IN DICE

VOLUMEN 49  NUMEROS 3-4  SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1985

Contribuciones al Relato Oficial

"Recientes avances en diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama"

Cáncer de mama en el hombre. Dres. Mario Pasino, Ricardo Parisi, Alberto García, Roque S. Adán, Eduardo de Campo y Miguel Lantaron ........................................ 101

Tumores infrecuentes de la mama. Dres. Bernardo Rolnik, Mario B. Cherjovsky, Pablo Reichman y Eduardo Schieppati ................................................................. 103

Técnica de Kodama: alternativa para el vaciamiento axilar en la mastectomía radical modificada. Dres. Víctor E. Argonz, Alberto B. Mon, Adolfo A. Giudini y Rodrigo Sánchez Almegra ............................................. 105


Carcinoma medular de mama. Dres. Cristina Nobilia, Héctor D. Vuoto, Eduardo Orlando, Carlos Cresta y Juan Minatta ...................................................... 111


Valor del centellograma en la evaluación de metástasis óseas del carcinoma de mama. Dres. H. Pablo Curutchet, Daniel L. Debonis y Norberto Mezzadri ........................................ 115

Cáncer bilateral de la mama. Dres. Luis A. Thompson, Eduardo Orlando, Carlos Cresta, Héctor D. Vuoto, Luis E. Fontana y Anastasio Mitszouian ........................................ 118

De ASTRA...
El más experimentado productor
de bupivacaina HCl en el mundo

DURACAINE
Soluciones
sin conservadores

3.5 millones de unidades de Duracaine son
usadas anualmente en todo el mundo

ASTRA
Investigación en anestesia
Mastectomía radical con conservación del pectoral mayor. Nuestra experiencia. Dres. Jorge Saralegui, Armando Pacheco, Marcelo Mingo (h), Alberto Etkin y Oscar Mingo ........................................... 120

Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico conservador del cáncer mamario. Dres. Rubén O. D'Elia y Francisco M. Pellegrino .................................................. 122

Discusión del Relato Oficial

"Recientes avances en diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama"

Dr. Leonardo H. Mc Lean ........................................ 125

Cierre de la discusión: Dr. Edgardo T. L. Bernardello .... 129

Capítulo Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular

Comunicación

Quistes endodérmicos del mediastino. Dres. Norberto A. Silva, Edgardo Rhodius, Cosme Bruno, Mario D'Angelo, Emilce M. Insúa, Antonio Arta y Atilio Otero .... 130

Trabajos originales

Modificación de la Técnica de Noble-Childs-Phillips. Comunicación previa, Dr. Julio J. Dousset .......................... 135

Hamartomas pulmonares. 18 casos operados. Dres. Horacio Abramson, Horacio Della Torre, Guillermo Della Rodolfa, C. K. de Chiocca, Roberto Pace y Roberto Lamy .................................................. 137

Manejo de la hemorragia gastrointestinal con vasopresina. Dres. Rafael Mora y José Félix Patiño ......................... 141

Casuística

Macroglosia congénita gigante. Dr. Alfredo L. Bulos ...... 148

Aneurisma de la arteria hepática común. Dres. Eduardo Miranda, Didier Jacquin, Michèle Zeisser y Abel Sibylli .......................... 151

Informaciones ...................................................... 155
CONTENTS

VOLUME 49       NUMBERS 3-4       SEPTEMBER-OCTOBER 1983

Contributions to the Official Report

"Recent advances in diagnosis and treatment of breast cancer"

Breast cancer in the male. Mario Pasino MD, Ricardo Parisi MD, Alberto García MD, Roque S. Adán MD, Eduardo de Campo MD and Miguel Lantaron MD ................ 101

Infrequent breast tumors. Bernardo Robnik MD, Mario R. Cherjovsky MD, Pablo Reichman MD and Eduardo Schieppati MD ......................................... 103

Kodama's technic: an alternative for radical modified mastectomy. Victor Argonz MD, FACS, Alberto B. Mon MD, Adolfo A. Giardini MD and Rodrigo Sánchez Almeida MD ............................................... 105

Angiosarcoma of the breast. Alberto R. Ferreres MD, Héctor D. Vuento MD and Eduardo Orlando MD ........... 107

Breast dysplasia and breast cancer. Adolfo O. Sáez MD, Oscar Blanchard MD, Félix Konopka MD, Jorge Bosco MD and Guillermo Pérez MD ................................. 109

Medullary breast carcinoma. Cristina Noblia MD, Héctor D. Vuento MD, Eduardo Orlando MD, Carlos Cresta MD and Juan Minatta MD ............................................. 111

Paget's disease of the breast. Eduardo G. González MD, Carlos Cresta MD, Héctor D. Vuento MD and Eduardo Orlando MD .................................................. 112

Appraisal of ecography in the evaluation of osseous metastasis of breast carcinoma. H. Pablo Caruchet MD, Daniel L. Debonis MD and Norberto Mezzadri MD .... 115

Bilateral mammary cancer. Luis A. Thompson MD, Eduardo Orlando MD, Carlos Cresta MD, Héctor D. Vuento MD, Luis E. Fontana MD and Anastasio Mirtzouian MD 118
Psychoterapy in patients with total mastectomy. Lic. Patricia Moreira, Carlos Garbovsky MD and Diego Casini MD ................................................................. 119

Radical mastectomy preserving the pectoralis major. Our experience. Jorge Saralegui MD, Armando Pacheco MD, Marcelo Mingo (jr.) MD, Alberto Etkin MD and Oscar Mingo MD .................................................. 120

Our experience in conservative treatment of breast carcinoma. Rubén O. D’Elia MD and Francisco M. Pellegrino MD ......................................................... 122

“Recent advances in diagnosis and treatment of breast cancer”

Discussion of the Official Report

Leonardo H. McLean MD, FACS .................................................. 125

Closing: Edgardo T. L. Bernardello MD, FACS .................. 129

Argentine Society of Thoracic and Cardiovascular Surgery Chapter

Communication

Endodermic cysts of the mediastinum. Norberto A. Silva MD, Edgardo Rhodius MD, Cosme Bruno MD, Mario D’Angelo MD, Emílie M. Insúa MD, Antonio Arán MD and Atílio Otero MD .................................................. 130

Original papers

Variation of the Noble-Childs-Phillips technique. Previous communication. Julio J. Dousset MD ................................................................. 135

Hamartoma of the lung. A series of 18 operated cases. Horacio Abramson MD, Horacio Della Torre MD, Guillermo Della Rodolfa MD, C. K. de Chiocca MD, Roberto Pace MD and Roberto Lamy MD .................................................. 137

Management of vasopressin as a therapeutic measure for gastrointestinal hemorrhage. Rafael Mora MD and José F. Pattiño MD, FACS .................................................. 141

Case report

Giant congenital macrocystia. Alfredo F. Bulos MD ........ 148

Aneurysm of the common hepatic artery. Eduardo Miranda MD, Didier Jacquin MD, Michèle Zeisser MD and Abel Sibilly MD .................................................. 151

Announcements ................................................................. 155
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista Argentina de Cirugía, órgano oficial de la Asociación Argentina de Cirugía, se publica en dos volúmenes anuales.

Se tendrán en cuenta para la publicación trabajos clínicos o experimentales en el campo de la cirugía y que a juicio del Comité de Publicaciones tengan interés para la Revista.

Las opiniones vertidas en los trabajos son de entera responsabilidad de los autores. Su reproducción total o parcial una vez publicados, sólo será posible previa autorización del Comité de Publicaciones.

Las presentaciones deberán ser enviadas a nombre del Director de la Revista Argentina de Cirugía, Paraguay 1365, 1057 Buenos Aires.

Es indispensable que los trabajos se ajusten a la siguiente reglamentación:

a) Deben ser escritos a máquina en un solo lado del papel, con doble espacio por línea y margen de no menos de 3 cm. Se consignarán nombres y apellidos completos de cada uno de los autores y lugar donde se realizó el trabajo, que no deberá exceder de 10 páginas. Al pie de la primera, se detallará el cargo principal de cada uno de los autores. No deben utilizarse siglas ni abreviaturas. Los nombres de enfermedades o tratamientos deben figurar con su designación completa.

b) La bibliografía (solamente la citada en el texto), se colocará al final del artículo, ordenada en forma alfabética y con la numeración correspondiente. Cada cita deberá constar de: Apellido e inicial del nombre del o de los autores, título del trabajo, nombre de la revista, volumen, página y año. En el caso de citar libros: apellido e inicial del nombre del o de los autores, título del libro, nombre de la editorial, ciudad donde se editó, año de publicación y página en que figura.

c) Las ilustraciones deberán estar numeradas al dorso, señalando la parte superior y el nombre del autor. La leyenda y el lugar de colocación dentro del artículo se consignarán en hoja aparte. Las reducciones radiológicas deben ser fotografías del negativo o sea que los elementos radioopacos deben verse en blanco. Se publicará una ilustración sin cargo, de 8 x 8 cm, quedando el resto por cuenta del autor.

d) Cada trabajo deberá llevar un resumen de aproximadamente 50 palabras con traducción al inglés.
CANCER DE MAMA EN EL HOMBRE

DRES. MARIO PASINO *, RICARDO PARISI, ALBERTO GARCÍA, ROQUE S. ADÁN, EUGENIO DE CAMPO Y MIGUEL LANTARÓN

Del Servicio de Cirugía General II, Policlínico Ferroviario Central, Buenos Aires

El cáncer de mama en el hombre, representa alrededor del 1% de la patología maligna que lo afecta y aproximadamente el 1% de los cánceres de mama en general. Respecto a igual patología en la mujer, existen algunas diferencias en la forma de presentación, evolución, tratamiento y pronóstico, vinculadas a las características distintivas del órgano y del ámbito hormonal que lo influye.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 9 casos de cáncer de mama en el hombre, tratados en el Servicio en el período comprendido desde el año 1969 hasta la actualidad. Sobre un total de 32 casos de nódulos de mama del sexo masculino, el cáncer representó el 17.30%.

La edad de los pacientes osciló entre los 41 y 85 años, con un promedio de 58 años. Entre los factores considerados más preponderantes, se registró el antecedente de traumatismo en 7 casos (77.77%); hipertrofia mamaria en 1 caso (11.11%); 2 pacientes (22.22%) habían recibido tratamiento estrogénico por cáncer de próstata, y otros 2 (22.22%) tenían antecedentes de cirrosis hepática. El síntoma más frecuente (8 casos, 88.8%) fue el tumor, y en 1 caso (11.11%) el motivo de consulta fue la ulceración cutánea de un tumor avanzado. Los principales signos observados en el examen se exponen en el cuadro 1.

En 8 casos (88.8%) el estudio histopatológico informó carcinoma canalicular infiltrante, el 9º (11.11%) era carcinoma medular infiltrante. Se demostró invasión ganglionar axilar en 7 casos.

---

CUADRO 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Síntoma</th>
<th>N° de casos</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tumor palpable</td>
<td>8</td>
<td>88.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ganglios axilares palpables</td>
<td>7</td>
<td>77.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Retención del pezón</td>
<td>4</td>
<td>44.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Derrame por pezón</td>
<td>1</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ulceración cutánea</td>
<td>1</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Fijación a caja torácica</td>
<td>1</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico. La táctica aplicada se basó en la clasificación TNM. Se recurró en todos los casos a la biopsia por congelação intraoperatoria. Según dicho criterio se realizaron: mastectomía simple en 3 casos (33.33%), y mastectomía radical con incisión de Stewart y técnica de Halsted en 6 (66.66%). En 1 caso fue necesario recurrir a un injerto libre de piel. En 8 se indicó radioterapia postoperatoria, reservando la quimioterapia para 2 casos de cáncer avanzado, en los cuales se manifestaron signos de metástasis en el postoperatorio.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se exponen en el cuadro 2.

En ningún caso se pudo realizar un diagnóstico precoz; en 1 caso el diagnóstico fue relativamente temprano (T1 N1 MO); 3 casos se presentaron en forma clínica avanzada. La supervivencia a los 5 años fue del 44.44% (4 casos) y a los 10 años sólo se encontraba con vida 1 (11.11%). Los 3 casos de cáncer avanzado fallecieron entre los 10 meses y 3 años del postoperatorio, luego de la aparición de metástasis a distancia. Otros 4 pacientes fallecieron a los 2, 3, 7 y 8 años del postoperatorio, por causas ajenas a su patología neoplásica. La morbilidad postoperatoria se redujo a complicaciones locales.

---

* Jefe del Servicio.
Presentado al 59º Congreso Argentino de Cirugía, 4 al 9 de noviembre de 1954, Buenos Aires.
CUADRO 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº de casos</th>
<th>Edad en años</th>
<th>Categoría</th>
<th>Lapso entre enfermedad y consulta (meses)</th>
<th>Fecha operación</th>
<th>Conducta terapéutica</th>
<th>Sobrevivida</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>51</td>
<td>T2 N1 MO</td>
<td>8</td>
<td>VII-1969</td>
<td>Radical y radioterapia</td>
<td>15 años - vive</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>58</td>
<td>T4 N2 MO</td>
<td>18</td>
<td>III-1971</td>
<td>Simple, radio y quimioterapia</td>
<td>10 meses</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>41</td>
<td>T2 N0 MO</td>
<td>6</td>
<td>X-1973</td>
<td>Radical y radioterapia</td>
<td>7 años</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>69</td>
<td>T1 N1 MO</td>
<td>3</td>
<td>V-1974</td>
<td>Radical y radioterapia</td>
<td>8 años</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>61</td>
<td>T3 N2 MO</td>
<td>6</td>
<td>II-1975</td>
<td>Simple, radio y quimioterapia</td>
<td>3 años</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>56</td>
<td>T2 N1 MO</td>
<td>10</td>
<td>III-1977</td>
<td>Radical y radioterapia</td>
<td>3 años</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>47</td>
<td>T2 N1 MO</td>
<td>6</td>
<td>VI-1978</td>
<td>Radical y radioterapia</td>
<td>2 años</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>60</td>
<td>T2 N1 MO</td>
<td>7</td>
<td>XII-1978</td>
<td>Radical y radioterapia</td>
<td>6 años - vive</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>85</td>
<td>T3 N2 MO</td>
<td>13</td>
<td>V-1981</td>
<td>Simple</td>
<td>1 año</td>
</tr>
</tbody>
</table>

DISCUSIÓN

La mayor demora en emprender el tratamiento, el rápido crecimiento local con temprana invasión ganglionar, la mayor edad de presentación con respecto a la mujer, la escasa frecuencia de aparición, junto a una menor experiencia científica y a un relativo desconocimiento de su existencia, son factores que ensombrecen el pronóstico del cáncer de mama en el hombre. La edad promedio de aparición, coincidente con el climaterio masculino (donde se comprueba una mayor eliminación urinaria de estrógenos), la cirrosis hepática (donde existiría una alteración en la metabolización hormonal), así como el tratamiento estrogénico por cáncer de próstata, son antecedentes que sugieren una clara influencia hormonal en el desarrollo de esta patología. Si bien el antecedente traumático se presentó en el 77,77% de los casos, no lo consideramos factor determinante sino un elemento que induce a la consulta médica.

RESUMEN

Se presentan 9 casos de cáncer de mama en hombres tratados en un período de 15 años sobre un total de 52 tumores mamarios masculinos.

La edad promedio fue de 58 años. Como antecedentes encontramos traumatismo, hipertrofia mamaria, tratamiento estrogénico previo y cirrosis hepática. El motivo de consulta más frecuente fue el tumor palpable.

Todos recibieron tratamiento quirúrgico en base a la clasificación TNM. Siempre se realizó biop-

sia intraoperatoria. Se efectuaron 3 mastectomías simples y 6 radicales con técnica de Halsted.

En 8 casos se indicó radioterapia complementaria y en 2 avanzados se asoció quimioterapia. La anatomía patológica informó carcinoma canicular infiltrante en 8 casos y carcinoma medular infiltrante en el restante. Se demostró invasión ganglionar axilar en 7.

La sobrevida a los 5 años fue del 44,44% y a los 10 del 11,11%; 3 casos avanzados fallecieron entre los 10 meses y 3 años de la operación con metástasis a distancia; el resto, por otras patologías, entre los 2 y 8 años posteriores a la intervención.

SUMMARY

Nine cases of breast cancer in men were treated in a 15-year period over a total of 52 masculine mammary tumors.

Average age was 58 years. As antecedents the authors found: traumatism, mammary hypertrophy, previous estrogen treatment and hepatic cirrhosis. The most frequent reason for consultation was a palpable tumor. All received surgical treatment based on the TNM classification, 3 simple mastectomies and 6 radical operations with Halsted's technique; intraoperative biopsy was effected in all.

Complementary radiotherapy was indicated in 8 and chemotherapy in 2 advanced cases. The histology informed was: canicular infiltrative carcinoma in 8 and infiltrative medullary carcinoma in the rest. Ganglionar axillary invasion was demonstrated in 7 cases.

Five years survival reached 44,44%, 10 years 11,11%; 3 advanced cases died between 10 months
and 3 years after operation, with metastasis. The remaining patients with other pathologies died from 2 to 8 years after operation.

BIBLIOGRAFÍA


TUMORES INFRECUENTES DE LA MAMA

DRES. BERNARDO ROLNIK, MARIO R. CHERNOVSKY, PABLO REICHMAN
Y EUGENIO SCHIEFFATI *

Del Servicio de Cirugía General**, Hospital Israelita, Buenos Aires

Los tumores mamarios son casi siempre primitivos. Se originan en el epitelio glandular y en ocasiones en el mesénquima; algunos como el fibroadenoma tienen un origen mixto. Las metástasis de cánceres de otros órganos en la mama son raras. La conformación de la mayoría de las neoplasias mamarias es característica, aunque pueden observarse tumores benignos o malignos, primitivos o secundarios, cuya histología difiere de la habitual.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presentan 6 casos de tumores infrecuentes de la glándula mamaria, tratados en el Servicio, entre el 1° de marzo de 1966 y el 31 de mayo de 1984. En el mismo lapso fueron operados por lesiones mamarias 413 enfermos (190 varones y 394 mujeres). Las historias clínicas resumidas de los pacientes son las siguientes:

Casoo J: H. Cl. 6.561, mujer de 49 años de edad, consulto por progresivo tumor de mama izquierda de 2 años de evolución, con crecimiento progresivo hasta superar el tamaño de la mama. El tumor era irregular y multinodular. Se efectuó punción del mismo y el informe histológico mostró microcolgajos atípicos, sin posibilidad de definir estirpe conectiva o epitelial. Se efectuó mastectomía radial modificada con amputación del pectoral mayor. El estudio diferencial fue informado "sarcoma fibroblástico multinodular con zonas de necrosis". Recursiou en 3 ocasiones siendo reiteradamente resecado. La paciente falleció a los 21 meses de operada por progresión neoplásica.

Casoo 2: H. Cl. 7.802, mujer de 73 años de edad. Motivó la consulta un nódulo del cuadrante supeorexterno de la mama derecha, de 1 mes de evolución. Una hermana falleció por cáncer mamario. Al examen: tumor de 2 cm, móvil, sin adenopatías. Operación: resección parcial de mama. Biopsia por congelación: carcinomatoide difusa. Difierida; "cancroblástoma de mama con zonas de atipia celular". Evolución: sin recidivas por 5 años, luego dejó de concurrir a los controles.

Casoo 3: H. Cl. 9.602, mujer de 33 años de edad. Consulto por un nódulo asintomático de mama derecha de 15 días de evolución. Al examen: tumor de 5 cm de diámetro en el cuadrante supeorexterno, sin limites nitidos. Adenopatía cervical derecha de 2 x 3 cm. Operación: resección de un tumor de color negro, que infiltró la mama. Biopsia por congelación: metástasis de melanoma. Biopsia de ganglio linfático cervical: metástasis de melanoma. El tumor primitivo se hallaba en el cuero cabelludo. Falleció a los 3 meses de operada.

Casoo 4: H. Cl. 1.845/9, varón de 69 años de edad, que consultó por nódulo de mama izquierda de 2½ meses de evolución. Asintomático, aumentó de tamaño hasta alcanzar los 2 cm. Se efectuó resección parcial de mama: biopsia por congelación y diferida: "fibroangiolipoma de mama". A 3 años de operado no presenta recidiva.

Casoo 5: H. Cl. 0835/5, mujer de 34 años de edad, con antecedentes de operaciones anteriores por fibroadenomas de mama, consultó por nódulo paramamario de mama derecha, algo doloroso, con las características semiológicas y senográficas de un fibroadenoma. Operación: Resección parcial de mama. Biopsia diferida: "fibroadenoma de mama con carcinoma lobulillar in situ, que ocupa la mitad

**Casos 3 y 4:** fibroangiólipoma; no hemos hallado referencia a este tipo de tumor en la bibliografía consultada. Es más frecuente hallarlo en otros tejidos blandos. La exéresis limitada permite el diagnóstico y la curación.

**Casos 5:** fibroadenoma - carcinoma lobulillar; el fibroadenoma es el tumor benigno más frecuente de la mama. La transformación maligna de su sector epitelial es muy rara. Me Divitt y colaboradores en una prolongada experiencia hallan sólo 30 casos. Pujato y colaboradores relatan 2 carcinomas en 447 fibroadenomas estudiados. El carcinoma se origina en los ductos terminales (carcinoma lobulillar). Deben diferenciarse estas observaciones de la concomitancia casual de fibroadenoma y cáncer y de la invasión de un fibroadenoma por un carcinoma. En la bibliografía nacional hallamos 3 casos. La conducta terapéutica dependerá de la extensión y el estado tumoral. En el caso por nosotros tratado: mujer joven, carcinoma "in situ", s/n metástasis axilares (comprobado por biopsia), en razón de la probable multicentricidad y bilateralidad del carcinoma lobulillar se optó por la adenomastectomía bilateral.

