

LAS MASTECTOMIAS RADICALES ENSANCHADAS

Dr. MAXIMO A. KARLEN

Desde Halsted (1) se ha logrado mejorar substancialmente los resultados en el tratamiento del cáncer del seno. Sin embargo, distan aún mucho de ser satisfactorios. Esto se debe a varias causas. entre ellas:

- 1º) Malignidad elevada desde el comienzo, en un alto porcentaje de casos.
- 2º) Diseminación intensa por vía sanguínea y linfática.
- 3º) Imposibilidad de reconocer el grado de extensión de la invasión, para proporcionar la exéresis a ella.

Estos hechos explican porqué se ha ensanchado la mastectomía radical clásica. Se intenta ganarle la carrera a la diseminación, extirpando los regueros linfáticos, mamarios internos, mediastinales anteriores y supraclaviculares.

No podemos plegarnos a la posición pesimista de Mc Kinnon, de Toronto (2), que sostiene, en base al estudio de amplias estadísticas de varios países, que el tratamiento local o regional, no previene ni pospone en medida apreciable, la muerte por esta afección. No habría mayor superioridad entre el tratamiento efectuado al comienzo de la afección o más tarde.

Esta manera de encarar el problema nos parece no corresponder a la realidad. Además no es constructiva.

La tendencia a efectuar exéresis cada vez más ensanchadas está basada en estudios anatómicos, fisiopatológicos y en la confrontación de los resultados obtenidos con la mastectomía radical clásica.

Garland (3) agrupa los cánceres del seno en tres categorías:

- 1º) altamente malignos de entrada;
- 2º) de potencial de diseminación intermedio;
- 3º) de potencial metastasiante bajo.

La primera categoría abarca el 55 % de los casos. Es la que empeora las estadísticas, cualquiera sea el tratamiento efectuado.

En cambio, los otros dos grupos pueden ser tratados por la cirugía con posibilidad de buenos y aún de excelentes resultados.

La dificultad está en que por los medios actuales es a menudo imposible saber cuáles son las enfermas probablemente curables por la cirugía radical. Con todo, hay datos que permiten orientarse aproximadamente. El aspecto histológico de la lesión primaria, su extensión local y el estado de los ganglios regionales permiten calificar en cierta medida el grado de malignidad del tumor.

Bloom y Richardson (4) del Middlesex Hosp., lo establecen netamente en su estudio de 1.143 casos seguidos durante quince años.

Berg (5) estudió el efecto que ejerce la inflamación peritumoral como respuesta de resistencia del huésped al cáncer. Estudió una serie de 58 casos cuya lesión primitiva tenía un diámetro mayor de 4 cms. y que sobrevivieron libres de cáncer, durante diez años o más después de la mastectomía. En el 75 % de ellos hubo un infiltrado de células redondas, predominantemente plasmacelular, en el punto de contacto entre el cáncer y el epitelio mamario normal. En estos sitios había degeneración de células tumorales. Esta infiltración plasmacelular asociada a la degeneración celular epitelial es característica de reacciones de inmunidad del hombre tal como se observan en el rechazo de injertos de piel homóloga.

Si con estos métodos se logra clasificar los cánceres del seno con el fin de separar la primera categoría y someterla a tratamientos generales, podrían mejorarse las estadísticas quirúrgicas notablemente.

Con todo, la cirugía logra resultados cada vez más favorables. Prueba de ello la estadística de los operados durante treinta años en la Mayo Clinic (6) donde en cada lustro sucesivo, se obtuvieron progresos substanciales.

La cirugía radical practicada en ese centro, procuró una sobrevivencia global de cinco años, considerando todos los casos tratados, de un 11,2 % mayor que Mc Whirter con la mastectomía simple plus radioterapia.

DISEMINACION LINFATICA DE LOS CANCERES DEL SENO

Ocurren frecuentemente metástasis regionales fuera del área de la mastectomía radical convencional, cualquiera sea el punto de la mama en que se originó el cáncer.

Pero en general los linfáticos que son invadidos primero, son los más próximos. Por tanto, la topografía de la lesión primitiva permite prever la dirección de la diseminación. Los tumores que asientan en la parte externa de la glándula, invaden preferentemente la axila. Los de los sectores internos y centrales, la cadena mamaria interna (Handley, Wangensteen, Urban).

Pero con gran frecuencia invaden ambas zonas. Así, por ejemplo, de una serie de Wangensteen (7) de 36 tumores localizados primitivamente en los segmentos externos, 20 tenían metástasis exclusivamente en la axila y los 26 restantes, también en la cadena mamaria interna.

