

LOS TUMORES DEL SENO

Exposición hecha por el Dr. Juan N. Corpas en la Academia
Nacional de Medicina el día 22 de mayo de 1934.

(Versión de Roberto Ezpeleta).

Señor Presidente:

En la honrosa compañía del doctor Alfonso Esguerra vengo a rendir un informe sobre el trabajo presentado por el doctor Eliseo Montaña en la sesión pasada de la Academia, que se nos confió en comisión.

La exposición tan seria y documentada del doctor Montaña termina con una serie de preguntas de un alcance extraordinario que sería muy difícil considerar en una sesión de la Academia dedicada exclusivamente a estudiarlas, cuanto más para una comisión que debe informar en el corto plazo de ocho días.

Serían estas preguntas capaces de ocupar la atención de todo un Congreso de Cancerología, no ya sobre el total de las preguntas consignadas en el magnífico trabajo del doctor Montaña sino sobre una parte de ellos.

Tan vastas y complicadas son estas preguntas, que la comisión se ha considerado incapaz de considerar y contestar algunas de ellas, como la referente a la etiología del cáncer, punto tan debatido como tan oscuro todavía.

Por mi parte me voy a ocupar solamente de las preguntas referentes a la cirugía y a las relaciones de ésta con el cáncer.

Mi informe sobre el particular será muy sucinto, ya que la parte más importante y extensa será desarrollada por mi compañero de comisión, el señor doctor Alfonso Esguerra.

Me concretaré únicamente a exponer algunas ideas sobre los tumores del seno, especialmente los neoplasmas.

A este respecto es necesario distinguir entre los tumores desarrollados en la glándula mamaria misma y los desarrollados fuera de ella.

De éstos, los principales son los neoplasmas tegumentarios o neoplasmas cutáneos, y la llamada enfermedad de Paget.

Los primeros se presentan consecencialmente a eczemas o intertrigos descuidados, pudiendo transformarse por infección secundaria en tumores malignos.

Cuando se ven en su principio, deben tratarse quirúrgicamente o por las radiaciones, siendo preferibles estas últimas en la mayoría de los casos.

Si su estado es avanzado, deben considerarse como tumores del seno o glandulares, por haber invadido ya la glándula mamaria propiamente dicha.

En semejantes circunstancias deben tratarse quirúrgicamente por medio de la extirpación completa.

La enfermedad de Paget es también un neoplasma cutáneo, pero que merece especial atención en razón de sus caracteres propios.

Dicha entidad no es otra cosa que una disqueratosis que comienza generalmente al nivel del mamelón por una costra que después se ulcera y exuda y se acompaña de prurito.

En tal estado es más que todo del dominio de la dermatología, mejorando con aplicaciones locales. Es sólo con el transcurso de los años cuando invade los canales galactóforos, los cuales se infectan y se ven atacados por la neoplasia que se hace ya glandular propiamente dicha. En esta etapa de su evolución, lenta de por sí, se debe tratar quirúrgicamente por medio de la extirpación total teniendo gran cuidado de extirpar también los ganglios que hubieren sido atacados.

Los tumores del seno, a más de su localización meramente cutánea, pueden atacar también al tejido glandular y al tejido conjuntivo que lo constituyen.

La hiperplasia de uno y otro tejido hecha atípica o metatípicamente da lugar a diversos tumores del seno de un gran interés para el médico y para el cirujano.

Considerando el tejido glandular propiamente dicho sabemos que éste sólo puede ser a veces asiento exclusivo sin modificación atípica ni metatípica, y tenemos entonces el adenoma puro del seno. Este puede ser acinoso o tubulado, según que predominen los acinos o los tubos glandulares.

El adenoma puro del seno puede presentarse en una mujer joven, caso el más frecuente, o en una que haya pasado los cuarenta años. En el primer caso se debe obrar quirúrgicamente por medio de una operación conservadora y con una incisión lo más estética posible en razón de la menor gravedad del tumor y de la edad de la persona. Cuando el adenoma se presenta en una mujer de más de cuarenta años es preciso hacer la extirpación total de la glándula porque ya ésta ha sufrido la degeneración.

Pero sucede a veces que la hiperplasia de la glándula está acompañada de la del tejido conjuntivo rodeante y se presenta entonces el fibroadenoma del seno, en lo cual hay una marcada proliferación del tejido conjuntivo, que según su desarrollo alrededor de las cavidades

acinosas o tubulares o dentro de éstas, da lugar a dos variedades de fibroadenoma intracanalicular.