**Casos 6:** neoplasia papilar con necrosis masiva; no hemos hallado descripción alguna de lesiones similares y la corta evolución no permite inferir mayores presunciones sobre conducta y diagnóstico.

**Resumen**

Se presentan 6 pacientes con tumores infrecuentes de la mama: 5 mujeres y un hombre. Histológicamente se halló 1 sarcoma fibrolástico, 1 condroblastoma, 1 metástasis de melanoma, 1 fibroangiólipoma, 1 carcinoma lobulillar originado en un fibroadenoma y 1 neoplasia papilar con necrosis masiva. Estos hallazgos a lo largo de 18 años, resultan de la revisión de 413 pacientes operados en ese lapso.

**Summary**

From 1966 to 1984 we reviewed 413 surgical patients with breast tumors; 6 of the patients (5 females and one male) presented an unusual pathology. The histologic diagnoses were: fibroblastic sarcoma, condroblastoma, metástasis of a melanoma, fibroangiólipoma, lobular carcinoma arising from a previous fibroadenoma and papillary tumor with massive necrosis.
La mastectomía radical que Halsted y Meyer describieron en 1894, ha permanecido en escena durante más de 80 años como la alternativa más eficaz para el tratamiento del cáncer de mama. Los excelentes resultados que con posterioridad, brindaron las mastectomías con preservación del pectoral mayor, animaron a prologar su uso más allá del cáncer temprano.

En 1979, Kodama incorporó una nueva técnica que se condujo a la ya establecida de Mérola-Patey. Es propósitos del presente trabajo mostrar nuestra experiencia con ambos procedimientos.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza un estudio retrospectivo sobre 70 mastectomías radiales con preservación del pectoral mayor; 50 de éstas con la técnica de Mérola-Patey; fueron practicadas en el periodo 1970-1984, las 20 restantes con el procedimiento de Kodama en el lapso 1980-1984.

Los datos comparativos entre los 2 grupos se presentan en el cuadro 1. Todos los casos corresponden a los estadios I y II (clasificación UICC 1977) y en ningún el tumor infiltraba la fascia pectoral.

**Técnica quirúrgica:** Ambos procedimientos significan mastectomía total con aponeurectomía del pectoral mayor y vaciamiento axilar en continuidad.
CUADRO 1
Comparación de grupos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº de casos</th>
<th>Periodo</th>
<th>Edad media</th>
<th>Estadio I II</th>
<th>Histología</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mérola-Patey</td>
<td>50</td>
<td>70/84</td>
<td>50.3 (26 a 71)</td>
<td>Ductal 22</td>
</tr>
<tr>
<td>Kodama</td>
<td>20</td>
<td>80/84</td>
<td>48.6 (31 a 70)</td>
<td>Lobulillar in situ 17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

con resección del pectoral menor, preservando el pedículo neurovascular del pectoral mayor. La diferencia está en la forma de abordar la axila; mientras que en la clásica operación de Mérola-Patey se realiza por vía subpectoral, reclinando el borde del pectoral mayor, en la Kodama se ejecuta por vía transpectoral, separando ampliamente los haces del pectoral mayor a nivel del surco interpectoral, logrando un fácil y cómodo acceso al vértice de la axila.

En el cuadro 2 se consignan los resultados con uno y otro procedimiento. La cantidad de ganglios recesados fue significativamente mayor con el procedimiento de Kodama (p < 0.05). En 11 de los 20 casos, con esta técnica, los ganglios fueron metastásicos. Además en el cuadro 1 puede observarse que en este grupo no tenemos ningún caso de carcinoma lobulillar "in situ". Es probable que hayamos prolongado la Kodama en aquellos casos de mayor riesgo, en los que antiguamente recurrimos a la mastectomía radical de Halsted. Tuvimos 7 casos de bilateralidad, 3 de ellos simultáneos que necesitaron de mastectomía bilateral en el mismo acto operatorio. Los casos con axila positiva recibieron cobaltoterapia postoperatoria (4.000 a 5.000 rads distribuidos en campos axilar, supraclavicular y mamaria interna). A partir del año 1978 comenzamos quimioadyuvancia con CMF. La incidencia de linfedema fue del 5.7%, todos con radioterapia postoperatoria. No hubo ninguna recidiva local, si bien el seguimiento para la Kodama es corto. Las 2 metástasis ocurrieron después de los 5 años.

DISCUSIÓN:

Quedan pocas dudas de que el cáncer de mama es en casi todos los casos una enfermedad diseminada al momento de su diagnóstico. Los estudios prospectivos randomizados realizados durante la década pasada por el NSABP y el Instituto de Tumor de Milán han mostrado mejorías en las curvas de sobrevida de los grupos sometidos a quimioterapia adyuvante. No obstante, no existe definición sobre el enfoque para el tratamiento locorregional de la enfermedad. A través del tiempo se ha ido observando una tendencia a los procedimientos quirúrgicos en menos, llegando incluso a ser reemplazados por el tratamiento radiante. Esta orientación se ha visto fundamentada por: a) diagnóstico más temprano de la enfermedad, b) imposibilidad por parte de los procedimientos más mutilantes de controlar la fase diseminada de la enfermedad y c) preservar la mama por atendibles

CUADRO 2
Comparación de resultados

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº de ganglios</th>
<th>Ganglios</th>
<th>Seguimiento</th>
<th>Recidiva local</th>
<th>Metástasis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mérola-Patey</td>
<td>13.1 ± 6.4</td>
<td>47 3 5 6</td>
<td>11 meses a 11 años</td>
<td>— 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kodama</td>
<td>18.7 ± 6.6</td>
<td>9 5 6</td>
<td>3 meses a 4 años</td>
<td>— 5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
La primera referencia de esta entidad fue debida a Schmidt en 1887, pero correspondió a Borman en 1907 una descripción adecuada bajo la denominación de hemangioma metastatizante.

Constituye una afección rara, de diagnóstico difícil, terapéutica incierta y de evolución generalmente fatal. Su baja frecuencia lo demuestra el hecho de que en la literatura mundial se han descripto 87 casos hasta la actualidad.

**ANGIOSARCOMA DE MAMA**

**DRES. ALBERTO R. FERRERES**, **HECTOR D. VUOTO** y **EDUARDO ORLANDO**

Del Servicio de Patología Mamaria, Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

La primera referencia de esta entidad fue debida a Schmidt en 1887, pero correspondió a Borman en 1907 una descripción adecuada bajo la denominación de hemangioma metastatizante.

Constituye una afección rara, de diagnóstico difícil, terapéutica incierta y de evolución generalmente fatal. Su baja frecuencia lo demuestra el hecho de que en la literatura mundial se han descripto 87 casos hasta la actualidad.
MATERIAL Y MÉTODOS

En los últimos 15 años, sobre 3.270 enfermos portadores de carcinoma de mama hemos tenido oportunidad de tratar 3 casos:


Caso 2: H.C. 30.291, 39 años de edad, sexo femenino. Antecedentes de 2 nodulectomías con informe histológico de displasia mamaria. Consultó a los 2 años por nódulo en la misma mama de 4 x 7 cm de 3 meses de evolución con características tumorales. El 4-III-1974 se efectuó mastectomía radical previa biopsia por congelación que informó carcinoma (angiosarcoma de mama, ganglios negativos). Efectuó radio y quimioterapia postoperatoria.

Caso 3: H.C. 90.520, 43 años de edad, sexo femenino. Consultó por nódulo de mama de 3 meses de evolución, presentando en el examen físico tumoralación dúplex de 4 x 5 cm en cuadrante superoexterno de mama derecha sin adenopatías. La mamografía mostró un tumor con bordes mal definidos. El 11-IV-1976 se realizó biopsia por congelación (positiva para carcinoma) y posterior mastectomía radical que reveló un angiosarcoma de mama. Fue sometida a radioterapia y quimioterapia.

RESULTADOS

No se presentaron complicaciones postoperatorias. Los 3 enfermos de la serie fallecieron antes de los 5 años, el caso 1 y el 2 a los 4 meses y 2 años respectivamente, por diseminación sistémica. La 3ª enferma murió a los 4 años, libre de síntomas.

DISCUSIÓN

El angiosarcoma de localización mamaria forma parte del capítulo de los tumores malignos de los vasos sanguíneos que incluye entre otros el sarcoma de Kaposi, el linfangiosarcoma postmastectomía (síndrome de Stewart-Treves) y el hemangio-pericitoma maligno. En el pasado una variedad de sinonimias se utilizó para describir esta entidad: hemangio-metaestatizante, hemangiendotelioíma, hemangioblastoma y hemangiosarcoma.

El angiosarcoma es muy poco frecuente. Su incidencia dentro de los sarcomas de mama oscila entre 2,7% y 9,1%, acorde con las estadísticas mundiales. El tumor es de curso clínico insidioso afectando a mujeres en la 3ª y 4ª décadas de la vida. En la literatura mundial se describe un solo caso en un hombre, al cual añadimos el enfermo de la serie. Tibbs, en 1953, describió la asociación entre angiosarcoma y embarazo. Actualmente el 15% de los casos debutan durante el embarazo, lo que sugiere una estimulación hormonal como posible agente etiológico.

Los hallazgos mamográficos y ecográficos son dignos de comentario; la imagen característica es de una masa lobulada con bordes mal definidos, que tiene su correspondiente correlación histopatológica ya que los vasos neoplásicos se extienden más allá de los bordes macroscópicos del tumor. En la ecografía se alternan patrones de hipo e hipercogenicidad característicos, debido a las áreas de necrosis y hemorragia que presenta el tumor.

Consideramos que en la actualidad el tratamiento adecuado es la mastectomía simple y no la exeresis local, que expone al enfermo a una recidiva en un alto porcentaje de casos. Existe poca ventaja teórica en añadir a la terapéutica el vaciamiento gangliar axilar debido a la diseminación predominantemente hematogena. El papel de la quimio y radioterapia es aún incierto.

El rol del patólogo en el diagnóstico del angiosarcoma es de fundamental importancia, ya que en algunas oportunidades la diferenciación con el hemangioja no es sencilla. Los rasgos salientes son los siguientes: 1) tapizado de los espacios vasculares por células endoteliales con núcleos hipercromáticos y de gran tamaño; 2) presencia de células endoteliales que forman papillas proyectadas hacia la luz de los canales vasculares; 3) formación de espacios vasculares irregulares e interanastomados; 4) variada hipercelularidad. La lesión es interpretada inicialmente como benigna, en muchos casos.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con los siguientes procesos: angioma, sarcoma phylloid, carcinoma angulado de mama y otras variedades de sarcoma. El pronóstico es malo. La bibliografía habla de un 38% de sobrevida a los 3 años, disminuyendo a un 14% en pacientes libres de enfermedad.

RESUMEN

El angiosarcoma de mama es un tumor maligno, poco frecuente y generalmente con pronóstico...
desalentador. Su baja frecuencia y dificultad diagnóstica explican el conocimiento incompleto que se tiene acerca del mismo. El tratamiento adecuado es la mastectomía simple, desconociéndose en la actualidad los beneficios de otros tratamientos adyuvantes. Se presentan 3 casos de angiosarcoma de localización mamaria, haciendo consideraciones sobre incidencia, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

SUMMARY

Angiosarcoma of the breast is an infrequent malign tumor, generally with bad prognosis. This explains the incomplete knowledge that exists about it. The adequate treatment is a simple mastectomy; the benefit of other treatments is unknown. Three cases of angiosarcoma of the breast are reviewed, special considerations on the incidence, diagnosis, treatment and prognosis are made.

**BIBLIOGRAFÍA**


**DISPLASIA Y CANCER MAMARIO**

**DRES. ADOLFO O. SÁEZ**, **CSCAR BLANCHARD**, **FÉLIX KONOPKA**, **JORGE BOSCO**. **Y GUILLERMO PÉREZ**

Del Servicio de Ginecología, Hospital Aeronáutico Central, Buenos Aires

**LDS displasias de la mama y su relación con el carcinoma mamario se pueden tratar desde 4 aspectos diferentes: 1) incidencia de las displasias epidemiológicamente en la aparición de un carcinoma; 2) pronóstico del carcinoma mamario en una paciente con antecedentes clínicos de una displasia; 3) la simultaneidad de cáncer y displasia mamaria y 4) el seguimiento de una displasia comprobada histopatológicamente y la aparición de un carcinoma mamario. Según sostiene la mayoría de los autores, la displasia mamaria no es una lesión premaligna.

* Médico Residente de Cirugía.
** Asesor del Servicio de Ginecología.
*** Anatomopatólogo Jefe del Servicio de Patología.
**** Jefe del Servicio de Ginecología.
***** Jefe de Médicos Residentes de Cirugía.
Presentado al 53° Congreso Argentino de Cirugía, 4 al 9 de noviembre de 1984, Buenos Aires.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

En el Servicio donde actuamos desde 1969 hasta 1982 se comprobaron 250 carcinomas de la mama y 450 displasias mamarias sobre un total de 10.000 pacientes del Servicio de Ginecología. Se estudiaron los 4 puntos señalados anteriormente en las pacientes que habían padecido displasia mamaria y su simultaneidad con un carcinoma, en relación con la edad, menarca, menopausia, embarazos y número de partos, como también la relación del volumen entre displasia y carcinoma mamario. Se halló 1 caso (2.43%) con una adenosis que al cabo de 3 años presentó un carcinoma mamario con metástasis axilares.

**RESULTADOS**

La displasia mamaria es un factor de mayor riesgo en la paciente que posteriormente desarrolla un
carcinoma. En nuestra serie sobre 230 carcinomas mamarios, el 27% tenía antecedentes de displasia mamaria y el 17,5% no alcanzó una sobrevida mayor de 5 años. Fue también significativo este antecedente aun entre pequeños carcinomas menores de 12 mm, pues sobre 5 casos, fallecieron 4 entre 3 y 4 años después de la intervención.

La simultaneidad de ambas lesiones la comprobamos en 41 casos (17,82%) y la histopatología de las displasias se dividió en mastopatía esclerosítica y adenosina.

Se hizo una evaluación de la proporción del tejido displásico con el carcinoma, observándose que el volumen de la displasia excedió al carcinoma en el 68%, fue proporcional en ambas lesiones en el 12% y hubo un predomínio de la masa carcinomatosa en el 18%.

El seguimiento de la displasia después de una biopsia incisional permitió comprobar 1 solo caso (2,41%) que después de 3 años desarrolló un carcinoma con metástasis axilares (estadio II).

La displasia simple no ha guardado la misma proporción en los últimos 4 años que el desarrollo simultáneo de una displasia y carcinoma mamario. En cuanto a la edad de las pacientes con estas patologías, la mayoría era pre y perimenopáusica; la menarca entre las pacientes con cáncer y displasia mamaria simultánea no fue significativa, como tampoco la menopausia.

Hemos evaluado el número de embarazos y partos entre las pacientes del mismo grupo; las gestaciones llegaron como máximo a 3 y los partos más numerosos fueron 2.

En cuanto a la relación del volumen que corresponda a la displasia y al carcinoma, es significativa la mayor proporción de la primera sobre el segundo.

DISCUSIÓN

Bloodgood, Reed y Pack et al. sostienen que no hay evidencia de predisposición hacia el cáncer mamario en las portadoras de displasia; Warren sostiene que la displasia es un factor predisponente. Uriburu observó 4 a 8 años de promedio para la aparición del carcinoma, pero advierte que “es difícil expresar en cifras la posibilidad de aparición de un cáncer en una paciente con displasia mamaria”.

La simultaneidad de ambas lesiones tiene una incidencia variable. Davies y colaboradores hallaron el 39,1% entre 327 casos y Haagensen halló el 24,7%. Nosotros en una experiencia anterior comprobamos el 18,6% y en el estudio actual bajó al 17,82%.

RESUMEN

Desde 1969 hasta 1982 se comprobaron 230 carcinomas de la mama. Se investigó la relación entre displasia y cáncer mamario observados en 41 casos (17,82%) en que ambas lesiones existían simultáneamente. Se presenta una serie de pacientes con displasias mamarias y carcinomas.

La proporción del volumen entre el carcinoma y la displasia fue mayor (68%) para displasias sobre la dimensión del carcinoma mamario. El prognóstico y evolución fue desfavorable en las pacientes que tenían predominio de las displasias sobre el carcinoma. En una sola paciente (2,43%) se pudo comprobar la evolución de una adenosina mamaria que después de 3 años de seguimiento presentó un carcinoma papilar con metástasis en ganglios axilares.

SUMMARY

From 1969 to 1982, 230 cases of breast carcinoma were found. The relation between breast cancer and breast dysplasia was investigated in 41 cases (17,82%), in which both lesions were found. An increased fertility shows a decrease in cancer and dysplasia. The prognosis and evolution was worse in patients who relatively had more dysplasia than cancer. In one patient (2,43%) the evolution from a breast adenosin to a papillary carcinoma with metastasis in axillary nodes was followed up.

BIBLIOGRAFÍA

CARCINOMA MEDULAR DE MAMA

DRES. CRISTINA NOBLIA *, HÉCTOR D. VUOTO, EDUARDO ORLANDO **,
CARLOS CRESTA Y JUAN MINATTA *

Del Servicio de Mastología, Instituto "Angel H. Roffo", Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires

Esta variedad especial de carcinoma de la mama fue descrita inicialmente por Geschickter, luego fue reconocida en numerosas publicaciones e incluida en la Clasificación de Tumores de Mama publicada por la Organización Mundial de la Salud (1982). Su incidencia varía entre el 5 y el 7 % del total de carcinomas mamarios. Se lo describe como un tumor redondeado, de crecimiento expansivo con bordes bien delimitados y de mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sobre el total de 1,431 carcinomas de mama registrados en el archivo del Servicio de Anatomía Patológica, se localizaron 21 carcinomas medulares (1,4 %), la edad máxima observada fue de 73 y la mínima de 29 con un promedio de 54,2 años, todos pertenecían al sexo femenino.

El análisis de la clasificación clínica por el sistema TNM (cuadro 1) permite apreciar que el grupo más numeroso correspondió al estadio II (52,4 %), solamente un caso (4,8 %) pertenecía al estadio I; en estadio III se diagnosticaron 4 pacientes (19,0 %) y por último 3 enfermas se encontraban en estadio IV (14,3 %). No fue posible clasificar correctamente a 2 pacientes (9,5 %) debido a que fueron tratadas inicialmente fuera del Instituto y se carecía de suficientes datos clínicos, por ese motivo se las incluyó en el grupo sin especificar. El 52,4 % de los casos tenían metástasis axilares en el momento del diagnóstico. Entre los estadios II, había metástasis axilares en el 54,5 % de los casos.

En los estadios I, II y III el tratamiento quirúrgico de elección fue la mastectomía radical que se efectuó en 13 pacientes, se realizaron mastectomías conservando los músculos pectorales en 3 enfermas y se utilizó la cuadrantectomía con vaciamiento axilar en 1 caso. No realizaron tratamiento quirúrgico 4 pacientes, 3 pertenecían al estadio IV y 1 al III. El tratamiento coadyuvante, radioterapia, quimioterapia y/o endocrinoterapia, se efectuó de acuerdo a las pautas del Instituto.

RESULTADOS

El seguimiento de las pacientes fue realizado mediante examen clínico trimestral y controles de laboratorio, mamográfico y estudio óseo anual. El tiempo máximo de seguimiento fue de 13 años y el mínimo 2 meses. Una sola paciente del estadio III presentó recidiva local en el lecho de la mastectomía; 5 desarrollaron metástasis a distancia en el curso del seguimiento (23,8 %), 2 pertenecían al estadio II y 3 al estadio III. La ubicación de las mismas fue hueso, pulmón, cerebro y piel. Continúan en seguimiento 14 pacientes de las cuales 5 presentan metástasis, 2 pertenecían al estadio II, 2 al estadio III y 1 al grupo sin especificar; 9 se encuentran libre de enfermedad con un promedio de 47,1 meses de sobrevida. No volvieron a la consulta 6 pacientes, 3 libre de enfermedad y 3 con metástasis, se trataba de enfermas en estadio IV. Se registró 1 paciente fallecida.

* Médico Residente de Cirugía.
** Jefe del Servicio.
Presentado al 53º Congreso Argentino de Cirugía, 4 al 8 de noviembre de 1984, Buenos Aires.

CUADRO 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Estadio</th>
<th>Nº de casos</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I</td>
<td>1</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>11</td>
<td>52,4</td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
<td>4</td>
<td>19,0</td>
</tr>
<tr>
<td>IV</td>
<td>3</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>S/E *</td>
<td>2</td>
<td>9,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* S.n especificar
DISCUSIÓN

La incidencia de carcinomas medulares hallada en esta serie es significativamente baja ya que la estadística mundial muestra cifras que varían del 5 al 7% del total de carcinomas \(^1\). La edad promedio coincide con la de Maier y colaboradores \(^2\). La distribución por estadios muestra un franco predominio del estadío I, el mismo hecho se presenta en estadísticas de cáncer de mama sin discriminar la variedad histológica \(^3\). El porcentaje de metástasis axilares hallado es menor al que se encuentra en las series de carcinoma no medular de mama y concuerda con la baja incidencia encontrada por Maier \(^4\). La bibliografía consultada es coincidente en cuanto al mejor pronóstico de este carcinoma, Bloom y colaboradores \(^5\) encontraron un 74% de sobrevisos a los 20 años, cuando no había metástasis axilares esta cifra subió al 95%. El promedio de meses de seguimiento para las libres de enfermedad es de 47,1. No observamos la relativa benignidad referida ya que el 28% de nuestras enfermas presenta metástasis en la actualidad.

