

ACCION DE LOS CORTICOESTEROIDES EN EL CARCINOMA DE LA MAMA

DR. HERBERT O'HARA *

Los casos muy avanzados de carcinoma de la mama en los cuales el crecimiento neoplásico es muy extenso o aquellos en los que si bien el tumor primitivo es relativamente pequeño, los ganglios regionales o distantes están invadidos por el tumor, presentan uno de los problemas terapéuticos paliativos más complejos desde el punto de la conducta a seguir por el médico.

Por otro lado, las mujeres de edad avanzada que presentan una tumoración de la mama, son también un problema quirúrgico.

Aquellas que han sido operadas y que posteriormente hacen una recidiva o las que han sido operadas e irradiadas, forman parte también de este grupo de enfermas-problema.

Ante la imposibilidad de operar a una paciente que presenta un tumor muy invasivo, o que ha sido irradiada y hay adherencias muy extensas o es de edad muy avanzada, el médico no tiene a mano otra alternativa que recurrir a los calmantes sintomáticos. El dolor es el signo saltante y se hace necesario recurrir a los opiáceos. Pero hasta cuándo se puede seguir en estas condiciones? La experiencia clínica nos muestra paciente a las cuales ya no era posible seguir manteniéndolas en dosis más altas capaces de disminuir el dolor. Junto a esta imposibilidad terapéutica, se presenta el problema del estado general del paciente. La alimentación es casi imposible y el enfermo decae rápidamente. Los cuadros terminales de enfermas caquéticas, con relajación de esfínteres y a grandes dosis de morfina, son el aspecto común en este tipo de enfermas.

Desde que fué sintetizada por primera vez a partir de un ácido de la bilis, en 1946, la cortisona y los córticoesteroides actuales hasta la dexametasona, han tenido múltiples aplicaciones en el campo médico. Vista la acción notable que se obtenía en enfermos tratados originalmente con artritis reumatoidea, levantando el estado general con recuperación del apetito y ausencia de dolores, la investigación sobre las aplicaciones de esta droga han sido innumerables.

Usados en forma general, se aprecia que hay una rápida recuperación del apetito y los pacientes refieren pérdida de la sensación de estar enfermos—asociada a la enfermedad— y una sensación nueva de sentirse bien. Este cambio se presenta ya algunas horas después de iniciada la terapéutica con los esteroides. C. Huggins (1) piensa que la cortisona en pacientes con cáncer avanzado tiene el efecto de una "super aspirina", produciendo euforia, aumento del apetito y del peso, además de calmar el dolor.

* Catedrático Principal Asociado de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina. Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Obrero de Lima.

Estos cambios siempre están presentes junto con la regresión del tumor, pero hay cambios notables desde el punto de vista objetivo: aumento de la cantidad de hemoglobina y de la albúmina. Estas dos sustancias parece que son las más difíciles de sintetizar en pacientes con carcinoma muy avanzado.

También se aprecia disminución del tamaño de la lesión, que se puede ver por cambios histológicos en el tumor. Esta disminución en el tamaño de la lesión no es un signo de que la terapéutica haya efectivamente hecho regresar el tumor, ya que puede deberse a disminución del proceso inflamatorio o reaccional que acompañaba al cáncer. Pero si estos cambios pueden demostrarse histológicamente, quiere decir que realmente se ha dado un paso en la acción terapéutica.

Una paciente de 63 años de edad, con carcinoma de la mama e infiltración masiva de la pared torácica, hizo una regresión espectacular de su lesión a las cuatro semanas del tratamiento. Otra lesión presente en el lado opuesto también desapareció y aún hubo elevación del pezón que estaba retraído previamente.

En otra paciente (2) con carcinoma de la mama en la cual habían lesiones dérmicas, el tumor se redujo de tamaño y las lesiones de la piel cicatrizaron bien cuando se le dió córticoesteroides.

Es bien sabido que las ulceraciones carcinomatosas y el edema, desaparecen rápidamente con estas drogas.

El mecanismo no es bien conocido, pero lo siguiente ayuda a entenderlo.

La adrenalectomía practicada en casos de carcinoma de la mama (3) parece que da resultados satisfactorios, comparables a la acción de la cortisona. En una serie de 8 casos, hubo remisión satisfactoria en 4 de los 7 pacientes que sobrevivieron. Cuando los pacientes se adrenalectomizan, parece que la producción de las hormonas sexuales disminuye y se disminuye la agravación del carcinoma. La acción de los córticoesteroides es similar —menos producción de hormonas sexuales— a lo cual se añade el efecto beneficioso del bienestar general del paciente.

Nathanson, I. T. y Kelley, R. M. (4) consideran que es muy significativo que en diferentes tipos de neoplasia, se ha encontrado una excreción atípica de esteroides, especialmente en mama y próstata, presumibles de origen suprarrenal. Estos autores también refieren un caso de anemia hemolítica adquirida complicada con carcinoma de la mama, en la cual el proceso hemolítico desapareció con el tratamiento de cortisona.

Segaloff, A. (5) refieren que de 7 pacientes con cáncer de la mama tratados, en dos de ellos hubo una regresión limitada del tumor.

Las dosis usadas generalmente son las llamadas de mantenimiento o medias y son precedidas de una dosis inicial alta. Con esta terapéutica, no se presentan efectos secundarios y si se presentan, no tienen, en pacientes terminales de cáncer, el significado que tendrían en otra clase de tratamiento.

CONCLUSIONES

Se hace un recuento de la acción paliativa de los córtico-esteroides en casos intratables de carcinoma de la mama. Se hace énfasis en la acción notable de estas drogas en mejorar el estado general, la no utilización de opiáceos para calmar el dolor y aún en algunos casos reducción en el tamaño de la tumoración y cicatrización de ulceraciones dérmicas.

REFERENCIAS

1. Huggins, Ch., Proceedings of the Conference on the effects of Cortisone. Dec. 10, 1951. New York.
2. Taylor, S. G., Ayer, J. J. y Morris, R. S. Jr. Cortical steroids in treatment of Cancer: observations on effects of pituitary adrenocorticotropic hormone (ACTH) and cortisone in far advanced cases. J.A.M.A. 144: 1058-1064, Nov. 25.
3. Huggins, C. and Dao, T.L.V.— Adrenalectomy for mamary cancer: surgical technic of bilateral one-stage adrenalectomy in man. Ann. Srg. 136: 585-603, Oct. 1952.
4. Nathanson, I. T. and Kelly, R. M.: Hormonal tratment of cancer. New England J. Med. 246: 135-145, Jan. 1952: 180-189. Jan. 31, 1952.
5. Segaloff, A., ACTH and cortisone in breast cancer (Abstract of paper presented at the ACTH Adrenocortical Steroid Conference of the American Cancer Society, Oct. 28-29, 1950.