

Presentado en la sesión del 20 de Noviembre de 1929

Preside el Dr. Garcia Lagos

Cáncer mamario en el hombre

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Navarro)

por los Dres. F. RUVERTONI y P. LARGHERO IBARZ

No es a título de excepcional que presentamos a la consideración de esta Sociedad, un caso de cáncer mamario en el hombre; y decimos esto con respecto a la estadística general de estos tumores. En nuestro medio donde el cáncer mamario en la mujer es de una frecuencia extraordinaria, se hace notar la escasez de esta localización en el hombre.

A nuestro conocimiento no existen observaciones publicadas; sólo hemos podido recoger de labios de algunos cirujanos la relación de algunos casos de valor relativo para la estadística, por cuanto carecen del examen anatómo-patológico indispensable.

Creemos, pues, que el tema tiene un interés local que justifica su presentación.

Historia Clínica. — Santiago Aud., 52 años, libanés, casado, de profesión quintero, ingresa el 15 de Agosto de 1929, a la Sala Sanguinetti, del Hospital Italiano, por un tumor de la mama izquierda.

Hace unos 8 ó 9 meses, el enfermo notó un bulto del tamaño de una pequeña avellana, situado por encima de la tetilla izquierda y que no era doloroso ni le molestaba de ninguna manera, apercibiéndose de su presencia por la diferencia de saliente de este seno con respecto al otro.

Notó que el tumor crecía progresivamente, decidiéndose hace un mes, a consultar médico, que aconsejó un tratamiento antiflogístico, aconsejando después su ingreso al hospital.

Antecedentes personales: No existen ~~antecedentes~~ traumáticos ni inflamatorios en su región mamaria.

Examen Clínico. — Estado general bueno. Retracción del mamelón izquierdo; en la areola por encima del mamelón se nota una elevación del tamaño de una arveja, de color oscuro. A la palpación se ve que ella reposa sobre un núcleo del tamaño de una nuez de consistencia dura; la piel adhiere íntimamente al tumor, estando el mamelón también fijado a él.

La masa desliza sobre los planos profundos, aún después de contraído el músculo gran pectoral por adducción forzada, contrariada.

La compresión del tumor por pinzamiento de la piel a distancia entre pulgar e índice, da a la piel el aspecto de corteza de naranja.

El hueco axilar está ocupado por una masa de consistencia célula-adiposa, en la cual es difícil afirmar la presencia de ganglios. Hueco supraclavicular y axilar del lado opuesto, libres.

La exploración del esqueleto, en vista de la búsqueda de metástasis, es negativa.

Se hace diagnóstico de cáncer de la mama, y se propone al enfermo una extirpación amplia que no acepta, pidiendo que se le extraiga simplemente el nódulo tumoral.

Operación. — Agosto 17 de 1929. Dr. Ruvertoni. Ayuda el Practicante Lamboglia.

Anestesia local con novocaína al medio por ciento. Amputación de la mama con piel y planos profundos, lo más extendida que ha sido posible. Hemostasis y sutura de la piel.

Post-operatorio sin incidentes. El examen histológico confirma el diagnóstico y se insiste ante el enfermo que consiente en que se le someta a una segunda operación.

Interviene el Dr. Ruvertoni. Anestesia general al éter.

Vaciamiento célula ganglionar de la axila, con resección de un trozo de gran pectoral. Drenaje. Cierre.

El enfermo es dado de alta 12 días después. El poco tiempo transcurrido, no permite sacar conclusiones con respecto al resultado.

Examen de la pieza. — Tumor mamario: Pieza N.º 2372 del Museo del I. de A. Patológica.

A pesar de haberse hecho una extirpación amplia de la lesión, la pieza después de fijada se retrae considerablemente, reduciéndose al tamaño de una pequeña palma de mano; su forma es ovalar, con unos 7 cms. de eje mayor por 5 cms. de eje menor.