Resulta evidente que sólo en los 20 primeros casos la mastectomía clásica habría llenado las exigencias de una operación radical.

Urban (8), en 300 casos operados, comprobó:

- 44 % sin invasión ganglionar;
- 48 % con invasión de los ganglios axilares;
- 35,5 % con invasión de los linfáticos mamaros internos;
- 7,7 % de los ganglios mamaros internos exclusivamente.

En 15 % en que la axila estaba libre, había invasión de la cadena mamaria interna.

En cuanto a la topografía de los ganglios mamaros internos invadidos, lo son en grado decreciente, los del 2º, 3º, 1º, 4º y 5º espacios intercostales. Están situados en general por dentro de los vasos mamaros internos.

La diseminación mediastinal (mamaria interna y grupos más profundos) sigue en frecuencia a la axilar.

La invasión de los ganglios mamarios internos controlaterales, en tumores con adenopatía mamaria interna, se observa con relativa frecuencia en la autopsia. Abrão (8) del Instituto Central del Cáncer de São Paulo, haciendo biopsias ganglionares entre dos y cuatro semanas después de la mastectomía radical, la comprobó sólo en 4 de 20 casos de grados II y III. Concluye que la invasión de la cadena mamaria interna opuesta es en estos casos relativamente rara.

Handley, Dahl-Iversen y otros, demostraron que alrededor del 40 % de pacientes con cáncer en los segmentos internos y del área central de la mama, tienen metástasis mamaria interna. En todos estos casos la mastectomía radical clásica es insuficiente.

Se ha recomendado practicar la *biopsia* de los *ganglios mamarios internos* y de los del *ápex* de la axila, como test de operabilidad.

En opinión de muchos, la cirugía radical ensanchada sería inútil para los casos positivos. En la última serie de Urban, 34 de 75 enfermos habrían sido inoperables de acuerdo con este criterio. Esta noción debe ser revisada, porque 38 % de estos pacientes están libres de enfermedad, cinco años después de la operación radical ensanchada.

LA CIRUGIA DEL CANCER DEL SENO

Las soluciones quirúrgicas aplicadas a esta enfermedad, toman en consideración la anatomía patológica de las piezas operatorias, los resultados obtenidos en la sobrevida y especialmente en la sobrevida libre de enfermedad, y los estudios necrópsicos.

Nadie discute que se debe principalmente a Halsted (1) el progreso obtenido en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad. Con su operación obtuvo un número mayor de curaciones que con la simple amputación, practicada corrientemente hasta entonces.

Con los años, la mastectomía radical con vaciamiento axilar, es decir, lo que se llama comúnmente operación de Halsted, se impuso en el mundo entero. Empero, al aumentar su número,

también pusieron de manifiesto sus limitaciones. El control sistemático del postoperatorio de los pacientes y el análisis de las estadísticas demostró que esta operación es eficaz en los grados I y II, y que en las formas más avanzadas no mejora substancialmente los resultados.

El mejor conocimiento del área de dispersión linfática y su relación con la localización primitiva del tumor, llevó a muchos cirujanos a ensanchar los límites de la exéresis. Estas técnicas ensanchadas extirpan, además de los axilares, también los linfáticos mamarios internos y a veces los supraclaviculares.

Aparte del hecho de que muchas metástasis se efectúan por vía sanguínea, o por vía linfática a ganglios alejados, haciendo por lo tanto inútil la cirugía, hay otras nociones que evidencian la complejidad del problema. Así, por ejemplo, la experimentación animal demostró que los ganglios linfáticos regionales pueden actuar como barreras eficaces contra la diseminación linfática. Los ganglios invadidos pueden fijar células cancerosas circulantes y aun estimular la resistencia del huésped contra el cáncer. Si esta acción antigénica existe, como muchos suponen, la extirpación de los ganglios regionales privará al organismo de uno de sus principales mecanismos de defensa contra las células cancerosas circulantes. Crile Jr. (9) se pregunta si en ciertos casos no sería mejor extirpar el tumor primitivo en un primer tiempo. Después, cuando ya existan menos células tumorales circulantes, se pueden extirpar los ganglios regionales, si estuvieran invadidos. Incluso, afirma este autor que hasta ahora no hay evidencia definitiva de la superioridad de las operaciones radicales. Tampoco está convencido, por la misma razón, que la adición de la radioterapia profiláctica a la mastectomía en el estado I y comienzo del estado II, prolonga la sobrevivencia.

