

Ginecología y Obstetricia

Vol. V

SETIEMBRE, 1959

Nº 3

Trabajos Originales

HECHOS Y COMENTARIOS PROPIOS AL CANCER MAMARIO *

DR. CONRADO ZUCKERMANN **

PRIMERAMENTE, nuestra gratitud a los directivos y organizadores de este gran Primer Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, por el reconocimiento indudable que realizan de la ginecología y obstetricia de nuestro México, al designar a un presidente de honor de esa patria; honor que comparten otras naciones hermanas en donde sólo se albergan sentimientos de familiar emulación, de mutua ayuda y de real comprensión; somos los hijos de España unidos en el presente, en el pasado y en el futuro por lengua, religión, raza e ideal.

Consideramos un acierto de los mismos directivos organizadores, el haber seleccionado como tema de este intercambio, el referente al cáncer mamario, padecimiento de frecuencia creciente, que constituye en muchas naciones, precisamente de América, el cáncer dominante en el organismo femenino o por lo menos el que sigue al dominante que en ese caso sería el del cuello de la matriz.

Lo que les presento es sólo la sincera manifestación de un clínico ejercitante que desde hace treinta y cuatro años labora en ese terreno y ha podido vivir y sufrir la evolución de los conceptos, la renovación de las directrices y sobre todo el fracaso de la conducta.

Consideramos que el tema es amplísimo, que la bibliografía en revistas es anonadante, que las monografías o trabajos especiales sobre el tema son numerosos, muchos de ellos de autores hispanoamericanos, que en lo referente a libros de los cuales contamos con trece dedicados al estudio de la patología mamaria, cinco son de autores hispanoamericanos.

* Trabajo presentado al Primer Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, Lima.

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

Sólo presentaré ante ustedes una sencilla pero vívida síntesis de lo que actualmente parece aceptarse.

Justo es señalar, primeramente, que la glándula mamaria es un órgano ginecológico de topografía torácica, de alta investidura, de función trascendente para la especie y el cual en silenciosa o por lo menos no tan ostensible, pero sí cíclica aparición, cada mes obedece a la indudable acción del ovario y como el ovario y los demás órganos ginecológicos está regida por la hipofisiaria actividad.

Es impresión, pudiéramos decir, universalmente aceptada, que dos padecimientos son los más frecuentes en la glándula mamaria: el cáncer, en primer lugar, y en seguida la mastosis o mastopatía endócrina y algo especial, en la etiopatogenia de ambas parece intervenir el desarreglo metabólico-endócrino en mayor o menor proporción.

Herencia, traumatismos, enfermedades anteriores o actuales han sido invocados como causantes del blastoma mamario, pero en la actualidad se tiende a señalar al no cumplimiento de la lactancia como factor importante.

El cáncer mamario se observa tanto en la múltipara como en la nulípara y la ausencia de relaciones sexuales no constituye hecho protector contra este cáncer.

En lo que se refiere al sexo, como ustedes saben muy bien, es cáncer dominante en la mujer y las estadísticas nos señalan como cifra promedio la de 1% en el hombre.

El factor edad nos hace invadir momentáneamente lo que se refiere a la estructura tumoral, marcándose que el cáncer epitelial es predominante después de los cuarenta años y el conjuntivo antes de esa edad; sin embargo, cada día estamos viendo mayor número de cánceres epiteliales en personas entre 30 y 40 años.

Pasamos del oscuro capítulo de las causas y mecanismos, sin profundizar, al referente a los hechos anatómicos, es decir, a la histopatología, señalando desde luego que es el cáncer epitelial el que más se observa y que de cada 100 cánceres, sólo 5 escapan a esa regla y éstos 5 se refieren primeramente a cánceres conjuntivos, después a los linfoides y en seguida a otros más raros.

Antes de referirnos a algunos hechos anatómicos de los cánceres epiteliales, debemos recordar el tumor filode, descrito por Juan Muller hace más de un siglo, que es neoplásia mixta sobre todo epitelial y conjuntiva con cancerización en alguno de estos tejidos y que siendo tumor de gran desarrollo y con cancerización relativamente limitada, habitualmente no da metástasis y se comporta, pudiéramos decir, como neoplásia relativamente benigna.

El cáncer epitelial puede nacer en la región mamaria tanto en la piel y glándulas anexas como en los canales vectores de la leche y en los ascinis glandulares mamarios. Las formas glandulares son, para nosotros, las más frecuentes.

Inútil sería ante un auditorio tan selecto por sus científicos conoci-

mientos insistir en las variedades microscópicas de los diversos cánceres mamarios, pero sólo marcaremos la necesidad de que el dictamen del anatómopatólogo para el clínico, suministre no solamente la denominación tumoral o una serie de denominaciones, sino la descripción de lo observado en numerosos cortes y el detalle arquitectural, el referente al estroma y lo concerniente a las cualidades celulares observadas; sólo así podrán apreciarse la real categoría del tumor, el probable pronóstico y establecerse algunas sugerencias terapéuticas.