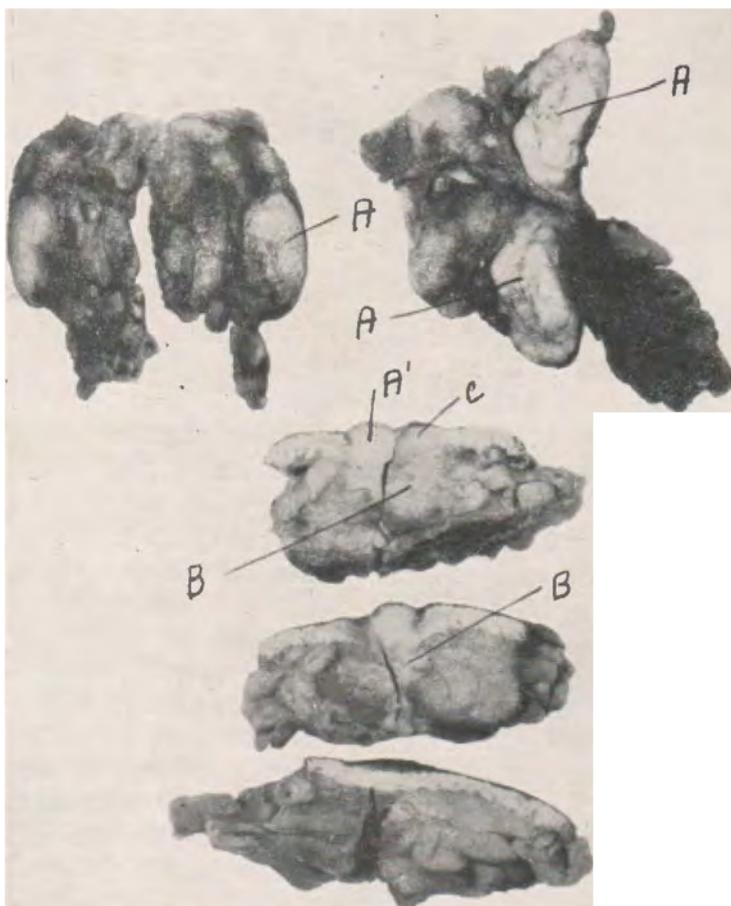
Por un lado presenta la piel, gruesa, arrugada, con el mamelon central rodeado por una areola ligeramente deprimida alrededor de él, que parece así emerger del fondo de una depresión. El mamelon está sólidamente fijado a los planos profundos, con los cuales forma una masa indivisa; también la piel de la areola aparece fija en una extensión de una moneda de 20 centésimos. Por encima del mamelon, se encuentra una saliente del tamaño de una lenteja, dura, con la piel muy adherente a ella, que aparece un poco adélgazada.

La palpación en masa de la pieza, permite constatar la existencia de un nódulo duro, del tamaño de una aceituna grande, situado por detrás y hacia arriba del mamelon. Al corte es resistente y ofrece un color rosado castaño con un delicado retículo amarillento. La superficie de sección, es lisa, algo brillante.

El nódulo se extiende hasta debajo de la piel que infiltra y fija, y con cuyo dermis, así como con el del mamelon, se confunde.

Al tacto, tiene la dureza característica de la generalidad de los carcinomas mamarios. Sus límites con el tejido célula-adiposo vecino, son irregulares, pero bastante netos. Rodea al nódulo, tejido mamario en pequeña cantidad y gran masa célula-adiposa.

Masa célula-ganglionar axilar. — Después de fijada se corta en serie, constatándose en su seno la presencia de varios ganglios, unos gruesos de



Fot. N.º 1. — Arriba masa célulo-ganglionar de la axila A-A ganglio con infiltración neoplásica masiva. Abajo 3 cortes de sección del tumor mamario A. mamelón B. nódulo carcinomatoso C. infiltración del dermis por el tumor.

corte neto y lúcido, uniforme con los caracteres de la infiltración neoplásica masiva, otros más pequeños, pero con caracteres parecidos. Uno de ellos es estudiado histológicamente.

Examen histológico. — Glándula y tumor mamario. Prep. N.º 4003 del I. de A. Patológica de la F. de Medicina. N.º 479 del Lab. del H. Italiano.

Se ha hecho un corte total de la piel a la cara profunda de la pieza.

El estudio de los preparados, nos permite constatar los caracteres de un adeno-carcinoma a células medianamente altas y atípicas.