RESUMEN

Se presentan 21 pacientes portadoras de carcinoma medular de mama. La frecuencia observada es menor que la de la bibliografía consultada y la incidencia de metástasis axilares es también menor que la de los carcinomas de mama no pertenecientes a este tipo. A pesar de lo reducido de la serie y el escaso tiempo de seguimiento no se observó el buen pronóstico descripto por otros autores.

SUMMARY

In a series of 21 cases of medullary breast cancer, there was less frequency found than in other series of the literature consulted. The incidence of axillary metastasis was lower than the one registered in other types of breast cancer. In spite of the small number and short period of follow-up, the authors did not observe the same good results other papers refer.

BIBLIOGRAFÍA


ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA

DR. EDUARDO G. GONZÁLEZ *, CARLOS CRISTA, HÉCTOR D. VUOTO y EDUARDO ORLANDO **

Del Servicio de Mastología, Instituto de Oncología "Angel H. Rojo", Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

En 1856 Velpeau \(^6\) descriptó la enfermedad del pezón, universalmente conocida como enfermedad de Paget y puso en evidencia los signos clínicos de la lesión cutánea pero no la relacionó con un carcinoma de la mama. Es mérito de Paget \(^6\) de la asociación de estas 2 patologías luego de un análisis de 15 casos, publicado en 1874.

La enfermedad de Paget es una forma inusual de carcinoma de la mama cuya patogenia no está muy aclarada a pesar del paso del tiempo \(^2\).
Representa entre el 1,5 y el 4,3% de las neoplasias mamarias y su mayor frecuencia corresponde a pacientes que cursan la 6ª década de la vida. La edad promedio es escasamente superior a la del cáncer de mama corriente, habiéndose descripto excepcionalmente la bilateralidad.

Es fundamental recalcar la importancia de su diagnóstico precoz. Se han publicado sobrevivencias a 5 años del 90 al 100% luego de tratamiento quirúrgico con enfermedad del pezón exclusivamente. Estas cifras disminuyen a menos del 50%, cuando a la lesión derrumbe se le agrega una masa tumoral palpable.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron los cánceres de la mama tratados durante el período comprendido entre los años 1971 y 1981. Sobre un total de 2,056 pacientes portadoras de esta neoplasia fueron detectados 15 casos de enfermedad de Paget. Su frecuencia en relación al carcinoma es del 0.74%. Se localizó predominantemente en la mama izquierda (12 pacientes, 80%), y no se observó bilateralidad en ningún caso. Las enfermeras presentaron una edad promedio de 59,15 años (promedio para el cáncer de la mama en general 54,5 años), y la incidencia mayor se presentó en la 6ª década de la vida. La más joven tenía 35 años y la más anciana 84 años; 11 pacientes eran menopáusicas (73,33%) y el resto cíclicas (26,67%).

La forma de presentación se analiza en el cuadro 1. Se observa la mayor frecuencia en la consulta de la lesión del pezón como única manifestación de la enfermedad (80%). Es de destacar que las 15 pacientes estudiadas tenían en mayor o menor grado afectación cutánea. Los 2 casos de presentación con tumor palpable fueron clasificados como T1a (UICC).

Clinicamente la lesión eczematoide seca pura del pezón fue la más frecuente (6 casos, 33,3%), siguiéndola la misma lesión extendida a la areola (2 casos, 13,3%). Se observaron también ecema con retracción del pezón, lesión costrosa y erosió, lesión costrosa induración retroareolar retracción y derrame por el pezón, exulceración y derrame por el pezón, lesión costrosa erosión del pezón y tumor, y lesión eczematoide húmeda con tumor (todos 1 caso, 6,6%).

Una enferma consultó por una úlcera de areola y pezón, retracción del mismo y un tumor de 8 por 10 cm con adenopatías axilares y metástasis óseas y pulmonares (Estadio IV).

El diagnóstico se basó en la clínica, el estudio mamográfico y la biopsia del pezón. Este último procedimiento se efectuó en las 15 pacientes. En las mamografías se observaron microcalcificaciones agrupadas sospechosas en 7 pacientes (4 retroareolares y 3 aisladas). El estudio anatomopatológico de estos casos reveló además de confirmar la atipia cutánea, carcinoma intraductal "in situ" en 6 de ellos y un carcinoma ductal infiltrante en el restante. Se observó una imagen estrellada típica de malignidad en la paciente con el carcinoma estadío IV.

Cuatro mamografías fueron informadas como normales; en uno de estos casos se halló un carcinoma "in situ" y en otro un carcinoma ductal infiltrante de 0,5 cm. Por último en 3 placas aparecieron signos de displasia mamaria; aquí también se diagnosticó un carcinoma ductal infiltrante de 0,5 cm.

La clasificación clínica por estadio según las pausas de la UICC fue la siguiente: estadio 0: 12 casos (80%); estadio I: 2 casos (T1a MO MO - 13,33%) y estadio IV: 1 caso (6,66).

El tratamiento efectuado figura en el cuadro 2.

**CUADRO 2**

**Tratamiento quirúrgico**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº de casos</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mastectomía radical clásica (operación de Halsted)</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical modificada (operación de Madden)</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Resección de areola, pezón, glándulas y vaciamiento basolocular</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Resección de areola y pezón</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía simple</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Telecobaltoterapia y quimioterapia</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tanto las mastectomías radicales clásicas como las modificadas se efectuaron según protocolos prefi-jados del Instituto. El resto de los procedimientos quirúrgicos se determinaron por la edad de las
pacientes o por patologías concomitantes. El único caso de enfermedad avanzada fue tratado con tecobilateterapia y quimioterapia.

En el estudio anatomopatológico de las piezas operatorias se comprobaron 7 carcinomas intraductales “in situ” y 3 carcinomas intraductales infiltrantes. No hubo ganglios axilares positivos.

RESULTADOS

De las 15 pacientes de esta serie 6 sobrepasaron los 5 años de sobrevida sin evidencia de recurrencias locales o a distancia. Una enferma (resección de areola y pezón) estuvo asintomática hasta el año y luego su evolución fue desconocida; y otra (Estadio IV) falleció a los 13 meses de la fecha de consulta. De las 7 restantes 1 lleva 3 años y 6 llevan 4 de postoperatorio libres de enfermedad. Las 2 pacientes clasificadas como Estadio I fueron sometidas a mastectomía radical modificada 2 p no evidenciando a la fecha signos de actividad neoplásica.

La sobrevida relacionada con el tratamiento quirúrgico figura en el cuadro 3.

Las sobrevidas que figuran por debajo de 5 años son de pacientes intervenidas entre 1980 y 1981.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Paget representa la asociación de un carcinoma ductal de la mama (generalmente multifocal), con la presencia de células atípicas en la epidermis del pezón denominadas células de Paget. Varias teorías han sido propuestas para explicar el origen de estas células, así como también determinar la patogénesis de la enfermedad, no habiéndose dilucidado hasta la fecha estos interrogantes 2,3,4,5,11. En las 15 pacientes analizadas, portadoras de enfermedad de Paget, el índice de frecuencia fue bajo en relación al total de cánceres de mama (0,74%). Las edades promedio, y el estadomensual concuerdan con otras publicaciones 1,6,8,9. Es de destacar en esta serie la elevada predominancia de lesiones cutáneas sin evidencia clínica de tumor (80%), en relación a lo expuesto por Uriburu y colaboradores 6 (42,1%) o Maier 6, quien sobre 137 pacientes las halló en un 40,9%. Nuestra incidencia de enfermedad de Paget con tumor palpable fue del 20% contra el 48,9% (Maier 6) y 57,8% (Uriburu 9). Estas cifras bajas, así como la no presentación del tumor como único signo sin lesión cutánea, la atribuímos a la falta de estudio sistemático del pezón en las piezas de mastectomía.

Consideramos a la mamografía como elemento de estudio vital para el diagnóstico de microcalcificaciones sospechosas. Esto se demuestra claramente en el hallazgo de 6 carcinomas “in situ” y 1 carcinoma ductal infiltrante sobre 7 mamografías con microcalcificaciones. En la clasificación por estadios el índice de E.O fue del 80%, cifra superior a otras publicaciones (Uriburu 9, 26,3%) (Maier 6, 40,9%), teniendo una incidencia postoperatoria de TIS del 58,33% y de cáncer due al infiltrante del 8,33%.

El tratamiento quirúrgico empleado dio como resultado sobrevidas similares en general, tanto con la mastectomía radical clásica como con la modificada 2 p. A pesar de no poder efectuar consideraciones estadísticas debido a que 6 de las enfermas sometidas a este último procedimiento no cumplieron a la fecha 5 años, creemos que con la operación de Madden se ofrece una correcta terapéutica a la enfermedad en los estadios 0 y 1.

RESUMEN

Sobre un total de 2,056 pacientes portadoras de cáncer de mama, fueron detectados 15 casos de enfermedad de Paget, siendo su frecuencia en relación al carcinoma del 0,74%. Las enfermedades presentaron una edad promedio de 59,15 años; la incidencia mayor se presentó en la 6ª década de la vida.
La consulta por lesión del pezón como única manifestación de la enfermedad se observó con la mayor frecuencia (80%); 2 casos se presentaron con tumor palpable y fueron clasificados como TLA (UICC). El diagnóstico se basó en la clínica, el estudio mamográfico y la biopsia del pezón.

El tratamiento quirúrgico empleado dio como resultado sobrevisdas similares, tanto con la operación de Halsted como con la de Madden. A pesar de no poder efectuar consideraciones estadísticas debido a que 6 de las enfermas sometidas a este último procedimiento no cumplieron 5 años, esta mastectomía ofrece una correcta terapéutica de la enfermedad en los estudios evaluados.

**Summary**

Over a total of 2,056 patients with cancer of the breast, 15 cases with Paget's disease were detected; frequency in relation to carcinoma was 0.74%. Average age was 39.15 years, with a greater incidence in the 6th decade of life.

Consultation for lesions of the nipple as the only symptom, was the most frequent (80%); 2 patients presented palpable tumors and were classified as TLA (UICC). Diagnosis was based on the clinic, the mammography and the nipple's biopsy.

The surgical treatment employed gave similar results in survivals, both with Halsted's operation and with Madden's. Statistical considerations cannot be made as 6 of the patients submitted to Madden's operation have not yet completed 5 years. Nevertheless, this mastectomy offers a correct therapeutic for the disease in the evaluated stages.

**BIBLIOGRAFÍA**


**VALOR DEL CENTELLOGRama EN LA EVALUACIóN DE METASTASIS OSEAS DEL CARCINOMA DE MAMA**

**Dres. H. Pablo Curutchet*, Daniel L. Debonis y Norberto Mezzadri**

*Del Servicio de Cirugía **, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires*

La detección de metástasis ocultas en pacientes con carcinoma de mama es un punto crítico para definir la elección del tratamiento adecuado. A ellos son debidos la mayoría de los fracasos terapéuticos luego del tratamiento local radical. Aproximadamente un 20% de estas metástasis se localizan en el esqueleto.

Para detectarlo se ha utilizado preferentemente el centellograma óseo debido a que el diagnóstico con este procedimiento es mucho más precoz que con la radiografía convencional.

La presencia de lesiones óseas inflamatorias o degenerativas confunden su especificidad, y hay opri-
niones dispares sobre la eficacia del método tanto en la evaluación preoperatoria como en el control postoperatorio de estos enfermos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 112 enfermos con carcinoma de mama tratados entre los años 1977 y 1983 correspondiendo 21% al Estadio I, 67% al II, 16% al III y 5% al IV. En 3 casos no se obtuvo la información necesaria para clasificar a las enfermas. El promedio de edad fue de 58 años, con una mínima de 32 y una máxima de 85 años, respectivamente.

Los estudios preoperatorios para la evaluación de los pacientes fueron: radiografía de tórax (frente y perfil), enzimas de masa ocupante hepáticas (F. alcalina, GTP y 5 NT) transaminasas, calcemia, calcúria, 5 (OH) prolima urinaria, CEA y centellograma óseo (con 99mte, cámara gamma).

Todos los enfermos clasificados como Estadios I y II fueron operados efectuándose mastectomía radical modificada. En los Estadios III se realizó tumorectomía y radioterapia a curso completo (5.000 rad) en 4 semanas. A las 4 a 6 semanas de finalizada, las enfermas fueron revaluadas con el mismo protocolo diagnóstico y sometidas a una mastectomía de rescate cuando no se comprobó diseminación de la enfermedad. En los Estadios IV los tratamientos fueron variables y estuvieron de acuerdo a las características evolutivas de la enfermedad.

En todos los casos se determinaron los receptores estrógenos y de progesterona en el tumor primario.

El seguimiento fue realizado con los mismos exámenes de laboratorio repetidos cada 6 meses y la radiografía de tórax y el centellograma óseo anualmente. Para evaluar la utilidad de este último método los enfermos fueron divididos en 3 grupos: 1) con estudio inicial normal, 2) con estudio inicial patológico, y 3) sin estudio inicial o que carecieron de seguimiento centelográfico posterior.

RESULTADOS

Solamente 44 pacientes que correspondían a los grupos I y II pudieron ser evaluados (cuadro 1). Los 68 enfermos restantes por corresponder al grupo III fueron excluidos del análisis.

De los 25 pacientes del grupo I: 12 tuvieron un centellograma posterior patológico, sin embargo sólo 6 de ellos tuvieron correlativamente evidencia de metástasis óseas. Los 6 restantes a pesar de un centellograma positivo no presentaron evidencia de enfermedad en todo el seguimiento entre 1 y 3 años. Los restantes 13 enfermos de este grupo con control hasta 7 años coincidentemente evolucionaron con centellogramas normales y en sólo 1 de ellos hubo evidencia de metástasis viscerales.

De los 19 enfermos con centellograma óseo inicialmente patológico 7 lo normalizaron en el postoperatorio y no tuvieron evidencia de enfermedad en el control hasta 5 años. Dentro de los 12 restantes que permanecieron con el estudio óseo patológico sólo 3 tuvieron evidencia de enfermedad ósea (seguimiento entre 2 a 6 años).

DISCUSIÓN

La incidencia de centellogramas óseos patológicos en el preoperatorio de las enfermedades con cáncer de mama es altamente variable en toda la literatura consultada. Dicha variación depende de los criterios utilizados para la evaluación de los estudios clínicos de la enfermedad como para catalogar o definir la positividad de los estudios.

Existe un acuerdo general en que el número de centellogramas positivos aumenta con la progresión del tumor mamario y hay diferencia tanto en las series que consideran el estadio de la enfermedad como en aquellas similares a la nuestra en que no se especifica esa variable. Citrín y Sklaroff presentan 14% de centellogramas posi-
tivos, Hoffman, 40%, Baker, 1.5% y en la nuestra 43%. Tal vez este resultado esté influenciado por el número de pacientes con lesiones mayores de 2 cm.

A pesar de este alto porcentaje de centellogramas patológicos sólo 25% (3/12) de las enfermedades que persistieron con el estudio anormal en el control posterior se encontraron con evidencia de enfermedad. Esta alta incidencia de falsos positivos también se confirma al analizar la evolución de las 12 enfermedades que positivizaron su centellograma posteriormente, pues sólo 6 (50%) presentaron evidencia de enfermedad.

Es decir que si analizamos el número total de centellogramas patológicos tanto iniciales como posteriores al tratamiento, el 79% (27/31) correspondió a falsos positivos. Sin embargo en este grupo se incluyen 22 pacientes que evolucionaron sin manifestación de enfermedad ósea y las áreas supuestamente patológicas en 12 casos se mantuvieron invariables y fueron interpretadas como trastornos óseos degenerativos. En los 10 restantes variaron de un control a otro y salvo una causa inflamatoria su interpretación es muy difícil.

De la serie total, en 9 de 44 pacientes (20.4%) el estudio resultó claramente positivo y coincidió con enfermedad ósea. En 6 de ellos (13%) falló la detección de metástasis en el momento del enfoque terapéutico inicial (falso negativo). En los 3 restantes obviamente la evaluación del estudio no fue correcta en el momento del tratamiento primario.

De acuerdo con nuestros resultados, similares a los de Baker, debemos concluir que el centellograma no ha sido útil en la detección de metástasis óseas ocultas va ser por la frecuencia de falsos negativos (24%) como por la de falsos positivos (79%).

Por lo tanto parece aconsejable deducir que los datos obtenidos hasta el presente no son suficientes para darle a este método el exacto valor diagnóstico y pronóstico. Su realización no parece estar justificada en los estadios iniciales (I y II) con tumores menores de 2 cm de diámetro. Debería únicamente efectuarse en los siguientes casos:

a) Si es parte de un estudio prospectivo cooperativo para establecer su real valor.

b) Si se quiere tener un centellograma inicial de referencia para compararlo con los controles posteriores.

c) Ante la sospecha clínica de metástasis, para confirmarla y determinar la extensión de la enfermedad.

d) Para evaluar la terapéutica instituida en el tratamiento de metástasis óseas.

RESUMEN

Se analizó la correlación entre el centellograma óseo y el diagnóstico de las metástasis óseas ocultas en enfermos con carcinoma de mama. De 112, sólo 44 pacientes fueron evaluables. La correlación fue del 100% en los casos de centellogramas óseos normales, y sólo del 22% cuando el centellograma óseo fue patológico. Se discute la oportunidad para indicar este estudio complementario en las enfermas con cáncer de mama.

SUMMARY

The correlation between bone scan and diagnosis of occult osseous metastasis in breast cancer patients was analyzed. Only 44 out of 112 patients were valued. With normal bone scan the correlation was 100%, but only 22% with abnormal bone scan. The opportunity to indicate this complementary study in breast cancer patients is discussed.

BIBLIOGRAFÍA


El bilateral representa aproximadamente el 4% del total de los cánceres de la mama. Se los clasifica en: a) simultáneo: aquellos que afectan a ambas mamas al mismo tiempo o con intervalo de hasta un año; b) sucesivo: se desarrolla en la otra mama tiempo después (más de un año) de aparecido el primero y c) metastásico: por invasión, proveniente de la otra mama.

En la clasificación por estadío se utiliza el sistema TNM de la UICC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 27 casos de cáncer bilateral de la mama detectados en el Servicio en el periodo comprendido entre los años 1967-1983. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas del archivo oncológico del Instituto.

En todos los casos se trató de pacientes del sexo femenino con una edad promedio de aparición del tumor primario de 52 años, y un tiempo libre de enfermedad promedio de 10 años. En 6 pacientes se hallaron antecedentes familiares de cáncer, lo que representa un 22,2%, en 5 casos hubo antecedente de cáncer de mama (18,5%) y en 3 casos de patología benigna (displasia) que corresponde a un 11,1%.

La localización del primer tumor predominó en CSE, fue de 8 casos (29,6%), siguiéndole en frecuencia los retroareolares en 5 casos (18,5%). El segundo primario fue de 13 casos en el CSE (48,1%). En el momento del diagnóstico predominaron los Estadios II, que fueron 10 casos (37%) para el primer tumor y de 13 casos (48,2%) para el segundo primario. En 21 casos fueron bilaterales sucesivos (77,7%), en 3 bilaterales simultáneos (11,1%) y en los restantes 3 metástasis de la otra mama (11,1%).

El diagnóstico se basó en la clínica, la mamografía y la biopsia por congelación. La punición citológica se realizó en sólo 3 pacientes, siendo en todas ellas positiva para células neoplásicas; la diafanografía fue utilizada en 2 casos con resultados positivos. En el control de la mama restante la clínica y la mamografía fueron las pautas de seguimiento. No se utilizó la biopsia en espejo para el diagnóstico precoz de un cáncer en la mama contralateral.

La conducta terapéutica en la mayoría de los casos fue la cirugía, realizándose mastectomía radical clásica en 17 casos (62,9%) y modificada 2 p en 3 casos (11,1%), seguidas de radioterapia postoperatoria. Las 3 modificadas 2 p fueron realizadas en las últimas pacientes tratadas lo que demuestra la tendencia actual del Servicio hacia una cirugía más conservadora. Los 7 casos restantes se distribuyeron entre cirugía más quimioterapia, radioterapia o quimioterapia exclusivamente.

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo que influyen en la aparición de un segundo primario en la mama contrala-
teral son: antecedentes de cáncer en la otra mama, antecedentes de cáncer de mama en familiares, cáncer primario en mujeres jóvenes, cáncer multicéntrico en la primera mama, carcinoma lobular in situ. El diagnóstico del segundo primario es generalmente temprano, Estadio I-II, debido a los controles clínicos y mamográficos anuales que permiten detectarlos en sus estadios iniciales. Hay quienes preconizan en las mujeres de alto riesgo, la exploración biopsica contralateral, otros entre los cuales nos incluimos, prefieren adoptar una conducta expectante con seguimiento clínico, mamográfico y/o termográfico. Si las condiciones generales de la paciente lo permiten, se puede decidir en caso de un carcinoma bilateral simultáneo, por la mastectomía bilateral en el mismo acto operatorio, caso contrario se realizará en 2 sesiones quirúrgicas. Tratándose de un cáncer metastásico de la otra mama la cirugía está contraindicada, adoptándose el tratamiento correspondiente al de un carcinoma avanzado según pautas.

**Resumen**

Se presentan 27 casos de cáncer bilateral de la mama detectados en el periodo comprendido entre los años 1967 y 1983. Se analizan sus diversas variantes y se realiza una actualización de esta patología.

