

## TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA

Dr. FELIX LEBORGNE (h.)

En el Departamento de Oncología Mamaria, dirigido por el Dr. Raúl Leborgne, en el Instituto de Radiología, Hospital Pereira Rossell, Montevideo, se registran un promedio anual de 135 casos nuevos de cáncer de mama con vistas a tratamiento. De estos casos, 35 son enviados con mamectomías previas y reciben ya sea un tratamiento radiante postoperatorio o paliativo de sus metástasis. Los restantes 100 casos concurren sin tratamientos previos y se resuelven con cirugía (con o sin radioterapia preoperatoria), con irradiación radical o con tratamientos paliativos. Se efectúan unas 30 mamectomías radicales anuales. En estas cifras no están incluidos los casos de cáncer mamario que son enviados para estudios radiológicos o biópsicos y que reciben su tratamiento definitivo en otros Servicios.

En el presente trabajo se intentará resumir el criterio con que son manejados los casos de cáncer mamario, que dividiremos en cuatro grupos:

a) *Estadios I y II hasta los 70-75 años de edad.*— Estas pacientes son tratadas con mamectomía radical tipo Halsted con incisión oblicua. Schaffner (6) publicó sus resultados en una serie de 56 enfermas, el 57 % se encontraba clínicamente curado a los cinco años.

El procedimiento suele presentar modificaciones en las siguientes situaciones: se efectúa irradiación preoperatoria en los casos con tumores primarios grandes, adenopatías axilares grandes, tumores localizados en el surco submamario o en la periferia interna de la mama. Algunas lesiones intracanaliculares no infiltrantes, en especial en la edad avanzada, son tratadas con mamectomía simple.

La operación de Mérola, cuyos buenos resultados son reconocidos, ha sido muy poco empleada en el Instituto. Los vaciamientos de la cadena mamaria interna han sido abandonados y los de la cadena supraclavicular no se han efectuado.

La mamografía es empleada de rutina en todo problema mamario (2) y el 80 % de las lesiones malignas que se operan van a la cirugía solamente en base al diagnóstico radiológico. Es difícil demostrar estadísticamente la influencia de la mamografía en los buenos resultados de curación, pero estamos convencidos de la ventaja de suprimir el traumatismo biópsico preoperatorio en la mayor parte de los casos y de un mejor conocimiento de las extensiones intramamarias y de propagación del tumor que ofrece esta técnica. Para confirmar el diagnóstico en los casos en que la mamografía no fuera concluyente o en los casos que no van a ser operados, se emplea el trocar giratorio (1).

b) *Pacientes enviadas después de mamectomías radicales en otros Servicios.*— Estos casos son sometidos a la irradiación postoperatoria si se hubieran encontrado adenopatías axilares metastásicas en la pieza operatoria. En caso contrario no se irradian. Los campos de irradiación comprenden las cadenas ganglionares mamaria interna y supraclavicular y el vértice de la axila, del lado operado. No efectuamos irradiación profiláctica de la piel en la vecindad de la cicatriz operatoria.

La influencia de la irradiación postoperatoria en los resultados de curación no ha sido evaluada en el Instituto. La mayor dificultad para llevar a cabo este estudio, radica en la poca información preoperatoria y anatomopatológica con que son enviadas habitualmente estas enfermas.

Dado que ni la castración ni los tratamientos hormonales o químicos empleados desde el punto de vista profiláctico han demostrado ser efectivos, no han sido empleados para las pacientes del grupo a) y b).

c) *Casos inoperables.*— Constituyen un grupo numeroso debido a una lógica selección en el material clínico que es enviado para tratamiento. Los casos se consideran inoperables ya sea por su gravedad, su extensión locorregional o metastásica, las contraindicaciones operatorias de causa general o la negativa de la paciente a aceptar la intervención.

1) Las formas graves de cáncer de mama son aquellas que por la agresividad de la lesión presentan habitualmente un curso fatal independientemente del grado evolutivo en que se encuentren al comienzo. No son operadas porque presentarán lesiones metastásicas y un cáncer en la otra mama a corto plazo, y porque se tiene la convicción de que la cirugía agrava la situación. Hay tres tipos de formas graves de cáncer de mama: la telangectásica que es la más grave, aunque rara, y que muchas veces sólo muestra pequeñas telangectasias y edema;

la aguda, con eritema del seno; y la edematosa. Estas formas se tratan con castración asociada a la prednisona cuando existe actividad genital, irradiación de la mama y administración de metotrexato durante un plazo prolongado.