Los tubos de calibre y forma variada, se encuentran alojados en alvéolos excavados en el seno de un estroma fibroso muy denso; algunos de ellos, ocupan enteramente el alvéolo, otros agrupados en número variable

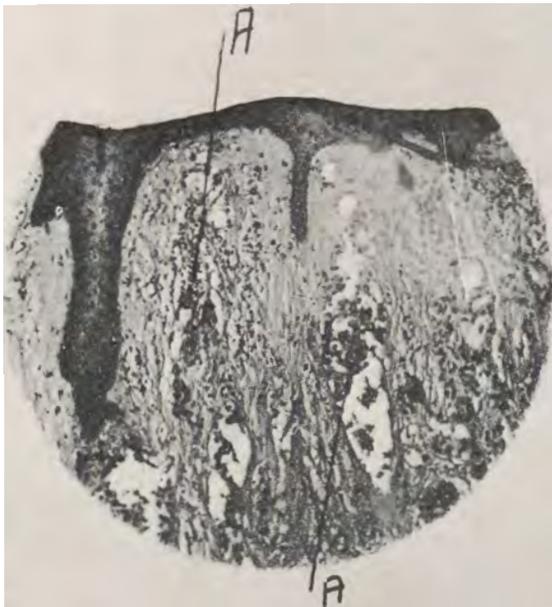


Fot. N.º 2. — En medio de un estroma fibroso denso se observan los tubos adenocarcinomatosos.

dentro de un gran alvéolo del estroma, están separados entre sí por delgadísimos tabiques conjuntivo-vasculares.

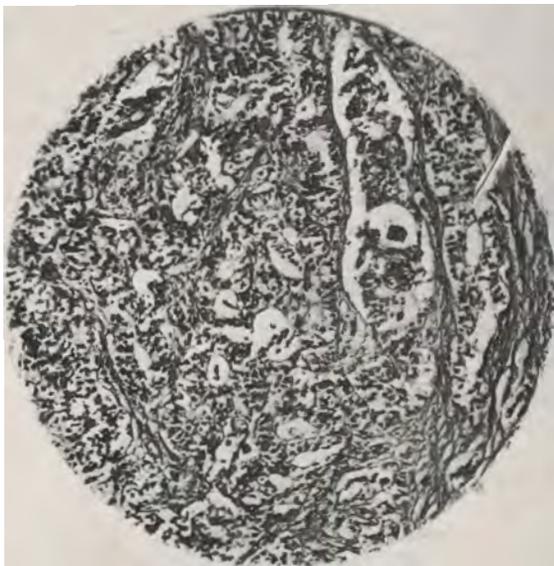
En algunos alvéolos, la proliferación tumoral toma un carácter más sólido, llenándolo casi enteramente y disponiéndose los elementos radialmente alrededor de pequeños espacios claros circulares (formaciones en roseta de Delbet). En otras zonas se observa una marcada proliferación papilar intracanalicular.

La formación neoplásica en forma de tubos delgados, alvéolos sólidos y cordones anastomosados llega, disociando las fibras musculares del cutáneo, hasta debajo del epitelio, ocupando en algunas zonas, enteramente, las papilas dérmicas, que aparecen distendidas, globulosas con su capilar dilatado; el edema acentuado del tejido conjuntivo de este espacio, contribuye



Fot. N. 3

Infiltración de las papilas del dermis por elementos carcinomatosos contenidos en alvéolos A - A -



Fot. N. 4

Canglio — Infiltración masiva por el adenocarcinoma

en gran parte a su dilatación. El epitelio suprayacente se adelgaza en estos puntos, reduciéndose a un estrato de 4 ó 5 capas de células, pero él no ha sido aún infiltrado por el tumor.

Esta porción de infiltración dérmica, corresponde al nodulito supramamelonar, y podemos afirmar que si la evolución lo hubiera permitido, es por allí que se habría hecho la ulceración del tumor.

Diagnóstico. — Adenocarcinoma mamario, en partes papilar, en otras de tipo sólido alveolar.

Ganglio. — Infiltración masiva por un epiteloma a células claras, en parte a estructura pseudo-glandular, en partes alveolar idéntico al del tumor primitivo. Reacción fibrosa del estroma. Sólo quedan de la estructura ganglionar normal, algunos folículos y cordones interfoliculares.

Linfangitis cancerosa subcapsular. Infiltración del tejido célula-adiposo peri-ganglionar.

