CRITERIO DE LA CIRUGIA EN EL CANCER MAMARIO

POR EL DOCTOR CONRADO ZUCKERMANN

Director del Instituto Nacional de Cancerología. Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de Méjico.

A partir de los trabajos de Halsted, la cirugía en el tratamiento de los cánceres mamarios ha tenido indudable evolución y varios cambios, unos en relación con los diversos conceptos cancerológicos, otros por la mejoría en la radioterapia y otros por el progreso en la terapéutica operatoria y en procedimientos conexos.

Consideramos que en esta cirugía como en muchas otras, detenerse es retroceder y que es mejor cambiar de criterio que permanecer en el error y pensamos que valorar actualmente esta actividad cancerológica es útil y al hacerlo tomaremos en cuenta las opiniones y observaciones de los demás, pero imprescindiblemente y con sinceridad diremos lo que hemos apreciado en nuestra clínica.

Hace venticinco años afirmamos (19), como hecho general, que en el tratamiento quirúrgico de los cánceres se deben separar aquellas operaciones que persiguen la curación y por lo tanto procuran hacer extirpación completa del blastoma y las que sólo son *paliativas*, es decir, con finalidad de mejoría, porque la total eliminación de la neoplasia es ya imposible.

No siempre, sin embargo, la perfecta separación entre ambas cirugías es real, observándose sobrevidas de más de cinco años, después de operaciones al parecer paliativas y lo contrario, es decir, rápidas reproducciones a continuación de extirpaciones macroscópicamente completas.

En los cánceres mamarios el *criterio de extirpabilidad* desde entonces sostenido (19), es el de considerar operable con finalidad curativa, el blastoma que está en la etapa mamaria y cuando más en la axilar, pues una vez pasada ésta o aparecidas otras propagaciones, el intento quirúrgico curativo parecería terminado (22).

Precisamente por la incredulidad en los resultados y alguna modestia terapéutica, no utilizamos la denominación "mastecto-

mía radical", sino la de "extirpación axilo-mamaria por cáncer" (21) o mastectomía amplia para diferenciarla de la sencilla, propia a procesos no malignos.

Nuestro criterio, de acuerdo con los anteriores preceptos, ha sido de operar con las intervenciones más amplias a los cánceres mamarios que no tuvieran metástasis alejadas, más allá de la axila, y por ello hemos rechazado lo afirmado por otros de negar la operación a personas en *estado gravídico* o en lactancia, operando igualmente a las que tienen nódulos cutáneos satélites, siempre que éstos sean escasos y centrales, a las que tienen edema peritumoral mamario, y a las que presentan ganglios axilares de gran tamaño; igualmente hemos operado cánceres mamarios de rápida evolución.

Todo lo anterior para nosotros sólo ha sido motivo de *intervenir más pronto* y de efectuar la *más amplia extirpación*, pero no de negar la posibilidad terapéutica a la paciente con las anteriores características (24, 25).

La propagación cutánea muy amplia y los nódulos múltiples —diseminados— si los consideramos como contraindicación operatoria, por lo menos con finalidad curativa (21).

En lo que se refiere a los cánceres mamarios llamados de "tipo inflamatorio", se podrán operar si son vistos tempranamente o después de haber hecho roentgenterapia.

Habitualmente se consideran como no operables los cánceres mamarios unilaterales con *metástasis axilares en ambos lados*. Sin embargo, en tres casos hemos efectuado en la misma sesión operatoria, extirpación axilo-mamaria bilateral para poder hacer limpia lo más completa posible tanto de la axila del lado del cáncer, como del lado contrario. Apreciamos que si se trata de hacer cuidadosa y lo más completa la extirpación de los ganglios axilares y subclaviculares, es indispensable seccionar y extirpar los pectorales mayor y menor; la sola disección axilar fuera de estos músculos no da el campo suficiente y necesario.

