, sin metástasis clínicas;

Evolución post-operatoria inmediata: el post-operatorio inmediato fué bueno en todos los casos; en 6 hubo esfacelo de la herida que evolucionó ulteriormente bien;

Irradiación post-operatoria: se indicó en 4 casos;

Evolución alejada: no se tiene ningún dato de 4 enfermas; las 17 restantes han evolucionado así:

2 llevan menos de un año de operadas; están bien a los 6 y 3 llevan un año, 15 y 18 meses; están bien;

Una enferma que no se dejó operar y fué sólo irradiada lleva un año y 8 meses; está bien; se negó a concurrir para ser examinada;

4 enfermas llevan 2 años (2 casos) y 2½ años (2 casos); una de las últimas fué un Pageé con epiteloma intracanalicular; entre las primeras figura la enferma con tumor súpero-interno apareci-

do en la lactancia, a la que le hicimos además del Halsted, vaciamiento supraclavicular e irradiación post-operatoria; las cuatro enfermas están bien;

1 enferma lleva 3 años; está bien;

3 enfermas llevan 4 años (2 casos) y 4 años y 6 meses; esta última tiene un gran edema del brazo; una de las primeras fué un tumor situado en el cuadrante súpero-interno; está bien; la otra enferma tiene en la 11ª costilla dos pequeñas imágenes claras por lo que se pide placa penetrada (el tumor de seno era un comedo-carcinoma);

2 enfermos fallecen a los 3 años con metástasis múltiples; no habian sido irradiadas;

1 enferma falleció a los 5 años y 4 meses; se trataba de un Paget con lesión cutánea y tumor papable en cuadrante súpero-interno; operada e irradiada, hizo un nódulo subcutáneo al año de operada que desapareció con contactoterapia; estaba bien hasta los cuatro años de operada; no se pudo desde entonces volverle a ver, ignorándose cuál era al final de su vida su situación.

Grupo II.— Perteneren a este grupo 16 casos a los que puede añadirse 5 casos más clasificados como II-III.

Edad: 30 a 40 años (3 casos); 40 a 50 (6 casos); 50 a 60 (4 casos); 60 a 72 (4 casos);

Tiempo de evolución entre iniciación clínica y consulta: 5 días (1 caso); 15 días (3 casos); 1 mes (2 casos); 2 meses (3 casos); 3 meses (2 casos); entre 4 y 5 meses (2 casos); 6 meses (3 casos); 7 meses (1 caso); en un caso se relata un nódulo datando de 12 años que comienza a crecer hace 6 meses y en otro caso un trauma de seno hace 14 años con nódulo que aparece 3 meses después;

Sitio del tumor: 3 casos en cuadrante internos (2 en súpero-interno; 1 en infero-interno); los demás en los cuadrantes externos;

Nódulos múltiples: dos nódulos móviles en dos casos; en uno de estos casos había también nódulos múltiples en el seno del otro lado; se trataba de un Reclus con varios focos de cancerización intracanicular;

Tamaño del nódulo: 1 a 2 cm. (2 casos); 2 cm. (3 casos); 4 cm. (4 casos); 5 cm. (1 caso); 6 cm. por 5 cm. (2 casos); 7 cm. (2 casos); 8 cm. (1 caso); 10 cm. por 8 cm. (1 caso); 10 cm. por 15 cm. (1 caso);

Piel: elevación local de temperatura en un caso; enrojecimiento limitado de la piel en un caso; piel adherida en 8 casos; ulceración pequeña en 3 casos; edema limitado en 3 casos;

Ganglios axilares: palpables en 6 casos; palpables y fijos en 6 casos;

Bicpsia previa: en 3 casos, entre 3 y 7 días antes de la operación;

Intervención practicada: operación de Halsted; en un caso operado por uno de nosotros (J. A. P.) se hizo vaciamiento supraclavicular en un segundo tiempo, con anestesia local, siete días después de la mastectomía, en razón de la invasión subclavicular evidenciada por el examen anatómo-patológico. No había ganglios supraclaviculares palpables ni el examen ulterior de lo extirpado mostró invasión histológica. Se hizo irradiación post-operatoria. Vive a 2 años y 10 meses de operada con gran edema del brazo y dolores vertebrales sin comprobación radiológica de metástasis. En otro caso se hizo vaciamiento supraclavicular a los 6 meses por aparición de adenopatía a ese nivel.