En suma: Los caracteres histológicos del tumor, su tendencia a infiltrar la piel, las metástasis ganglionares múltiples y masivas y la difusión microscópicamente constatable en la atmósfera célula-adiposa de la axila, nos permiten afirmar que nos encontramos frente a un caso de acentuada malignidad.

CONSIDERACIONES

Las neoformaciones tumorales de la glándula mamaria en el sexo masculino, han dejado de constituir una rareza hace ya largo tiempo; desde las primeras observaciones de Bartholin en la segunda mitad del siglo XVII y de Morgagni en la primera mitad del siglo XVIII, las observaciones se han acumulado en todos los países y alcanzan actualmente muy cerca del millar. La inmensa mayoría de los casos publicados, corresponden a neoformaciones epiteliales malignas y como prueba de ello citamos las estadísticas de Mohnle, que Kummer publica en su trabajo del Lyon Chirurgical de Octubre de 1923, pág. 583-587, quien sobre 832 casos de tumores del seno en el hombre, encuentra 679 cánceres.

Los primeros trabajos de conjunto sobre la cuestión, se encuentran de 1872 en adelante, a partir de la tesis de Horteloup (Contribución al estudio de los tumores del seno en el hombre) y de Poirier sobre el mismo tema en 1883.

En 1889 Williams reúne 100 casos; Schuchardt, un año después, reúne 472. La literatura se enriquece con el aporte de trabajos de la escuela de Lyon, de París y Burdeos, más tarde de los ingleses y americanos y desde los primeros trabajos de Morgagni hasta la fecha, con los trabajos italianos: Zonni (Riforma Medica, 6 XII de 1909), Zaniboni (Gass. d. Ospedale 1921, pág. 891), Bussa Lay (Policlínico, 1924, pág. 82) y Bologna (Cultura Médica Moderna, Feb. de 1927, pág. 61-74), que publican las estadísticas más completas comprendiendo las estadísticas alemanas.

Uno de los últimos trabajos, es de Wainwright, en los Arch. Surg. de 1927, pág. 836 al 859, al parecer muy completo por lo que vemos en los resúmenes, pero que no hemos podido consultar en el original.

En Buenos Aires se han publicado algunas observaciones, la última de Llabías y Orosco, en "La Semana Médica Argentina" Feb. de 1928, pág. 316-318, a propósito de un carcinoma alveolar.

En nuestro medio las observaciones son escasas. El Prof. Lasnier ha visto 8 fibroadenomas y 2 carcinomas; el Prof. Navarro ha operado en la Clínica, 2 casos de carcinoma mamario en el hombre. Tengo conocimiento de que en el Hospital Militar se ha operado últimamente un caso (Dr. Mañé) y algún otro anteriormente. Estas observaciones no han sido publicadas.

En mi cortísima experiencia, he visto 2 fibroadenomas mamarios, uno operado en el servicio del Prof. Navarro, por el Dr. José E. Carnelli, el otro por el Dr. Ruvertoni en el Hosp. Italiano, cuyos protocolos y piezas tengo archivados. Agrego el caso motivo de esta comunicación.

Si comparamos la frecuencia relativa del carcinoma mamario en el hombre y la mujer, la desproporción es muy grande; las estadísticas varían del medio al uno y medio por ciento, con algunos que salen de estos límites. Así Rapock da 3 por ciento; Lowental 8 por ciento.

La edad de aparición varía de 12 a 65 años, con mayor número de casos después de los 45. La localización a derecha o izquierda, es casi paralela, la bilateralidad es muy rara.

El neoplasma se encuentra generalmente detrás del mamelon y la areola, zona donde se encuentra en el sexo masculino la glándula mamaria en vías de involución; se presenta bajo la forma de un nódulo duro, esquiroso. Las formas encefaloideas, son muy raras.

Nos ha llamado la atención en muchas observaciones, que el neoplasma se presenta ulcerado, y hemos hecho notar la inminencia de la ulceración en nuestro caso. La explicación reside, quizá, en el hecho que encontrándose los restos glandulares en el hombre, adheridos al mamelon y rodeados por un tejido escleroso, el neoplasma que allí se origina, debido a la vecindad inmediata de la piel, va a progresar fácilmente hacia ella, infiltrarla y haciendo irrupción en la superficie, ulcerarse.