Hay un grupo de pacientes en que la experiencia ha demostrado la conveniencia de practicar intervenciones menores, complementadas por otros recursos terapéuticos.

A) MASTECTOMIAS PARCIALES

La hemos practicado en pacientes jóvenes, con un nódulo mamario sospechoso. Resección-biopsia amplia en cuña a base periférica. Reparación plástica de la mama. Si el informe his-

tológico es desfavorable y por razones psicológicas (proximidad de su casamiento, temor a la enfermedad que es a veces familiar, etc.) se le indica tratamiento hormonal y radioterapia.

Una enferma en esta situación, de 26 años de edad, se casó un año después y está libre de enfermedad a los tres años y medio. En otro enferma joven, en las mismas circunstancias, la misma táctica terapéutica no tuvo este feliz resultado, porque si bien no tuvo recidiva local, hizo metástasis óseas a los dos años. Este caso probablemente pertenecía al grupo de los que dan metástasis a distancia desde el comienzo y que son incurables, cualquier terapéutica se aplique.

B) MASTECTOMIA SIMPLE

Para casos con estado general grave, edad muy avanzada, cánceres ulcerados, casos en que sin pretensión de curar se efectúa una operación de limpieza.

Mc Whirter (9) preconizando la simple mastectomía seguida de radioterapia, ha promovido una amplia revisión de todo el problema del tratamiento del cáncer del seno. En casos determinados, su táctica da excelentes resultados. Pero como tratamiento standard parece que no ha correspondido a las esperanzas iniciales. Las sobrevidas globales de otras clínicas son considerablemente mejores [Berkson et al. (6)].

C) MASTECTOMIA RADICAL CLASICA

Esta intervención que sigue las directrices introducidas por Halsted, es una excelente operación para casos apropiados. Es la que generalmente se practica en el mundo entero. Da una supervivencia global de cinco años sin recidiva, de aproximadamente 50 %, y de diez o más años del 40 %.

D) MASTECTOMIA RADICAL COMPLETADA CON LA RESECCION DE LA CADENA MAMARIA INTERNA

Esta ampliación de la operación clásica es la consecuencia lógica de los mejores conocimientos actuales sobre la frecuencia de la invasión de esos linfáticos. Está especialmente indicada

cuando el tumor primitivo asienta en los sectores centrales o internos de la glándula. En la Clínica Quirúrgica "B", se aplica corrientemente, cuando está indicada, desde 1956. Seguimos aproximadamente la técnica expuesta por Redon y Lacour (6).

Es un complemento de ejecución fácil que prolonga el tiempo operatorio a lo sumo en media hora. Se pueden extirpar o levantar simplemente los cartílagos costales 2º al 5º, con lo que se consigue acceso al espacio celuloso por el que transcurren los vasos linfáticos mamarios internos. Se extirpa todo este tejido celular, ligando primero su extremidad proximal, luego cada conexión con el espacio intercostal correspondiente. Si no se han extirpado los cartílagos costales, se reponen y se fijan con un punto de sutura al periostio esternal. Sin contar con una estadística amplia, tenemos la impresión que con esta ampliación hemos logrado prolongar la vida de algunas enfermas. El caso más demostrativo es el de una enferma de 72 años que presentaba, en 1957, un nódulo del prolongamiento axilar del seno derecho. Mastectomía radical con vaciamiento mamario interno. En un segundo tiempo, vaciamiento supraclavicular. Lesión primitiva: adenocarcinoma alveolar; axila libre. Un solo ganglio mamario interno, tercer espacio intercostal, invadido. Región supraclavicular libre. Radioterapia postoperatoria. A los tres años regresa para control con una recidiva local en la cicatriz cutánea. Radioterapia, que limpió el nódulo. Si a este caso se le hubiese aplicado la mastectomía radical clásica, se habría clasificado como un grado I.

E) MASTECTOMIA RADICAL CLASICA, COMPLETADA CON VACIAMIENTO SUPRACLAVICULAR

El Prof. del Campo aconseja realizarlo en los siguientes casos:

- 1) Cuando los ganglios mamarios internos están invadidos.
- 2) Cuando hay adenopatía axilar.
- 3) Cuando la lesión primaria asienta en los sectores superiores de la mama.
- 4) Cuando está tomada la piel de la región mamaria.

Cuando hay adenopatía supraclavicular, el pronóstico es malo porque ella significa generalización.