**Summary**

There were 27 cases of bilateral mammary cancer detected between 1967 and 1983. Their different variants and pathology are analyzed.

---

**PSICOTERAPIA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS**

**LIC. PATRICIA MOREIRA Y DRES. CARLOS GARBOVESKY Y DIEGO CASÁ**

*Del Consultorio Externo de Patología Mamaria, Hospital Municipal de Oncología, Buenos Aires*

El conocimiento popular asocia en forma directa la palabra cáncer con su aparente consecuencia directa: la muerte. El diagnóstico de un tumor maligno lleva a una profunda desorganización del proyecto vital. Si tratamos de comprender qué significado tiene la presencia de un tumor en la mama, debemos remitirnos al importante rol que las marcas cumplen en el desarrollo de una niña. Su alicción implica una profunda fisura en su esquema corporal, fisura que hará tambalear no sólo su identidad corporal, sino especialmente su identificación femenina. ¿Mastectomizada seguirá siendo una mujer? Es a este interrogante al que intentamos dar respuesta.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se trabajó con pacientes mastectomizadas del sexo femenino que concurrieron al consultorio externo. Su edad osciló entre los 30 y los 65 años y su nivel social fue medio. Se aceptaron pacientes alcohólicas recuperadas con una recuperación no menor a los 5 años. No se aceptaron con deficiencias mentales con patologías psiquiátricas graves, ni aquéllas cuya patología impidiera la comunicación verbal.

Se entrevistaron a lo largo de 4 años, 206 pacientes portadoras de cáncer de mama. Se utilizó la terapia breve con objetivos limitados, técnica terapéutica que basándose en el aquí y el ahora del paciente, permite al terapeuta focalizar el núcleo del conflicto del paciente, desbloquearlo y así permitirle una adaptación dinámica a su realidad.

Se realizaron 3 entrevistas de admisión para fijar los objetivos terapéuticos y 10 sesiones terapéuticas, al final de las cuales se realizó una evaluación conjunta con el paciente a fin de determinar o no la necesidad de un recontrato del tratamiento.

Durante la admisión se utilizaron entrevistas semidirigidas y técnicas gráficas, y durante el tratamiento, asociación libre, señalamientos e interpretaciones.

Los objetivos al aplicar estas técnicas, fueron: 1)

---

Presentado al 53° Congreso Argentino de Cirugía, 4 al 9 de noviembre de 1984, Buenos Aires.
que el paciente se haga cargo de su enfermedad y aprenda a convivir con ella; 2) que mejore su calidad de vida; 3) que pueda elaborar el dueño por las partes perdidas de su cuerpo; 4) que establezca vínculos positivos con el equipo tratante y con la institución; 5) que colabore activamente en la realización de su tratamiento; 6) que pueda reinsertarse familiar y socialmente.

DISCUSIÓN

Al evaluar los resultados de la tarea consideramos que una contención y una decodificación adecuada de las ansiedades del paciente, le brindan una mayor posibilidad de adecuarse a su nueva realidad, cambiaendo las conductas desestructurantes por conductas operativas. La aceptación de su cuerpo les permite además una adaptación de sus conductas sexuales, sintiéndose así nuevamente mujeres.

RESULTADOS

En 123 pacientes (60%) pudimos observar: a) disminución de la sintomatología secundaria, b) mejor relación con su equipo tratante, c) elaboración de la angustia, permitiendo e modificar las conductas desorganizantes por conductas operativas, d) convivencia con la enfermedad en lugar de lucha contra ella, e) disminución de la conflictiva en la reinsertación familiar y social, f) elaboración del sentimiento de pérdida de la feminidad, con la concomitante adaptación a su nuevo esquema corporal.

En 41 pacientes (19%) sólo logramos cumplir con algunos de los objetivos prefijados y 42 (21%) abandonaron el tratamiento.

Entre los factores que determinaron la deserción de estas 42 pacientes podríamos señalar: 1) la personalidad premórbida, 2) la carencia de un buen “rapport” con su terapeuta, 3) mecanismos de defensa sumamente rígidos y 4) la carencia de una adecuada continencia institucional.

RESUMEN

Debido a una preocupación constante por las secuelas psíquicas observables en pacientes portadores de un cáncer de mama, entre 1980 y 1983 se implementaron técnicas que tuvieran en cuenta el conflicto de la paciente. A lo largo de 4 años fueron mastectomizadas 206 pacientes y fueron tratadas a posteriori con terapia breve de objetivos limitados.

En el 60% de los casos se cumplió el objetivo de rehabilitar psicológicamente a la paciente y permitirle una adecuación a su nueva realidad, la presencia de la enfermedad, en el 19% estos objetivos sólo se cumplieron parcialmente y en el 21% restante hubo abandono del tratamiento.

SUMMARY

Between 1980 and 1983, concerned about the psychological disturbances of the patients with mammary carcinoma, the authors were led to implement techniques that took into consideration the actual conflict of these patients. In this period 206 patients with total mastectomy were treated, receiving afterwards limited objective therapy. In 60% psychological rehabilitation was accomplished, helping them in the acceptance of their new reality: the presence of the disease; in 19% these objectives were only partially achieved and 21% dropped out of treatment.

MASTECTOMIA RADICAL CON CONSERVACIÓN DEL PECTORAL MAYOR

NUESTRA EXPERIENCIA


Del Servicio de Cirugía General, Hospital Durand, Buenos Aires

Se acepta que la cirugía es la base fundamental para el tratamiento del cáncer de mama en sus estadíos iniciales, no existiendo unanimidad en la elección del procedimiento quirúrgico a utilizar. Según Haagensen el lapso de 10 años es el más adecuado para evaluar los resultados obtenidos, como nuestra experiencia se inicia en el año 1954 ya estamos en condiciones de evaluarlos.

* Médico Residente de Cirugía.

Presentado al 55º Congreso Argentino de Cirugía, 4 al 9 de noviembre de 1984, Buenos Aires.
MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos seleccionado las enfermas portadoras de cáncer de mama correspondientes a los estadíos I y II de la clasificación de Steinhart-Jungling y el sistema TNM de la UICC, tratadas con la operación de Mérola-Pateau más radioterapia postoperatoria desde 1954 hasta la actualidad. Tabulamos la sobrevida a 5 y 10 años (cuadro 1).

En todos los casos efectuamos biopsia por congelación intraoperatoria y desde 1977 hasta la fecha determinación de receptores hormonales para estradiol y progesterona.

RESULTADOS

Figuran en el cuadro I.

CUADRO 1
Cifras de sobrevida por grados de enfermedad
Mastectomía radical con conservación del pectoral mayor más radioterapia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Año</th>
<th>Nº de casos</th>
<th>5 años</th>
<th>%</th>
<th>10 años</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Nº de casos</td>
<td></td>
<td>%</td>
<td>Nº de casos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Grado I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1954-1960</td>
<td>16</td>
<td>15</td>
<td>93,7</td>
<td>11</td>
<td>68,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1961-1965</td>
<td>13</td>
<td>7</td>
<td>53,8</td>
<td>7</td>
<td>53,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1966-1970</td>
<td>23</td>
<td>22</td>
<td>95,6</td>
<td>24</td>
<td>95,6</td>
</tr>
<tr>
<td>1971-1975</td>
<td>53</td>
<td>50</td>
<td>94,8</td>
<td>45</td>
<td>84,9</td>
</tr>
<tr>
<td>1976-1980</td>
<td>39</td>
<td>37</td>
<td>94,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>144</td>
<td>131</td>
<td>90,9</td>
<td>85</td>
<td>80,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Grado II</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1954-1960</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>42,8</td>
<td>1</td>
<td>14,2</td>
</tr>
<tr>
<td>1961-1965</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1966-1970</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>66,6</td>
<td>2</td>
<td>33,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1971-1975</td>
<td>21</td>
<td>13</td>
<td>61,9</td>
<td>8</td>
<td>38,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1976-1980</td>
<td>25</td>
<td>16</td>
<td>64,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>59</td>
<td>38</td>
<td>61,0</td>
<td>11</td>
<td>38,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Total general</td>
<td>203</td>
<td>167</td>
<td>82,3</td>
<td>96</td>
<td>61,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aplicando esta técnica el postoperatorio es sencillo y confortable, el linfedema ha sido menos frecuente y de escaso desarrollo; se evidenció un mejor resultado estético con condiciones más favorables para una eventual reconstrucción postmastectomia.

La sobrevida a 5 años fue del 90,9% para el grado I y del 61% para el grado II; y a 10 años del 80% para el grado I y 32,1% para grado II.

DISCUSIÓN

Adoptamos para los Estadios I y II la operación de Mérola-Pateau (mastectomía radical con preservación del músculo pectoral mayor). Si bien algunos autores consideran una menor radicalidad con la operación por la posibilidad del ganglio de Rotter de localización interpectorala, lo cual sería de mal pronóstico, quedaría por demostrar la frecuencia de compromiso neoplásico de este ganglio y su verdadera incidencia en los resultados de la operación practicada.

Al llamar esta operación mastectomía radical con preservación del músculo pectoral mayor, consideramos que tal condición de radicalidad la adquiere cuando va acompañada del tratamiento radiante postoperatorio que realizamos en todos los casos.

Si hemos de atender a los requerimientos de Urban4, que establece que el tratamiento del cáncer de mama tiene éxito cuando el tumor primario y sus ganglios linfáticos regionales son completamente extirpados o destruidos en ausencia de metástasis sistémicas, nosotros pretendemos alcanzar este objetivo con una operación menos extendida, con menor morbilidad y mejores resultados estéticos con el complemento de la radiación. Algunos cirujanos consideran no indicada la radiación en ausencia de invasión ganglionar, pero nuestra postura es utilizarla de rutina con un propósito profiláctico y curativo en previsión de focos neoplásicos inaparentes existentes; este criterio se apoya en el empleo de la irradiación con técnicas modernas. La hormonoterapia médica y/o quirúrgica en los tumores hormonodependientes y la quimioterapia en los autónomos la reservamos para cuando hay evidencia de progresión de enfermedad en el tiempo.

El análisis de diversas publicaciones1-2-3 ha demostrado que los diferentes procedimientos quirúrgicos no varían esencialmente el porcentaje de sobrevida en el cáncer de mama como se refleja en la constante de mortalidad por varias décadas.

Esto nos ha llevado a la conclusión de que la efectividad terapéutica no está exclusivamente relacionada con la técnica operatoria empleada, sino con los factores inmunológicos y hormonales que condicionan la relación huésped-tumor que determinarán el tratamiento sistémico a seguir a postoperatorio del tratamiento locorregional empleado.

RESUMEN

Se presenta una experiencia con la mastectomía radical con preservación del pectoral mayor como tratamiento quirúrgico de elección para los estadíos
iniciales (I y II) del cáncer de mama, asociada a la radioterapia, con lo cual adquiere criterio de radicalidad en el tratamiento inicial de esta enfermedad.

Se destaca que la hormonoterapia quirúrgica y/o médica en el caso de los tumores hormonodependientes y de la quimioterapia en los autónomos quedan reservadas para cuando hay evidencia de progresión de enfermedad en el tiempo.

**SUMMARY**

An experience with radical mastectomy preserving the pectoralis major as surgical treatment for the initial stages (I and II) of breast cancer associated with radiotherapy is presented.

The authors emphasize that surgical or medical hormonotherapy in case of hormonodependent tumors and of chemotherapy in the autonomous are reserved for cases with evidence of progression of the disease.

**BIBLIOGRAFÍA**


**NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DEL CARCINOMA MAMARIO**

Dres. Rubén O. D'Elía y Francisco M. Pellegrino

*Del Servicio de Ginecología, Hospital Militar Central, Buenos Aires*

El carcinoma de mama ocasiona un alto impacto social por su alta frecuencia (1 de 14 mujeres), por el aumento de su incidencia y la importante morbi-mortalidad.

Basándonos en conceptos oncológicos modernos, en el no mejoramiento del pronóstico con las distintas terapéuticas propuestas y en la experiencia de otros autores, aplicamos un plan terapéutico conservador en el tratamiento de los estadios no avanzados del cáncer mamario, con la finalidad de mejorar la calidad de vida, pretendiendo curar la enfermedad sin la pérdida de la glándula mamaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se aplicó sobre 100 pacientes el siguiente plan terapéutico: a) quirúrgico: tumorectomía + vaciamiento axilar completo; b) radiante: telecobaltoterapia sobre mama y regiones ganglionares tributarias 6.000 rad en mama con "boost" de 2.000 rad sobre lecho quirúrgico; 5.000 a 6.000 rad en áreas ganglionares. Además se administró quimioterapia en el 13% de las pacientes que presentaba axila positiva.

**Táctica quirúrgica**: incisión en "losange" sobre el tumor incluyendo piel y resecando en "block" hasta la aponeurosis del pectoral mayor; confirmación histológica por congelación; vaciamiento axilar completo con extirpación del músculo pectoral menor, llegando al vértice de la axila; marcación de los grupos ganglionares.

**RESULTADOS**

El número de casos tratados y la edad figuran en los cuadros 1 y 2.

Relación con la gestación: Quince enfermas eran nulliparas y 85 multiparas. Con respecto al número de hijos, 55 pacientes tenían 1 a 3 (64,5%) y 30 más de 3 hijos (35,2%). La edad al 1er. embarazo, más de 30 años 12 (14%) y debajo de 30 años 65 (76,3%); no registradas 8. Hubo 39 abortos. El pe-
CUADRO 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº de casos</th>
<th>Año</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>1978</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>1979</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>1980</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>1981</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>1982</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>1983</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CUADRO 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Edad en años</th>
<th>Nº de casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>30 a 40</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>41 a 50</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>51 a 60</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>61 a 70</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>71 a 80</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Périodo de lactancia en 84 de las pacientes (66%) duró más de 3 meses.

La menarca en 82 casos ocurrió entre los 10 y 14 años de edad, en 3 casos menores de 10 años y el resto de más de 14 años. Habían 70 menopáusicas y 30 premenopáusicas. La menopausia se presentó entre los 45 y 50 años en el 66% de los casos.

La demora en la consulta fue de menos de 3 meses en 59, más de 3 meses 21 y no registradas 20.

En 20 casos existían antecedentes familiares de cáncer de mama. En 1 caso se registró la asociación con un carcinoma de endometrio. Antecedentes de ingestión hormonal hubo en 3 casos por más de 1 año ingiriendo anticonceptivos y en 4 casos con la ingestión de estrógenos por más de 6 meses. No existió ninguna mastopatía previa significativa.

El motivo de la consulta fue tumor y retracción en 98 casos y microcalcificaciones en 2. La ubicación del tumor en la mama izquierda en 57, en la derecha en 41 casos y bilateral sucesivo en 2. El C.S.E. predominó en 52%, el central en 22%.

El resultado del estudio histopatológico figura en el cuadro 3.

CUADRO 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Histología de los carcinomas</th>
<th>Nº</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ductal infiltrante</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Mucinoso</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Comedo</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Medular</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Adenoquístico</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Se presentó metástasis axilar en 30 pacientes: 8 en Estadio I y 24 en Estadio II. En estadio evolutivo se comprobaron 76 casos en Estadio I y 24 casos en Estadio II.

Receptores hormonales: se determinan en 45 pacientes (30 a los estrógenos positivos y 15 negativos).

Seguimiento: es total a la fecha y se comprobó la siguiente morbilidad. Las secuelas radioactivas se presentaron en 81 casos, el 62% leve, el 37% moderado y el 1% grave. Incluimos como secuela radioactiva la teleangiectasia en piel, edema de mama y braquial, induración por fibrosis actínica, retracción, deformación y ulceración. Otras morbilidades se presentaron en porcentajes menores y son comunes a la cirugía radical.

Mortalidad: fallecieron 4 pacientes antes de los 30 meses, 1 con metástasis cerebral, 1 con metástasis pulmonar y 2 con metástasis ósea y visceral. Todas tenían axila positiva; 2 realizaron quimioterapia adyuvante. Actualmente 2 pacientes presentan metástasis supraclavicular, homo y heterolateral y 1 metástasis cutánea (bordes posteriores del hombro homolateral). Recidivas locales de tipo múltiple se comprobó sólo 1 caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No se presenta ningún caso del sexo masculino. La 6ª década es la predominante en nuestra serie. La mayoría era multipara, siendo el porcentaje de nuliparas menor que el de la población general (Capital Federal y Gran Bs. As.) de donde proviene la mayoría de los casos.

Con respecto a la edad de la 1ª gestación el 14% se presentó por encima de los 30 años y el 6% mayor de 35 años. La edad de la menarca se presentó en el 50% entre los 11 y 14 años, como así también la falta de lactancia ocurrió en el 16% de los casos, incluyendo las nuliparas. La mayoría de las pacientes eran menopáusicas (70%), coincidiendo con otros autores 11. El 20% de las pacientes presentaba antecedentes de carcinoma familiar, duplicando la información de otros autores 4-7. El 3% tenía antecedentes de ingestión de anticonceptivos hormonales y el 4% ingestión de estrógenos. El carcinoma ductal infiltrante fue el más frecuente.

En relación a los estadios evolutivos, si bien la idea inicial fue la de aplicar terapia conservadora exclusivamente a las pacientes en Estadio I, no obs-
tante se incluyen 24 casos (24%) de Estadio II, obteniendo a un tamaño tumoral no mayor de 30 mm, ubicados en C.S.E. Estadio II por axila N-1b, y razones psicológicas importantes.

Con respecto a la morbilidad quirúrgica y fundamentalmente radiante, coincidimos con otros autores, entre ellos Spitalier 1, ya que logramos una mama aceptable en la mayoría de los casos y sin radiosecuelas en el 15% de las pacientes. Sólo tuvimos 1 caso grave que motivó posteriormente una mastectomía simple 2-3-4-5-6.

Es necesario aclarar que no podemos hablar de supervivencia ya que sólo el 15% de las pacientes cumplieron el lapso de 5 años y el 51% de 3 años, presentando la serie al momento actual 4 pacientes fallecidas y 3 con persistencia de la enfermedad fuera de la mama.

En relación a la curación locorregional se comprobó una sola recidiva local de tipo nodular múltiple con signos flogósicos que no permitió nueva cirugía; presentaba concomitante metástasis óseas y viscerales.

Creemos en base a los resultados logrados al presente, aplicar una terapéutica adecuada, debiendo en el futuro considerar nuevos esquemas de irradiación, incorporación de otras fuentes radiantes, evaluar la selección de los casos (poder evolutivo tumoral).

Consideramos indispensable para obtener buenos resultados hacer una selección cuidadosa de las pacientes, contar con un equipo quirúrgico-radiante compenetrado de la técnica y tener la posibilidad del seguimiento para evaluar resultados 9-10-12. Los mejores resultados se lograron en pacientes con mama mediana, tumores menores de 2 cm, ubicados en C.S.E. con poder evolutivo tumoral 0.

RESUMEN

Se utilizó en 100 pacientes un plan terapéutico quirúrgico (tumorectomía y vaciamiento axilar completo con resección del pectoral menor) y radiante (telecobaltoterapia en región mamaria y ganglionares tributarias) de 6.000 rad; en mama con "boost" de 2.000 rad sobre lecho quirúrgico; 5.000 a 6.000 rad en áreas ganglionares. Además se efectuó quimioterapia en el 15% de las pacientes que presentaban axila positiva; de éstas fallecieron 4 antes de los 30 meses.

Se produjo hasta el momento actual 1 sola recidiva de tipo nodular múltiple con signos flogósicos; la enferma presentaba además metástasis óseas y viscerales.

La sobrevida no puede evaluarse por el escaso número de años transcurridos.

SUMMARY

A 100 patients were treated with a surgical therapeutic plan (tumorectomy and complete axillary and pectoralis minor muscle resection) and radiate (telecobalt therapy in mammary region and in tributary ganglion). Chemotherapy was effected in 13% of the patients with positive axilla; of these, 4 died before 30 months had elapsed.

Only 1 case recidivated (multiple node with phlogistic signs); the patient also presented osseous and visceral metastasis.

Survival cannot be evaluated due to the few years elapsed.

BIBLIOGRAFIA

RECIENTES AVANCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA MAMA

DISCUSION

Dr. Leonardo H. Mc Lean; La Asociación Argentina de Cirugía me ha conferido la honrosa misión de ser comentador del Relato Oficial "RECIENTES AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA MAMA" del Dr. Edgardo T. L. Bernardello y colaboradores y es mi deseo poder enriquecer el mismo aportando la experiencia de los últimos 20 años adquirida sobre 1.150 pacientes operados de cáncer de mama.

Quiero señalar con el relator la importancia en la formación del mastólogo cirujano, en servicios dedicados a esta disciplina que lo capacite para coordinar el grupo oncológico multidisciplinario que ha de tratar al paciente portador de un cáncer de mama.

Coincidimos plenamente en la necesidad de detectar precozmente la enfermedad, como dice Bernardello "buscar el cáncer donde es más frecuente encontrarlo..." "...basado en los grupos de alto riesgo".

La edad media de nuestros pacientes fue de 55 años; con límites de 22 a 91. y la 6ª la década de mayor incidencia, datos que concuerdan con el relato. El factor herencia de familiar directo demuestra incidencia del 14.3 %, cifra algo más elevada al 12.4 % que cita en el relato, y hemos podido observar que la actividad hormonal en cuanto a menarca precoz, paridad, lactancia y menopausia tardía, no demuestra que modifique la incidencia en la aparición del cáncer.

