

EL PROBLEMA DEL CÁNCER MAMARIO

Dr. E. RIBAS ISERN

HAY cánceres cutáneos y del cuello uterino que responden bien a la cirugía y a la radioterapia; hay cánceres limitados al cuerpo del útero, al colon y al recto que con una cirugía bien reglada dan un tanto por ciento de curaciones hoy día muy aceptables, y sin extirpar sistemáticamente las vías linfáticas regionales; pero, por desgracia, existen otros cánceres, el gástrico y el mamario, que a pesar de una terapéutica precoz y al parecer bien reglada, los resultados no pueden satisfacer a ningún médico.

Limitaré este trabajo al cáncer mamario, que debido a su gran frecuencia y al escaso éxito de nuestra terapéutica actual es digno de comentarios muy serios, y me creo en la obligación ineludible de aportar a la consideración de la clase médica, no sólo mi modesta experiencia, sino también mi criterio actual después de revisar gran parte de la literatura existente. Sugerencias debidas a mi maestro, el doctor J. Puig-Sureda, y confirmadas por la evolución clínica de nuestras operadas, han contribuido a este trabajo; y quizás orientar en algo a la lucha contra tan temible enfermedad.

Esta preocupación está tan en el ánimo del mundo médico, que en las 58 sesión anual de la Asociación de Cirujanos del Sur de los Estados Unidos, del día 11 de diciembre de 1946, el doctor G. Finney, de Baltimore, cerrando la discusión y después de agradecer la intervención de múltiples cirujanos y radiólogos, manifestó estar descorazonado con los resultados, y cita al doctor Mins Gage, que, llevado del mismo pesimismo, le sugería la idea de aconsejar la mastectomía simple a todas las mujeres de más de cuarenta años, como medio profiláctico. El mismo reconoce una gran exageración, pero es una prueba evidente del estado actual de nuestro tratamiento.

Hace más de cincuenta años que Halsted describió su reglada técnica de amputación radical de la mama junto con los pectorales y vaciamiento en bloc de todos los ganglios axilares, y los cirujanos casi sistemáticamente practican dicho procedimiento; pero, como dice Marshal en la misma sesión de cirujanos, los resultados muestran un decepcionante estancamiento en lo relativo al número de enfermas que han sobrevivido durante un período de cinco años luego de la operación radical, y las estadísticas demuestran que la ligera mejoría obtenida se debe más bien al diagnóstico más precoz, que lleva a las enfermas antes a la operación.

Finney, Walter y Donald B. Miller resumen, de 1930 a 1935, 227 casos tratados exclusivamente por la intervención radical de Halsted, y dan una supervivencia de 34 por 100 a los cinco años, haciendo constar que el 70 por 100 no presentaban invasiones microscópicas cancerosas en los ganglios axilares. En los 30 restantes, con metástasis ganglionar, los resultados fueron peores, no llegan al 15 por 100 de curaciones a los cinco años.

Marshal y Hare, en su clínica de Lahey, obtienen el 30 por 100 de curaciones, y con radioterapia postoperatoria inmediata creen aumentar las curaciones al 50 por 100, exponiendo que estos resultados justifican sean admisibles las diferentes formas de tratar el cáncer mamario operable.

Se han intentado numerosas terapéuticas combinadas con la operación radical, a base de hormonas o con la castración Röntgen o quirúrgica, obteniendo en algún caso la regresión del tumor y alivio del dolor, con detención momentánea de la metástasis.

Charles FF. Geschickler, en su reciente libro sobre enfermedades de la mama (1945), dice que ninguna forma de tratamiento endocrino (progesterona, testosterona u hormona lactogénica), ya sea por la boca, por inyección o por la implantación de gránulos, da mayores resultados en el tratamiento del cáncer y de sus metástasis. Los preparados de testosterona son perjudiciales cuando hay metástasis óseas.

En cuanto a la castración, además de ser un procedimiento no probado, tiene un riesgo psíquico nada despreciable moralmente, y como hace remarcar muy bien Lehman, en casos de nódulo mamario, tan sólo sospechoso, ciertas mujeres prefieren la

La neumomastografía en el diagnóstico de los tumores mamarios



1.— Quiste solitario benigno. Límites precisos y sin adherencias.



2.— El mismo quiste solitario, después de puncionado. Nivel líquido por entrada de aire



3.— Carcinoma quístico. Sus límites se confunden con la glándula



4.— El mismo carcinoma quístico después de puncionado. Nivel líquido y adherencias profundas.

castración a la deformidad producida por la amputación mamaria, punto que no podemos admitir los católicos. El problema de la castración como medida destinada a contrarrestar el desarrollo del carcinoma mamario ha sido objeto de un documentado artículo de Adair. Freves, Farrow y Scharnagel (*"Jour. Am. Med. Ass"*, 128-1945). Del análisis de los 355 casos, resulta que en el 15 por 100 de las 304 pacientes castradas radiológicamente sólo se observó mejoría en un 19 por 100 (no curación) y en un 66 por 100 sin mejoría alguna. En el grupo de 31 pacientes castradas quirúrgicamente, las cifras fueron 13 por 100 mejorías, 23 por 100 de resultado dudoso y 64 por 100 sin efecto. La intervención quirúrgica ha permitido comprobar metástasis ováricas en una tercera parte de las enfermas; así se explica la mejoría obtenida por la castración en algunos de los casos descritos.

