

# EVOLUCION DEL TRATAMIENTO DEL CANCER OPERABLE DE MAMA

## Nuestra Experiencia Sobre 108 Casos con Cirugía en Menos.

Dr. Hugo Benito Ferreira \*

Profesor adjunto

Dr. Rafael Manzur Luna\*

Profesor adjunto

Dr. Juan Carlos Tarquini \*

Jefe de Trabajos Prácticos

### RESUMEN

Se evalúan 108 pacientes con cáncer de mama T1 y T2 con N0 o N1 y M0 tratados con cirugía en menos entre 1973 y junio de 1983. En 104 se efectuó mastectomía radical en menos: 86 con operación de Mérola y 18 con operación de Madden. En 3 pacientes adenomastectomía, y en una, mastectomía simple. El 67,6 % eran estadio I y 32,4 % estadio II. Hubo 13 cánceres bilaterales (12 %) y 15 cánceres mínimos (13,9 %). 15 pacientes se operaron hace 5 o más años y viven 12, con una sobrevivida del 80 % y comprenden estadios I y II juntos. Los pacientes operados con 3 o más años son 45 y viven 42, lo que da una sobrevivida de 93,3 % (Estadios I y II juntos). Se comenta la evolución que ha seguido el tratamiento del cáncer operable de mama, con cirugía cada vez menos mutilante.

### SUMMARY

108 breast cancer patients, T1 and T2 with N0 or N1 and M0 treated with conservative surgery, from 1973 to June 1983, are evaluated. Modified radical mastectomy was performed in 104 patients, as follows: 86 with the Mérola procedure (Petay modified radical mastectomy), and 18 with the Madden technique. The subcutaneous mastectomy in 3 cases, and simple mastectomy in only one patient. 67,6% of the patients were in the post-operative stage I and 32,4 % in the stage II. The bilaterality was registered in 13 cases (12 %). 15 patients had minimal invasive carcinoma or "in situ" carcinoma that is 13,9 %. 12 patients are living after 5 or more years of the surgical treatment, over 15, that is a 5-year survival rate of 80 % (stages I and II). 42 patients are living after 3 or more years of the surgery, over 45, that is a 3-year survival rate of 93,3 % (both, I and II stages). The evolution of the operable breast cancer with less aggressive surgery is commented.

La mastectomía radical que difundió Halsted ha sido el pilar más importante para tratar el cáncer de mama. La razón que dio para extirpar el músculo pectoral mayor fue: "el cirujano es incapaz, de otra manera, de extirpar en una sola pieza todo el tejido sospechoso".<sup>(4)</sup> En esa época se operaban muchos casos avanzados donde el tumor infiltraba el pectoral mayor. Con los criterios actuales de operabilidad, el diagnóstico más temprano, el concepto de que es una enfermedad sistémica y el deseo de muchas mujeres de la reconstrucción mamaria posmastectomía, se han impuesto paulatinamente las mastectomías radicales en menos (modified radical mastectomy de los anglosajones). La mastectomía que preserva el pectoral mayor fue ideada por Mérola, cirujano uruguayo, en 1936 y es la que más se practica hoy.<sup>(8, 10, 13)</sup> Ya en 1912 el profesor Lorenzo Mérola la publicó en una revista de los hospitales de Montevideo.<sup>(8, 13)</sup> Los anglosajones la llaman mastectomía radical de Patey, autor que la describió recién en 1948.<sup>(9)</sup> Otra mastectomía en menos es la de Madden, que preserva los dos pectorales. Consideramos que debería llamarse mastectomía de Albanese, cirujano argentino que la practicaba en Buenos Aires en 1942, y la presentó en 1954 en el IV Congreso Internacional del Cáncer, de São Paulo. Madden publicó este tipo de mastectomía recién en 1965.<sup>(11)</sup> En todos estos tipos de mastectomía siempre se realiza el vaciamiento ganglionar de axila, y por ello se llaman lo mismo que la de Halsted, mastectomías radicales (en menos, para los de habla hispana, y modified radical mastectomy, para los sajones). La "radicalidad" está dada porque siempre se hace una mastectomía de toda la glándula y su correspondiente vaciamiento axilar. Lo que varía es el comportamiento para con los músculos pectorales. Si se preservan los dos: mastectomía de Madden o Albanese;

si se extirpa sólo el menor, preservando el mayor: mastectomía de Mérola y Patey. Como sabemos la clásica mastectomía radical de Halsted, que siempre es el punto de referencia, extirpa ambos pectorales. La experiencia ya ha demostrado que las mastectomías radicales en menos dan el mismo resultado que la clásica de Halsted,<sup>(5, 6, 9, 10)</sup> con las ventajas de una menor morbilidad, facilitación de futura reconstrucción mamaria, menos linfedema del miembro superior, etcétera.