Sin embargo el neoplasma infiltra también la profundidad, difunde en la atmósfera célula-adiposa, toma los ganglios y adquiere en la mayoría de los casos, caracteres de malignidad tales, que unidos al hecho o determinados por éste mismo hecho que los enfermos acuden tardíamente al cirujano, porque se observan mal y no se descubren su tumor sino cuando él deforma la región, hacen que los resultados de la operación que llamamos radical, estén lejos de ser eficaces.

La resección cutánea que forzosamente es más limitada, y la ausencia del colchón adiposo que en la mujer rodea la glándula y la separa del mús-

culo gran pectoral, son también elementos de valor capital en la determinación de los resultados imperfectos del tratamiento quirúrgico.

La estructura histológica del tumor, es también variable: Pueden encontrarse algunos de los tipos del cáncer mamario femenino, sobre todo la forma alvéolar, esquistosa y pseudo-glandular. Esta última, el adenocarcinoma como el de nuestro caso, parece ser poco frecuente. Zonni, sobre 700 casos de cáncer mamario en el hombre, encuentra solamente 5 casos de adenocarcinoma. No hemos encontrado citas respecto a la disposición en rosetas de Delbet, y en cuanto a la proliferación papilar intracanalicular Bussa Lay presenta un caso típico.

Ciertas formas, como el cáncer coloide, carcinoma encefaloideo y mastitis carcinomatosa aguda, no los hemos visto citados en los trabajos y observaciones consultados.

(Fotografías y microfotografías de la Sección Fotografía y Cinematografía de la Facultad de Medicina. (Director Dr. Velazco Lombardini.)

BIBLIOGRAFIA

- MANETA. — Rif. Méd. 1926. Pág. 668-669. Julio 12.
- SPEED. — Tumours of male breast. Ann. Surg. Julio 1925. Pág. 45-62.
- COLEY. — Recurrent Carcinoma of male braest. Ann. Surg. Abril 1926, pág. 90-91.
- JUDD and. H. D. MORSE. — Carcinoma of male breast. Surg. Gynec. Obst. Enero 1926. Páginas 15-18.
- WAINWRIGHT. — Carcinoma of male breast. Clinical and Pathologic Study. Arch. Surg. Abril 1927. Pág. 836-859.
- MACEWEN J. A. C. — Carc. of male breast. Brit. M. J. Mayo 28-1927. Pág. 961.
- G. PISTOCCHI. — Cáncer mamario en el hombre. Minerva Méd. Abril 10-1927. Pág. 368-374.
- E. BUSSA LAY. — Cáncer de la mama en el hombre. Policlínico (sez. pat.). Enero 21 de 1924. Pág. 82-88, y Mar. 1924. Pág. 827.
- R. H. KUMMER. — Cáncer mamario del hombre. Lyon Chir. Set. Oct. 1923, Pág. 583-587.
- J. FESSLER. — Adenocarcinoma de la mama en el hombre. Deutsche Ztschr. J. Chir. Pág. 429-437. Año 1922 (con buena bibliografía).
- CALCÁGNO. — Cáncer de la mama en el hombre. Rev. Asoc. Méd. Arg. Dic. 1919. Pág. 558 y Junio de 1920.
- CUMSTON. — Cáncer de la mama en el hombre. Internacional Clinic. 2-25-1920.
- ZANIBONI. — Adenocarcinoma de la mama en el hombre. (Buena bibliografía). Gass. degli Osp. Abril 24 de 1921. Pág. 891.
- BENET. — Malignant tumours of male breast. J. S. Carolina. Med. Asoc. Oct. 1920. Pág. 245.
- PETIT DE LA VILLEON. — Cáncer mamario del hombre. Bull. et Mam. de la Soc. Chirg. de Paris. Nov. 1928. Pág. 744.
- COURAUD et BOUNARD. — Cáncer de la mama en el hombre con metástasis ganglionar. J. de Med. de Bordeaux. Abril de 1928. Pág. 318.
- LLAMBIAS y G. OSORIO. — Carcinoma alvéolar de la mama en el hombre. Semana Médica Argentina. Feb. 9 de 1928. Pág. 316-318.
- VIVIAN. — Cáncer mamario del hombre. Southwestern Med. Set. de 1917.
- M. BOLOGNA. — Tumores mamaros en el hombre. Cultura Médica Moderna. Feb. de 1927. Pág. 61-74. (Buena bibliografía y estadística).