Aun en casos premenopáusicos, no tenemos hoy día motivos justificados para atribuir a la castración como un coadyuvante de la operación radical. Lo único cierto, parece, es que a una mujer operada por neo de mama se le ha de aconsejar abstenerse para no quedar embarazada, pues la maternidad favorece en gran manera el desarrollo del cáncer en la otra mama.

Mi estadística personal de 1930 a 1945 comprende 72 casos de cáncer mamario con biopsia positiva, 23 de los cuales no he podido seguir e ignoro los resultados; de los 49 restantes, a los cinco años, sólo viven 19 enfermas, o sea un 20,4 por 100. 61 presentaban ganglios cancerosos y sólo 11 sin adenopatía, o sea el 84,7 por 100 tenían ya invasión ganglionar. De las 11 sin ganglios viven a los cinco años, 6 casos, o sea más del 50 por 100 de curaciones; por lo tanto, sólo quedan 4 curaciones con adenopatía preoperatoria. En la mayor parte de los cánceres mamarios y adenopatía, hicimos radioterapia postoperatoria entre uno y dos meses.

Es más, repasando mi estadística, en todos los casos practiqué la operación radical de Halsted, menos en 4 casos que por tratarse de neos muy pequeñas, sin adherencias y sin adenopatía, hice sólo una mastectomía amplia, y de éstas viven 3: una hace 6 años, otro 7 y otra 4; del cuarto caso no sé nada.

De las 39 enfermas que he podido seguir, y fallecidas antes de los cinco años, la mayoría fueron al año o año y medio: 18 por metástasis pulmonares, 3 con metástasis local y pulmonar; 2 con metástasis de la otra mama y pulmonar; 6 por metástasis hepática y peritoneal; 4 por metástasis cerebral, y 6 con metástasis óseas (vertebral y fémur). Por lo tanto, 23 metástasis pulmonares y 6 metástasis peritoneales o hepáticas, o sea cerca de un 60 por 100, que muy fácilmente siguieron una vía linfática distinta que la axilar, o bien lo hicieron por vía hemática.

De esto se deduce que el criterio actual de la mayoría de los cirujanos de practicar sistemáticamente la operación de Halsted en todo cáncer mamario por pequeño que sea, debe ser revisado, y más contando hoy con técnicas de radioterapia que preoperatoriamente nos dan garantías de limitación y bloqueo del proceso neoplásico.

Así esquematizada la cuestión, son, pues, dos los problemas planteados: 1.º, el diagnóstico precoz del cáncer mamario antes de su invasión ganglionar; y 2.º, diagnosticado el cáncer en el período de nódulo, sin invasión clínica de las vías linfáticas, ¿debemos siempre practicar la operación radical?

No discuto el Halsted en los casos de adherencias y adenopatía clínicamente malignas, casos que por desgracia son aun la mayoría, al menos entre nosotros.

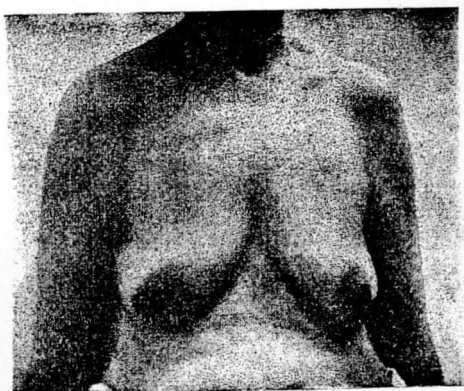
Los nuevos métodos de exploración, de diagnóstico y de tratamiento (radioterapia y hormonas), deben sernos conocidos para orientar debidamente a toda enferma que nos consulta sobre un tumor o un supuesto tumor mamario.

En mi familia, en mis amigos y en mi clientela, he visto los dos casos más opuestos, que a mi entender hacen palidecer a la autoridad médica: 1.º, amputaciones inútiles, relativamente frecuentes y consideradas como éxitos (sin biopsia, mastitis crónicas de todos los tipos, incluyendo la enfermedad de Reclus, lesiones traumáticas con o sin cistosteatonecrosis, etc.); y 2.º, amputaciones radicales, bien hechas teóricamente, pero que la práctica nos dice son inútiles, por no detener la evolución cancerosa, sino por evolucionar ésta con mucha mayor rapidez (en uno o dos años) que dejadas a su fatal desarrollo. Últimamente, he tenido ocasión de ver a una enferma que por un falso pudor no había nunca consultado acerca de un tumor mamario cuya evolución databa de cuatro años, y sólo se decidió en llamar al médico cuando una fractura espontánea (metástasis) del fémur le imposibilitó levantarse.