2) Las formas extendidas son habitualmente grados evolutivos de formas no graves de cáncer mamario, pero su gravedad radica en la alta incidencia de metástasis y la imposibilidad de extirpar quirúrgicamente toda la lesión con un margen satisfactorio. La extensión locorregional puede demostrarse por la carcinosis mamaria, la fijación de la lesión o de las adenopatías, la infiltración de la piel, los nódulos cutáneos y el edema del brazo. Estas lesiones se tratan con irradiación y castración u hormonas. En casos seleccionados se justifica la irradiación radical de la mama y axila o una posterior cirugía de acuerdo con la evolución. Cuando se trata de formas extendidas debido a la presencia de metástasis a distancia, sólo está justificada la irradiación paliativa de las mismas asociada al tratamiento hormonal.

3) En las lesiones no avanzadas y técnicamente operables, pero con contraindicaciones operatorias de orden general o la no aceptación de la cirugía por parte de la paciente, se efectúa la irradiación radical. Con cobalto 60 pueden administrarse sin complicaciones dosis de 6.000 rads. en 3 a 4 semanas en la mama, empleando un compresor especial que hemos diseñado. Posteriormente se irradia la axila a dosis entre 5.000 y 6.000 rads. en 4 a 5 semanas. Si bien la efectividad de este tratamiento no es tan alta como la de la cirugía, puede obtenerse una curación local de las lesiones y un resultado cosmético satisfactorio y muy superior al que se obtenía con la radioterapia convencional a dosis más bajas. Últimamente incluimos en este grupo a los casos técnicamente operables, pero con más de 70.75 años de edad. Estos tumores son de evolución lenta, en pacientes con expectativa de sobrevida corta y con riesgos operatorios. Para estos casos actualmente aconsejamos la irradiación mamaria y axilar y la administración prolongada de estógenos.

d) *El cuarto y último grupo de pacientes se refiere a aquellas que presentan recidivas o metástasis después de un primer tratamiento radical.*— Para las recidivas cutáneas, óseas y ganglionares el mejor tratamiento es la radioterapia. Habitualmente responden bien, pero los resultados alejados son malos porque siempre se trata de una enfermedad generalizada aunque clínicamente presente una localización única o limitada.

La irradiación de las metástasis óseas es fundamental para suprimir el sufrimiento y evitar una fractura. En el caso de la columna vertebral evita al mismo tiempo la compresión medu-

lar. Cuando las pacientes consultan una vez instalada la paraparesia o la paraplejía, la irradiación debe iniciarse de urgencia. La laminectomía por lo general no es beneficiosa porque las metástasis se extienden a varios cuerpos vertebrales. La paraplejía suele ser irreversible si no se actúa inmediatamente.

Simultáneamente con la primera recidiva o posteriormente, es conveniente asociar a la radioterapia el tratamiento hormonal. En las pacientes en actividad genital se efectúa una castración que puede ser quirúrgica o actínica, con la administración simultánea de 10 a 20 mgr. diarios de prednisona. Ambos procedimientos son igualmente efectivos, pero en los casos que han sido recientemente sometidos a una mamectomía (que ha fracasado como tratamiento curativo) o que tienen mal estado general, las ventajas de la irradiación ovárica (1.000 rads. en una semana) deben tenerse presentes. Con la castración puede esperarse un 20 a 30 % de mejorías satisfactorias que justifican el procedimiento. Un pequeño porcentaje de casos obtiene mejorías de gran significación.