### MATERIAL Y METODOS

En el Servicio-Cátedra de Cirugía II, Hospital Central, Mendoza, Facultad de Ciencias Médicas de la U.N. de Cuyo, y actividad privada, desde 1973 hasta junio de 1983 hemos tratado 264 pacientes con cáncer de mama. En 108 se realizó cirugía en menos como tratamiento en vistas a la curación de la enfermedad. Eran pacientes con tumores T1 y T2 con N0 o N1 y con M0 de la clasificación internacional T.N.M. Se efectuaron mastectomías de Mérola, Albanese (Patey o Madden de los sajones), adenomastectomías y una mastectomía simple. Se excluyó la cirugía mamaria que consideramos paliativa. (Cuadro I)

CUADRO I

Cirugía en menos del cáncer de mama (Mendoza, 1973 a junio de 1983)		
Pacientes con cáncer mamario	264	100 %
Mastectomía de Halsted	116	43,9%
Mastectomía en menos	108	40,9%
Cirugía mamaria paliativa	19	7,2%
Tratamiento no quirúrgico	21	7,9%

\* Cátedra de Clínica Quirúrgica II, Facultad de Ciencias Médicas de la U.N. de Cuyo - Hospital Central - (5500) Mendoza.

El 89,8 % (97 de 108) están vivos, y 81,5 % (88 de 108) sin evidencia de enfermedad. 9 viven con metástasis (8,3 %), y 8 han fallecido (7,4%). Ver cuadro II.

CUADRO II

Cirugía en menos del cáncer de mama Distribución general y evolución						
Tiempo	N.E.E.	C/met.	Viven	Fall.	Descon.	Total
Hasta 1 año	19	0	19	0	0	19
1 a 2 años	21	0	21	3	0	24
2 a 3 años	13	2	15	4	1	20
3 a 4 años	13	1	14	0	0	14
4 a 5 años	12	4	16	0	0	16
Más de 5 años	10	2	12	1	2	15
<b>TOTALES</b>	<b>88</b>	<b>9</b>	<b>97</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>108</b>
	81,5%	8,3%	89,8%	7,4%	2,8%	100%

La Mérola (Patey) se realizó sobre 86 casos (79,6%), y la Albanese (Madden) en 18 (16,7%). La operación de Mérola correspondió en 55 casos al estadio I posoperatorio (ganglios axilares negativos) y en 31 casos al estadio II (ganglios axilares positivos). 14 de los 18 casos con operación de Albanese (Madden) eran del estadio I. El 67,6 % de todos los pacientes (73 de 108) eran del estadio I, y el 32,4 % (35 de 108) del estadio II. Ver cuadro III.

CUADRO III

Cirugía en menos del cáncer de mama Tipos de cirugía efectuada			
Operación	Casos	Esta. I	Esta. II
Mérola	86(79,6%)	55	31
Madden	18(16,7%)	14	4
Adenomastectomía	3( 2,8%)	3	0
Mastectomía simple	1( 0,9%)	1	0
<b>TOTALES</b>	<b>108</b>	<b>73</b>	<b>35</b>
	(100%)	(67,6%)	(32,4%)

La supervivencia global en el estadio I fue de 94,5 % (69 de 73 casos), con 90,4 % sin evidencia de enfermedad. De los 35 casos del estadio II viven 28 (80 %) y han fallecido 6 (17,1%). Ver cuadro IV

CUADRO IV

Cirugía en menos del cáncer de mama (1973 a junio de 1983: 108 casos)						
Evolución por estadios						
Estadio	Casos	N.E.E.	C/met.	Viven	Fall.	Descon.
I	73	66	3	69	2	2
%	(100)	(90,4)	( 4,1)	(94,5)	( 2,7)	(2,7)
II	35	22	6	28	6	1
%	(100)	(62,8)	(17,1)	(80)	(17,1)	(2,8)
<b>TOTALES</b>	<b>108</b>	<b>88</b>	<b>9</b>	<b>97</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
%	100	81,5	8,3	89,8	7,4	2,8

La bilateralidad se observó en 13 casos (12%), con 9 cánceres bilaterales sucesivos y 4 simultáneos. El tipo de cirugía y la evolución se detallan en el cuadro V. Todos viven sin evidencia de enfermedad.