Coincidimos en la importancia que tiene la displasia mamaria como antecedente de patología benigna previa, habiéndola observado con una frecuencia del 18.9 %. Consignamos el examen clínico como primer elemento de diagnóstico, con una positividad que supera el 90 % de nuestra serie. Reconocemos la utilidad y las bondades de los métodos combinados de diagnóstico, radiología, ecografía, termografía e infrarrojográfi9a. Nuestra experiencia sólo alcanza a las 2 primeras. A la radiología asignamos el primer lugar entre los métodos instrumentales de diagnóstico y descansemos señalar como lo hace el relator, que el beneficio de un examen mamográfico, supone el mínimo riesgo a que expone la irradiación con los actuales equipos y películas. No ponemos un límite a la edad para solicitar radiología cuando consideramos que ha de ser de utilidad.

Si es de importancia la capacitación que ha de obtener el radiólogo, no es menor la que debe poseer el mastólogo, quien ha de ser el que interprete fielmente las imágenes. Alcanza nuestra serie a 52 estudios en los que se efectuó biopsia radioquirúrgica de pieza operatoria, habiendo podido observar la alta incidencia de cáncer en presencia de microcalcificaciones agrupadas, en una proporción de 1 a 3 aunque sin relación con el número o cantidad de las mismas.

No efectuamos punción citológica con aguja fina, si bien creemos que tiene utilidad en los centros altamente especializados.

Coincidimos en los beneficios que ofrece la práctica del autoexamen para la detección del cáncer que recién se inicia. Nos resistimos a utilizar el término de cáncer "temprano o mínimo", pues aunque en general son de mejor pronóstico, no siempre su comportamiento es acorde a su denominación, habiendo observado en nuestra serie lesiones de 5 mm con invasión ganglionar regional, por lo cuál opinamos que el denominarlo así minimiza el cáncer, restando importancia a su potencial de agresividad, por lo que preferimos llamarlos pequeños carcinomas hasta de 1 cm. Y coincidimos también en la conveniencia de separar de este grupo al carcinoma lobulillar in situ y al ductal no invasor, los que por su multicentricidad y bilatera...
Edad tienen un comportamiento diferente. Coinciden los siguientes casos en los últimos, con cifras bastante similares. Sobre un total de 1,000 cánceres de mama operados encontramos: no invasor 5%, ductal no invasor 36%, lobulillar in situ 5%, Paget no invasor 5% y papilar no invasor 4%.

En cuanto al tratamiento, tenemos algunas diferencias con el relator, tanto en el carcinoma lobulillar “in situ” como en el ductal no invasor. Si la pieza de resección biopática no demuestra multicentricidad microscópica y no existen signos de multicentricidad radiológica, somos partidarios de efectuar tratamiento conservador; caso contrario, evidencia de multicentricidad, indicamos mastectomía radical modificada 1 ó 2 pectorales seguida de reconstrucción mamaria inmediata.

En el carcinoma invasor de hasta 2 cm, y siempre que reúna las condiciones que luego enumeraremos, indicamos tratamiento conservador.

Nuestra estadística en el término de 20 años difiere en algunas cifras en cuanto al tipo de operación efectuada, menor incidencia de mastectomía radical convencional (32,6% contra 64% del relator), es similar en cuanto a la modificada conservando sólo el pectoral mayor (18,6% y 16%), diferencia marcada a favor de la modificada 2P (49,6% y 14%); baja indicación de la extendida a la mamaria interna en ambas series y cifras nuestras más altas en cuanto a cirugía conservadora (42,6% y 27,6% del relator).

De una serie personal randomizada (gráfico 1) que cita el autor en su relato, en que se tomaron 177 casos aptos para la estadística a 5 años, practicamos alternativamente una operación radical convencional, una modificada conservando el pectoral mayor y una radical modificada conservando ambas mamas pectorales y se observó diferencias de porcentaje a favor de la operación de Halsted para el Estadio I, pero paradójicamente y en contra de lo que se esperaba para el Estadio II, el mayor número de supervivencia se obtuvo con la mastectomía radical modificada conservando ambos pectorales. Se compararon los resultados de esta serie randomizada con los de una serie selectiva de Uribe y colaboradores en que se discriminaron estadios y resultados de 5 y 10 años y no se pudo probar que existan diferencias significativas entre los distintos tipos de operaciones con criterio de radicalidad.

Nuestra posición actual siguiendo a Uribe nos hace selectivos, adecuando la operación para el cáncer y la paciente individualizadas (cuadro 1).

<table>
<thead>
<tr>
<th>CUADRO 1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cirugía conservadora</td>
</tr>
<tr>
<td>T1a - NO</td>
</tr>
<tr>
<td>Cáncer invasor mínimo, pequeño carcinoma</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical modificada 2P</td>
</tr>
<tr>
<td>Carcinoma lobulillar “in situ”</td>
</tr>
<tr>
<td>Carcinoma intraductal</td>
</tr>
<tr>
<td>Paget inicial</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical modificada</td>
</tr>
<tr>
<td>T1b - NO</td>
</tr>
<tr>
<td>T1b - N1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical modificada conservando sólo el pectoral mayor</td>
</tr>
<tr>
<td>T2a - NO</td>
</tr>
<tr>
<td>T2a - N1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical convencional</td>
</tr>
<tr>
<td>T2b - NO</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical convencional + poliquimioterapia</td>
</tr>
<tr>
<td>T2b - N1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastectomía radical convencional + irradiación</td>
</tr>
<tr>
<td>T3a - NO</td>
</tr>
<tr>
<td>T3a - N1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Somos decididos partidarios de la cirugía conservadora, siempre que se reúnan los siguientes requisitos:

- Pequeño tamaño del tumor (TO - T1)
- Baja agresividad histológica
- No evolutivo (P.E.V. O)
- Crecimiento lento
- No afectación gangliar (NO - N1a)
- Radioterapia adecuada
- Seguimiento estricto
- Límite de edad convencional 70 años
- Mamas no voluminosas

Hemos efectuado cirugía conservadora en 80 pacientes (6,9%), cuyas edades oscilan entre 29 y 84
años (promedio 50,9 años), 74 fueron carcinomas invasores y 6 no invasores (cuadro 2), de elección en 68 casos (85%) y de necesidad en 12 (15%).

CUADRO 2
Cirugía conservadora (1984)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cancers de mama operados</th>
<th>1.150</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Resección local ampla</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Resección local ampla + Irradiación</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Resección local ampla + Vaciamiento ganglionar axilar</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Resección local ampla + Vaciamiento ganglionar axilar + Irradiación</td>
<td>58</td>
</tr>
</tbody>
</table>

80 (6,9 %)

En lo que respecta a la localización (gráfico 2), la ubicación del tumor no contraindica la cirugía conservadora y a diferencia del relator no excluimos las pequeñas lesiones ubicadas libremente por detrás de la areola.

Gráfico 2.

Coincidimos totalmente con el relator en que no basta el estudio del tumor, sino una cuidadosa evaluación previa de las características clínicas, radiológicas e histopatológicas del mismo, para luego decidir esta táctica conservadora. De ahí que sean partidarios en la actualidad de la biopsia diferida, que en nuestra serie de cirugía conservadora la hemos realizado en el 55% de los casos.

A diferencia del relator, sólo indicamos esta cirugía en los T1.

Efectuamos excisión local ampla con resección de la fascia pectoral subyacente y por axilolomía independiente practicamos vaciamiento selectivo del primer nivel de axila conservando las estructuras vasculares y nerviosas de los músculos pectoral, dorsal y serrato, con lo que determinamos: tipo histológico, receptores y estadio de la lesión.

El promedio de ganglios extirpados fue de 12,2 con cifras extremas entre 3 y 32 ganglios axilares.

En 67 pacientes la axila era clínicamente negativa y en 13 se palpaban ganglios móviles no considerados metastásicos. Del total la anatomía patológica demostró invasión en 8 (índice de error 10%). La determinación de receptores hormonales la efectuamos en 28 de nuestros casos; en 20 fueron positivos y en 8 negativos; en el resto no se efectuó por ser tumores muy pequeños y/o por dificultades en su realización.

Desde 1982 venimos realizando el estudio histopatológico del complejo areolá pezón, hasta ahora en 77 piezas de mastectomía hemos encontrado únicamente en 3 casos invasión del mismo (3,8%). En los 8 el tumor era de 4 cuadrantes.

Como complemento de la cirugía conservadora indicamos irradiación con cobalto del volumen mamario y de los territorios linfáticos y una sobreimpresión con electrones rápidos en el sitio de resección del tumor. Poliquimioterapia adyuvante solamente la indicamos en los casos en que exista invasión ganglionar, independiente del número de ganglios afectados.

Hemos observado recurrencia del tumor en 6 casos (7,5%), cifra que consideramos baja puesto que el mayor número de pacientes no superó los 5 años pero que coincide con la frecuencia del 5 al 20% que cita el relator. La recurrencia ocurrió entre los 2 y 8 años de la operación, en 5 se efectuó mastectomía de rescate, de los cuales ya sobrepasaron 5 años de sobrevida libres de enfermedad, dato que nos demuestra que la reaparición del tumor no empeora el pronóstico y permite tratarlo como un primario.

Coincidimos con el relator en que esta cirugía no está exenta de morbilidad habiendo nodidos observar fibrosis mamaria en 10 casos. Linfedema del brazo en 8, fractura costal por radiaciones en 1 y pericarditis actínica constrictiva que obligó a la pericardiectomía con buen resultado en 1, lo que hace un total de 20 casos (25%).

La supervivencia figura en el cuadro 3.

CUADRO 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Supervivencia</th>
<th>Sin evidencia de enfermedad</th>
<th>Con metástasis total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 a 5 años</td>
<td>46</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>5 a 10 años</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>+ de 10 años</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Fallecidas</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Pérδas de seguimiento</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>77</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Pero cuidado, creemos que esta cirugía conservadora tiene sus indicaciones precisas como lo hemos consignado antes y tiene sus contraindicaciones que la tornan peligrosa cuando no se ajusta a las mismas.

Respecto al Estadio III, hemos observado frecuencia del 12.6%, menor que la del autor del relato (32.7%); en el III a, somos partidarios de cirugía con criterio de radicalidad seguida de radioterapia y/o quimioterapia y en el III b, utilizamos cirugía sólo con criterio paliativo.

En el caso del cáncer de mama inflamatorio de la mama, a quien consideramos T4, confirmamos su histología con toma que incluya piel y coincidiendo con el relator instalamos terapia sistémica, quimio, hormono y radioterapia, pero no somos partidarios de ningún tipo de cirugía ulterior.

Tenemos una sobrevida global en el Estadio III a los 5 años del 26% y a los 10 años del 4%, resultados inferiores a los que presenta el relator. Como complemento de la cirugía radical indicamos irradiación en el Estadio III a, y en cualquier estadio en que el T esté localizado en cuadrante interno; en éstos sólo irradiamos la cadena mamaria interna, e indicamos poliquimioterapia del adyuvante en todos los T con N+

Reconstrucción mamaria

Con esto se abre un nuevo capítulo en la mastología. Como dice el relator "la cirugía reconstructiva forma parte ahora del tratamiento del cáncer de mama y debe estar presente desde el momento en que se lo planea".

Firmemente creemos que toda mujer que posea una razonable expectativa de vida, es candidata a una reconstrucción. No existe unanimidad de criterio en la elección del momento oportuno de realizarla, y en esto diferimos con lo expuesto en el relato. Somos partidarios de su ejecución en el mismo tiempo de la mastectomía, no encontrando contraindicación oncológica cuando es correcta su indicación.

Coincidimos con el relator en indicarla en los cánceres no invasores como en los intermedios, mucoso y medular, pero también agregamos algunos Estadio I, corroborando esto ganglionar de la axila con el estudio histopatológico durante el acto operatorio.

Somos partidarios de la biopsia diferida, la que dará las características histopatológicas y demás datos referentes a factores pronósticos y será esto lo que ha de autorizar, si la paciente así lo desea, a efectuar la reconstrucción en el mismo tiempo que la amputación.

Efectuamos mastectomía radical modificada con incisión transversal y vaciamiento de los 3 niveles ganglionares de la axila, cuidando de preservar el paquete vascular y nervioso para el músculo dorsal. Acto seguido con la paciente en decúbito lateral, efectuamos movilización y sección del colgajo miocutáneo del dorsal, el que será luego fijado a la pared torácica en el área de la mastectomía. En el 2º tiempo que será después de 2 meses, colocación de prótesis, reconstrucción de aréola y pezón y tratamiento de la mama contralateral, que de acuerdo a su conformación se hará mastopexia o reducción que la asemeje a la mama neoplastada. Si existieran factores de riesgo que lo justificase, se podría efectuar mastectomía subcutánea con implante simultáneo (fig. 1).

Nuestra experiencia se limita a 30 pacientes a quienes hemos efectuado en los últimos 4 años reconstrucción inmediata o diferida con colgajo miocutáneo del dorsal ancho.

No existe contraindicación en efectuar irradiación o poliquimioterapia previa o posterior. En todas las operadas hemos encontrado una respuesta anímica

Fig. 1. - a) disección del músculo dorsal con "losange" cutáneo; b) músculo dorsal seccionado y movilizado respetando su pedículo; c) resultado final obtenido.
y psicológica muy favorable, la que estimula a continuar en esta posición y que nos permite avalar con nuestra experiencia la expresión que cita el autor en su excelente relato: "la mejor manera de ser como antes es estar como antes".

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Dr. Edgardo T. L. Bernardello: El Dr. Mc Lean nos ha mostrado su experiencia, en líneas generales bastante similar a lo expuesto en el Relato. Sólo nos referiremos a los puntos en discordancia.

En biopsia radioquirúrgica su relación cáncer-patología benigna es de 1 a 3, mientras que para nosotros es 1 a 5. Pensamos que la razón está en el tipo de selección que se lleva a cabo para indicar el método, pues cuanto menos estricto se sea para definir el grupo sospechoso de microcalcificaciones (sólo hasta 8 ó 10), aparecerán más cánceres.

Nuestro grupo se mantiene fiel a la denominación de cáncer mínimo tal cual fue introducida por su creador, pues pensamos que los años darán o no asidero al factor pronóstico. Estamos de acuerdo que cánceres infiltrantes de menos de 5 mm también pueden acompañarse de metástasis axilares; será la parte negativa del pronóstico.

El Dr. Mc Lean sugiere terapéutica conservadora para algunos carcinomas lobulillares in situ. No lo hemos hecho hasta el presente, pero estamos de acuerdo que con los métodos actuales de seguimiento es una conducta válida.

En cuanto a las operaciones practicadas para los cánceres de mama en general, su porcentaje de mastectomías radicales clásicas es muy inferior a nuestro, 32,6% contra 64%. Pensamos que en líneas generales la razón estriba en que en su serie también es mucho menor el porcentaje de Estadios III (12,6%), mientras que para nosotros ha sido del 32,7%, lo que le ha permitido realizar mayor número de mastectomías radicales modificadas con buenos resultados.

El Dr. Mc Lean ha mostrado una muy buena experiencia con cirugía conservadora. Creemos que es muy riesgoso efectuar sólo el vaciamiento de primer nivel axilar, pues así como la cadena ganglionar de la mamaria externa es primera estación ganglionar para la mayoría de los cánceres, también pueden serlo grupos más internos en cánceres ubicados en el cuadrante superointerno, por lo que seguimos fieles al vaciamiento axilar completo.

Hemos expresado que somos partidarios de la reconstrucción postmastectomía en un 2º tiempo, una vez estatificada definitivamente la paciente y cumplidos los tratamientos combinados si los hubiere. No obstante vemos con agrado la experiencia del Dr. Mc Lean con reconstrucción inmediata para Estadios I en los que no pudo realizarse cirugía conservadora y creemos que debe seguir en esa conducta para valorar luego sus resultados alegados, pues los inmediatos son excelentes tanto desde el punto de vista físico como psíquico.

Agradezco finalmente al Dr. Mc Lean y a quienes intervinieron en la discusión del Relato por sus contribuciones al tema.
COMUNICACIÓN

QUISTES ENDODERMICOS DEL MEDIASTINO

DRES. NORBERTO A. SILVA, EDGARDO RHODIUS *, COSME BRUNO, MARIO D’ANGELO,
EMILCE M. INSÚA **, ANTONIO ABRA *** Y ATILIO OTERO ****

De la Unidad Cirugía Torácica y Cardiovascular, Policlinica
Bancaria "9 de Julio", Buenos Aires

Los quistes benignos del mediastino comprenden según Wychulis 14, los enterógenos (broncogénos, esofágicos, intestinales, duplicaciones), periárdicos, tímicos, no específicos y a los higromas quísticos. Polack y Bracco cit. 8 los denominan desembrioplasias, mientras que Morrison 9 teniendo en cuenta el origen del revestimiento mucoso agrupó como quistes endodérmicos los quistes enterógenos y broncogénos. Respecto de estos 2 grupos, surgen controversias clínicas y patológicas en la revisión de la literatura, seguramente relacionadas con su origen embriológico cercano.

La diferenciación entre los distintos tipos de quistes endodérmicos es exclusivamente histológica 12, ya que su topografía y sus características clínicas y radiológicas se entremezclan. Es por ello que resultan sorprendentes las escasas descripciones histológicas citadas y las imprecisas pautas para su clasificación.

Estas dificultades se vieron resultadas al tratar en la Unidad 2 casos de quistes endodérmicos mediastinos, uno de ellos intramural respecto al esófago. El motivo de esta comunicación es establecer pautas histológicas que permitan una clasificación que unifique los dispares criterios que se observan en la mayoría de las publicaciones y que uniforme las características atribuidas a cada tipo.

* Jefe de la Unidad de Neumonología.
** Jefe de Médicos Residentes de Cirugía.
*** Jefe de la Unidad de Cirugía Torácica y Cardiovascular.
**** Jefe de la Unidad de Cirugía Torácica y Cardiovascular.

Leída en el Capítulo Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular, sesión del 17 de julio de 1985.

CASUÍSTICA

Caso 1: J. J., mujer de 57 años de edad. H. Cl. 16.545. Consultó a la Unidad de Cirugía Torácica, en marzo de 1984. Una radiografía de tórax para control laboral, mostraba una imagen nodular en hemitórax derecho con contacto mediastínico. No refería síntomas, fumaba 20 cigarritos por día y tenía antecedentes de hipertensión arterial. El examen físico fue normal. En la radiografía del tórax se observaba un nódulo de 4 x 4 cm cuyo borde derecho emergía hacia la cavidad torácica, ubicado en el mediastino visceral e inferior. Los estudios de laboratorio que incluyeron arco 5 y ácido vaumín mandeléico, fueron normales. La tomografía axial mostraba una imagen bien definida de 4 cm de diámetro, redondeada, homogénea que hacía prominencia en el contorno mediastínico derecho. En el esófagograma pudo comprobarse la compresión del esófago y la elevación de la mucosa en relación con el nódulo. En la tomografía axial computada se informó una formación líquida de 3 x 3 cm en el mediastino visceral e inferior. La fibrobroncoscopia y el examen funcional respiratorio fueron normales.

Fue operada el 20-IX-1984 por una toracotomía posterolateral por el 6º espacio intercostal derecho. En la investigación del mediastino se halló una masa tumoral redondeada, de 6 cm de diámetro, en contacto liso con el plano vertebral e incluida en la pared del esófago. Luego de secionar la pleura mediastínica, se reparó el esófago por encima y por debajo de la lesión, comprobando que se ubicaba debajo del plano muscular, no había comunicación de la masa tumoral con la luz del órgano, de la cual estaba separada por el plano mucoso. Se resecó el tumor y se cerró la herida muscular con puntos separados de poliéster 4-0, cubriendo la sutura con un colgajo de pleura. El cierre de la toracotomía se efectuó por planos, dejando un drenaje pleural. La evolución postoperatoria fue buena, dándose de alta al 8º día del postoperatorio.

El informe anatomopatológico describió una formación quística, de contenido mucoso amarillento. Presentaba un revestimiento con epitelio cilíndrico ciliado con células ca-
QUISUTES ENDODÉRMICOS DEL MEDIASTINO

laciformes (tinción con Alcian Blue), sin muscularia mucosa ni cartílago. En el resto de la pared se encontraron fibras musculares lisas de disposición irregular, terminales nerviosas y estructuras glandulares de tipo bronquial que se fijan con la técnica de PAS. El diagnóstico fue quiste broncogénico.

Casuo 2: H. S., hombre, de 39 años de edad. H. Cl. 24.538. Consultó en diciembre de 1975 por dolor escapular derecho de 3 meses de evolución, anorexia y pérdida de 2 kg de peso en 2 meses. Sin antecedentes patológicos de importancia. El examen físico fue normal. La radiografía simple del tórax mostraba un tumor prominente hacia la derecha, redondeado, en el mediastino retrovesical y medio. La tomografía axial confirmaba este hallazgo. En el esfagograma se observaba la compresión del esófago en el tercio medio por el tumor, que presentaba un diámetro de 6 cm. La esofagogastroscopia era normal.

Fue operado en enero de 1976, mediante toracotomía posterolateral derecha por el 5º espacio intercostal, encontrándose un tumor redondeado, bien limitado, de 6 cm de diámetro, ubicado por detrás de la tráquea y con contacto esofágico. Cierre de la toracotomía con drenaje pleural.

El informe anatomopatológico describió un tumor quístico con contenido mucoso amarillento, constituido por epitelio cilíndrico ciliado, con glándulas mucosas y placas de cartílago en su pared. Se diagnosticó quiste broncogénico.

DISCUSIÓN

Los quistes mediastínicos representan el 20% de las lesiones primarias del mediastino. La frecuencia de los quistes endodérmicos oscila del 0,6% al 5%.