Conociendo las técnicas de Halsted ampliada, Delbet, Bloodgood, Gatellier y Oberlin (6) hemos efectuado también *disección supraclavicular* a continuación de la infraclavicular o antes de ella, haciendo extirpación axilomamaria y supraclavicular, sacrificando a veces la clavícula o desarticulándola únicamente, como señalan los últimos autores citados, que precisamente inician la operación con la disección ganglionar supraclavicular. Los resultados no han sido habitualmente satisfactorios, siendo la recidiva

rápida, menos de dos años, juzgándose que esos malos resultados se deberían a que los ganglios supraclaviculares constituyen el extremo superior de la cadena ganglionar mamaria interna, con lo que la cancerización de una significa en la mayoría de las observaciones la invasión de la otra (23). Sin embargo, en dos casos de cáncer del cuadrante súpero-interno en que dicha técnica operatoria usamos, la sobrevida sin reproducción ostensible es hasta ahora de cuatro años.

Brachetto-Brian y Moguilevsky (4) se muestran satisfechos de hacer al mismo tiempo de la extirpación axilomamaria, el vaciamiento supraclavicular, recomendando sobre todo efectuarlo en blastomas del cuadrante súpero-interno y señalando que los ganglios supraclaviculares pueden ser invadidos a partir de los infraclaviculares y también de los axilares.

Ultimamente Urban (18) ha publicado los resultados que ha obtenido extirpando al mismo tiempo que el blastoma mamario y las estructuras axilares, los ganglios *mamarios internos*, quitando la pared costal correspondiente. Nosotros sólo en un caso hemos efectuado dicha técnica y el tiempo transcurrido de ocho meses no nos permite juzgar del resultado. Además hace ocho años extirpamos en un caso de reproducción sobre el borde esternal derecho, la pared condro-esternal y metástasis intratorácicas y la sobrevida fue de dos años, después de los cuales aparecieron metástasis pleuro-pulmonares del mismo lado.

Otro problema que hemos tenido que encarar es el referente a *cánceres mamarios adherentes* al plano costomuscular y en presencia de él, dos posibilidades hemos observado: aquella en que la adherencia es indudablemente cancerosa y otras en que la extensión se debe a fibrosis del conjuntivo peritumoral; esto último lo hemos visto sobre todo en casos operados después de roentgenterapia.

Cuando apreciamos por los datos clínicos, radiológicos del endotórax y por el examen histológico, que el blastoma es mamario o cuando más axilar, la fijeza tumoral por adherencia al plano costo-muscular no la hemos considerado como contraindicación completa de la cirugía y actualmente en seis casos, dos de ellos después de roentgenterapia, hemos quitado la pared torácica y el resultado ha sido satisfactorio. Una de las enfermas presentó tres años después metástasis vertebral, detenida hasta ahora (desde hace diez meses) por roentgenterapia y andrógenos. Otra

a los seis meses mostró reproducción supraclavicular tratada por cirugía y roentgenterapia con aparente detenimiento.

Urban (17) ha publicado numerosos casos de extirpación de cáncer mamario adherentes o propagados a la pared torácica en que ha efectuado amplia extirpación quirúrgica.

Lo referente a *reproducción post-operatoria* en la región mamaria y partes cercanas, también es problema muy importante y salvo reproducciones múltiples extensas, bilaterales y acompañadas de metástasis en otras topografías, en varias de las observaciones hemos logrado que sea aceptada *nueva intervención quirúrgica* y los resultados han sido relativamente buenos, pues además de permitir el examen histológico, ya que se trataba de casos vistos por primera vez por nosotros, salvo uno, la nueva operación ha dado sobrevida de más de dos años.

Como algo excepcional relataremos que en una ocasión, un año después de una "mastectomía radical" se nos consultó por nuevo tumor abajo de la axila y al observarlo único y con ausencia de metástasis indicamos operación y el examen de la pieza extirpada mostró que se trataba de una pequeña gasa rodeada de abundante tejido conjuntivo fibroso.