La predominancia misma de la proliferación conjuntiva sobre la glandular, da lugar a la pérdida casi total de la estructura propia de la glándula, haciéndose ésta irreconocible muchas veces, al contrario del adenoma puro.

El fibroadenoma puede ser circunscrito, caso el más frecuente, y estar envuelto completa o incompletamente por una cápsula; puede ser difuso, muy frecuentemente bilateral.

A veces se presentan en el interior de estos tumores, cavidades quísticas de número, tamaño y asiento variables, que se conocen con el nombre de adenocistomas o adenomas quísticos.

En todos estos tumores se encuentra hiperplasiado el tejido conjuntivo y el epitelio de una manera típica, sin perforación de la membrana basal y con caracteres histológicos muy distintos de los que se presentan en los sarcomas. La evolución, casi siempre lenta, puede ser rápida otras veces.

La línea de conducta que se debe seguir en el fibroadenoma y en el adenocistoma es la misma que para el adenoma puro. Es decir: si se presenta en una mujer joven, operar conservadora y estéticamente; si en una mujer de más de cuarenta años, hacer la extirpación total y amplia con resección de todos los ganglios invadidos.

Excepcionalmente puede el tejido conjuntivo proliferar solo, y en tal caso se tendrá el fibroma puro del seno, que es sumamente raro.

Al hablar del tejido conjuntivo es bueno observar que él sirve no sólo como un tejido de sostén sino que también cumple con un papel defensivo de primer orden, oponiéndose a las infecciones. Por esto, cuando se encuentra alterado, coloca a los demás tejidos en condiciones de inferioridad manifiesta.

Con relativa frecuencia se observa la transformación del fibroadenoma en adenosarcoma, tumor maligno del seno, y que casi siempre es quístico: cistosarcoma. Este puede alcanzar un volumen enorme, y tiene como característica histológica la predominancia del estroma conjuntivo sobre el epitelio.

El sarcoma puede ser además encefaloide, globocelular o alveolar y fusocelular.

El adenosarcoma es casi siempre encapsulado, de gran tamaño, irregular, la piel no adhiere al tumor, el mamelón no está retraído. Por lo general los adenosarcomas evolucionan lentamente, pero algunos de ellos tales como los llamados sarcomas blandos o globocelulares, pueden evolucionar con gran rapidez.

Cuando el adenosarcoma es de poca proliferación celular, pequeño, puede considerársele como un tumor benigno y ser extirpado localmente; cuando es grande y ha invadido ya los linfáticos y los vasos, se

necesita una extirpación total lo más amplia posible con resección de los ganglios atacados. Siguiendo esta regla se ha visto cómo polisarcomas del tamaño de la cabeza extirpados total y ampliamente no se han reproducido después de muchos años de la intervención.

Al lado de estos tumores se encuentran otros tumores mixtos aún no bien estudiados, tales como los condromas, condrosarcomas, condroosteosarcomas. Estos tumores son por lo general de marcha lenta y no se les considera como tumores del seno propiamente dichos. Se les trata por la extirpación local.

Entrando al terreno de los tumores malignos propiamente dichos, debemos entender como tales aquellos en los que la hiperplasia es del tejido glandular, en especial de su epitelio, y hecha de una manera atípica o metatípica con pérdida de la estructura primitiva de los tejidos atacados.

Cuando es hecha atípicamente, el tejido conjuntivo puede reaccionar bien o mal, teniendo en este último caso el cáncer del seno, cuya importancia práctica se desprende de su frecuencia y gravedad.

Son muchas las variedades, pero entre ellas merecen especial mención los esquirros, en los que hay una gran abundancia del tejido conjuntivo compacto unas veces, y otras del epitelial.

El esquirro puede ser atrófico, y en este caso el tejido epitelial falta casi por completo; el seno está retraído, disminuido de volumen y comprimido, lo que le merece su calificativo al tumor. El tejido conjuntivo ahoga el tumor, la piel se encuentra infiltrada y dura en una gran extensión semejando una coraza, nombre con el cual se conoce esta variedad. En el esquirro en coraza son excepcionales los ganglios.

Cuando al contrario, es el tejido epitelial el que predomina, con aumento de volumen del tumor y consistencia blanda, se presenta el esquirro encefaloide; se desarrolla en mujeres jóvenes por lo regular y es de evolución rápida.