En 1880 Hennig describió por primera vez esta patología. Un año después Roth encontró un quiste mediastínico con una duplicación de fiebre y atribuyó su origen a alteraciones embriónarias del saco vitelino. En 1947 Davis y Salkin revisaron la literatura y en 25 quistes con revestimiento gástrico, encontraron 15 con epitelio gástrico y en 7 epitelio esófago, intestinal o bronquial. Llamó la atención que se agrupan entre los quistes gástricos algunos que tenían revestimiento bronquial asociado. Esta conjunción en un mismo quiste, de mucosa gástrica y bronquial no se ha reiterado en la bibliografía.

En 83 quistes mediastínicos tratados en la Mayo Clinic entre 1929 y 1968, Wychulis y colaboradores encontraron 54 broncogénos, 27 esófagicos y 2 duplicaciones. Sólo en 8 casos últimos demostraron epitelio gástrico o intestinal, y destacaron que son los únicos que se asocian con anomalías de la columna vertebral. Le Brigand en 1978 publicó 742 tumores mediastinales, observando 83 quistes benignos de los que 46 eran broncogénicos y 2 enterogénos. No cita esófagicos. Martínez, en 1960, cita 15 quistes broncogénicos. Silverman y Sabiston en una completa revisión de la literatura, hallaron una incidencia semejante (20%) de quistes mediastínicos en adultos y en niños, pero en los primeros predominaron los broncogénos, y en los segundos los enterogénos. Estas diferencias en los distintos autores deben atribuirse fundamentalmente a la carencia de una clasificación adecuada, que agrupe a los quistes endodérmicos y establezca diferencias entre los distintos tipos.

La clasificación de los quistes endodérmicos que proponemos destaca las características histológicas de cada tipo, estableciendo diferencias patológicas y clínicas. Se subraya la distinción de los quistes broncogéneos de los esófagicos, teniendo en cuenta sus semejanzas histológicas y sus similares localizaciones anatómicas. No trataremos en este trabajo los quistes típicos, de probable origen endodérmico.

La histología, fundamental para distinguir los distintos tipos de quistes endodérmicos, no sólo debe estar dirigida al análisis de la mucosa, sino también del estroma circundante. No es posible distinguir un quiste broncogénico de uno esófagico con el examen exclusivo del revestimiento epitelial, ya que en ambos puede ser ciliado simple. Sin embargo la presencia de muscularia mucosa y/o de dos capas musculares lisas es característica del esófago, mientras que en los broncogénos el cartílago o las glándulas bronquiales aseguran el diagnóstico.

En los quistes gastroenterogénos el revestimiento epitelial es categórico, tanto como su topografía (retrocardiaco), su adherencia vertebral, o su asociación con otras anomalías vertebrales.

En el cuadro 1 se resumen las características histológicas de cada tipo. La semejanza entre los quistes endodérmicos, sobre todo entre los broncogénos y los esófagicos, tiene su explicación en el desarrollo embrionario, ya que el sistema respiratorio deriva de un brote endodérmico ventral del intestino primitivo anterior. A las 3 semanas, el divertículo respiratorio comunica ampliamente en la luz intestinal, pero en la semana siguiente es separado por el septum esofagotraqueal, de tal modo que la comunicación persiste en el orificio laríngeo.

El estoma de apoyo del aparato respiratorio y del intestino (cartílago, músculo, tejido conectivo) derivan del mesénquima vecino. Respecto de esto debe destacarse lo postulado por Saltar, Saltar y Egeleston. Estos autores atribuyen el origen de los quistes broncogénos a brotes supernumerarios pulmonares, que aparecen después de las temperaturas y del desarrollo del sistema respiratorio, desde el intestino primitivo. En favor de esto habría que destacar el hallazgo incidental de un pequeño diver-
CUADRO 1
Características histológicas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quistes endodérmicos</th>
<th>Mucosa</th>
<th>Submucosa</th>
<th>Estroma de apoyo</th>
<th>Contenido</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Broncogénos</td>
<td>Epitelio respiratorio (columnar ciliado) y mucoepidermoide</td>
<td>Pueden presentar metaplasia de células epiteliales y células ciliadas</td>
<td>Tejido conectivo laxo y ban-</td>
<td>Variable de serosa a mucosa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Cartílago si o no.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Músculo liso en bandas.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Calcificación posib-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>le.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Infiltado inflamatorio crónica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>moderado frecuente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Esófágico</td>
<td>Epitelio estratificado o córneo</td>
<td>Con muscularis mucosa</td>
<td>Cartílago no.</td>
<td>Variable</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Músculo liso dispuesto en dos capas (circulares y longitudinales).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Calcificación posible.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Infiltado similar a los broncogénos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterogénos</td>
<td>Epitelio gástrico, yeyunoileal</td>
<td>Con muscularis mucosa</td>
<td>Cartílago no.</td>
<td>Acido a menudo con se-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Músculo liso dispuesto en dos capas (circulares y longitudinales).</td>
<td>creción de pep-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Calcificación ?.</td>
<td>sitio y ácido clor-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Infiltado inflamatorio agudo</td>
<td>hídrico.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

El cuadro 1 presenta las características histológicas de los quistes endodérmicos, que pueden variar en función de su origen y ubicación. Los quistes broncogénicos, por ejemplo, pueden presentar tejido conectivo laxo y banos, con variable de serosa a mucosa. Los quistes esófágicos suelen tener una capa muscular y pueden presentar calcificación y infiltrado inflamatorio crónico. Los quistes gastroenterogénicos, por otro lado, pueden tener músculo liso dispuesto en dos capas y puede haber calcificación, así como infiltrado similar a los broncogénos.

La ubicación y desarrollo de estos quistes puede ser variable, dependiendo del tipo de quiste y su origen. En general, estos quistes pueden ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo, desde el esófago hasta el colon. El tratamiento puede variar dependiendo de la naturaleza y ubicación del quiste, pero a menudo implica cirugía para su eliminación.

El cuadro 1 es una representación gráfica de las características histológicas de los quistes endodérmicos, que pueden variar en función de su origen y ubicación. Los quistes broncogénicos, por ejemplo, pueden presentar tejido conectivo laxo y banos, con variable de serosa a mucosa. Los quistes esófágicos suelen tener una capa muscular y pueden presentar calcificación y infiltrado inflamatorio crónico. Los quistes gastroenterogénicos, por otro lado, pueden tener músculo liso dispuesto en dos capas y puede haber calcificación, así como infiltrado similar a los broncogénos.

La ubicación y desarrollo de estos quistes puede ser variable, dependiendo del tipo de quiste y su origen. En general, estos quistes pueden ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo, desde el esófago hasta el colon. El tratamiento puede variar dependiendo de la naturaleza y ubicación del quiste, pero a menudo implica cirugía para su eliminación.
años de edad. De allí su menor rareza en las publicaciones pediátricas y su infrecuencia en las series de adultos. La malignización parece ser más probable que en los restantes quistes endérmicos.

Es interesante destacar que algunos autores incluyen los quistes enterógénicos intramurales del esófago como patología de ese órgano, ubicándolos en tercer lugar después de los leiomomas y pólipos; éste es un punto en que caben controversias.

Los quistes broncógenos son generalmente asintomáticos, nunca presentan comunicación bronquial cuando son mediastínicos, pero sí los intrapulmonares. Los esofágicos se comportan de igual manera. Son habitualmente hallazgos de catastro y su observación, es más frecuente que los gastroenterócénicos en los adultos. La edad media de diagnóstico es de 25 años. Pueden presentarse en el mediastino visceral o retrovisceral y ser intrapulmonares. Los mediastínicos según Maler pueden agruparse en paratraqueales, carinales, hiliares, paraesofágicos y mesológicos, pero generalmente hacia la derecha. Los paraesofágicos pueden estar integrados a la pared del esófago, de tal modo que su exéresis requiere la apertura de la capa muscular. Los quistes esofágicos se ubican a lo largo del esófago.

En la metodología diagnóstica de los quistes endérmicos debe recurrirse al par radiológico y al laboratorio, la tomografía lineal, el esofagogastroscopia y la tomografía axial computada. Accesoriamente pueden ser útiles la endoscopia esofágica y bronquial, la ecografía, la radiología de la columna vertebral y la mielografía. La histología de la pieza de resección es imprescindible para su categorización. El par radiológico de tórax es fundamental para ubicar la lesión: el quiste aparece como una imagen bien limitada, redondeada, homogénea, ubicada en el mediastino visceral o retrovisceral y generalmente hacia la derecha. Se descartan así los quistes anteriores como los tímicos, los pericardiocelómicos y los torácicos. Puede observarse también desplazamiento traqueal o cardíaco, compresión o atelectasia pulmonar. La radioscopia puede usarse para distinguir masas mediastínicas de otras del parénquima vecino. La presencia de una imagen como la cédula, ubicada en el mediastino retrovisceral, exige la realización de un esofagogastroscopia. En este estudio se mostrará la compresión del esófago, con o sin desplazamiento del órgano, de acuerdo al tamaño del tumor. En los quistes pequeños, ubicados en el espesor de la pared esofágica podrá confirmarse la elevación de la mucosa, en relación con la masa que crece sobreponiendo el contorno esofágico.

La inmunodifusión con el estudio del arco 5 es importante para el diagnóstico de hidatidosis.

La ecografía es mencionada como un método útil para reafirmar la características quística del tumor, pero no la hemos utilizado. En cambio si creemos de valor a la tomografía axial computada, que además de definir el tipo quístico o sólido de la masa por su densidad, permite obtener detalles más finos de su topografía y de su relación con los órganos vecinos.

Una imagen tumoral del mediastino puede ser identificada como quística con la ecografía o la tomografía axial computada. Hecho esto solo resta pensar qué tipo de quiste puede ser, sin olvidar la hidatidosis. En algunos pacientes pueden ser necesarias técnicas radiológicas invasivas tales como la angiograma, la aortografía o la venografía, para diferenciar lesiones vasculares de verdaderos tumores que pueden simularlas. Finalmente debe mencionarse el centellograma con Tecnecio 99 que se fija a la mucosa gástrica de los quistes enterógénicos. La broncoscopia rígida (o la fibrobroncoscopia) es ineludible cuando se trata de quistes retró o paratraqueales o parabrônquicos, y para descartar o asegurar procesos inherentes a la vía aérea. La radiografía de la columna vertebral puede demostrar anomalías vertebrales. En estos casos puede presentarse comunicación del quiste con el espacio dural, demostrable con la mielografía. Su indicación debe hacerse cuando se descubren anomalías del canal medular en la radiografía convencional.

**Tratamiento**

Con excepción de los quistes pericardiocelómicos, cuva terapéutica puede discutirse, no hay dudas que todos los quistes del mediastino deben ser resecados.

Desde que Heuer y Andrus en 1940 comentaron varios casos de pacientes no operados que murieron por las complicaciones del quiste, su tratamiento quirúrgico es ineludible. Las peligrosas complicaciones que representan la infección, rotura, hemorragia, la compresión de otros órganos por el crecimiento del quiste y la probabilidad de algún cambio neoplásico, afirman esta conducta. Por otra parte en muchas oportunidades sólo pueden descartarse otros diagnósticos con el examen directo del tumor.

**Conclusiones**

1) El estudio de la literatura y el análisis de 2 casos tratados, permite establecer una clasificación
de los quistes endodérmicos del mediastino con fundamento histológicos y utilidad clínica.

2) La distinción entre el quiste broncogénico y el esofágico no es posible por el revestimiento epitelial, pero la presencia de glándulas bronquiales o cartílago en los primeros, y 2 capas musculares en los segundos, permite su diagnóstico. Ambos evolucionan en forma asintomática y son, por lo general, hallazgos de catastro.

3) Los gastroentéricos se caracterizan por su revestimiento epitelial. Las manifestaciones clínicas son habituales y su asociación con anomalías congénitas frecuentes.

**RESUMEN**

A propósito de 2 quistes endodérmicos del mediastino, uno de ellos intramural respecto al esófago, se efectuó una revisión bibliográfica y se propone una clasificación histológica. Se destacan 5 tipos de quiste: broncogénico, esofágico, gastroenterogénico, indeterminado y timico. Se consideran especificamente los 4 primeros, señalando las características microscópicas de la mucosa, submucosa y del estroma que permiten su diferenciación. Finalmente se detallan las manifestaciones clínicas de cada uno de ellos, y se enfatiza la necesidad de tratarlos quirúrgicamente.

**SUMMARY**

This paper refers 2 endodermic cysts of the mediastinum, one of them intramural as regards to the esophagus. A histologic classification is proposed with 5 types: bronchogenic, esophageal, gastroenterogenous, indeterminate and thymic. The first 4 are considered, pointing out their macroscopic mucosal, submucosal, and stromal characteristics that differentiate them. Their clinical manifestations are detailed and emphasis is made on the need of their surgical treatment.

**BIBLIOGRAFÍA**

TRABAJO ORIGINAL

MODIFICACION DE LA TECNICA DE NOBLE-CHILDLS-PHILLIPS

COMUNICACION PREVIA

Dr. Julio J. Dousset*

Del Servicio de Cirugía y Medicina de Urgencia, Hospital San Bernardo
Salta, Provincia de Salta

La preocupación del médico para evitar complicaciones oclusivas que sobrevienen en ciertas intervenciones abdominales, llevó a la concepción de distintas técnicas que orientarán la disposición de las adherencias. Fue así que Thomas Noble en 1917 puso en práctica la enterolipocutura, que actualmente lleva su nombre.

No obstante el avance que ello significó, el procedimiento cayó en descrédito por su alta mortalidad, por lo cual sufrió sucesivas modificaciones basadas en los mismos principios de Noble, buscando minimizar las complicaciones.

Actuando sobre el mesenterio, Childs y Phillips 2, Mc Carty-Scharf 3, Andreassian 1, Mettler y colaboradores 7, Logue 8, y practicando enterolipocuturas, Reynold y colaboradores 9, Thomeret 10, Miranda y García Iglesias 11, modificaron la técnica. En lugar de suturas también se han usado adherivos tisulares, como lo hicieron Ferrari y colaboradores 12, y Del Soldato y colaboradores 13. Se obtuvieron así mejores resultados, pero aún quedan casos donde la patología local o factores generales contraindican el procedimiento.

También nos ha preocupado el abandono intracavitario del material de sutura o sostén, que actuaría como un cuerpo extraño, manteniendo la supuración en los casos de peritonitis o como un anillo inextensible, frente al desarrollo del meso en el niño, o en la obesidad y embarazo donde el aumento del volumen y desplazamiento del mesenterio produciría trastornos neurovegetativos por estrangulación.

Teniendo en cuenta las observaciones clínicas de pacientes operados, donde las complicaciones oclusivas se presentan entre la 1ª y la 2ª semana de la intervención, se infiere que el proceso fibroplástico capaz de alterar la disposición anatómica del intestino se establece en este lapso y no más tarde, o sea que el tiempo necesario para la permanencia del tutor que permite las adherencias ordenadas, estaría dado teóricamente por este periodo durante el cual se produce la exudación fibrinosa. Esta reacción fibrinoplasticaría la creadora de las bridas que permanecerán en el abdomen, hasta que un factor coadyuvante produzca el episodio oclusivo alevado.

Es natural que este proceso inflamatorio se establezca durante los primeros días en presencia de la noxa irritativa y cese cuando ésta desaparezca, tal como lo han demostrado experimentalmente Gerstenstein y Grinspan 14.

Estas consideraciones, sumadas a la preocupación del cirujano al cerrar el abdomen cuando no puede prevenir la oclusión por contraindicaciones generales, locales o de tiempo, nos hizo poner en práctica la mesenterolipocutura con sostén de seda, temporalia con nudo externo.

TÉCNICA

Se presentan al ayudante opuesto, desde el lado derecho, 4 agujas de tejer adecuadas y equidis-
tantes entre sí. A partir del íleon y dejando un asa libre se forman otras de 15 a 20 cm que se insertan sucesivamente por su mesenterio a 1, 5 ó 2 cm del borde enteromesentérico. La primera asa yeyunal queda libre desde el ángulo de Treitz hasta la salida del extremo izquierdo proximal de la seda y en una extensión de 30 cm. Pasadas las agujas transmesentéricas, los hilos de seda se tensan por fuera de la cavidad, sosteniendo ordenadamente las asas intestinales como si fuera una "hamaca", luego aquéllas se ubican en el abdomen y los extremos de los hilos se disponen horizontalmente sobre la incisión. En esta misma línea y a 4 ó 6 cm de ambos bordes laparotómicos se exteriorizan los sedales en forma transparietal, pasándolos de peritoneo a piel con gran aguja triangular. Se anudan con adecuada tensión sobre tubos de goma. El nudo debe ser "rosa" de tal forma que puedan aflojarse en el postoperatorio, acorde con la eventual distensión (fig. 1).

Fig. 1.

CASUÍSTICA


RESUMEN

Se expone una variante de la técnica original de Noble: la mesenteropericliteura yeyunoileal con sosten de seda a nudo externo extraible a las 2 semanas. Los 3 casos tratados con este procedimiento no han tenido morbibilidad inmediata ni tardía, evolucionando favorablemente hasta la actualidad.

SUMMARY

A new technic, variation of the original Noble-Childs-Phillips operation: the jejunoileal mesenteric p'cture with external knotted heavy silk, which is removed 2 weeks later, is put to consideration; it prevents the complications caused by the original operation.

BIBLIOGRAFIA

TRABAJO ORIGINAL

HAMARTOMAS PULMONARES

18 CASOS OPERADOS

DRES. HORACIO ABRAMSON, HORACIO DELLA TORRE *, GUILLERMO DELLA RODOLFA,
C. K. DE CHIOCCA **, ROBERTO PACE Y ROBERTO LAMY ***

Del Servicio de Cirugía, Hospital del Tórax A. Cetrángolo, Vicente López,
Provincia de Buenos Aires

Siendo el hamartoma pulmonar un tumor de observación poco frecuente, creemos oportuno aportar a la casuística nacional nuestra serie de casos operados en el Servicio donde actuamos.

Considerando la historia de los hamartomas pulmonares en nuestro país, el primer caso que se publicó corresponde a un paciente operado por Escudero (comunicación efectuada por Goñi Moreno a la Academia de Cirugía en 1946). En 1947 se presentó otro caso operado por Taíana. En ambos casos se efectuó lobectomía.


En 1965 Brea y colaboradores 6 presentan un hamartoma endobronquial que requirió neumonectomía.

En 1969 Trigo, Olaciregui y Nakoseki 25 comunicaron 4 nuevos casos.

Ladoux y Mitelman 17 aportan otro caso en 1969 y recopilan la casuística nacional para ese entonces, contabilizando 50 casos.


MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 18 pacientes operados entre 1961 y 1983.

La edad promedio resultó de 62,5 años. Sólo un paciente tenía menos de 40 años en el momento de ser intervenido; 14 fueron hombres y 4 mujeres, predominio masculino que coincide con estadísticas internacionales más extensas 17-29.

Sintomatología: 15 pacientes cursaron asintomáticos; en los 3 restantes se consignó dolor en un paciente que presentaba como patología asociada un cáncer pulmonar, un paciente con un cáncer de mama con un cáncer pulmonar no identificado inicialmente y finalmente otro con neumonectomía endobronquial.

El tamaño fue menor de 3 cm de diámetro en 13 casos y mayor en los restantes. En 10 pacientes la localización fue pulmón izquierdo y en 8 en pulmón derecho. De los 18 casos, 17 pertenecían

* Jefe del Servicio de Cirugía.
** Jefe del Servicio de Anatomía Patológica.
*** Ex-Jefe del Servicio de Cirugía.

Recibido para su publicación el 12 de diciembre de 1984.
al grupo de los hamartomas intraparenquimatosos siendo el restante endobronquial.

**Broncoscopia:** 3 estudios fueron patológicos, encontrándose signos indirectos de neoplasia en 2 y signos endoscópicos directos en el tumor endobronquial.

**Tratamiento**

En todos los casos fue quirúrgico, empleando la toracotomía posterolateral amplía en 17. Esta vía de abordaje se justifica dado que en este tipo de tumores en casi el 100% de los casos no hay diagnóstico preoperatorio, y el campo debe ser propicio para cualquier tipo de resección. Habitualmente desinsertamos el serrato y seccionamos 1 ó 2 arcos costales en los torax rígidos. En un caso utilizamos la toracotomía axilar vertical ampliada.

Una vez localizado el tumor, los procedimientos fueron:

a) **Enucleación:** el más común (12 casos). Consiste en efectuar una pequeña incisión sobre el parénquima pulmonar con una mano, mientras que con la otra se luxa la tumoralción comprimiendo el parénquima de abajo hacia arriba. Con tijera roma se diseña el plano periluminal, tiempo fácil dada la diferencia entre el tumor capsulado y duro y el parénquima circundante. Posteriormente se procede a la aerostasis suturando el parénquima pulmonar.

b) **Resección pulmonar atípica:** está indicada cuando se desea extirpar el tumor sin enuclearlo y se localiza periféricamente. Consiste en colocar 2 "clamps" en el parénquima de fuera hacia adentro, a una distancia de 5-6 mm del borde tumoral, haciendo coincidir los extremos de ambos "clamps" por dentro del extremo interno tumoral. Se secciona el parénquima por sobre éstos y se finaliza obliterando el pulmón con sutura manual o mecánica. Lo empleamos en 3 oportunidades.

c) **Exéresis:** Está indicada en tumores de gran tamaño, en hamartomas próximos al hilio loblar o pulmonar, o cuando coexisten con otra patología de resección: supuraciones, carcinomas, etc. Tenemos en la serie 3 lobectomías, una de ellas ampliada a pared.