CUADRO V

Cirugía en menos del cáncer de mama. Bilateralidad		
Total de pacientes	108	100 %
Cáncer unilateral	95	88 %
Cáncer bilateral	13	12 %
a) sucesivo	9	8,3%
b) simultáneo	4	3,7%

Cirugía del cáncer de mama bilateral

C. A. Sucesivo	C. A. Simultáneo
Mérola: 8 casos Madden: 1 caso	Mérola bilateral: 1 caso Adenomastectomía: 2 casos Bilateral Mérola y Madden: 1 caso

Evolución: todos N.E.E.

C. A. Sucesivo	C. A. Simultáneo
Menos de 5 años: 5 Más de 5 años: 4	Menos de 5 años: 4

Hubo 15 pacientes con cáncer mínimo (13,9%). Hemos considerado como tal al cáncer "in situ", a la enfermedad de Paget sin nódulo palpable, y al cáncer invasor de 5 mm o menos. Hubo 3 lobulillares in situ, 3 enfermedades de Paget y 9 cánceres infiltrantes. La uni o bilateralidad y las edades se observan en el cuadro VI.

CUADRO VI

Cirugía en menos del cáncer de mama Cáncer mínimo				
Cáncer	Casos	Unilateral	Bilateral	Edades
Lobulillar in situ	3	1	2 (simult.)	42, 46 y 50
Enf. de Paget sin nódulo	3	3	0	55, 59 y 83
Infiltrante 5 mm o menos	9	6	3 (sucesiv.)	28, 33 (2), 42, 43, 50, 56 (2) y 70
<b>Totales:</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	
%	100	13,9	9,2	4,6

Los tipos de cirugía efectuados, situación de los ganglios axilares y la evolución los vemos en el cuadro VII.

CUADRO VII

Cirugía en menos del cáncer de mama. Cáncer mínimo: tratamiento y evolución				
Cáncer	Operaciones	Casos	Ganglios axilares	Evolución
Lobulillar in situ (3)	Adenomastectomía bilateral y d. axilar (nivel 1 y 2)	2	Neg.	2 años N.E.E.
Enfermedad de Paget sin nódulo (3)	Mérola	1	Negativo	1 año N.E.E.
	Madden	2	Negativo	1 y 8 años N.E.E.
	mastectomía simple	1	No invest.	1 año N.E.E.
Infiltrante 5 mm o menos (9)	Mérola mama rest. (Bilateral sucesivo)	2	Negativo	1 y 8 años N.E.E.
	Madden mama rest. (Bilateral sucesivo)	1	Negativo	9 años N.E.E.
	Mérola	2	Negativo	2 años N.E.E.
	Mérola	1	Dos ganglios positivos	3 años N.E.E.
	Madden	2	Negativo	3 y 9 años N.E.E.
	Adenomastectomía y d. axilar (nivel 1 y 2)	1	Negativo	2 años N.E.E.

Quince de nuestros 108 pacientes han cumplido 5 o más años de su tratamiento quirúrgico. El 80% viven (12 a 15), y 10 están sin evidencia de enfermedad (66,6%). 2 viven con metástasis (13,3%) y sólo uno ha fallecido (6,7%) y 2 están perdidos de control (13,3%). Ver cuadro VIII.

CUADRO VIII

Cirugía en menos del cáncer de mama (Mendoza, 1973 a junio de 1983: 108 casos)					
EVOLUCION DE 5 AÑOS O MAS					
Total	N.E.E.	C/met.	Viven	Fall.	Descon.
15 %	10 %	2 %	12 %	1 %	2 %
100 %	66,6 %	13,3 %	80 %	6,7 %	13,3 %

## COMENTARIO

La cirugía en menos (mastectomía radical de Mérola o de Albanese) ha reemplazado en gran parte a la de Halsted, y con excelente resultado, en pacientes seleccionados cuando no está afectado el grupo muscular pectoral. La mastectomía de Halsted sigue teniendo su indicación en esos casos. De hecho nosotros hemos realizado más esta última operación (116 casos vs. 108 para las mastectomías en menos).

La eficacia de la cirugía en menos en nuestra experiencia queda demostrada con 80% de supervivencia en un grupo de pacientes que ya han pasado 5 o más años (estadios I y II). Si vemos el cuadro 2 y tomamos los pacientes con 3 o más años de tratamiento, de 45 registrados viven 42, o sea 93,3%, habiendo fallecido sólo uno y 2 perdidos de control.

En los estadios II se efectuó la irradiación posoperatoria, y a los preopáusicos se efectuó quimioterapia precaucional con protocolo CMF.

Los pacientes en estadio I no se irradiaron, excepto los que situaban el tumor localizado en el cuadrante

interno, irradiándose la cadena mamaria interna, y no se efectuó en ellos quimioterapia.