F) MASTECTOMIA RADICAL CLASICA,
COMPLETADA CON EL VACIAMIENTO MAMARIO
INTERNO Y SUPRACLAVICULAR

Es el "triple curage", donde se comprueba que la invasión de los ganglios supraclaviculares es mucho menos frecuente que la de los mamaros internos. Ya hemos dicho anteriormente que las metástasis simultáneas en estas dos regiones, significan invasión linfática masiva. En esta situación, la intervención sólo tiene valor pronóstico.

G) MASTECTOMIA SUPERRADICAL,
SEGUN WANGENSTEEN

Esta intervención tiene por finalidad extirpar, junto con la lesión primitiva y los linfáticos axilares, también los mamaros internos con los mediastinales anteriores y los supraclaviculares. El autor se inclina últimamente a efectuar la intervención en dos tiempos, para hacerla menos peligrosa.

Durante el primer tiempo practica la mastectomía con extirpación de los músculos pectorales, disecciona los linfáticos axilares incluso los subclaviculares y extirpa por vía subperióstica el segmento interno de la primera costilla. El segundo tiempo comprende el vaciamiento supraclavicular, mamaro interno y mediastinal anterior, mediante una amplia incisión cervicopreesternal, con sección longitudinal del esternón. Se objetiva a esta operación, que al no realizarse concéntricamente en block, puede provocar siembras operatorias. Después de siete años, el autor hace el estudio crítico de los resultados obtenidos. Reconoce que en una serie de 64 casos seguidos desde uno a siete años, ellos no son mejores que con la operación radical clásica. Centra su atención en los pacientes con adenopatías supraclaviculares y mediastinales anteriores que, presumiblemente, no habrán sido curadas por la operación clásica sola. Comprueba que uno a siete años después de la operación, sólo 16 % de ellas están libres de enfermedad.

Hasta nuevos informes, parece poco recomendable someter las enfermas a operaciones de tal importancia, sin tener la certeza de obtener mejores resultados que con otras que implican menos riesgos.

Urban (8) elaboró una excelente intervención en monoblock que extirpa la lesión primaria junto con la cadena mamaria interna extraída en una sola pieza con un segmento de la pared torácica anterior. Comprende todos los elementos parietales, incluso la pleura. Siendo este el tiempo inicial de la operación, bloquea desde el comienzo los linfáticos eferentes para evitar siembras operatorias. Antes de extraer la mama, cierra la brecha torácica con un injerto de fascia lata. La operación es bien tolerada en manos de Urban. De 215 operadas, de 30 a 70 años de edad, anotó una sola muerte postoperatoria. En cuanto a la morbilidad postoperatoria, ella es sólo levemente mayor que con la operación clásica.

En 35 % de los casos hubo metástasis mamarias internas y en 50 %, adenopatias axilares. Los ganglios mamaros internos estuvieron invadidos en 14 % con axila libre. Cuando había metástasis axilares, en 60 % las había también mamarias internas, en los tumores primitivos centrales o de los sectores internos de la mama. En 40 % de lesiones de los cuadrantes externos había también adenopatías mamarias internas. Urban observó que en un solo caso de lesión primaria situada en el cuadrante externo con axila libre, había metástasis en la cadena mamaria interna. En nuestra serie personal tenemos un caso igual.

Condiciones para realizar la operación de Urban.—Equipo quirúrgico competente, entrenado en cirugía de tórax; anestesia apropiada; selección de los casos, operando sólo grupos I y II; asiento de la lesión primaria en los sectores centrales e internos de la mama.

Urban no asoció la radioterapia a la cirugía en estas series.

Avaluación de los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer del seno.—Todavía existe desconcierto en la apreciación de la eficacia de los distintos tratamientos propuestos.

Para juzgar la eficacia terapéutica, se requieren profundos conocimientos generales de cancerología, selección de los casos, adecuación del tratamiento al tipo y grado de lesión, excelente equipo para ejecutar el tratamiento, sea éste quirúrgico, bioquímico, endocrinológico o actínico, y organización para seguir los pacientes durante el resto de su vida. Si no se dispone de este conjunto de factores, es imposible tratar eficazmente esta enfermedad.

Una estadística para tener valor, debe ser honesta, y debe abarcar un número relativamente grande de casos.

La mastectomía radical clásica, tipo Halsted, demostró ser una forma razonablemente satisfactoria de tratamiento del carcinoma primitivo de la mama. Tuvo la virtud de mejorar los resultados obtenidos anteriormente, señala la importancia capital que tiene para el porvenir del enfermo, la existencia o no existencia de adenopatías. Su presencia establecerá, según el caso, la conveniencia de asociar otros medios terapéuticos al tratamiento quirúrgico.