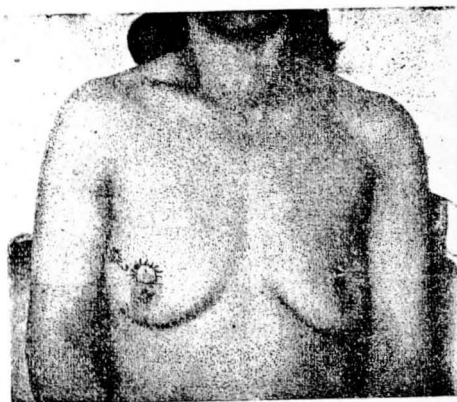
El querer someter una cuestión médica a reglas sistemáticas, a una ciencia exacta, nos conduce a los fracasos que vemos, y un tumor mamario, tan sencillo que parece de diagnosticar, encierra una gravísima responsabilidad, que sin querer exa-



1.—Fibroadenoma benigno, variedad mixoma intracanalicular. Bien limitado, sin adherencias.



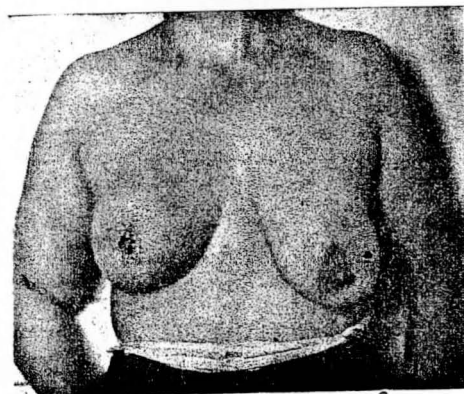
2.—Forma circumsrita de cáncer. Adenocarcinoma papilar. Radiografía previa. Mastectomía.



3.—Carcinoma lobular. Nódulo central y otro borde axilar del pectoral. Ligera adenopatía axilar Halsted y radioterapia post-operatoria.



3. bis. - El mismo caso a los 3 años. Reproducción costal metastasis pulmonar y hepática.



4.—Cáncer epitelial estratificado. Caso avanzado de enfermedad de Paget, con pezón ulcerado encima de una gran masa dura que invade toda la mama y piel adenopatía axilar

gerar, yo considero como uno de los problemas más difíciles de resolver en nuestra carrera.

¿Qué debe hacer el médico ante tales hechos? ¿Qué haría el médico si se tratara de su mujer?

Soy de los que creen que el cáncer es producto de una alteración metabólica debida a causas completamente desconocidas hasta hoy día, donde juegan un gran papel las secreciones internas, de lo que resulta que el cirujano tendrá siempre un campo limitado de acción, pues nuestros éxitos están ligados a la existencia de un trastorno local, que en materia cancerosa sólo es admisible en un principio, casi tan limitado, que raramente nos es factible descubrirlo a tiempo, ya por nuestra impericia, ya por venir tarde las enfermas.

El primer problema es, pues, su diagnóstico local, y si las vías de propagación están ya afectadas. Este diagnóstico es esencial, el tratamiento será consecuencia lógica: su exéresis local y regional si es posible, y procurar por todos los medios que dispongamos no difundir el cáncer.

Fisiológicamente hemos de saber que la glándula mamaria está en íntima relación con las fases del ciclo ovárico por intermedio de la hipófisis, y así vemos con frecuencia que una disfunción ovárica da trastornos mamarios en relación con un predominio folicular, o bien del cuerpo amarillo, como acentuado durante el embarazo o lactancia.

Son necesarios una adecuada proporción de estrógeno y de progesterona para mantener la estructura mamaria normal. El estrógeno activa la formación canicular (pubertad); la progesterona estimula la formación lobular (embarazo). Según Docmak, todo metabolismo perturbado favorece la aparición del cáncer.

Debemos citar las investigaciones de Lacassagne y Loeb, comprobadas por numerosos autores, sobre la administración de estrógenos que favorecen la aparición del cáncer mamario en el ratón. Borst y Person, en 1934, comprobaron que la foliculina favorecía la aparición y desarrollo del cáncer por el alquitrán.

En la práctica, a menudo vienen a consultarnos enfermas porque tienen molestias en sus mamas o en una de ellas, y un examen detenido de las mismas sólo aprecia una mama con una zona indurada o con nódulos pequeños y regulares, dolorosa a la palpación bilateral, pero que desaparecen y es casi indolora palpando con la mano plana contra el tórax. La edad de las enfermas suele ser de treinta y cinco a cuarenta y cinco años, premenopáusicas, y, claro está, el diagnóstico tiene una gran importancia: ¿función fisiológica perturbada?, ¿displasia mamaria?, ¿neoformación benigna o maligna?

La evolución, el dolor, su limitación glandular, movilidad, falta de adherencias, su relación con la menstruación, la exploración de la otra mama, etc., nos sirven de orientación. En casos de duda diagnóstica hago siempre un tratamiento de prueba con foliculina a pequeñas dosis administrada inmediatamente después de las reglas (como excitante de la formación del cuerpo amarillo) y progesterona o testosterona a partir del 14.º día menstrual. Este sencillo tratamiento aclara el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Desconfiar de las tumoraciones mamarias aparecidas durante la lactancia, pues todos sabemos la malignidad de los cánceres en estos períodos de actividad funcional.