Lo malévoló en el cáncer mamario es la diseminación más temprana y más amplia de lo que habitualmente se piensa; como si el cáncer mamario fuera ambidextro: lo mismo se propaga por la vía linfática, considerada como principal, que por la vía sanguínea y aún más, lo realiza por los intersticios tisulares y por el plano cutáneo.

El conocimiento de la disposición de los linfáticos de la región mamaria y la observación diaria de los hechos en lo que a cáncer se refiere, nos señala que la vía principal y frecuente es la linfática axilar y a seguimiento de ella o al mismo tiempo, la mamaria interna y la supraclavicular; ni la pared costomuscular, ni la clavícula hacen muralla alguna al cáncer mamario.

Después de lo anterior, tenemos otros grupos ganglionares tan importantes como los pleurales y los paravertebrales y en seguida los mediastínicos y los subdiafragmáticos y algo que se olvida con demasiada frecuencia, el almacenamiento de células cancerosas mamarias en la médula ósea del esternón; después las metástasis por vía sanguínea, cuyo orden de frecuencia parece ser, pulmonar, óseo, hepático, cerebral, etc.

En todo lo anterior nos hemos referido principalmente al cáncer epitelial mamario.

Punciones de lesiones sospechosas, exámenes radiográficos, citología de líquidos que salen por el pezón, etc., muchas veces no logran aclarar la oscuridad, por eso hemos afirmado hace años que todo nódulo, toda dureza, todo tumor, de la región mamaria, sobre todo si es indoloro, si no presenta variaciones en relación con la menstruación, si es persistente, debe ser considerado como probablemente canceroso hasta que no se demuestre lo contrario por biopsia tisular. Confesamos que damos la preferencia en estas biopsias a las incisionales que toman parte solamente del tumor o las excisionales que toman todo el tumor y que exigimos con cordial pero reiterada insistencia que el anatomopatólogo multiplique sus cortes y comparta con nosotros la grave responsabilidad de afirmar o negar la existencia de cáncer.

Afirmada histológicamente la existencia de blastoma, en este cáncer, como en casi todos, surge la necesidad de señalar la extensión del proceso y para ello se cuenta con todos los procedimientos clínicos habituales, los exámenes radiológicos y aún los de laboratorio que indirectamente ayudan al conocimiento.

El empleo de isótopos radioactivos de fósforo, de oro y otros, para

detectar la extensión del mal o sus metástasis, está todavía en período de investigación y no tienen aplicación amplia en la práctica clínica.

Anotamos que el auto-examen mamario y sobre todo el examen mamario hecho por el médico es el mejor medio de llegar a diagnosticar a veces a tiempo, el cáncer mamario. En la mujer es tan importante oír corazón como palpar senos.

El problema principal en cáncer mamario como en casi todos los blastomas, es el diagnóstico temprano, oportuno, cuando todavía el proceso es local o regional y cirugía o radiaciones tienen posibilidades de radicalidad.

Y sin detenernos en otros detalles, entramos en el capítulo más discutido, el de la terapéutica. En este momento atravesamos por una época de anarquía, de real revolución en lo que a este cáncer concierne. La cirugía creada por Halsted hace algo más de cincuenta años, hoy considerada como la clásica u ortodoxa, persiste y es todavía la más realizada cuando las condiciones son propicias, pero otros procedimientos están ya en ejecución. Nos referimos primeramente a las mastectomías llamadas muy amplias en que se quitan los ganglios mamarios internos y en algunas técnicas los supraclaviculares y en contraposición con lo anterior, existe la limitada extirpación preconizada por Mc Whirter de extirpar solo el tumor con lo que le rodea, es decir, mastectomía simple e irradiar en seguida.

Las discusiones se fundan no solamente en consideraciones anatómo-patológicas y de otra índole, sino en elaboraciones estadísticas. Creemos conveniente insistir algo sobre este tema que es indudablemente el más actual. Es indudable que los progresos actuales en equipo, en técnica y en conocimientos radioterápicos permiten afirmar que las metástasis linfáticas y otras en cáncer mamario no tienen siempre la radiorresistencia anteriormente señalada. Las maniobras quirúrgicas si no son realizadas con gran cuidado y aún a veces a pesar de ello, dan origen o pueden darlo, a movilización de células cancerosas.