## Tendencia actual sobre la cirugía del cáncer operable de mama

Ya no se acepta más que exista un solo tipo de operación para tratar al cáncer operable de mama, la cirugía de Halsted, que extirpa los dos pectorales, concepto que ha persistido hasta hace unos 20 años. Hasta esa época no interesaba la edad, el tamaño del tumor, etc., y oncológicamente era correcto realizar la Halsted.

Actualmente, demostrado por la experiencia, se considera que debe seleccionarse el tipo de cirugía para cada paciente. Ejemplos: la Halsted cuando está afectado el pectoral mayor, caso contrario es suficiente oncológicamente una mastectomía radical en menos, con las ventajas de la menor morbilidad para la paciente, y con la misma seguridad de supervivencia, según el estadio al que pertenezca.

Ultimamente, desde 1970, se han confeccionado planes de tratamiento para pacientes con tumores pequeños, en general los estadios T1 No ó N1 y Modela clasificación internacional T.N.M. en donde se efectúa la extirpación del tumor mamario, sin extirpar la glándula, con vaciamiento axilar e irradiación posoperatoria. A este tratamiento se lo denomina cirugía conservadora o mejor "tratamiento conservador". Ya existe alguna experiencia y los resultados son similares a los casos tratados con las diversas formas de mastectomías. La tendencia actual es la de realizar la cirugía mínima necesaria oncológicamente. Se ha podido llegar a ello gracias al diagnóstico precoz, tumores pequeños y cánceres mínimos, mejores equipos y técnicas de irradiación (TE.CO.60 y acelerador lineal), adelantos de la poliquimioterapia y hormonoterapia y a una mayor colaboración de las pacientes en efectuar los tratamientos correctamente y cumplir con el seguimiento. (2, 7, 11, 12) Nosotros hemos iniciado un plan de tratamiento conservador (preserva la mama) con cuadrantectomía o tumorrestomía y vaciamiento axilar e irradiación posoperatoria, y con poliquimioterapia para los estadios II en premenopáusicos, a partir de 1980, cuyos resultados evaluaremos oportunamente.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALBANESE, A. R.: "Mastectomía subdérmica y vaciamiento de axila conservando pectorales: 33 años de experiencia". *Rev. Soc. Arg. de Cirujanos*. Año XXXVI, Nº 12-13; 235. 1975.
2. AYME, I.; SPITALIER, J. M.; AMALRIC, R.; BRANDONE, H.; BOJARSKI, R.; BURMEISTER, R. A. y ALVAREZGARDIOL, A.: "Tratamiento conservador del cáncer de mama". *Rev. Arg. de Cirugía*. Vol. 45 Nº 3-4, pág. 121. 1983.
3. FACCONI, J. C.: "Mastectomía subradical. Técnica". *Rev. Soc. Arg. de Cirujanos*. Año XXX Nº 8, pág. 190. 1969.
4. HALSTED, W. S.: "The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital" 1889-1894. *Ann. Surg.* Vol. 20, pág. 497-555. 1894.
5. HANDLEY, R. S.: "Técnica y resultados de la mastectomía radical conservadora (operación de Patey). *Progresos en Cancerología Clínica*". Vol. I Edit. Científico-Médica. Cap. 27, pág. 477. 1969.
6. HANDLEY, R. S. y THACKRAY, A. C.: "Conservative radical mastectomy. Patey's operation". *Ann. Surg.* 64:157-162. 1963.
7. McLEAN, L.; MARTINEZ, J.; BERNABO, O.; SANTILLAN, F. y URIBURU, J. V.: "Tratamiento selectivo del cáncer de mama". *Rev. Arg. de Cirugía*. Vol. 46 Nº 1-2, pág. 1. 1983.
8. MOGUILLEVSKY, L.: "Mastectomíasubradical: fundamentosanatomoquirúrgicos". *Rev. Soc. Arg. de Cirujanos*. Año XXX Nº 8, pág. 190. 1969.
9. PATEY, D. H. y DYSON, W. H.: "The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed". *Brit. J. Cancer*. Vol. 2, pág. 7-13. 1948.
10. PRIARIO, I. C.: "Mastectomía radical modificada". *Rev. Arg. de Cirugía*. Vol. 30 Nº 3-4, pág. 81. 1976.
11. ROMERO, A. C.: "Cirugía conservadora en el cáncer primitivo de la mama". *Rev. Arg. de Cirugía*. Vol. 43, Nº 6, pág. 316. 1982.
12. VERONESI, H.: "Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama". *Rev. Arg. de Cirugía*. Vol. 37, Nº 6, pág. 218. 1979.
13. VIGIL, E.: "La aponeurectomía del seno. Técnica del profesor Lorenzo Mérola". *Semana Médica*. Vol. 7, pág. 496. 1936.