

## ACTUALIZACION EN PATOLOGIA MAMARIA

### Discusión

**PREGUNTA.**— En el cáncer avanzado de la mama, ¿la castración debe ser quirúrgica o actínica?

**Dr. RAUL LEBORGNE.**— Como es lógico, se presentan múltiples oportunidades; en los casos de una enferma que no ha sido intervenida, y se presentó un cáncer grave, que no va a ser intervenida, muchas veces la enferma si no es operada se siente un poco desahuciada, de modo que en esas circunstancias, que la agresión quirúrgica de una ooforectomía bilateral, en vez de ser una agresión, es para la enferma misma una satisfacción. En esa circunstancia: enferma que nunca ha sido intervenida, y que luego va a sufrir una irradiación intensa, nos inclinamos en general, para hacerle una castración quirúrgica. En cuanto a las enfermas que han sido ya intervenidas, y que presentan lesiones metastásicas generalizadas, creemos que los resultados son bastante similares, los quirúrgicos y los actínicos, porque la enferma ya está cansada de operaciones, y con un fin solamente paliativo, hacemos nosotros preferentemente la castración actínica. Quiero además agregar que jamás hacemos una castración profiláctica, es decir, simultánea a una mastectomía radical, fuera de algún caso sumamente grave, un caso que consideramos quirúrgico, pero grave.

**PREGUNTA.** ¿Qué conceptos e indicaciones tiene la operación de Mérola?

**Dr. MEROLA.**— Bueno, nos vamos a salir ligeramente del tema, a constatar sí, lo que se nos pregunta concretamente, sobre indicaciones, pero vamos a hablar sobre todo qué es la operación de Mérola. Es una operación que está de nuevo en vedette, digamos, a propósito del Congreso Internacional de Cirugía, realizado en la ciudad de Buenos Aires donde Madden trajo y propugnó un tipo de técnica un poco más limitada que el Halstead operaciones similares clásicas, para encarar el tratamiento quirúrgico de la neoplasia de la mama. La publicación (mi padre no llegó nunca a publicar esa técnica), la que se halla publicada en la Semana Médica Argentina por el Dr. Vigil Sónora, en el año 1936, es decir cuando el autor de la técnica ya era fallecido, es una operación un poco más limitada que el Halstead clásico, se basa en el concepto de que los linfáticos de la mama, no atraviesan siempre o parece que no atraviesan para algunos autores, el pectoral mayor; sí transcurre y discurren sobre todo en su borde externo, en su vaina facial aponeurótica.

No se ven habitualmente metástasis de tipo linfático por invasión linfática en la masa carnosa del pectoral mayor. Moderadamente se ha vuelto a insistir en los ganglios interpectores y hay un poco de confusión, incluso en cuanto a la nomenclatura. Los ganglios interpectores, que nadie los nombra así, se llaman ganglios de Grossman, y esto no es invento mío ni idea mía, tomando el tomo de linfático de Rouvière, se encuentra esa nomenclatura, y esa precisión con la bibliografía correspondiente. Rotter describió, a juicio de Rouvière erróneamente, ganglios que están dentro de la masa de pectoral mayor, cosa que Rouvière niega. Por lo tanto, los ganglios interpectores, serían los ganglios de Grossman, y los ganglios de Rotter serían inexistentes, aunque hay una confusión y muchos autores denominan así a los ganglios interpectores. En cuanto al hecho de que los linfáticos de la mama transcurran o no a través de la masa del pectoral mayor, Rouvière lo pone en duda; lo acepta, en cierto aspecto, pero dice que no es siempre así. También sabemos todos que hay colectores linfáticos aberrantes de la mama, que tienen trayectos un poco bizarros como los que van directamente a los grupos supraclaviculares, pasando por vía subcutánea por delante de la clavícula. De manera que esos ganglios y lo menciona específicamente, Grossman o Rotter, o interpectores, están un poco en cuestión en la operación llamada aponeurectomía axilar. En realidad si la operación ha sido correctamente hecha, esos ganglios se van en la resección. Se van los elementos axilares, que se sacan habitualmente en la operación tipo Halstead, y es cuestionable si se puede llegar sobre todo en algunas enfermas al extremo vértice de la axila. En ciertas enfermas, mediando separación adecuada y haciendo las cosas bien se puede llegar al vértice de la axila y resecar como lo hacía primitivamente Mérola, el pectoral menor y todas las vainas anexas, de la aponeurosis, clavi-pectoro-axilar. Los americanos (Madden se refirió, en ese aspecto en Buenos Aires) dejan el pector menor, cosa que hace la diferencia con la operación de la aponeurectomía axilar. Algunos lo desinsertan de la coracoides, lo realizan para facilitar las maniobras con el paquete. De todas maneras, el punto clave o el punto débil, de la operación, de aponeurectomía axilar es el hecho de que si nos esforzamos mediante una disección y separación correcta, para limpiar el paquete, bajamos y sacamos toda la aponeurosis clavi-pecto-axilar, lógicamente denervamos al pectoral mayor. Si nosotros recordamos brevemente la inervación del pector mayor, tiene dos inervaciones habitualmente, una superior que toma los haces superiores, que queda independiente del tronco anteroexterno y otra que viene delante de los pectorales, que es común, esa inervación, con la del pectoral menor. Y bien, el haz de los pectorales está en el borde superior del pectoral menor, allí con gran cuidado, con gran trabajo, y con gran problema para hacerlo bien, se puede en parte respetar la inervación del pectoral mayor, porque pensamos, si nosotros denervamos totalmente el pectoral mayor, no vale la pena hacer una aponeurectomía axilar, sino que se puede hacer una resección del pectoral mayor. De manera que yo personalmente no soy muy amante de esa operación. La he realizado, y se puede realizar bien, y la he realizado en casos seleccionados, que después vamos a ver, pero nos hemos limitado en los casos que la hemos realizado, a quedarnos a nivel del borde superior del pectoral menor, resecando de allí hacia abajo todos los elemen-