La mastitis crónica o displasia mamaria comprende un grupo de estados benignos no inflamatorios ni verdaderamente neoplásicos, cuyas principales formas son: la mastodinia o dolorosa (densidad de tejido mamario aumentada); la adenosis (hiperplasia epitelial benigna); y la quística, único o poliquística. Según Foote y Stewart (Nueva York), los datos de que disponemos actualmente no nos permiten determinar con exactitud el lugar que ocupa la mastitis crónica en la génesis del cáncer de la mama. Este rol reside en las hiperplasias papilares, que por razones desconocidas se hacen citológicamente atípicas en ciertas personas. En otras palabras: hay quienes no pueden detener las hiperplasias que en otras son contenidas e inocuas. La enfermedad poliquística de Reclus no es más que un período más avanzado de la fase premenstrual.

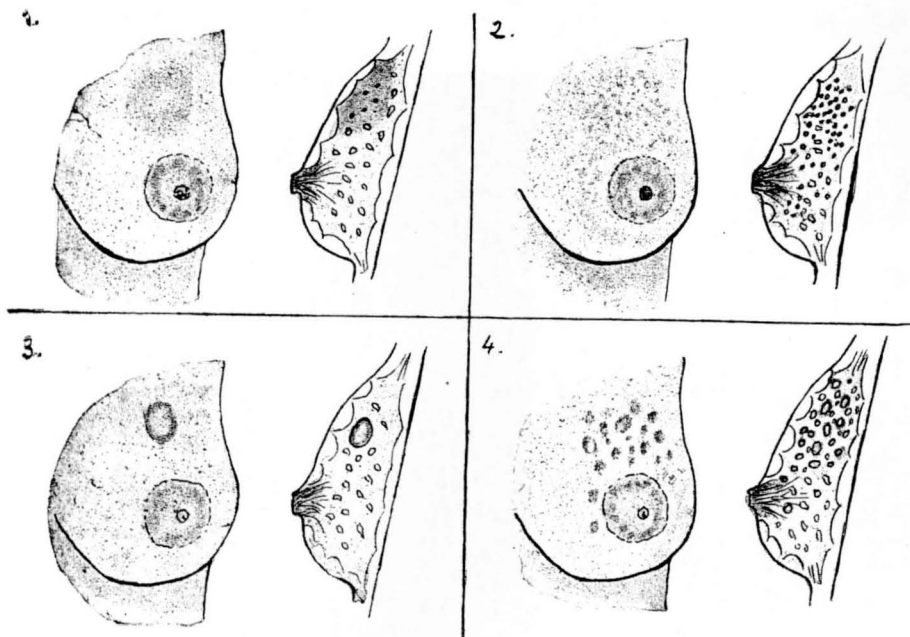
Nosotros tenemos enfermas diagnosticadas mediante biopsia y tratadas con hormonas e infrarrojos que a pesar de haber transcurrido muchos años no han degenerado. No obstante, es necesaria una vigilancia atenta, particularmente en enfermas de más de cuarenta años.

Si el nódulo o induración carece de límites precisos, presenta adherencia, existe

1.
2.
3.
4.

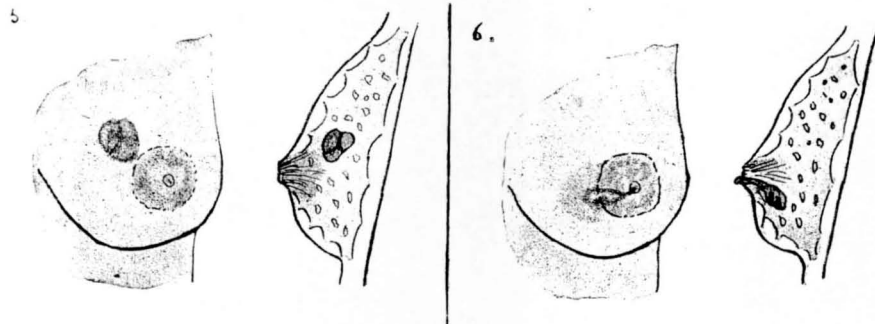
5.
6.

Displasia mamaria ó mastitis crónica



1. Mastodinia (mama dolorosa): densidad mamaria aumentada.
2. Adenosis. Nudosidades múltiples producidas por hiperplasia epitelial benigna.
3. Quiste único solitario.
4. Enfermedad peliquística de Reclus.

Neoplasias benignas de la mama



5. Fibroadenoma.
6. Papiloma intracístico

liger a retracci3 del pez3n o sangra, o existe una adenopatía axilar sospechosa, entonces proceder como aconsejamos en los casos de c3ncer.

El quiste único solitario de la mama es frecuente alrededor de la menopausia. Se trata por lo general de un tumor del tamaíno de una nuez, aislado, bien limitado, adherente a la glándula de la que se distingue bien, de consistencia firme (quiste a tensi3n), sin adherencias. Es de aparici3n rápida y evoluci3n brusca. En caso de duda diagn3stica, una punci3n con aguja fina (el contenido es seroso y contiene mucha coles terina), y una mastografía o mejor una neumomastografía nos ayudarán al diagn3stico. El tratamiento consiste en extirpar ampliamente el quiste junto con la porci3n de glándula que lo rodea, y proceder a un análisis histopatol3gico de la pieza.