Evolución post-operatoria inmediata: Hay una muerte en la tarde de la operación en una enferma diabética, con edad avanzada y mal estado general. En las restantes el post-operatorio inmediato fué bueno: esfácelo de la herida en 5, con buena evolución ulterior.

Irradiación post-operatoria: indicada en la mayoría de los casos fué seguida por 9 de las enfermas;

Evolución alejada: se tienen datos de 15 enfermas; **4 han fallecido:** 1 a los 9 meses; 1 al año y 7 meses; 1 a los 3 años de operada (presentó a los 6 meses una adenopatía supraclavicular que le fué extirpada, sobreviviendo 2½ años al vaciamiento y falleciendo con signos de difusión visceral, ósea y pulmonar); 1 caso al año y 2 meses de operada. **La situación de las 11 restantes** es la siguiente: 2 están bien a los 6 y 7 meses de operadas; 2 llevan 1 año y 1 año y dos meses, están bien; 1 lleva 1 año y 9 meses de operada; a los 6 meses hizo una adenopatía supraclavicular por la que se hizo vaciamiento, actualmente tiene nódulos subcutáneos múltiples, hepatomegalia secundaria y un nódulo parotídeo con parálisis facial; 3 llevan 2½ años; una de ellas tiene un gran edema del brazo, dolores vertebrales sin que el estudio radioló-

gico evidencie metástasis: se le hizo vaciamiento supraclavicular (ganglios no invadidos) por la invasión del grupo subclavicular e irradiación post-operatoria; se le considera un caso límite II-III por el grado de invasión axilar; otra de las operadas e irradiadas tiene metástasis esternales y pulmonar; 1 lleva 3 años y 2 meses y otra enferma lleva 4 años; están bien; 1 enferma lleva 5 años de operada, está bien; 1 enferma lleva 5 años y 6 meses de operada, tiene metástasis vertebrales y pulmonares.

Grupo III.—Pertenecen al grupo III, 10 casos: 1 es clasificado en el grupo III-II y 2 en el grupo III-IV:

Edad: 30 a 40 años (1 caso); 40 a 50 (4 casos); 50 a 60 (3 casos); 60 a 70 (3 casos);

Tiempo entre comienzo clínico y consulta: 20 días (1 caso); 2 meses (1 caso); 4 meses (2 casos); entre 1 y 2 años 2 casos); 3 años (2 casos);

Sitio del tumor: 2 casos en cuadrantes súpero-interno; los demás en el sector externo del seno;

Nódulos múltiples: 4 casos;

Tamaño del nódulo: 4 cm. (1 caso); 5 cm. (2 casos); 7 cm. 1 caso); 10 cm. (1 caso); 12 cm. (1 caso); 14 a 15 cm. 2 casos); hay un caso de tumor bilateral: 12 cm. el nódulo izquierdo y 5 cm. el derecho;

Piel: enrojecimiento en casos; fijada más o menos extensamente en 8; ulcerosa en 2; edematosa en 5; nódulos satélicos en la piel del seno en 1;

Fijación a la pared torácica: en 3 casos;

Ganglios axilares: pequeños en dos casos; fijados en 8;

Ganglios supraclaviculares: en 4 casos;

Edema del brazo: en 1 caso;

Biopsia previa: en 1 solo caso (tumor bilateral);

Intervención practicada: Halsted con vaciamiento axilar en 9 casos; más vaciamiento supraclavicular (tumor en cuadrante súpero-interno) en 1 caso; mastectomía simple completada con röntgenterapia en 1 caso; röntgenterapia sólo en 1 caso;

Evolución post-operatoria inmediato: fallecen dos enfermas, una por accidente anestésico y otra en la tarde de la operación vaciamiento supraclavicular);

Irradiación: se indicó en todos los casos y como único tratamiento en una enferma que falleció pocos meses después;

Evolución alejada: viven sin recidivas tres enfermas a 1 año, 2 años y 8 meses y 3 años y 10 meses de operadas. **Fallecieron 7 enfermas:** una a los 5 años y 2 meses (se trataba de un enorme tumor ulcerado que la histología reveló ser un Paget); las otras enfermas: al año y 2 meses, a los 2 años y 4 meses, a los 2 años; dos al año (una de ellas con metástasis hepáticas y ascitis); otra enferma falleció con metástasis supraclaviculares sin haberse podido precisar la fecha.