tos, no invadiendo el vértice de la axila, y tratando de respetar la acromio torácica que como sabemos está envuelta por el haz de los pectorales. La indicación: hay evidentemente una diferencia entre un Halstead habitual y una aponeurectomía. Me decía recién el Dr. Leborgne y yo le daba un poco la razón, que la aponeurectomía bien hecha quizás sea más difícil que un Halstead. Hay un fin, si se quiere estético; evidentemente la región queda mejor, sobre todo si se plantea una plastia posterior mamaria, para reponer la mama o algo parecido a la mama. En el subcutáneo, evidentemente, el apoyo del pectoral es fundamental. Hay otro concepto también, de que es una operación menos agresiva que el Halstead, una operación menos sangrante, que colecta menos serosidad, que deja menos cavidad, etc., y eso es verdad. Con una aponeurectomía, las enfermas marchan mejor, en más breve plazo, y está el aspecto funcional. El aspecto funcional si se denerva el pectoral no tiene valor, si se conserva la inervación del pectoral, tiene valor. Y luego la indicación: enfermas sin adenopatías evidentes; en enferma de edad con esclerosis de baja evolutividad, enfermas de 80 • más años, se puede selectivamente, indicar esta operación, ya que creemos que no haya mucha diferencia de un Halstead realizada de la manera clásica, y la aponeurectomía.

En resumen, creemos que es una operación a indicar de una manera parsimoniosa, en casos muy elegidos, que no puede ser prodigada, que repito, para hacerla bien. es casi más difícil hacerla que un Halstead común.

PREGUNTA. — ¿Cuáles son las indicaciones de la mastectomía radical ampliada?

Dr. MEROLA.— Ampliada entiendo la extracción de la cadena mamaria interna, o al hueco supraclavicular. Personalmente hemos hecho muy pocos vaciamientos de la mamaria interna, en el punto del empuje de esa ampliación del Halstead o de la mastectomía radical; lo hicimos con otros autores y supimos pronto que ese gesto, de ampliación tenía más un significado pronóstico que constituir en sí un acto terapéutico, de tratamiento. Lo realizamos en algunas enfermas, en algunas era positiva en otras no lo era, en realidad la evolución posterior confirmó esa positividad de los ganglios sobre todo el del primer espacio. Creemos que no es una ampliación de la mastectomía radical a realizarse con frecuencia. Creemos que no se debe realizar y lógicamente si lo realizáramos, y quedara la idea de que se hace algo bueno haciéndolo, lo limitaríamos a los neoplasmas de cuadrante supro interno, neoplasmas difíciles que no están en las zonas habituales de la mama. En cuanto al hueco supraclavicular, tenemos hechos bastantes vaciamiento, pero nunca acompañados de la operación primitiva, sino ante la aparición clínica de nódulos supraclaviculares, en el postoperatorio alejado. Tenemos hechos varios vaciamientos supraclaviculares, y no sé si por casualidad o porque eran casos favorables, tuvimos éxito, no en el sentido curativo, sino en el sentido de prolongación de la sobrevida, entre ellas la madre de un médico, que vivió 12 años después del vaciamiento supraclavicular, que fue seguida por nosotros con el Prof. Navarro, durante toda esa larga evolución, y tenemos actualmente que hizo un neoplasma de lactancia, que se embarazó en el postoperatorio de la mastectomía radical y que hizo metástasis supraclaviculares, ya hace 6 años que le hicimos el vaciamiento clavicular, está viva, y en aceptables condiciones, aunque creemos lógicamente, que está recidivada.