

CIRUGÍA EN EL CÁNCER AVANZADO DE LA MAMA

ESTUDIO DE 30 CASOS

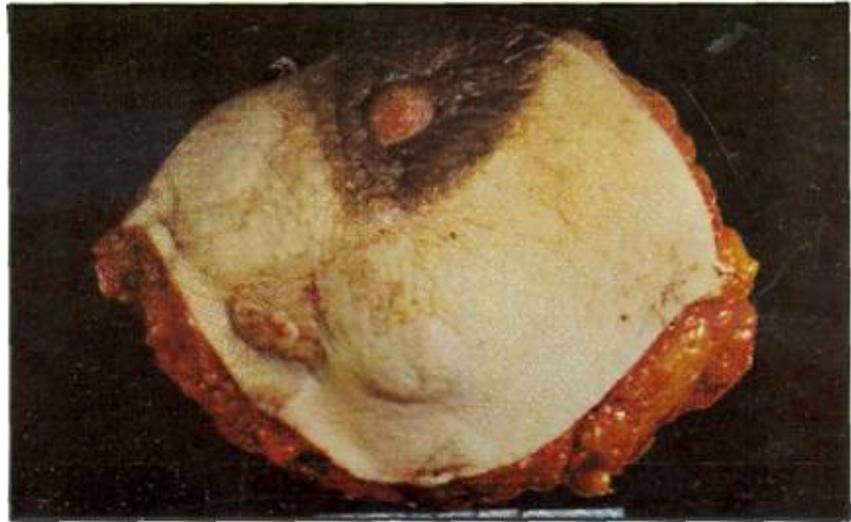
*Dr. ÁNGEL E. ARGUETA **

La finalidad de este trabajo es revisar el tratamiento del cáncer avanzado de mama llevado a cabo en pacientes del Departamento de Oncología del Hospital General San Felipe. Desde julio de 1975 a agosto de 1977 fueron sometidos a tratamiento quirúrgico cincuenta (50) pacientes de los cuales treinta (30) estaban en estadios III y IV.

El objetivo de la cirugía en los estadios III y IV es paliativa por lo que todo procedimiento radical está contraindicado, en estas fases la cobaltoterapia tiene mayor importancia en el control local de la enfermedad.

El estadio III se caracteriza por lesiones de más de 5 cm. de diámetro, acompañadas de edema, fijación, infiltración o ulceración de la piel, los nódulos axilares son múltiples movibles o fijos; si además de lo anterior presenta metástasis lejanas, nódulos dérmicos satélites, piel de naranja extensa, nódulos supraclaviculares o es un cáncer tipo inflamatorio entonces se le clasifica como estadio IV.

En el estadio III no se puede descartar la existencia de metástasis distantes, por ello la cirugía debe



ser conservativa. La mastectomía simple o modificada está indicada dependiendo del caso, preferimos la última ya que reseca el foco primario que por su tamaño de más de 5 cm. por lo general no es esterilizado o destruido totalmente por la cobaltoterapia y se disecan los nódulos metastásicos en axila que por razones desconocidas, responden pobremente a la radioterapia o no responden.

A veces, y debido a necrosis e infección secundaria del tumor primario, se presenta una celulitis o linfangitis regional que de-

berá tratarse pre-operatoriamente con debridamiento- de la lesión, aplicación de calor local y administración de antibióticos, con estos cuidados por lo regular se controla la infección e inflamación asociada, esta última deberá diferenciarse del Ca. tipo inflamatorio en el cual está contraindicada la cirugía, mediante una biopsia que incluya la piel y el tumor, la presencia de células tumorales en los linfáticos sub-dérmicos es la única y más

* Cirujano Oncólogo Hospital General de Tegucigalpa

importante característica para diagnosticar el cáncer inflamatorio.

La mastectomía incluirá toda el área de piel o músculo sospechoso de estar infiltrado, ya que el dejarla podría dar lugar a recurrencia o dehiscencia de la herida. Durante el acto operatorio debe tenerse el cuidado de cambiarse los guantes antes de tomar el injerto de piel, si éste se necesitase, para evitar el implante de células malignas a distancia. Dos o tres semanas después de operado se iniciará la cobaltoterapia, regional.

Más controversial es el tratamiento del cáncer en el estadio IV, aquí la cobaltoterapia y la quimioterapia son los tratamientos de elección para el control regional y sistémico de la enfermedad respectivamente. La finalidad de la cirugía es paliativa y suele reducirse a la mastectomía simple en caso de tumores técnicamente resecables y la deprivación hormonal mediante la ooforectomía y/o adrenalectomía en caso de un cáncer hormono-dependiente.

Lo ideal es realizar la adrenalectomía en un paciente que ha respondido previamente a la ooforectomía porque ello indica que posiblemente responderá con una nueva regresión del tumor, sin embargo este requisito no es absolutamente necesario como ha sido demostrado en varios trabajos científicos, uno de ellos del Doctor Peter Brown de la Universidad de Virginia E.U.A. (Arch. of Surg. Vol. 110-Jan 75) en 12 pacientes con Ca. de mama que no respondieron previamente a la ooforectomía, 5 pacientes, o sea (55%) respondieron posteriormente a la adrenalectomía.

Hoy se utilizan varias pruebas para determinar si un cáncer es hormono dependiente tales como la determinación de los receptores estrogénicos, de los esteroides urinarios o la supresión de la prolactina por la levadopa, sin embargo estas pruebas son caras y no se realizan actualmente en Honduras, por tanto, ante casos desesperados tenemos que seleccionar clínicamente el candidato que con mayor probabilidad responderá favorablemente al tratamiento quirúrgico.

Los siguientes criterios fueron los utilizados en la selección del paciente para ooforectomía y/o adrenalectomía simultánea por el Doctor Charles B. Huggins de la Universidad de Chicago (J.A.M.A Vol. 200 Jun 1967) y por Peter Brown de la Universidad de Virginia (Arch. of Surg. Vol 110-Jan 75).

—Paciente entre los 40 y 70 años de edad (más del 60% de pacientes mayores de 45 años respondieron favorablemente mientras que solo el 19% menores de 45 años dieron una respuesta satisfactoria).

—Intervalo libre de enfermedad de más de 1 año entre la mastectomía y la aparición de las metástasis.

—Adenocarcinoma bien diferenciado suele ser hormono-dependiente con más frecuencia que otro tipo histológico.

—Post-menopáusica (54% de las post-menopáusicas respondieron favorablemente mientras que solo el 27% de las activamente menstruales).

—Título alto de estrógeno en orina.

La ooforectomía y/o adrenalectomía bilateral simultánea estará

indicada:

- a) En pacientes que previamente han respondido a la ooforectomía;
- b) En el cáncer tipo inflamatorio
- c) En casos con múltiples metástasis óseas
- d) En el cáncer localmente muy avanzado.

Está contraindicado uno o ambos procedimientos en pacientes con múltiples metástasis nerviosas, hepáticas o pulmonares.

La remisión objetiva en los diferentes estudios que se han hecho varía en un 33% a un 67% del total de enfermos, según el tipo de procedimiento 31% respondieron favorablemente a la adrenalectomía y 44% en los que además se les había hecho la ooforectomía.

El término medio de vida para los pacientes que no respondieron al tratamiento quirúrgico fue de 7.7 meses, mientras que para las que respondieron fue de 18.5 meses variando de 6 meses - hasta 12 y 14 años.