Otras veces son grandes cavidades llenas de mucus las que predominan, y se tiene entonces el esquirro coloide, de consistencia y aspecto gelatiniformes.

Ninguno de estos esquirros es del dominio de la cirugía porque son tumores de una invasión muy extensa, ahogan por completo el tejido noble de la glándula y porque con el bisturí no se hace otra cosa que verificar resiembros proliferantes, fuera de que con el shock operatorio se aumenta el peligro y se expone a la enferma a la muerte por caquexia.

Cuando el tejido conjuntivo no se defiende y prolifera solamente el glandular, se presentan distintas formas de cánceres cuyas variedades anatomopatológicas varían según las diversas escuelas.

Las de la escuela francesa, que es la que yo sigo, sobre el particular, son las siguientes, descritas someramente:

1º La enfermedad de Reclus o enfermedad quística del seno, caracterizada por un tumor de la glándula mamaria compuesto de muchas nudosidades quísticas que invaden frecuentemente a ambos senos; la piel resbala fácilmente sobre el tumor, hay secreción anormal por el mamefón, los ganglios axilares son lo más a menudo normales, hay poco dolor; su evolución es sumamente lenta y se le considera como un tumor benigno cuyo tratamiento no siempre corresponde a la cirugía, pues con sólo un tratamiento médico sintomático y a base de higiene mejora notablemente muchas veces.

2º Los quistes del seno que son de diversa naturaleza, generalmente son solitarios, un poco dolorosos a la presión y de una evolución casi siempre rápida. Su diagnóstico diferencial con la enfermedad de Reclus es a veces difícil. Como en esta última, los quistes contienen un líquido amarillento muy semejante al pus sin serlo, o grasoso como en los quistes sebáceos.

3º El epiteloma dendrítico o intracanalicular, que es bastante raro y caracterizado por un tumor quístico encapsulado que contiene y secreta a veces un líquido sanguinolento, carácter éste que algunos consideran patognomónico; en el interior de los quistes se encuentran numerosas vegetaciones intracanaliculares de un aspecto característico; su evolución es lenta, raramente se ulceran y el dolor es muy poco.

Cuando se observan al principio de su desarrollo se debe seguir una terapéutica expectante, pues se consideran como tumores benignos aunque es preciso tener en cuenta que a semejanza de la enfermedad de Reclus pueden convertirse secundariamente en tumores malignos.

4º El epiteloma banal del seno desarrollado en forma de un núcleo duro, fibroide, no encapsulado, con numerosas prolongaciones o raíces, produciendo un "jugo canceroso" al raspado. La amputación amplia del seno con vaciamiento de los ganglios axilares y supraclaviculares es la línea de conducta que se debe seguir.

5º El cáncer diseminado, cuyo solo nombre lo describe, con grandísima frecuencia ataca el seno del lado opuesto. Su evolución puede ser lenta o aguda. En el primer caso se debe hacer la extirpación de ambos senos junto con los músculos pectorales y los ganglios atacados. En el segundo caso es inútil la cirugía, pues el tumor se reproduce local o metastásicamente con una actividad sorprendente.

6º El cáncer en masa o mastitis carcinomatosa de Klotz y Volkmann es una forma de una gravedad extrema. Crece con una rapidez sorprendente, y en dos meses puede alcanzar un volumen enorme. Se observa con frecuencia en las mujeres jóvenes, especialmente en la época de la lactancia, y se presenta bajo los caracteres de una evolución aguda. Puede ser bilateral de conjunto y producir generalizaciones viscerales. La cirugía no sirve en este caso. Cuando se presenta en una mujer joven se aconseja la castración ovariana doble, fundándose en las estrechas

relaciones existentes entre el ovario y las glándulas mamarias, relaciones observadas en muchos estados de la vida genital de la mujer.

Hay unos cánceres voluminosos en los que el tejido conjuntivo no se defiende: cánceres encefaloides y coloides de que hablé atrás. La extirpación es lo aconsejable cuando es todavía posible.

Dejo resumido aquí de una manera muy sucinta e imperfecta el papel del cirujano ante algunos tumores del seno. Pero ante los cánceres inoperables el médico no debe cruzarse de brazos, y es preciso que intente algo en beneficio del enfermo; y si no logra curar debe al menos procurar aliviar por cuantos medios sea posible; radiumterapia y rayos X, por ejemplo.