La terapéutica endocrina con hormonas del cuerpo lúteo (progesterona) o testosterona (hormona masculina) est3 indicada en la mastitis cr3nica, particularmente en la mastodinia, en casos seleccionados de adenos is, y puede también prevenir la recidiva en la enfermedad quística.

La resecci3n quirúrgica parcial est3 también indicada en todo tumor clínicamente benigno, como adenomas, adenofibromas, adenolipomas, etc.

Desconfiar de la salida de sangre por el pez3n, pues aunque se citan casos fisiol3gicos (períodos menstruales, menstruaci3n vicariante, etc.) generalmente se trata de enfermas con tumores vegetantes intracaniculares sólo revelados por este s íntima, de evoluci3n larga y en sí benignos por tener un desarrollo epiteliocconjuntivo paralelo, como los fibroadenomas. La indicaci3n es quirúrgica: si la palpaci3n aprecia un pequeño tumor situado en la aréola o en su vecindad, nos ser3 permitida su exéresis local mediante una incisi3n radiada o periareolar; pero si no existe tumor, es aconsejable la extirpaci3n de toda la mama.

Un traumatismo puede dar lugar a un hematoma glandular o perimamario, que aunque es discutible si puede favorecer el c3ncer mamario, no debe en principio darse como tumor maligno, como he tenido ocasi3n de verlo diagnosticado en dos casos. El traumatismo tiene en sí importancia, pues en la mayor parte de los casos, pequeños traumas sirven para poner de manifiesto una tumoraci3n ya existente, que la enferma descubre a raíz del mismo. al propio tiempo que tampoco negamos en absoluto sea un agente patogénico como favorecedor de un trastorno metab3lico latente.

La cisteosteatonecrosis premamaria es una alteraci3n de la grasa que alguna vez se encuentra en mujeres obesas con mamas desarrolladas y péndulas, y que generalmente reconocemos como causa un traumatismo de dos a tres semanas antes. Es una tumoraci3n dura subcutánea (*placard* de los franceses); es una lesi3n hipodérmica. El diagn3stico se hace por radicar encima de la glándula mamaria y por los antecedentes (trauma, equimosis). En caso de duda, biopsia.

Sentadas las nociones preliminares de fisiopatología benigna mamaria, nos queda el n3dulo sospechoso o el verdadero c3ncer mamario, cuya sintomatología no voy a describir, pero sí sólo insistir en algunos puntos para su diagn3stico precoz y tratamiento consecutivo.

No confundir la clásica piel de naranja con las adherencias a la piel del tumor que envía pequeños tractus al dermis tabicando el tejido celular adiposo subcutáneo (es el *capitonaje* de Delbet). La verdadera piel de naranja indica siempre un trastorno circulatorio linfático, y, por lo tanto, existe en procesos inflamatorios, presentándose en los puntos más declives. Son depresiones regularmente distribuidas y muy uniformes; es un edema del dermis, fijado por las glándulas y fibras conjuntivas al hipodermis. Indica sólo una obstrucci3n de las vías linfáticas, y por lo tanto no es típica del c3ncer.

Un s íntoma precoz es la retracci3n provocada del pez3n o signo de Benzon: consiste en hacer presa de la piel encima del tumor y rechazar a éste hacia la profundidad; si el tumor tiene relaci3n con alg ún conducto galact3foro el pez3n se retrae, se umbilica. A veces basta hacer levantar el brazo de la enferma.

Además de la exploraci3n clínica tenemos otros medios que nos ayudan al diagn3stico de malignidad.

La transiluminaci3n, propuesta por Cutler, de Nueva York, en 1929, es a nuestro entender de difícil interpretaci3n. En cambio, la mastografía, iniciada en España por Goyanes, y la neumomastografía (radiografía mamaria previa inyecci3n de óxigeno en los espacios subcutáneo, retromamario y retropectoral), ha sido objeto de múltiples comunicaciones en congresos internacionales de radiología, y que nosotros, siguiendo la técnica descrita por A. Baraldi, de Buenos Aires, hemos practicado mu-

chas veces con resultados satisfactorios. (Véase *Contribución al diagnóstico y estudio de la extensión de las neoplasias de la mama*, por el doctor Puig-Sureda y el doctor E. Ribas Ysern («Medicina Clínica», 1946. Año II, Tomo II, n.º 2.)

La punción diagnóstica la consideramos muy útil y no peligrosa, habiendo resuelto muchos casos dudosos de quiste único de la mama.

La punción biopsia, aunque parece también inocua, es más traumatizante, e histológicamente de interpretación difícil debido a la poca cantidad de células o de tejido extraído. La consideramos sin valor absoluto y por lo tanto no podemos confiar en ella.

La biopsia quirúrgica parcial, capaz de aclarar las dudas, tampoco la creemos aconsejable; primero, por abrir muchas bocas linfáticas y vasculares que pueden excitar el crecimiento y facilitar una propagación cancerosa, que si bien algunos afirman no es un peligro, vale más pecar por exceso de precaución; y segundo, porque si se trata de un nódulo duro verdaderamente sospechoso, debe extirparse totalmente y análisis anatomopatológico para proceder en consecuencia.