Un hecho digno de señalarse, aunque no muy frecuente, es el referente a la cirugía que debe hacerse en el *fibro-blastoma* (fibro-sarcoma) mamario, dado que este cáncer conjuntivo no se propaga habitualmente por vía linfática (1); a pesar de ello hemos (20) hecho extirpaciones axilo-mamarias por las siguientes razones: posibilidad de las metástasis axilares o de propagación tejido a tejido en los pectorales, rara asociación de blastoma conjuntivo y epitelial (12-16), éste sí con metástasis ganglionares frecuentes; a este respecto afirmamos que no siempre podemos estar seguros de que se trata exclusivamente de cancerización conjuntiva y el solo aceptar que existe cáncer cualesquiera que sea su naturaleza tisular, todavía operable, nos lleva a la mastectomía amplia como regla.

El criterio de los autores es casi uniforme, pues la mayoría acepta o recomienda la "mastectomía radical". Así lo efectúan Fonseca (5), Guzmán (7), Brachetto-Brian y Moguilovsky (3); estos dos últimos clínicos, al hacerlo, conservan el pectoral menor. Ramos de Oliveira y Costa Branco (14) recomiendan la mastectomía simple, pero en su observación hicieron la radical con extirpación ganglionar axilar. Silva Maya (15) efectúa mastecto-

mía simple en caso de fibro-adeno-sarcoma (edenofibroblastoma) y recomienda dicha conducta.

La existencia de diversas categorías de los denominados "sarcomas", funda también la conveniencia de hacer amplia extirpación axilo-mamaria.

En los casos de linfosarcoma (linfoblastoma) están de acuerdo los autores en que se efectúe en los casos tempranos, sin generalización, la "mastectomía radical" (1). En dos de nuestras observaciones así lo efectuamos. Puente Duany (13) señala además de la cirugía, la gran importancia de hacer roentgenterapia en la categoría especial de cáncer linfomamario.

A propósito de la *operación misma*, muchos son los problemas en donde el buen criterio del cirujano se pone en juego, pero ahora sólo nos referiremos al tiempo que dura el acto quirúrgico, al uso del bisturí eléctrico, a la dirección de la disección y a los caracteres de los colgajos para cerrar la gran herida.

Apreciamos que esta intervención debe ser hecha con calma y gran cuidado, fijándose en todos los detalles, pero *sin malgastar el tiempo* y lo anotado por algunos (8) de cinco a seis horas de duración o más, es excesivo y sólo indica la tolerancia marcada de la paciente, del anestésista y la meticulosidad (calidad de medroso, pusilánime, con miedo) de los médicos que están interviniendo o su poca experiencia en dicha operación. Precisamente el *empleo del bisturí eléctrico* en manos entrenadas disminuye mucho la duración del acto operatorio, ahorra sangre y ligaduras y no desvitaliza tejidos si se usa en forma correcta. Es precisamente en la cirugía del cáncer mamario en donde el bisturí eléctrico encuentra su más evidente y mejor aplicación y no porque se trate de seccionar en tejidos enfermos, lo que constituye error, sino porque, salvo la disección axilar pegada a los grandes vasos, en los demás cortes su aplicación es de gran utilidad.

Con respecto a los colgajos, apreciamos que el solo dejar piel sin algún forro conjuntivo-vascular-grasoso, conduce a necrosis y que haciendo el corte lejos del tumor y de sus propagaciones, el disecar por debajo de la epidermis, prolonga el acto operatorio inútilmente y deja el epitelio cutáneo desvitalizado convertido no en colgajo bien nutrido, sino en una variedad de injerto cutáneo.

En relación con la dirección de la disección, en la mayoría de los casos debe hacerse de la axila —ganglios— al seno —tumor— abriendo el espacio axilar por fuera de los pectorales, seccionando las inserciones altas de éstos, separando todo en un

solo bloque de arriba abajo, de fuera adentro, de atrás adelante, sin utilizar para extirpación alguna, en ésta delicada cirugía, el peso de la glándula o del tumor, haciendo la separación completa en el sentido antes señalado.