El mejor conocimiento de los modos de propagación de la enfermedad, especialmente en lo que se refiere a la invasión de la cadena mamaria interna y en menor grado, los linfáticos supraclaviculares, hizo ver la conveniencia de ampliar la mastectomía clásica a estos territorios.

Con la experiencia acumulada en la Clínica Quirúrgica "B" desde 1956, se puede afirmar, en base a los resultados obtenidos, que aún con sus defectos, este ensanchamiento es conveniente en los grados I y II.

En la serie de los primeros 100 casos con sobrevida de cinco años, de Urban, que fueron sometidos a su operación ensanchada, 56 % tenían adenopatías axilares y 35 % adenopatías mamarias internas. En este grupo la supervivencia global fue de 67 %, y 61 % libres de enfermedad.

En esta serie, sobrevivieron cinco años, libres de enfermedad: 85 % de los que no tuvieron adenopatías, 46 % de los que tuvieron adenopatías axilares, 34 % de los que tuvieron adenopatías mamarias internas, 61 % de los que tuvieron adenopatías axilares exclusivamente.

Urban puntualiza que en el Memorial Hospital la proporción de sobrevidas de cinco años, en un grupo similar tratado por la mastectomía radical clásica plus radioterapia, sería 12,5 % menor que con su mastectomía radical ensanchada.

TRATAMIENTOS EFECTUADOS EN LA CLINICA DEL PROF. DEL CAMPO

Desde 1956, de 52 historias clínicas revisadas podemos sacar los siguientes datos de interés:

El grado de invasión, según Portman, era en general avanzado: grado I, 15 casos; grado II, 16 casos; grado III, 12 casos; grado IV, 9 casos.

Sacamos la conclusión de que los enfermos del Hospital de Clínicas consultan más tardíamente que en otros medios, aunque debe reconocerse que aún en los ambiente más instruidos hay numerosos casos de consultas tardías, incluso en familiares de médicos.

La intervención más frecuentemente efectuada en nuestro Servicio fue la mastectomía radical clásica ensanchada con el vaciamiento mamario interno en 43 % y ésta completada con el vaciamiento supraclavicular en 9 % más, o sea un total de un 52 %. Creemos que con ello se ha dado un paso efectivo hacia adelante. no sólo en el sentido de ofrecerle mayor probabilidad de curación a los pacientes, sino que con ella logramos un mejor conocimiento de la enfermedad.

La mastectomía radical, en su extensión clásica, la hemos efectuado en 29 % de los casos, en general porque se trataba de enfermas con mal estado general, o muy viejas, en las que no deseábamos aumentar el riesgo operatorio.

En un blastoma tipo Paget se efectuó una mastectomía con vaciamiento, según Mérola.

La mastectomía simple con castración y roentgenterapia se realizó en un caso.

El 8 % de las enfermas fueron sometidas a la actinoterapia exclusivamente, por estar más allá de las posibilidades quirúrgicas.

El tratamiento hormonal exclusivo fue realizado en 4 %.

La castración quirúrgica y actinoterapia, en 2 %.

Limpieza quirúrgica, actinoterapia y hormonas, en 4 %.

La asociación del tratamiento quirúrgico con la actinoterapia, la efectuamos en 20 % de los casos, especialmente en los grados II de Portman o en los más avanzados.

Creemos coincidir con la experiencia universal de la utilidad de la asociación de la cirugía con la actinoterapia y el tratamiento hormonal, en la mayoría de los casos por encima del grado I y también para éste en la mujer joven.

En nuestra serie personal contamos con tres casos pertenecientes al grupo IV, cuya evolución quedó detenida durante

años. El caso más llamativo es el de una señora de 69 años operada hace tres años y medio, que tiene desde hace dos años numerosísimas metástasis cutáneas y pulmonares y que, a pesar de todo, realiza aún sus tareas domésticas.

En la mujer joven, por razones especiales, hemos efectuado en tres casos la mastectomía parcial seguida de inmediato por el tratamiento hormonal y actínico. Una falleció a los dos años y medio con metástasis óseas y viscerales. Las otras dos, seguidas tres y cuatro años, están perfectamente bien, libres de enfermedad.

La asociación de la cirugía a la quimioterapia, la efectuamos en dos oportunidades, pero eran casos demasiado graves para sacar conclusiones.