La biopsia operatoria rápida parece sólo tener valor en casos positivos, según opinión de distinguidos histólogos, y ser en consecuencia útil para orientar la intervención a seguir.

La evolución de la enfermedad, junto con los signos de malignidad local, orientará nuestro tratamiento, que deberá ser más rápido y prevenido si existen ya manifestaciones ganglionares. La exploración de las vías linfáticas deberá llevarse a cabo muy atentamente; la invasión no tardía de las mismas es la causa de nuestros fracasos terapéuticos quirúrgicos, por dejar de ser una afección local, base de toda la cirugía no funcional.

Creo aquí radica nuestra principal dificultad, no sólo de poder abordar todas las vías, sino también en la prudencia necesaria en cuanto la apreciación de las manifestaciones ganglionares no muy evidentes: y esto por varias razones: 1.ª En un más del 30 por 100 los ganglios no son neoplásicos. 2.ª Puede haber invasión linfática sin ganglios, por no detenerse las células neoplásicas en los mismos. 3.ª Puede ser que los ganglios no sean palpables y su análisis demostrar invasión. 4.ª Según la situación de la neoplasia o su grado de invasión, pueden estar afectados los ganglios de la cadena mamaria interna sin o con invasión axilar. 5.ª Hay tipos anatomopatológicos de cánceres, como el escirro y el carcinoma sólido, que a pesar de dar metástasis en un 25 por 100 de los casos, tienen un coeficiente de curaciones mucho más elevado. 6.ª Desde que practicamos las amplias amputaciones tipo Halsted, no vemos casi metástasis locales, pero sí tenemos a menudo metástasis al año o antes de los dos años, que han tenido lugar la mayor parte por las vías linfáticas no extirpadas; es decir vía linfática mamaria interna o de las vías directas toracoabdominales; o bien metástasis por vía hemática venosa, más frecuente en enfermas operadas. La invasión linfática por permeación de Handley es la que explica mejor estas metástasis observadas.

El 60 por 100 de las neoplasias mamarias están situadas en el cuadrante súpero-externo, y son las que invaden las vías linfáticas que siguen a la mamaria externa, ganglios del grupo de Sargius, o al grupo de la escapular inferior con, los ganglios de Gerota, y de éstos pasar a los ganglios axilares o infraclaviculares. Esto sólo es verdad para las neos del hemisferio externo; pero las que abarcan más glándula mamaria, las centrales, que pueden penetrar en los galactóforos, y las ya adherentes a los pectorales, o a la piel alrededor del pezón, fácilmente invaden las vías linfáticas que corren primero por las fascias prepectorales y luego atraviesan a los músculos pectorales para desembocar a los ganglios axilares y en los de la cadena de la mamaria interna, o penetrar directamente al tórax y abdomen. Además, todos los linfáticos de la aréola van asimismo a la mamaria interna e incluso comunican con los linfáticos de la otra mama y abdominales.

Nuestra experiencia demuestra que los cánceres de la mama (particularmente el carcinoma medular, encefaloide, y el carcinoma sólido, menos el escirro puro) aun diagnosticados bien operables, se reproducen en su mayoría antes de los dos años, y las metástasis que producen no son regionales, sino que siguen una vía linfática distinta de la axilar, la vía intratorácica-abdominal o lo hacen por la vía hemática venosa, favorecidas por la gran cantidad de vasos venosos abiertos y no bloqueados o ligados como los axilares.

Por lo tanto, y no con el criterio pesimista de Korteweg (citado por Roncali), sino más bien siguiendo a Jungling, al Instituto Radium de Estocolmo, y a muchos

cirujanos americanos, creemos que todo tumor de la mama sospechoso o clínicamente canceroso, debe ser sometido a un tratamiento Roentgen previo, aun antes de una biopsia quirúrgica, por la imposibilidad de la extirpación de todas sus vías linfáticas; y esto, no con el ánimo de tratar el cáncer, pues sabemos que el cáncer mamario no sólo es poco sensible a las irradiaciones, sino difícil de recibir las dosis necesarias letales, absorbidas por la grasa, o el peligro de cruzar los campos sobre el pulmón y producir esclerosis pulmonar, sino con el solo objeto de evitar una difusión cancerosa operatoria, a la que hoy día apenas se da importancia, no obstante confirmarla la evolución de la mayor parte de nuestras intervenciones.

La operación de Halsted, que ha sido un gran progreso en el tratamiento del cáncer de la mama, porque sin la extirpación de los pectorales es imposible un buen vaciamiento ganglionar axilar y facilita la extirpación en bloc, reconocemos es una operación muy cruenta, pues la disinserción de los pectorales de la parrilla costal abre muchos vasos linfáticos y sanguíneos, medio propicio para siembras microscópicas por muchos cuidados operatorios que tengamos, y la extirpación en bloc sólo es verdad macroscópicamente, pero no microscópicamente, para evitar las posibles siembras, que en materia cancerosa no se manifiestan de una manera rápida y ostensible como en las infecciones microbianas, y por lo tanto difíciles de controlar con los conocimientos actuales. Además, la sección sistemática de todas las vías linfáticas externas o axilares hace que la linfa de la región sea absorbida por las únicas vías permeables que queden, y estas únicas son las que siguen a la mamaria interna o directa, vía que seguirá fatalmente toda célula neoplásica residual o sembrada.