**Patología asociada:** un caso presentó un tumor invasor al mediastino, irresceable, en el segmento posterior; junto al tumor se encontraba el hamartoma, que fue enucleado. Otro paciente presentó en el lóbulo superior derecho la extraña asociación de 3 formaciones tumorales: un carcinoma epidermoide invadiendo pared, un tuberculoma y un hamartoma. Se efectuó lobectomía ampliada a la pared; el último control hospitalario se consigna en la historia 4 años después, aparentemente sin recidiva.

**Complicaciones:** tuvimos supuración de la toracotomía en un caso; 1 aletectasia que curó con broncoscopia; 1 hemotórax pequeño que se resolvió con 2 punciones evacuadoras; 1 empiema que curó en 20 días; 1 síndrome de respiración paradojica en un paciente con lobectomía ampliada a la pared. No hubo mortalidad.

**Diagnóstico:** si tomamos en consideración los hamartomas como única patología, en ningún caso obtuvimos diagnóstico preoperatorio.

**Consideraciones**

El hamartoma pulmonar es una rara variedad de tumor pulmonar benigno que constituye aproximadamente el 0,25% de los hallazgos necrópsicos, según trabajos extranjeros 13-14 y el 0,25% de acuerdo a un trabajo nacional publicado sobre 11.859 autopsias del Instituto "T. Suvini" 15. Se trata de un tumor mesenquímático conocido por múltiples sinónimos, entre ellos: fibrocondrolipoma, fibroma, condroma, fibroliopcondroma, etc. Puede hallarse en cualquier órgano siendo los más habituales: hígado, riñón, bazo y pulmón 1-11.

El término "hamartoma" fue usado por primera vez por Albrecht 1 en 1904 para describir una mezcla anormal de componentes tisulares normales para el órgano en el cual se encuentran. Por lo tanto el hamartoma pulmonar es el tumor que resulta del crecimiento no balanceado, expansivo, no infiltrativo, de tejidos normalmente presentes en el pulmón.

Suelen ser tumores únicos pero se han comunicado múltiples y pueden estar asociados a otra patología: fibromas, lipomas, carcinomas, etc. 14.

Existen 2 variedades de hamartomas pulmonares: la denominada forma clínica "difusa", característica del recién nacido, poco frecuente, que se halla constituida por múltiples y pequeños tumores periféricos de mesénquima indiferenciado en el cual se hallan espacios quísticos tapizados por epitelio mucosecrecente de tipo intestinal. Este tumor tendría su origen, según Waddell 15, en una falla del desarrollo mesenquimático.
La forma circunscripta es la habitual; contiene isletos de cartílago, siendo la mayoría periféricos. Menos frecuentemente pueden ser centrales o endobronquiales (Waddell, 1949 cit.18).

Evolucionan asintomáticos siendo diagnosticados habitualmente por revisaciones periódicas o exámenes catastrales. Algunos casos pueden presentar tos y expectoración, en especial la forma endobronquial. La comprensión y obstrucción crónica de la vía aérea puede llevar a la supuración pulmonar.

Radiología: se visualizan como imágenes nodulares redondeadas u ovoides, de límites precisos, densas, que pueden presentar áreas de calcificación. Son de crecimiento muy lento.

Broncoscopia: excepto en la forma endobronquial, no hay datos positivos endoscópicos, aún con la fibroscopia.

Diagnóstico diferencial: se plantea con las numerosas enfermedades que presentan imágenes nodulares. Entre las más frecuentes, deben considerarse: tuberculosis (tuberculomas), hidatidosis, carcinoma broncogénico, micosis, metástasis pulmonares únicas, etc.

No estamos de acuerdo con la punción pulmonar con aguja ultrafina en forma indiscriminada. En 1er. lugar, porque el diagnóstico, si se obtiene, no hará variar la conducta quirúrgica; en 2º lugar, por las complicaciones propias de ese proceder (hemorragías, neumotórax); en 3er. lugar, por la posibilidad en nuestro medio de complicar una hidatidosis pulmonar innecesariamente. La indicamos, eso sí, en un paciente con formal contraindicación quirúrgica por patología cardíaca, respiratoria, renal, senilidad, etc.

Histología: en la mayoría de los casos el estudio inicial histológico es una congelación intraoperatoria. Nos limitaremos a la descripción de la forma circunscripta, ya que es la que corresponde a nuestra casuística.

Macroscopia: la mayoría de los hamartomas se encuentra en la periferia pulmonar sin conexión bronquial, bien circunscritos con una aparente cápsula que permite al cirujano encuadrarlos fácilmente. Varían de tamaño desde unos pocos milímetros a 20 cm de diámetro, pero por lo general tienen un tamaño de 2 a 5 cm. Son ovoides, irregulares, lobulados, firmes, elásticos, blanco nacarados si contienen abundante cartílago y amarillentos si predomina el tejido adiposo.

Algunos de estos tumores crecen como masas polipoideas endobronquiales 15, Hodges informa que el 15% de los hamartomas son endobronquiales, produciendo complicaciones adjudicables a la obstrucción bronquial: neumonías, bronquiectasias, supuraciones, etc.

Microscopia: generalmente el tumor no se encuentra histológicamente tan circunscripto y clásico como se podría inferir por la macroscopia, pudiendo extenderse a lo largo de los septos alveolares peritumorales.

El componente mesenquímico es variable. Se observan áreas fibromixoideas laxas, tejido adiposo y cartilago en estadios variables de maduración. Es invariablemente benigno, pudiendo tener áreas calcificadas y aún osificadas. Entre estos componentes mesenquímicos hay hendiduras revestidas por epitelio cilíndrico ciliado. La mayoría de las opiniones convergen considerándolos como espacios aéreos preexistentes incorporados pasivamente al tumor 2-12. En las lesiones endobronquiales el componente epitelial no es llamativo.

Conclusiones
A pesar de la benignidad del hamartoma, creemos que la conducta es la extirpación quirúrgica. Se trata habitualmente de pacientes con nódulo único, donde no hay diagnóstico preoperatorio y es imposible descartar un carcinoma. Por otra parte el tratamiento quirúrgico más aconsejable y utilizado en todas las series, la enucleación, tiene una perfecta tolerancia, mínima repercusión funcional y escasa o nula morbimortalidad. Hay que enfatizar la ineludible presencia durante la operación del patólogo experimentado, para efectuar congelación y evitar exéresis innecesarias.

En nuestra serie los procedimientos quirúrgicos económicos (enucleación y resección atípica) fueron los más empleados: 15 sobre 18 casos, correspondiendo a 12 enucleaciones y 3 resecciones pulmonares atípicas. En los 3 restantes se empleó la lobectomía. En uno por asociación con carcinoma epidermoide y tuberculoma, en otro por la presencia de un tumor endobronquial de amplia base de implantación que hizo preferible la exéresis lobar frente a la resección "en manguito", dado el excelente funcionamiento pulmonar y la mayor dificultad técnica y morbimortalidad de dicho procedimiento. En el 3er. caso había un diagnóstico preoperatorio...
de carcinoma epidermoide poco diferenciado obtenido por inclusión de lavado bronquial. La evolución posterior demostró tratarse de un "falso positivo". No se efectuaron neumonectomías y no hubo mortalidad.

En 2 pacientes la patología asociada fue el carcinoma pulmonar. En un paciente se presentó la infrecuente forma endobronquial.

**RESUMEN**

Se presentan 18 casos de hamartomas pulmonares, tratados quirúrgicamente, 12 enucleaciones, 3 resecciones atípicas y 3 lobectomías. No hubo mortalidad.

**SUMMARY**

The authors present 18 cases of hamartoma of the lung surgically treated, 12 enucleations, 3 atypical resections and 3 lobectomies. There was no mortality registered.

**BIBLIOGRAFÍA**

MANEJO DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON VASOPRESINA

DRES. RAFAEL MORA * Y JOSÉ F. PATIÑO **

Del Centro Médico de los Andes, Bogotá, Colombia

La hemorragia masiva del tracto gastrointestinal constituye una emergencia clínica que todavía significa un gran desafío para la medicina por la elevada mortalidad que produce.

El tratamiento quirúrgico de emergencia en los pacientes que presentan esta complicación se encuentra asociado con morbimortalidad importante, lo cual ha impulsado el estudio de otros medios menos drásticos para su manejo. Ninguno de ellos ha demostrado por sí solo ser la solución definitiva; algunos de los mencionados a continuación están en fase experimental; otros han sido descartados del armamento terapéutico; finalmente, otros son aplicables sólo en determinados tipos de hemorragia o bajo condiciones especiales. Sin embargo, puede decirse que actualmente existen suficientes recursos terapéuticos para el control de la hemorragia gastrointestinal masiva sin necesidad de acudir en primera instancia al tratamiento quirúrgico.

Se ha empleado la electrocoagulación endoscópica 39-53 y el rayo láser 15 para ciertas lesiones del tracto gastrointestinal alto, tales como úlceras duodenales y gástricas, gastritis hemorrágica y síndrome de Mallory Weiss.

La embolización de las arterias sangrantes con oclusión transitoria o definitiva de las vasos es otro método en boga. Se utilizan diversos agentes que incluyen coágulos autógenos, Gelfoam, Ivalon y bobinas de acero 1,41. Aunque inicialmente esta terapia se usó como de segunda elección y en el área gástrica y duodenal únicamente, en la actualidad existe tendencia a emplearla en primera instancia y, además, en el tracto gastrointestinal bajo. La oclusión vascular con catéteres que poseen balones inflables en su extremo y que pueden ser dejados permanentemente es otra alternativa 45-51.

La compresión de las varices del esófago por sondas como la de Sengstaken Blakemore, es bien conocida, sola o con el empleo de sustancias esclerantes. La escleroterapia endoscópica gana adeptos rápidamente y ha probado ser un método efectivo en el manejo de varices esofágicas sangrantes 46-47.

El empleo de agentes vasoconstictores ha sido investigado extensamente; el principio común en todos ellos es su contribución al proceso de la hemostasis por la vasoconstricción del lecho esplácnico y disminución del flujo y presión sanguínea en estas áreas. La epinefrina, la norepinefrina y la angiotensina se han empleado en infusión intrarrrenal 51-62. Sin embargo, la presión portal se eleva en lugar de disminuir, por lo cual no tienen utilidad práctica en el control de las varices esofágicas sangrantes 31. Además, el efecto vasoconstrictor postinfusión es corto (4 a 5 minutos) y es seguido de un aumento del flujo sanguíneo por encima de los valores preinfusión 31-33. Lo anterior ha hecho que se abandone su uso.

La somatostatina que disminuye el flujo esplácnico y portal 27-33,45, las prostaglandinas vasoconstictoras como el PGF2α PGB2 36 y el propranolol
con efectos a largo plazo sobre la presión portal se han empleado clínicamente con resultados variables y su utilidad aún no ha sido definida.

La vasopresina o pitresina, la cual actualmente se prepara por síntesis o a partir de la hipófisis posterior de animales mediante la separación de la ADH de la hormona oxitocina, ha sido empleada para controlar la hemorragia gastrointestinal desde hace mucho tiempo. En 1985, Oliver notó el efecto vasopresor de los extractos de hipófisis y la reducción de la presión portal fue observada por Clark en 1928. En 1956 Kehne logró, por primera vez, controlar la hemorragia de várices esofágicas con pituitrina en dos pacientes y, desde entonces, la vasopresina se ha utilizado ampliamente en el tratamiento médico de la hemorragia proveniente del tracto gastrointestinal por vía venosa o arterial. Los resultados obtenidos han sido variables y, de acuerdo al grupo de estudio en particular, considerados satisfactorios o malos.

La infusión intrarterial de vasopresina no resulta en un control de la hemorragia significativamente mayor que la infusión en una vena sistémica periférica. Por otra parte la infusión arterial se acompaña de una morbilidad relativa al uso del catéter que no es despreciable. Por ello actualmente se prefiere la administración intravenosa periférica, a menos que ya se haya instalado un catéter intraarterial para angiografía selectiva.

El presente trabajo evalúa el uso de vasopresina como medida terapéutica temporal o definitiva en un grupo de pacientes consecutivos con sangrado masivo del tracto gastrointestinal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 36 pacientes consecutivos con hemorragia del tracto gastrointestinal manejados en la Clínica de Marly, el Hospital General Universitario de La Samaritana y el Centro Médico de los Andes de Bogotá, en el periodo comprendido entre enero de 1981 y enero de 1984.

Treinta y cinco de los pacientes (97,2%) presentaban hemorragia severa, definida por la necesidad de transfundir 2 o más unidades de sangre, siendo las causas más frecuentes del sangrado la úlcera gástrica (27,7%) y la úlcera duodenal (25%) (cuadro 1).

El sitio de la hemorragia fue establecido por endoscopia en 33 casos (91,6%) y por arteriografía en 3 (8,3%). La edad promedio fue de 60,5 años, con oscilación entre 16 y 90. Sólo uno de los pacientes (2,8%) requirió tratamiento quirúrgico para su hemorragia digestiva. Este paciente inicialmente presentó una úlcera gástrica sangrante y sólo se aplicaron 2 bolus de 20 U de vasopresina cada uno; en el período postoperatorio hizo recurrencia de la hemorragia y fue manejado con vasopresina de acuerdo al régimen establecido en este trabajo, con control definitivo de la hemorragia.

Los demás pacientes recibieron manejo no operatorio, a pesar de que el 97,2% de ellos tenía uno o más de los criterios que habitualmente se consideran indicativos de tratamiento quirúrgico (cuadros 2 y 3).

Los pacientes fueron resultados con cristaloideas y sangre total o glóbulos rojos. Se les colocó bajo monitoría electrocardiográfica continua o, en su defecto, se realizaron trazados electrocardiográficos antes, durante y después de administrar la vasopresina. El cuadro 4 resume el compromiso cardiovascular existente antes de la iniciación del tratamiento con vasopresina. En todos los casos pudo deter-
hematócritico y de hemoglobina y por estudio con isótopos radioactivos en algunos casos.

Se consideró que la hemorragia digestiva se había controlado por la vasopresina si esta cesó con restablecimiento definitivo de la estabilidad hemodinámica y del estado general, no importa el número de episodios de recurrencia del sangrado durante la hospitalización y cuándo el paciente fue dado de alta sin necesidad de intervención quirúrgica.

La mortalidad se estimó para el período de hospitalización únicamente.

RESULTADOS

Se logró control de la hemorragia en 34 pacientes (94,4%) con el esquema de tratamiento descrito, evitándose así la necesidad de una intervención quirúrgica de emergencia.

En 2 casos falló el manejo con vasopresina: el primero de ellos, un paciente de 16 años con un cuadro de fiebre tifoidea y hemorragia a partir de ulceración en el ileon terminal que no respondió a la infusión continua de 300 unidades de vasopresina (1 unidad por minuto); no hubo signos de vasocostricción ni de disminución de la hemorragia. El paciente presentaba trombocitopenia importante (< de 50,000 plaquetas/ml). Fue embolizada la arteria sangrante con Gel-foam, con lo cual cedió la hemorragia. El segundo caso fue el de un paciente de 90 años con úlcera duodenal crónica, en quien la vasopresina controló varios episodios de hemorragia recurrente. Sin embargo, el paciente desarrolló falla multisistémica que se inició por falla cardiopulmonar coincidente con los elevados volúmenes de líquidos administrados y, tal vez por el efecto de sobrecarga cardíaca de la vasopresina. El paciente falleció.

La mortalidad global fue de 8,3% (3 pacientes): el caso mencionado anteriormente y 2 pacientes quienes desarrollaron úlceras de estrés en el postoperatorio después de pancreatectomía por cáncer y laparotomía para drenaje de peritonitis, respectivamente. En ellos la hemorragia fue controlada y fallecieron posteriormente por su enfermedad de base.

El cuadro 5 muestra otras características sobresalientes en este estudio.

El 73% de los pacientes presentó algún tipo de complicación. Las complicaciones consecutivas al uso de vasopresina se presentan en los cuadros 6 y 7. El 63,9% exhibió complicaciones cardiovascu-
Entre las demás complicaciones las más frecuentes fueron el vómito, la diarrea, los cólicos abdominales y la palidez mucocutánea.

**DISCUSIÓN**

Los efectos fisiológicos de la vasopresina sobre la circulación espláncica y sistémica han sido bien estudiados. La vasocostricción, que es dosis-dependiente, afecta las arteriolas en primer lugar y los vasos mayores cuando la dosis es más alta. Este efecto es explicado por las modificaciones que produce el contenido de AMPc de las células del músculo de los vasos arteriales y afecta la generalidad del sistema arterial, tanto por vía endovenosa como intrarterial. En el lecho espláncico se produce una disminución del flujo arterial y de la presión portal, efecto que se prolonga hasta por 30 minutos después de suspendida la administración vasopresina; la producción de ácido gástrico se reduce notoriamente; todas estas circunstancias explican el mecanismo de control de la hemorragia. El efecto de la administración endovenosa sobre el flujo arterial espláncico es de un 15 a 20% menor que la administrada intrarterialmente para dosis iguales.

El efecto sistémico es consecuencia de la vasocostricción y disminución de la provisión de oxígeno a los tejidos, incluso al hígado. Hay vasocostricción cutánea y palidez consecuente, hipertensión arterial y bradicardia, disminución del gasto cardiaco por disminución del flujo coronario y aumento de la postcarga. En presencia del incremento en la postcarga por vasocostricción generalizada, se produce depresión de la función miocárdica con el menor flujo coronario y tal vez por un efecto directo tóxico de la vasopresina sobre el miocardio. En casos de función cardíaca disminuida se puede precipitar la falla aguda del miocardio. Las arritmias son frecuentes. Estos efectos circulatorios constituyen una contraindicación al uso de la vasopresina en pacientes con hipertensión arterial de significación y con falla cardíaca aguda.

En el presente estudio, hasta un 69.4% de los pacientes presentaba patología cardiovascular preexistente y sólo 2 desarrollaron complicaciones cardiovasculares importantes, consistentes éstas en falla cardíaca izquierda, la cual fue corregida satisfactoriamente en uno de ellos. Con las excepciones mencionadas, la administración de vasopresina endovenosa en dosis recomendadas (0.2-1.0 unidad por minuto) y preferiblemente en bolos de 20 unidades con intervalos de 30 minutos, dado que su efecto se prolonga por este periodo. Es
en un procedimiento eficaz y relativamente seguro. La monitoria electrocardiográfica y la administración de oxígeno son medidas útiles. El empleo de antiarrítmicos, coadyuvante con la disminución o suspensión transitoria de la droga, corrigió las arritmias en la mayoría absoluta de los casos. El uso de nitroprussiato 15 y otros vasodilatadores 6 ha sido propuesto como profilaxis de los trastornos del flujo coronario, pero algunos estudios no han mostrado tal efecto 22.

La musculatura lisa intestinal se contrae al administrar vasopresina y esto explica los síntomas de cólico abdominal, diarrea y vómito que se presentan con las dosis usuales.

Casi todos los pacientes desarrollan los efectos de la hormona antidiurética después de periodos variables, con retención hídrica e hiponatremia dilucional.

Se han descrito otras complicaciones diferentes de las observadas en este grupo de pacientes, como son la necrosis de los tejidos por extravasación de la vasopresina 21 el compromiso intestinal por isquemia 18, el infarto del miocardio 5-17 y la peritonitis 19; la reducción de la actividad metabólica hepática en pacientes cirróticos, como consecuencia de la reducción en el flujo sanguíneo, podría tener efectos adversos 2.

La eficacia de la vasopresina en el control de la hemorragia del tracto gastrointestinal ha sido evaluada en múltiples trabajos experimentales y clínicos y en general existe un consenso sobre su efectividad como medida que logra un control temporal de la hemorragia, lo cual permite iniciar otras medidas terapéuticas, o definitivo en algunos casos, especialmente en aquellos que sangran como consecuencia de úlceras de estrés 23-35-44. Su uso no es recomendable en aquellos pacientes que presentan hemorragia como consecuencia de erosión arterial en úlceras pépticas crónicas. Las complicaciones que pueden presentarse con su uso, desde los episodios isquémicos y los cólicos abdominales hasta la hipertensión, hacen que la vasopresina sólo sea utilizada cuando haya evidencia objetiva de su utilidad 45.

En el cuadro 8 se presentan los resultados de varios estudios prospectivos aleatorizados, los cuales son comparados en el presente trabajo. Los resultados disímiles en éstos y en muchos otros estudios pueden deberse a la multiplicidad de variables que intervienen, como son la causa e intensidad de la hemorragia, la edad, la dosis y forma de administración de la vasopresina, las características de los casos que se consideran quirúrgicos y a la interpretación de los resultados.