Uno de los factores más trascendentales en la consideración de los cánceres del seno y de su operabilidad es el de la invasión linfática y ganglionar, pues esta es generalmente la primera etapa de la invasión visceral y general.

Esta invasión, que puede hacerse por neoplasia o por infección, acaba con la vida del paciente.

Un estudio metódico y profundo de los sistemas linfáticos y ganglionares es de la más alta importancia para el cirujano, de modo que pueda formarse un pronóstico lo más exacto posible, y decidirse o no a una intervención dada. Este conocimiento es capital en tratándose de los tumores malignos del seno.

Los ganglios que se infectan con más frecuencia son los de la axila del mismo lado, del lado opuesto y los claviculares: infra y supra-claviculares.

La invasión de estos últimos ha sido la norma de operabilidad para algunos cirujanos, y como decían Fargue y Reclus: "la clavícula es la frontera de las intervenciones razonables". Así, pues, muchos cirujanos son abstencionistas cuando los ganglios supraclaviculares están atacados.

Yo creo que cuando éstos están invadidos, pero no los axilares, como sucede a menudo, todavía se puede operar con éxito.

Cuando se encuentran atacados los ganglios de una axila se deben buscar los del otro lado, que también deben extirparse.

La generalización cancerosa puede hacerse por vía sanguínea, y algunas veces sin invasión ganglionar previa.

Es necesario tener siempre presentes las contraindicaciones operatorias en los tumores malignos del seno: éstas son a grandes rasgos: el cáncer agudo, los esquirros en coraza, el cáncer en masa o mastitis carcinomatosa; cuando hay metastasis, sea ya por vía sanguínea, pulmones, por ejemplo, ya por vía linfática, como es de regla en los cánceres epiteliales, metastasis viscerales o esqueléticas, columna vertebral, por ejemplo, como en un caso conocido por el doctor Montaña.

Todas estas posibles metastasis deben hacer revisar cuidadosamen-

te los órganos del paciente para ver si están atacados ya, caso en el cual sería inútil y hasta perjudicial la intervención.

Quiero decir ahora algunas palabras acerca de los preceptos generales que se deben tener en cuenta en las intervenciones sobre los neoplasmas del seno. Ante todo, para que la operación sea eficaz debe ser lo más amplia posible, con vaciamiento ganglionar total y metódico, teniendo muy en cuenta las diversas redes ganglionares y su sistematización.

Como base capital del éxito en la intervención está el diagnóstico precoz de la afección.

Se debe hacer una extirpación lo más amplia posible de la piel, aunque quede descubierta una gran zona, prefiriendo más bien hacer una autoplastia ulterior.

Una condición de bastante importancia es la de reseca en cuanto más sea posible el tejido adiposo en el que con gran frecuencia se alojan ganglios ya atacados que podrían ser causa posterior de recaídas.

Igualmente los músculos pectorales deben quitarse todos, al menos el gran pectoral en su totalidad, porque a lo largo de su borde inferior van muchos ganglios que establecen la comunicación con los ganglios axilares.

Aunque yo no siempre extirpo el pequeño pectoral, creo sin embargo que debe researse totalmente, pues aunque en un principio quede una impotencia funcional casi completa, más tarde ésta desaparece en parte.

Se debe procurar quitar en un solo bloque, en cuanto sea posible, la piel, el neoplasma propiamente dicho, la glándula atacada, los músculos pectorales, los ganglios y el tejido adiposo.

Hecha una operación con toda la técnica, sus resultados varían mucho, sin embargo, cualquiera que sea la forma anatomopatológica del tumor. En ocasiones se presentan recaídas verdaderamente misteriosas después de haber seguido todos los requisitos y los más nimios detalles.

Es bueno observar que cuando se extirpan por completo los músculos pectorales son menos las recaídas.

El edema agudo del miembro superior es una consecuencia postoperatoria relativamente frecuente y que he tenido ocasión de observar en mi servicio. Ese edema es producido probablemente por flebitis o por obstrucción linfática. En tales circunstancias se deben reseca las aponeurosis musculares.

Dejo resumidos en estas palabras los conocimientos en extremo deficientes que he podido adquirir en mi práctica hospitalaria.

Quiero una vez más reiterar mis efusivas felicitaciones al doctor Montaña por las oportunas y trascendentales observaciones que nos presentó en la sesión pasada, y pido mil perdones a la Honorable Academia por haberla fatigado durante tan largo rato.