Grupo IV.—Pertencen a este grupo 15 enfermas:

Edad: 28 años (1 caso); 40 a 50 años (4 casos); 50 a 60 (5 casos); 60 a 70 años (1 caso); 70 a 80 (3 casos); 1 caso de 88 años;

Tiempo entre comienzo clínico y consulta: en 1 caso, 8 días pero siente dolores en la base de hemitórax izquierdo desde hace 2 años (metástasis pulmonar); 3 meses (1 caso); 6 meses (1 caso); 8 meses (1 caso); 10 meses (2 casos); 1 año (1 caso); 2 años (1 caso); 4 años (1 caso); 9 años (1 caso);

Sitio del tumor: cuadrante súpero-interno en 2 casos e ínfero-interno en 1; invasión difusa de todo el seno en 1 caso y tumor difuso y bilateral en 1 caso;

Nódulos múltiples: 4 casos;

Tamaño del nódulo: 3 cm. (1 caso); 6 cm. por 5 cm. (3 casos); 8 cm. (1 caso); 10 cm. (1 caso); tumor difuso (1 caso); difuso y bilateral (1 caso).

Piel: Elevación de la temperatura (2 casos); enrojecimiento (4 casos); fijación extensa (8 casos); ulceración (4 casos); edema (7 casos); nódulos satélites en piel de seno (2 casos);

Ganglios axilares: pequeños en 1 caso; extensamente invadidos y fijados en 9 casos;

Ganglios supraclaviculares: 8 casos;

Edema del brazo: 1 caso;

Cáncer inflamatorio: 1 caso, con metástasis pulmonares;

Metástasis alejadas: en 7 casos; pulmonares en 1; hepáticas en 2; vertebrales en 4;

Biopsia: se hizo en 1 solo caso (cáncer inflamatorio);

Tratamiento: fueron operadas 4 enfermas: Halsted con vaciamiento axilar en 2; más vaciamiento supraclavicular en 1; mastectomía simple en 1 caso; en las 4 enfermas se hizo irradiación post-operatoria. No se operaron 11 enfermas a las que se les hace solamente röntgenterapia;

Evolución post-operatoria inmediata: fallece una enferma por embolia a los 7 días de operada;

Evolución alejada: se ignora la evolución de 7 enfermas; viven 2 enfermas no operadas e irradiadas a los 6 y 9 meses de la consulta: una de 88 años con ganglios axilares y supraclaviculares y sospecha clínica de metástasis hepáticas y ascitis. **Han fallecido 5:** una enferma, 1 año y 7 meses de operada, con metástasis pulmonar; otra con metástasis vertebrales, no operada antes del año; otra a los 4 meses de una mastectomía simple; otra antes del año de operada con ganglios axilares y supraclaviculares múltiples; otra a los 3 meses, no operada y que no aceptó la irradiación.

Para llevar adelante las consideraciones que surgen del análisis de esta estadística nos es necesario disponer de mayor número de datos sobre evolución alejada, asunto en el que estamos actualmente empeñados. Ello será el motivo de un próximo trabajo. Pero es posible señalar una orientación que nos parece aconsejable de acuerdo con los resultados obtenidos y que una mayor experiencia puede modificar.

Hay acuerdo unánime en el sentido de que los casos del **Grupo I** pertenecen a la cirugía. El signo más precoz del cáncer mamario es un nódulo pequeño, móvil, sin piel ni ganglios invadidos ni metástasis alejadas. La extirpación total del tumor y el examen histológico consecutivo será a menudo el medio que permitirá afirmar el cáncer. La mastectomía con extirpación de los pectorales y vaciamiento axilar se impone; el resultado del examen anatómo-patológico de los ganglios axilares permitirá mantener el caso en el Grupo I o incluirlo en el II, si hay invasión por células cancerosas. El vaciamiento supraclavicular no entra en el plan sistemático pero lo creemos indicado (J.A.P.) en la localización supero-interna entendiendo que cabe

esperar mucho de él, especialmente en estos casos en que no hay ganglios supraclaviculares palpables. Es asunto cuestionable si se debe hacer irradiación post-operatoria. La mayoría se pronuncia en sentido negativo en base a que ella no mejora el porcentaje de sobrevividas, quizás porque como lo sugiere Portmann, la enfermedad está extendida a zonas no irradiadas, como la región subesternal. Nos inclinamos (J.A.P.) a hacerla cada vez más, especialmente en mujeres jóvenes donde aun el grado I, la cirugía sólo tiene mismo en manos experimentadas resultados desalentadores y también en las localizaciones internas.