Resumen

El empleo de la vasopresina en el control de la hemorragia severa del tracto gastrointestinal constituye un arma eficaz en el manejo inicial de esta emergencia clínica. Su uso requiere un adecuado conocimiento de los efectos que produce sobre el sistema cardiovascular y exige una cuidadosa monitoría en el curso de su administración. La hipertensión arterial y la falla cardíaca inminente o esta-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autor</th>
<th>N° de casos</th>
<th>Causa del sangrado</th>
<th>Control con vasopresina</th>
<th>Control sin vasopresina</th>
<th>Mortalidad</th>
<th>Promeedio unidades de sangre aplicadas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Conn 11 1975</td>
<td>60</td>
<td>Varices esofágicas: 55 %</td>
<td>71 % (20 de 28)</td>
<td>28 % (9 de 32)</td>
<td>55 %</td>
<td>5.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Johnson 25 1977</td>
<td>25</td>
<td>Varices esofágicas: 100 %</td>
<td>56 %</td>
<td>36 %</td>
<td>7.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mañez 28 bis 1980</td>
<td>38</td>
<td>Tracto gastrointestinal alto: 71 %</td>
<td>44 % (8 de 18)</td>
<td>15 % (3 de 20)</td>
<td>45 %</td>
<td>12.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Fogel 18 1982</td>
<td>60</td>
<td>Varices: 35 % T.G.S.: 45 %</td>
<td>58,6 % (17 de 29)</td>
<td>45 % (14 de 31)</td>
<td>32 %</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CUADRO 8
Estudios prospectivos controlados sobre manejo de hemorragia digestiva
blecida constituyen contraindicación para su uso, puesto que estas condiciones clínicas pueden ser agravadas por la vasopresina. No debe insistirse en su uso en algunas condiciones en las cuales el origen de la hemorragia hace necesaria una pronta y oportuna intervención quirúrgica, tal como ocurre en la hemorragia por erosión arterial mayor en úlceras pépticas crónicas. Igualmente, aparece inadecuado insistir en su uso como único agente terapéutico en presencia de alteraciones de los factores de coagulación.

Este trabajo parece demostrar que las indicaciones para tratamiento quirúrgico de emergencia de la hemorragia gastrointestinal se reducen con el empleo de vasopresina y de las medidas de soporte general, especialmente en pacientes en estado crítico en quienes la intervención operatoria se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Los resultados obtenidos pueden considerarse como muy satisfactorios en el manejo de este grupo de pacientes con hemorragia severa del tracto gastrointestinal.

**Summary**

Vasopressin is an effective therapeutic approach in the initial management of severe gastrointestinal bleeding. Its use requires adequate knowledge of the cardiovascular effects and accurate monitoring during its administration. Arterial hypertension and imminent or established cardiac failure contraindicate vasopressin use. It is not advisable to insist in the use of vasopressin in certain circumstances like gastrointestinal bleeding from arterial source in chronic peptic ulcer in which the prompt surgical management is indicated. Coagulation disorders also make this therapy ineffective.

This work suggests that the indications for surgical treatment of gastrointestinal bleeding are reduced with the use of vasopressin and the general support measures, especially in high risk patients in whom surgical management has increasing morbidity and mortality. These results can be considered satisfactory for the therapeutic management of severe gastrointestinal bleeding.

**Bibliografía**


CASUÍSTICA

MACROGLOSIA CONGENITA GIGANTE

DR. ALFREDO F. BULOS *

De la 1ª Cátedra de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Provincia de Tucumán

Se denomina macroglosia al "aumento difuso de la lengua que llega a adquirir tales proporciones que pierde su derecho de domicilio en la boca, manteniéndose exteriorizada a través de las arcadas dentarias y de los labios" se las puede clasificar en esenciales y secundarias⁵. Las esenciales son ra-
ras, aparecen en el niño en forma espontánea y se desarrollan lentamente hasta adquirir gran tamaño, producen deformidad del maxilar y arcada dentaria con hipertrofia papilar y aumento de consistencia.

Las secundarias son consecutivas a mordeduras y/o heridas desgarradas que determinan una mala circulación venosa-leyfática y un edema crónico. En otros casos pueden ser fugaces como en la intoxicación por ruda, pica dura de ciertas hormigas, edema angioneurótico, etc. y en otros tumoral o muscular-hipertrófico (idiotas, cretinos, mogólicos). También existen otras que obedecen a causas raras: amiloïdosis, glucogenosis, neurofibromatosis difusa y acromegalia con pseudo hipertrofia⁹.

En los angioomas difusos en niños se la inten
tado la roentgenoterapia con variados resultados. Cuando hay hipertrofia e hiperplasia muscular se debe hacer tratamiento quirúrgico⁴⁻⁸.

Se ha informado de casos de síndrome de Wie
demann-Beckwith con nefroblastoma y meásta-
sis, aparentemente curados con cirugía, quimio
terapia y radiaciones⁹. Presentamos un enfermo tra-
tado con cirugía.

---

* Docente Autorizado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán.
Recibido para su publicación el 5 de noviembre de 1984.

---

Caso: R. A. C., 2 años y 3 meses de edad. Motivó la consulta la dificultad deglutitória (macroglosia). Relató su madre que desde el nacimiento llamaba la atención el tamaño de la lengua que protrúa fuera de la cavidad bucal y crecía lentamente hasta adquirir el tamaño actual. Esto le fue creador de problemas de succión, ingestión, masticatio-
No había datos de patología prenatal, Parto normal, llanto inmediato. No hubo cianosis. Sus antecedentes de madura-
ción eran deficitarios. No había evolución psicomotriz cor-

Al examen la lengua hipertrófica sobresalía de la cavidad bucal 5 cm, con un espesor de 2,5 cm, ensanchándose en la base. Superficie dorsal seca, con lesión media costrosa y erizado seroso. Ulecercia en la punta. La pulsa
donova provoca dolor. No se palpaba tumor delimitado. El au-
tento de tamaño era uniforme. Mantén la forma, pero su consistencia se encontraba aumentada y las papilas hiper
trofiadas. Deformación de arcadas dentarias. Números

No se palparon adenopatías cervicales. Resto del examen normal (fig. 1 a).

Protocolo quirúrgico: Anestesia general. Intubación endo
troquial por vía nasal. Se exteriorizó la lengua y se pro-
dió a efectuar resección siguiendo una línea anterior y pa-
rarelal, a 0,5 cm de la V lingual. Se continuó con una in-
cisión a 1,5 cm de los bordes y se dirigió la sección hacia la punta, resecando la por encontrarla con lesiones por ex-
posición. La reconstrucción se realizó dejando bordes sanos y rehaciendo longitud, espesor y ancho. Recepción para con-
servar forma, movilidad, gusto, sensibilidad y apetito para hablar (fig. 1 b). Se obtuvo buena evolución inmediata. Al 3º día comenzó alimentación por boca, al 5º día reha-
bilitación mandibular, alta en buen estado en el 10º día.

---

* Docente Autorizado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán.
Recibido para su publicación el 5 de noviembre de 1984.
La anatomía patológica mostró agrandamiento de las fibras musculares y espesamiento del epitelio, con incremento del tejido conectivo intersticial y subepitelial (fig. 2).

DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada se relatan diversos casos de macroglosia asociada a otras patologías y asimismo, transitorias consecutivas a biopsias o linfangiomas circunscriptos ².

El síndrome de Wiedemann-Beckwith constituye la mayor frecuencia de casos de macroglosia asociada a onfalocele y gigantismo. Dentro de esta variedad clásica se relatan circunstancias en las cuales los enfermos padecían una combinación de patologías congénitas, por ejemplo: nefromas mesoblasticos, tejido nodular renal ¹⁴, disgenesias quísticas pancreáticas, citomegalia de la corteza adren al, carcinoma suprarrenal, hiperplasia e hipertrofia de los islotes de Langerhans, hipoplasia tímica y del tejido linfático ¹⁷, deformidades maxilofaciales ³, hipoglucemia ¹, hipotiroidismo ¹⁴, etc. Es común la macroglosia asociada a protagnotismo maxilar en la cual la resección parcial de la lengua está indicada para evitar la recidiva. También se hace referencia al carácter hereditario recesivo ³-¹⁵.

El síndrome de Wiedemann-Beckwith podría deberse a una mutación tardía ¹² y debe tenerse en cuenta su potencial oncogénico ¹³. Las causas del gigantismo y las visceromegalías son desconoci das.

El diagnóstico diferencial de macroglosia puede ser el punto de partida para detectar un desorden general no reconocido.

RESUMEN

Se presenta una enferma con macroglosia no asociada a otra patología detectable, tratada quirúrgicamente con buen resultado inmediato y re-
cuperación de la forma, función alimentaria, palabra, movimiento y gusto.

Summary

The authors present a patient with macroglossia, not associated to any other detectable pathology. She was surgically treated, with good immediate postoperative results and recuperation of its form, alimentary function, speach, movement and taste.

BIBLIOGRAFIA

14. Taylor W. N.: Urological implications of the Beckwith-
16. Wittmann A.: Macroglossia in acromegaly and hipohy
CASUÍSTICA

ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA COMÚN

DRES. EDUARDO MIRANDA, DIDIER JACQUIN **, MICHELLE ZEISSER ** Y
ABEL SHILLY ***

Del Servicio de Cirugía A, Hospital Civil, Estrasburgo, Francia

El aneurisma de la arteria hepática es una afec-
tión poco frecuente. Si se lo sospecha deben em-
plearse todos los métodos disponibles para detec-
tarlo precozmente, para prevenir el riesgo de su
ruptura, mediante un tratamiento quirúrgico ade-
cuado, cuando la edad y el estado general del
paciente lo permitan.

La mayor parte de estos aneurismas, sin em-
bargo, son hallazgos en el curso de un examen
radiológico o durante un acto operatorio practi-
cado por otra causa.

La observación que presentamos es un aneuris-
ma de la arteria hepática común en una paciente
restigo de Jehová, indicando que la etiologías más
frecuentes, evidenciando las dificultades diagnós-
ticas y el problema presentado en el manejo anes-
tésico planteado por la imposibilidad de realizar
transfusiones sanguíneas por sus críscas religio-
sas en una intervención con alto riesgo de hemor-
ragia.

Observación N° 70,629/84: V.M., hospitalizada
desde el 27-2-1984 hasta el 12-3-1984. Se trataba
de una paciente de 53 años, testigo de Jehová, que
presentó desde algunos meses antes, epigastralgias
con crisis paroxísticas postprandiales, no calmadas
por la alimentación y sin alteración del estado
general.

La radiografía simple del abdomen mostró una
calificación redondeada de 2 cm de diámetro a
la altura del disco intervertebral D12-L1. La radi-
ografía del esófago-estómago-duodeno era nor-
mal.

El examen ecográfico del hígado, vías biliares,
páncreas y retroperitoneo era normal pero reve-
lab, por el contrario, un origen común para el
tronco celiaco y la arteria mesentérica superior.
Además, por encima de la cabeza del páncreas
se observaba una calificación que podía estar en
relación con un aneurisma calcificado de la arteria
hepática común justo antes del origen de la arteria
gastroduodenal.

La arteriografía del tronco celiosmentérico (de
frente y en posición oblicua) confirmó un aneu-
risma del borde superior de la arteria hepática
común, inmediatamente antes del origen de la ar-
teria gastroduodenal. Sobre la placa del tiempo
venoso se observa estasis del producto de contраст-
ú en el saco aneurismal (fig. 1 a).

Los exámenes biológicos de laboratorio y en
particular los "tests" de la función hepática practica-
dos en el preoperatorio no revelaron alteraciones.

El 9 de marzo de 1984 practicamos la inter-
vención por vía subcostal bilateral. Esta paciente
planteaba para el anestesista el problema de cir-
ugirla con riesgo de hemorragia, en un creyente
testigo de Jehová, que rechazaba toda transfusión.
Se debía limitar entonces al máximo la pérdida de
sangre intraparatoria manteniendo una coagulación
sanguínea correcta en razón del tipo de cirugía
practicada y la posible necesidad de suturas vascu-
lares.

* Jefe de Clínicas,
** Anestesiosta.
*** Jefe del Servicio.
Recibido para su publicación el 6 de septiembre de 1984.
Con este objetivo se utilizaron, dos técnicas conjuntamente. Primero, la hipotensión controlada a mínimo, en el período que fue desde la incisión operatoria hasta algunos minutos antes del desclampeaje y obtenida mediante la inyección de nitroglicerina, por bomba, a una dosis variable entre 1 y 8 gamma/kg/min, lo cual permite mantener una presión arterial media cercana a los 60 mm/Hg. A esta hipotensión controlada se asoció hemodilución normovolémica intencional con autotransfusión por reperfusión inmediata, técnica aceptada por los testigos de Jehová. Para ello se extrajeron 500 cm³ de sangre por medio de una cánula arterial y fueron reemplazados en sus 2/3 partes por macromoléculas tipo plasmión y en 1/3 por cristaloides. La sangre así extraída es retransfundida a razón de 2 a 3 cm³/h y restituida después del tratamiento del aneurisma. El hematocrito puede ser mantenido alrededor de 30% durante toda la hemodilución y reencontrar sus valores normales después de la restitución sanguínea total.

El procedimiento quirúrgico consistió en una incisión de la parte flácida del pequeño epíplón, con rechazo del estómago y de la parte móvil de la 1º porción del duodeno hacia abajo, permitiendo un abordaje amplio de la bifurcación de la arteria hepática común y del aneurisma. Seguidamente practicamos la disección del pedículo hepático permitiendo el aislamiento de la arteria hepática propia, de la gastroduodenal y de la arteria hepática común proximal al aneurisma. Los tres vasos fueron reparados y el aneurisma fue diseccionado hacia adelante y abajo rechazando el borde superior del páncreas, y hacia atrás, para despegarlo de sus adherencias al tronco venoso esplénomesenterico y al origen de la vena porta. Se comprobó que era posible la resección simple del aneurisma que no avanzaba sobre la bifurcación arterial. Las 3 arterias fueron clampedadas, la arteria hepática común seccionada inmediatamente después del aneurisma y al ras de la bifurcación. La brecha así creada fue suturada con un surjet de prolene 6/0. Después del desclampeaje la permeabilidad fue correcta y sin pérdida. Finalmente se realizó la aneurisnectomia y la arteria hepática común fue ligada en su origen sobre el tronco celíaco (fig. 1 b).

La evolución postoperatoria fue simple. Los “tests” hepáticos permanecieron normales, en particular las pruebas de coagulación sanguínea. La arteriografía de control del tronco celíosmesenterico mostró buena vascularización arterial hepática por intermedio de la gastroduodenal en contracorriente (fig. 1 c).

DISCUSIÓN

Los aneurismas de la arteria hepática ocupan el segundo lugar en frecuencia, luego de la localización esplénica; predominan en el sexo masculino (60%) y la edad media en el momento de su descubrimiento es de 38 años 1.

El factor principal en su patogenia es la arteriosclerosis, responsable de aproximadamente la mitad de los casos. Con menos frecuencia estos aneurismas son congénitos (S. de Marfan y de Ehlers Danlos) o secundarios a procesos infecciosos generalmente inespecíficos (bacterianos o micóticos), a traumatismos accidentales o quirúrgicos, a ciertas displasias vasculares de la capa media (embarazo) y más raramente a enfermedades del tejido conectivo (periarteritis nodosa).

El hallazgo de un aneurisma de la arteria hepática, aun en la actualidad, es accidental o consecuencia de una complicación, debido a que su sintomatología es inespecífica y en general no aporta elementos que hagan fácil su sospecha. La búsqueda de un aneurisma de la arteria hepática debe ser hecha ante todo dolor abdominal inexplicable.
por ser éste el síntoma más frecuente. Es raro que se manifieste por una masa abdominal palpable o la presencia de un soplo localizado.

La triada ictericia, cólico biliar y hemorragia digestiva es poco frecuente y sugiere una posible ruptura del aneurisma en la vía biliar. Hay que tener en cuenta al aneurisma de la arteria hepática en toda investigación de una hemorragia digestiva o de una hipertensión portal de aparición reciente.

La complicación más temible y que puede sobrevenir sin ningún síntoma premonitório es la ruptura súbita con hemorragia intraperitoneal, "shock" y serio compromiso de la vida.

Diversos procedimientos auxiliares contribuyen a la detección de estos aneurismas antes de su ruptura. Desde una radiografía simple del abdomen, que muestra calcificaciones en la pared aneurismal, la ecografía abdominal, el estudio con isótopos radioactivos y la tomografía computada. Pero el único método que afirma el diagnóstico es la arteriografía global y selectiva, con incidencias de frente y perfil, que revela la localización y tamaño del aneurisma así también la disposición de la circulación colateral y otras posibles anomalías vasculares.

El riesgo de ruptura de un aneurisma de la arteria hepática es del 44% y la tasa de mortalidad es elevada. La confirmación diagnóstica es, por tanto, indicación de cirugía, siempre que la edad y el estado general del paciente lo permitan.

La embolización arterial terapéutica del cateterismo selectivo puede usarse con éxito en muchos casos, obliterando el aneurisma sin necesidad de operación.

Más del 75% de los aneurismas de la arteria hepática son extrahepáticos; 20% son intrahepáticos y un 5% son intra e extrahepáticos.

La elección del procedimiento quirúrgico está determinada por la localización del aneurisma, su relación con la arteria gastroduodenal y la adecuada circulación colateral hepática.

El tratamiento de los aneurismas extrahepáticos es discutido. Son de elección las técnicas de oclusión por embolización a través de un catéter. La ligadura de la arteria hepática propia, o de alguna de sus ramas, y las resecciones hepáticas regladas pueden dar buenos resultados. Ninguno de estos métodos es completamente satisfactorio. La recanalización de la obliteración, la migración distal del trombo con necrosis hepática y la perforación arterial por el catéter durante la manipulación, son los inconvenientes del primer procedimiento. La ligadura de la arteria hepática propia no previene posteriores hemorragias y la resección hepática siempre plantea dificultades operatorias mayores.

El problema que plantea la cirugía de los aneurismas extrahepáticos de la arteria hepática es el mantenimiento de una adecuada circulación colateral luego del tratamiento del aneurisma.

Los aneurismas de la arteria hepática común que no comprometen la arteria gastroduodenal pueden ser excluidos por simple ligadura proximal y distal o por ligadura y resección del saco aneurismal, puesto que la arteria hepática propia es revascularizada a través de la misma. Cuando la circulación colateral es deficiente debe adicionarse a la exclusión del aneurisma un "by-pass" arterial empleando un injerto de vena safena.

En el tratamiento quirúrgico de los aneurismas de la arteria hepática propia, el flujo colateral gastroduodenal debe ser interrumpido. A pesar de que la ligadura de la arteria hepática propia puede ser bien tolerada, parece preferible la exclusión del aneurisma con reparación de la arteria mediante un parche de vena o la exclusión con restablecimiento de la circulación arterial por un "by-pass".

CONCLUSIÓN

Nuestro caso muestra que no es fácil el diagnóstico clínico de un aneurisma de la arteria hepática, no complicado.

Si bien la ecografía tuvo valor diagnóstico y reveló además, una malformación vascular, la ar
terografía fue el método de investigación de mayor utilidad. Este examen, además, permite localizar el aneurisma y elegir el procedimiento quirúrgico.

El descubrimiento de un aneurisma de la arteria hepática es indicación de cirugía para prevenir las complicaciones, y modificar el pronóstico, disminuyendo las cifras de mortalidad de alrededor de un 70% a menos del 10%.

En nuestro caso, el aneurisma estaba en la arteria hepática común, antes del nacimiento de la arteria gastroduodenal, y le efectuamos una resección simple. La indicación de un "by-pass" arterial se plantea, en general, en los aneurismas de la arteria hepática propia o cuando la circulación colateral dependiente de la arteria gastroduodenal está comprometida.

Ante esta cirugía con alto riesgo de hemorragia y la imposibilidad de practicar una transfusión sanguínea por su creencia religiosa, el problema anes-
téxico se resolvió con el empleo conjunto de las técnicas de hipotensión controlada a mínimo (intraoperatoria) y la hemodilución normovolémica intencional con autotransfusión por reperfusión inmediata.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria reveló su naturaleza arterioesclerótica, etiología considerada actualmente como la más frecuente.

RESUMEN

Un aneurisma de la arteria hepática común se diagnosticó en una mujer de 58 años.

Se analizan los métodos diagnósticos, la elección del procedimiento quirúrgico y el problema anestésico planteado por la imposibilidad de practicar una transfusión sanguínea a una paciente testigo de Jehová y en una cirugía con alto riesgo hemorrágico.

SUMMARY

An aneurism of the hepatic artery was diagnosed in a female patient aged 58.

The authors analyze the diagnostic investigations, the choice of a surgical method, and report the anesthetic problems of this surgery with high risk of bleeding and impossibility of transfusion in the case of a witness of Jehovah.

BIBLIOGRAFIA

INFORMACIONES

FUNDACION CARDIOLOGICA DE CORDOBA

La Fundación Cardiológica de Córdoba para la Asistencia, Docencia e Investigación Médica, formula un llamado a CONCURSO para adjudicar:

6 Becas de perfeccionamiento en Cardiología con una duración de 4 años (1 año en Clínica Médica y 3 años en Cardiología). El año de Clínica Médica se cumplirá en Hospitales de categoría universitaria de la Ciudad de Córdoba. Los 3 años de Cardiología en el Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba.

El monto de la beca será conforme a Residencia Médica fijado por el Consejo Médico de la Provincia de Córdoba.

Son requisitos para optar a las mismas: ser egresado de Universidades Nacionales o Privadas de la República Argentina; promedio general de estudios, superior a 7,50 puntos y edad, menor de 26 años.

La selección se efectuará en base a: 1) entrevista personal; 2) promedio de estudios; 3) examen de Medicina; 4) test psicológico y grafológico y 5) condiciones psicofísicas.

Fecha de selección: 4 de abril de 1986.

Informes: en la sede de la Fundación, calle Deán Funes 1141, Tel. 051-39736, C.P. 5000 Córdoba, de lunes a viernes.

5° CONGRESO MUNDIAL DE BRONCOLOGIA Y DE BRONCOESOFAGOLOGIA

Se realizará en Río de Janeiro, Brasil, del 7 al 10 de junio de 1986. Las sesiones tendrán lugar en el Centro de Convenciones del Hotel Nacional de Río de Janeiro.

Informes: Congrex de Brasil, Rua Do Ouvidor 60/614, 20040 Río de Janeiro, Brasil.