Ahora nos referiremos a uno de los criterios más especiales, casi peculiar pudiéramos decir, que es el de Robert Mc Whirter (11) (de Edimburgo), que en los cánceres mamarios sin metástasis axilar o con metástasis axilar, hace *mastectomía simple* seguida de radioterapia, afirmando mejores resultados que con la "mastectomía radical" seguida de radioterapia.

Este autor señala algunas dudas de no hacer la extirpación ganglionar cuando se observan prolongamientos del tumor a la axila o ganglios evidentemente grandes y duros (10, 11).

El mismo autor afirma que si los ganglios axilares no están invadidos, la "mastectomía radical" es innecesaria y que si están invadidos el resultado de la operación es pobre y que la disección axilar provoca diseminación neoplásica, afirmando en seguida que para tratar la propagación axilar él considera lo mejor la roentgenterapia, en contra del criterio sostenido por la mayoría de los autores (2, 9, 23).

La manera de actuar de McWhirter no se ha extendido y realmente cuesta trabajo aceptar que pudiéndose quitar y analizar los ganglios axilares y aun otros, esto no se efectúa. El argumento aducido de que la disección axilar favorezca diseminación cancerosa también es bastante discutible, y lo mismo el de que la roentgenterapia sea superior a la cirugía en el tratamiento de las metástasis ganglionares de este cáncer.

CONSIDERACIONES TERMINALES

Continúa haciéndose en elevada proporción de casos cirugía en el cáncer mamario, observándose que la *extirpación axilo-mamaria*, "mastectomía radical" u operación de Halsted, se conserva como la más adecuada y la clásica para las etapas mamaria y axilar, pero que actualmente se efectúan operaciones de mayor amplitud, más grandes, como son:

- extirpación axilo-mamaria asociada a extirpación ganglionar supraclavicular;
- extirpación axilo-mamaria asociada a extirpación ganglionar mamaria interna;
- extirpación axilo-mamaria con resección de la pared costal

por existir propagaciones o adherencias tumoral y además, extirpación axilo-mamaria junto con la extirpación ganglionar, tanto mamaria interna como supraclavicular; éste es el problema que tenemos actualmente en estudio.

La cirugía clásica y estas técnicas cada día más grandes, extensas y audaces, hacen comparación con el criterio contrario de reducir la extirpación quirúrgica a la del solo blastoma mamario y tratar por roentgenterapia las metástasis ganglionares.

El futuro decidirá la mejor conducta y ojalá nos depare mejores posibilidades.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAIR FRANK E. and HERRMANN JULIAN B.— "Primary lymphosarcoma of the breast". Surgery. Vol. 16. N° 6. Págs. 836 a 853. San Luis, E. U. Diciembre, 1944.
2. BELTRAN DE HEREDIA JOSE MARIA.— "Cáncer de la mama". Salvat Editores. Barcelona, España, 1952. Págs. 90 y 91.
3. BRACHETTO-ERIAN D. y MOGUILEVSKY L.— "Cinco nuevos casos de sarcoma de la mama de la mujer". Archivos de la Sociedad Argentina de Anatomía normal y patológica. Tomo X. Págs. 274 a 283. Buenos Aires, Argentina, 1948.
4. BRACHETTO-BRIAN D. y MOGUILEVSKY L.— Resultados inmediatos de la operación de Halsted ampliada. Anales del Instituto de Medicina Experimental. Vol. II. Págs. 19 a 31. Buenos Aires. Argentina. 1950.
5. FONSECA FRANCISCO.— "Acerca de los sarcomas de la mama". Cirugía y Cirujanos. Tomo XV. N° 9. Págs. 401 a 407. México. Sep. 1947.
6. GATELLIER J. et OBERLIN S.— "Une technique d'opération élargie du cancer du sein". Journal de Chirurgie. Tomo XXVI. N° 1. Págs. 28 a 37. París, Francia. Enero, 1928.
7. GUZMAN LEONARDO.— "Sarcoma de la mama". Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Año III. N° 3. Págs. 234 a 240. Santiago, Chile. Septiembre, 1951.
8. HAAGENSEN C. D.— "A technique for radical mastectomy". Surgery. Vol. 19. N° 1. Págs. 100 a 131. San Luis, E. U. Enero, 1946.
9. HARRINGTON STUART W.— "Surgical rates of radical mastectomy for unilateral and bilateral carcinoma of the breast. Surgery. Vol. 19. N° 1. Págs. 154 a 166. San Luis, E. U. Enero, 1946.
10. Mc. W. MILLAR T.— "Carcinoma of breast. Págs. 456 a 474. British Surgical Practice, editada por E. Rock Carling y J. Paterson Ross. Vol. 2. Butter Worth & Co. Londres, Inglaterra, 1948.
11. Mc WHIRTER ROBERT.— "Carcinoma of breast". Post-operative radiotherapy". Págs. 475 a 486 de British Surgical Practice, editada por E. Rock Carling y J. Paterson Ross. Vol. 2. Butterworth & Co. Londres, Inglaterra, 1948.
12. PIETRO ARTURO DE.— "Carcinoma sarcoma de mama". Revista de la