Esta aseveración queda confirmada por la observación de algunas linforragias postoperatorias, que siempre están localizadas en la región infraclavicular, y nunca en la parte inferior del tórax, punto más declive de la intervención, por permanecer intactas las vías de reabsorción.

Si la observación clínica y postoperatorio nos confirman los hechos expuestos, ¿por qué en las neoplasias mamarias nos limitamos a extirpaciones extensas, pero parciales, sobre las vías linfáticas, como en el Halsted? Por imposibilidad quirúrgica. Pues si reconocemos que su extirpación no es factible, aceptemos los medios que actualmente nos puedan dar mayor garantía médica.

La radioterapia previa constituye un buen recurso, pues con dosis suficientes, no para la esterilización celular, sino para perturbar las condiciones de su actividad genética y hacer las siembras del acto quirúrgico inofensivas, favorece la esclerosis de las vías linfáticas que difunden a las células. La radioterapia no dificulta la intervención quirúrgica, ni altera la cicatrización cutánea, siempre que el técnico radiólogo sea competente.

Es más, como dice el doctor V. Carulla, si esta esterilización y obstrucción linfática se consideran como unas suposiciones hipotéticas, hay dos argumentos favorables indiscutibles; primero, el hecho evidente que las neoplasias en el límite de las condiciones operatorias se hacen fácilmente operables con la irradiación previa; por lo tanto, el efecto siempre será favorable; y segundo, las últimas estadísticas parecen confirmar este proceder. Aun existe otro argumento: casi todos los cirujanos admiten el tratamiento Roentgen postoperatorio para esterilizar las células cancerosas residuales; ¿y por qué no hacer esta esterilización previa que nadie considera ya definitiva?

Es más, todos admiten que los mejores resultados se obtienen cuando los ganglios no están invadidos.

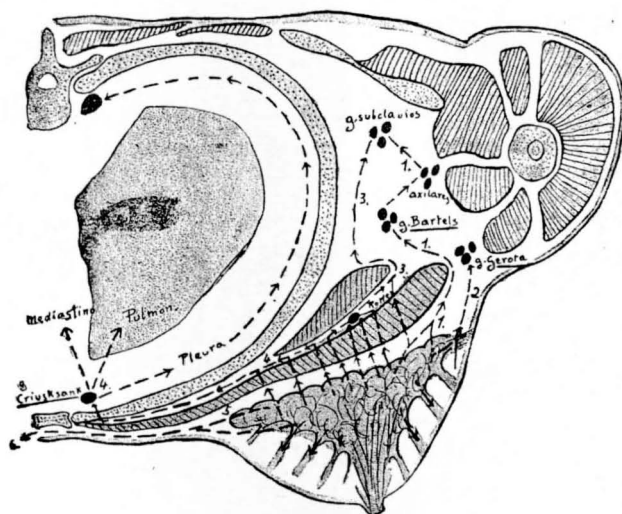
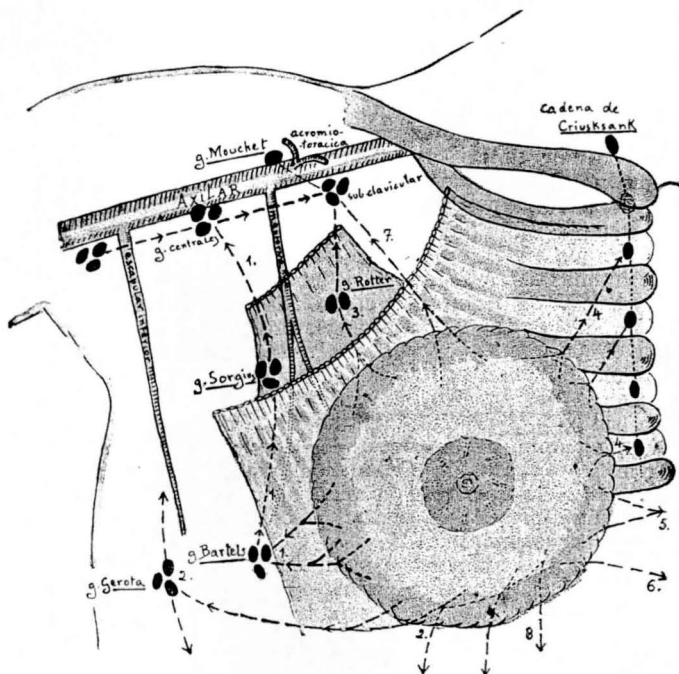
¿Qué dificultad o impaciencia existe para no hacer un tratamiento radioterápico previo? Ninguna. Creo que el único argumento serio en contra es hoy día una dificultad de orden práctico. Entre nosotros, los hospitales no pueden atender las necesidades radiológicas y las enfermas no pueden esperar meses, y en clientela privada la cuestión económica pesa en la mayoría de los casos.