En las pacientes de edad los estrógenos constituyen la medicación más útil. Administramos de 5 a 15 mgr. diarios de dienoestrol durante un tiempo prolongado. Suelen obtenerse mejorías en un 30 % de los casos. Si se interrumpe el tratamiento o a veces sin interrumpirlo, pueden producirse metrorragias; éstas ceden con la reiniciación de la medicación o administración de dosis más altas. Raramente debe suspenderse el tratamiento por esta causa. Hay pacientes que no toleran el dienoestrol, pues les produce náuseas, vómitos y molestias abdominales; a veces es posible continuar con la medicación cambiando la marca de fábrica de la hormona. En las ancianas debe cuidarse que los estrógenos no descompensen una insuficiencia cardíaca al aumentar la retención de líquidos.

La testosterona puede emplearse a cualquier edad, especialmente cuando existen metástasis óseas. Empleamos propionato de testosterona 100 mgr. intramuscular dos veces por semana durante varios meses. Esta dosis no produce signos molestos de virilización. En los casos de una generalización ósea muy importante que ha desbordado la etapa de la irradiación local, puede recurrirse a la irradiación interna con P32 asociado a la testosterona (5).

La hormonoterapia por lo general debe encararse como un tratamiento prolongado y mantenerse mientras continúe la mejoría de la paciente. Pero como no es curativo, después de un lapso más o menos largo se producirá una reactivación de la lesión, y en ese caso la supresión de la hormona también puede producir un beneficio. El tratamiento también debe suprimirse cuando agrava el neoplasma o cuando es inefectivo.

Las hormonas administradas en la forma como hemos señalado, constituyen un tratamiento sencillo, poco costoso e inofensivo para la paciente, especialmente para aquellas en que su acción beneficiosa sobre el neoplasma va a fracasar, y que son la mayor parte. No sucede lo mismo con la hipofisectomía o la suprarrenalectomía bilateral, que a nuestro criterio son terapéuticas agresivas, costosas y riesgosas para pacientes graves que tienen corta expectativa de sobrevida y a los que habitualmente se puede mejorar con procedimientos más sencillos. Por lo tanto, creemos que en base a los resultados publicados y a los de nuestra propia experiencia (3), la hipofisectomía y la adrenalectomía no están indicadas para el tratamiento del cáncer mamario metastásico.

Cuando todos los tratamientos fracasan, puede recurrirse a la quimioterapia con drogas antineoplásicas, de las que no debe esperarse demasiado eficacia. Hemos empleado casi todas las fórmulas comerciales y algunas otras que todavía están en etapa experimental. Las más efectivas son: el metotrexato para las formas agudas de cáncer mamario a dosis de 5 mgr. diarios hasta que ocurran las reacciones tóxicas de la mucosa orofaríngea. En ese momento se suspende la medicación hasta que las reacciones cedan y luego se reinicia a dosis de 2,5 mgr. diarios por un tiempo prolongado. La mostaza nitrogenada está indicada para los derrames pleurales a dosis de 0,4 mgr. por kilo de peso corporal (4). Para las generalizaciones metastásicas empleamos el endoxán en forma inyectable y oral. Con la quimioterapia solamente pueden esperarse fugaces en un 40 % de los casos. Estos tratamientos deben efectuarse con cuidado en pacientes de edad avanzada o con depresión de la función hematópoyética.

## BIBLIOGRAFIA

1. LEBORGNE, F.—“Biopsia con trocar giratorio”. Comunicación a la Soc. de Cir. del Uruguay, 3-8-55.
2. LEBORGNE, R.—The Breast in Roentgen Diagnosis”. Imp. Urug. S. A., Montevideo, 1953.
3. LEBORGNE, R. y LEBORGNE, F. (h.).—Implante hipofisario de Au 198 en el cáncer avanzado de la mama. “Arch. de Ginec. y Obst.”, 16: 102; 1958.
4. LEBORGNE, R. y LEBORGNE, F. (h.).—Radioterapia del cáncer bronquial. “El Tórax”, 11: 267; 1962.
5. LEBORGNE, R.; LEBORGNE, F. (h.); LEBORGNE, J. II. y BARLOCCI, L. A.—El fósforo radiactivo en el tratamiento de las metástasis óseas del neoplasma de mama. “III Congr. Urug. de Ginecot.”, 2: 353; 1960.
6. SCHAFFNER, E.—Cáncer de mama. Nuestros resultados con la operación de Halsted. “XII Congr. Urug. de Cir.”, 2: 36; 1961.