Debe recordarse que en el Grupo I, alrededor de un 15 % de enfermas mueren antes de los 5 años, lo que puede obedecer a causas variadas: invasión de los ganglios mamarios internos o de los grupos mediastinales, especialmente en las localizaciones internas; metástasis alejadas sin ningún signo antes de la operación; invasión axilar sólo evidenciable por cortes seriados y que ha pasado desapercibida al examen microscópico.

En las enfermas del **Grupo II** el tratamiento quirúrgico debe ser completado en nuestra opinión por la irradiación post-operatoria sistemática. El vaciamiento supraclavicular tiene mayores indicaciones entendiéndolo nosotros que por lo menos le pertenecen dos: la localización interna (especialmente súper-interna) y los casos en que el vaciamiento axilar evidencia la invasión del grupo subclavicular. Se considera que el 50 % de los casos que mueren antes de los 5 años es debido a que la enfermedad estaba extendida más allá de los límites anatómicos de la exéresis; las recidivas raramente ocurren localmente en la pared torácica o en la axila; la enfermedad probablemente se ha extendido a los ganglios supraclaviculares y para-esternales, a los ganglios del plano c ruta de la azigos y en algunos casos a las vísceras. Queda por demostrar en cuanto a los resultados alejados se refiere el valor real de las operaciones ampliadas a la manera de Wangenstein que une al vaciamiento supraclavicular sistemático, la extirpación en su mayor parte de los vasos mamarios internos con el tejido linfático adyacente y la disección del mediastino alto.

Es objeto de discusión la irradiación pre-operatoria en estos casos. Desaconsejada por unos, sistemáticamente empleada por otros con la exigencia de una certidumbre diagnóstica obte-

nida por puncion o por biopsia-extirpación, es limitada por otros a ciertos casos de estructura histológica tumoral particularmente indiferenciada. No ha sido practicada en los casos de la serie estudiada.

En las enfermas del Grupo III y IV las indicaciones de la cirugía parecen cada vez más restringidas y limitadas para algunos autores a operaciones de limpieza, resueltas a menudo con una mastectomía simple. Pero se tiende a considerar que estos casos pertenecen cada vez más a la roentgenterapia completada según las enfermas por el tratamiento hormonal o por la castración actínica.

Parecería que muy pocas enfermas sacan un beneficio real de la intervención (casos límites III-II y que en la práctica la operación no alarga la vida pareciendo acortarla en algunos meses en muchos casos. El criterio de no intervención es sostenido vigorosamente por ciertos autores para los casos de tumores ulcerados donde algunos cirujanos son partidarios de operar por razones estéticas. Se insiste al respecto que las radiaciones curan completamente muchas úlceras como también lo hace frecuentemente la terapéutica hormonal. Se incluyen también entre los casos a no operar aquellos del grupo III en que después del tratamiento radiante parecerían por la reducción del tumor y los ganglios, ser aparentes para la cirugía. La irradiación no transformaría los casos incurables en curables quirúrgicamente; es un tratamiento paliativo solamente que en algunos casos prolonga la vida de las enfermas.

En conclusión diremos que surgen de las consideraciones precedentes por lo menos dos hechos: deben seleccionarse las enfermas para la intervención siendo aconsejable operar aquellos casos donde hay razones serias para pensar que las pacientes serán realmente beneficiadas y, fuera del grado I (quizás no en todos los casos de este grupo), el correcto tratamiento de los demás debe ser la consecuencia de la colaboración entre cirujano y radioterapeuta. Se comprende fácilmente que no pueden compararse los resultados alejados de los dos tratamientos si se reserva a la cirugía los casos precoces del grado I y se les enfrenta a los casos avanzados del grado III y IV tratados por irradiación sola.

Una clasificación patológica y clínica de las enfermas es absolutamente necesaria.