El ataque a los ganglios mamarios internos y supraclaviculares, complica y alarga el acto operatorio y pueden resultar tres posibilidades, que el sacrificio físico y mutilante sea inútil por estar indemnes esos ganglios, que sea apropiado y útil sobre todo en cánceres de los cuadrantes internos o que resulte inútil y tardío porque el cáncer no estaba solamente en las mencionadas cadenas ganglionares, sino había ya pasado a otros territorios linfáticos, vasculares, etc. Tómese en cuenta que las cadenas mamarias internas tienen frecuentemente comunicaciones entre sí y con los ganglios del cuello hacia arriba y subdiagramáticos hacia abajo.

Además de estas cirugías, en los últimos lustros han surgido otras de acción indirecta pero valiosa: nos referimos a la castración ovárica, la doble suprarrenalectomía y la hipofisectomía. Nuestra experiencia en la primera es relativamente amplia y pensamos que con los inconvenientes que fundamentalmente se le señalan es en realidad inocua y frecuentemente benéfica. La extirpación de las suprarrenales y la hipofisectomía suponen, mejor dicho, obligan a

estrecha vigilancia metabólica endócrina de la paciente y a su constante medicación hasta el final.

Todavía existen otros tipos de cirugía; nos referimos a los raros casos en que nos hemos visto obligados a realizar desarticulación interescapulo-torácica junto con mastectomía o sobre todo años después de ella, para quitar miembro superior que se ha convertido no en inútil, sino en terriblemente doloroso e insoportable por su tamaño y condiciones.

Además contamos con la cirugía contra el dolor que puede ser lobotomía prefrontal, topectomía selectiva o cordotomía en región cervical.

Ahora nos referiremos sucintamente a las hormonoterapias, señalando desde luego la desconfianza con que hemos usado los estrógenos para metástasis en tejidos blandos en mujeres ancianas; en cambio hemos empleado, pudiera decirse, con profusión la medicación testosterónica sobre todo asociada a la cortisona y últimamente a la prednisolona. Esto último nos ha parecido útil para las pacientes con cáncer mamario avanzado, generalizado y sólo en algunos casos hemos tenido que disminuir dosis o suprimirlo temporalmente; la medicación en general ha sido bien tolerada a pesar de sus inconvenientes y de los cambios morfológicos y funcionales que produce.

En lo que se refiere a quimioterapia hemos ensayado varios, pero indudablemente le damos preferencia a los derivados de la mostaza nitrogenada, sobre todo por vía intravenosa o intrapleural en caso de su fusión cancerosa.

Como un ejemplo de la lucha denodada que en cáncer mamario el médico emplea, señalaremos lo realizado en algunos casos de cánceres agudos, de rápido crecimiento, de inflamatorio aspecto. El orden ha sido: biopsia incisional, castración quirúrgica, roentgenterapia, amplia extirpación quirúrgica y cierre por deslamiento y colgajo pediculado, mostaza nitrogenada en relación con la biopsia y la operación grande, roentgenterapia y medicación por testosterona y prednisolona. Algunos casos viven tal vez a favor de este "coctel".

De propósito hemos dejado para lo último señalar dos hechos que en la práctica hemos vivido, uno de ellos la imperiosa necesidad de individualizar tratamientos y la otra la de no aceptar siempre las reglas señaladas por los autores, es decir, comportarse a veces en forma heterodoxa, haciendo terapéutica en que en forma simultánea o sucesiva se apliquen cirugía más o menos extensa, supresiones endócrinas, radioterapia que tiene más valor y mérito de lo que se piensa, hormonoterapia y quimioterapia.

El señalamiento de indicación terapéutica por la etapa evolutiva, apreciada en cada caso, nos parece muy justo, pero las reglas fijas de acuerdo con complicadas escalas, a veces caprichosas, no las empleamos. Hemos operado, indicado irradiación, etc., en casos llamados perdidos, inoperables, con resultados paliativos aceptables y aún buenos.

Insistimos que antes de instituir tratamiento sea quirúrgico u otro, se deberá tener en cuenta la etapa evolutiva clínica, topográfica tumoral, caté-

goría histológica del blastoma, edad y estado de la paciente, etc., y hacer para cada observación la individualización terapéutica.

Marcaremos antes de terminar que la cirugía del cáncer mamario como toda la cirugía anticancerosa, tiene sus indicaciones, alcances, limitaciones, fracasos, éxitos; en el futuro, la terapéutica quirúrgica en unión de isótopos radioactivos (en diagnóstico y tratamiento) y de los demás procedimientos, probablemente conduzcan a una mejor y sobre todo más segura solución del problema.

Confieso que todo lo anterior, que hemos presentado en forma panorámica, sencilla, deja en el ánimo seguramente una imagen de desconsuelo, pero que sería injusto, sería insincero, hacerlo halagueñamente y marcar directrices exactas cuando precisamente en este cáncer y en esta terapéutica es en donde mejor podría aplicarse aquel precepto señalado por un gran médico de que el cirujano, el clínico, debe saber ver entre la niebla y entre la niebla hacer la luz.