Las opiniones no están, por desgracia, acordes en cuanto a la combinación roentgen-quirúrgica. De todas maneras, para orientación nos parece conveniente citar la estadística de Westermack, de curación a los cinco años: operación sola de 20 a 23 por 100; operación más radioterapia postoperatoria, 29 por 100; operación más radioterapia pre y postoperatoria, 40 por 100.

Referentes a los peligros y dificultades operatorias, citaremos las opiniones de Jungling, Webster y Schinz, que afirman que la curación de la herida operatoria no es retrasada por la irradiación, y que la intervención no es dificultada si se irradia con dosis no excesivas.

Brien (*"Radiology"*, 1942), en un breve y completo trabajo sintético sobre el

Vías linfáticas de la mama



1. Vía mamaria externa axilar. Son extrapectores, van al grupo final de la mama externa «ganglios de artels», encuentran al grupo de Sorgis y finalmente a los ganglios axilares y sub-claviculares.
2. Vía paramamaria de Gerota. Van a los ganglios de este nombre, en la escapular inferior, y también por los linfáticos abdominales al hígado y a los ganglios subdiaframáticos.
3. Vía de Groszman (submamarios superiores). Los linfáticos perforan el pectoral mayor y van a los ganglios de Rotter, situados debajo del mismo, y luego a los ganglios subclaviculares.
4. Vía mamaria interna (submamarios inferiores). Atraviesan el pectoral mayor y siguiendo a la mama Bena (cadena de Criusksank) van a los ganglios mediastínicos, pleura y diafragma.
5. Vía mamaria cruzada. Por los linfáticos superficiales van a la mama opuesta.
6. Vía sub-esternal, hacia los ganglios del mediastínico
7. Vía sub-clavia, directamente a los ganglios subclaviculares y al ganglio de Monchet, situado junto a la apofisis caracoides, siguiendo el borde intenso del pectoral menor.
8. Vía superficial baja, hacia los linfáticos de la red abdominal.

valor de la radioterapia en el tratamiento del cáncer de la mama, expresa a propósito de la irradiación preoperatoria que se puede llevar a cabo sin perjuicio de la intervención precoz. La radioterapia previa se debe practicar con la finalidad de «inmovilizar» tumores de elevada malignidad, y afirma que es preciso operar antes de los 20 ó 25 días, es decir, antes de la reaparición de las células jóvenes.

Gylstorff-Petersen («Acta Radiológica», 1944, n.º 25), en una revisión de 601 casos tratados de 1924 a 1936 con radioterapia preoperatoria, afirma obtener mejores resultados que con la postoperatoria sola.

Como cirujano no puedo opinar referente a dosis de irradiaciones, pero sí creo que teóricamente sería suficiente una dosis «fijadora» y que obture las vías linfáticas, pues como siempre va seguido de extirpación, no es necesaria la esterilización total del tumor; aunque en la práctica y tratándose de materia cancerosa, las dosis deberán ser las máximas factibles con una intervención lo más rápida posible.

Nuestra experiencia de cirujanos, controlada por los fracasos reconocidos en casi la totalidad de las estadísticas publicadas, nos animan a estimular una modificación de conducta en la terapéutica contra el cáncer mamario. El tiempo juzgará si nos aproximamos más al éxito contra tan terrible plaga, pero mientras no dispongamos de nuevos medios de curación, usemos de la mejor manera los actuales, apartándonos de una rutina o terapéutica «standard», que nunca en patología humana ha progresado. Por ejemplo, en el cáncer del colon no extirpamos las regiones ganglionares, ni las más próximas, de una manera sistemática, y tenemos muchos casos de gran supervivencia si la operación ha sido bien reglada.

Concretando nuestra manera de pensar, permitidme dé en forma esquemática la conducta actual que aconsejamos:

En las mamas que presentan zonas induradas o nudosidades uniformes y dolorosas, en relación con el ciclo ovárico, clínicamente benignas, tratamiento endocrino de prueba.

En casos de nódulo duro, único, bien limitado, no adherido, punción exploradora; si es quiste seroso, análisis de la colesteroína del líquido; si es benigno, extirpación local; si es sospechoso o maligno, radioterapia previa y mastectomía amplia con resección del tejido adiposo y de la fascias prepectoral, pero respetando los músculos.

Cáncer tipo mastitis agudo total, radioterapia inmediata; Halsted si la radioterapia lo limita. En caso contrario, sólo tratamiento hormonal.

En todo nódulo sospechoso de maligno, siempre empezar por radioterapia, incluso antes de una biopsia-extirpación, o biopsia ganglionar si existe adenopatía.

En el cáncer nodular, sin adherencias, sin adenopatía franca, radioterapia previa, mastectomía amplia, con resección de la mayor cantidad posible de piel, tejido celular y fascias prepectoral, pero respetando los músculos pectorales y sin limpieza axilar.

En el cáncer invasivo, adherente, con adenopatía, radioterapia previa seguida de Halsted.

La radioterapia postoperatoria la reservamos sólo a los casos muy avanzados, con intervención no satisfactoria.

En las metástasis, radioterapia sí es factible y tratamiento hormonal.