- Asociación Médica Argentina. Tomo LXI. Nº 615 a 616. Págs. 744 a 746. Buenos Aires, Argentina. Octubre, 1947.
13. FUENTE DUANY NICOLAS.— "Linfosarcoma de las glándulas mamarias". Boletín de la Liga contra el cáncer. Vol. XVI. Nos. 3. 4 y 5. Págs. 65 a 86, 107 a 128 y 129 a 143. Habana, Cuba. Marzo, abril y mayo de 1941.
 14. RAMOS DE OLIVEIRA MARIO e COSTA BRANCO DA.— "Sarcoma de mama". Revista de Medicina e Cirugía de Sao Paulo. Vol. X. Nº 7. Págs.
 15. SILVA MAIA HUGO DA.— "Sarcoma da mama". Anais brasileiros de ginecología. Vol. 33. Nº 5. Págs. 299 a 308. Río de Janeiro, Brasil. Mayo, 1952.
 16. SMITHY H. G.— "Mixed malignancy of the breast. Surgery. Vol. 16. Nº 6. Págs. 854 a 864. San Luis, E. U. Diciembre, 1944.
 17. URBAN JERONE A.— "Radical excisión of the chest wall formamary cancer". Cáncer. Vol. 4. Nº 6. Págs. 1.263 a 1.285. Nueva York, E. U. Noviembre. 1951.
 18. URBAN JERONE A. (with a statistical study by BAKER HARVEY W.). "Radical mastectonmy in continuity with a block resection of the internal mammary lymph-node chain". Cáncer. Vol. 5. Nº 5. Págs. 992 a 1.000. Nueva York, E. U. Septiembre, 1952.
 19. ZUCKERMANN CONRADO.— "Algunas anotaciones acerca del problema de los cánceres. Imprenta E. Aguilar. México, 1928. Págs. 77 a 83.
 20. ZUCKERMANN CONRADO.— "Cirugía del cáncer mamario". Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año IV. Nº 1. Págs. 13 a 32. México, 1936.
 21. ZUCKERMANN CONRADO.— "Tratamiento quirúrgico del cáncer mamario". Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año VI. Nº 1. Págs. 615 a 626. México. Noviembre, 1938.
 22. ZUCKERMANN CONRADO.— "Cirugía del Cáncer mamario". Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año VIII. Nº 4. Págs. 131 a 142. México. Abril, 1940.
 23. ZUCKERMANN CONRADO.— "Cirugía del Cáncer Mamario". Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XV. Nº 4. Págs. 139 a 179. México. Abril, 1947.
 24. ZUCKERMANN CONRADO.— "Conducta diagnóstica y terapéutica en el cáncer mamario". Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVI. Nº 6. Págs. 175 a 180. México. Junio, 1948.
 25. ZUCKERMANN CONRADO.— "¿Cuáles cánceres mamarios se pueden y deben operar?". Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVII. Nº 12. Págs. 431 a 425. México. Diciembre, 1949 .