

que creo adecuado para designar esta lesión es Pellegrini, aunque no por esto desconozco los méritos de Stieda al aumentar ese estudio con ideas, con formas, que el Dr. García Lagos quiere llamar esguinces de tercer grado. Pero creo que si no se produce el arrancamiento no se produce la enfermedad. De manera que esta lesión acompaña al esguince. Creo, como el Dr. Prat, en el caso que nos presenta, que no deben mezclarse otras osificaciones metatraumáticas. En general, no ocasiona trastornos y la extirpación en caso de molestias está justificada. De todas maneras, hemos hecho una revista interesante, mostrando numerosos casos de una lesión bastante rara.

Tuberculosis de la mama

Por el doctor DOMINGO PRAT

M. Dom. de S., de 26 años de edad, española, casada, la vemos en domicilio por una afección de la mama derecha.

Hace un mes y días que comenzó a sentir dolores en la mama derecha, acompañados de fiebre, a la vez que observaba aumento de volumen de ese seno. Más bien que aumento de volumen de la glándula, era un nódulo que había notado la enferma. Viendo que su estado no mejoraba con medicinas cáseras, llama a su médico, el Dr. Praderi, quien al constatar una tumefacción en la mama, la pone en observación y le hace opoterapia mamaria y compresión. Como no mejorara francamente con este tratamiento, le indica la conveniencia de ser vista por un cirujano, pero la enferma antes de atender esta indicación, se hace aplicaciones calientes y varias clases de cataplasmas en su lesión, sin conseguir alivio, sino por el contrario parece empeorarse, pues aumentaba la tumefacción y también la fiebre. Es entonces que se decide a llamarnos. En el interrogatorio que hacemos se puede establecer que la enferma ha tenido un estado febril que data ya de algo más de un mes y que fué catalogado como una gripe. Tiene una hija de más de cinco años y desde hace cuatro años no ha habido lactancia ni afección alguna de sus mamas. Ha faltado la última menstruación. No hay tampoco antecedentes de lesión que pueda ser puerta de entrada de su lesión mamaria.

Al examen, constatamos que se trata de una muchacha joven con un estado general bastante bueno, pero tocado por el estado febril tan prolongado.

Ambas mamas están bien desarrolladas, aunque la derecha ligeramente aumentada de volumen y con una deformación muy atenuada en su cuadrante súpero externo. Existe una circulación suplementaria muy discreta en esta misma mama. La piel de la mama es fina y parece no estar infiltrada, sin embargo se nota en partes el aspecto de piel de naranja. A la palpación se nota que la mama derecha tiene mayor temperatura que la izquierda, hay pues aumento de temperatura local. En el cuadrante súpero externo de la mama derecha, existe una dureza o tumefacción del tamaño de una naranja; redondeada y de superficie irregular, mamelonada, cuya

parte superficial llega al contacto inmediato de la piel, pero sin tener adherencias con ella, ni tampoco con los planos profundos. La tumefacción está incluida en el tejido mamario del que no se puede independizar.

Es sensible a la palpación, acusando un dolor neto al comprimir ligeramente la tumefacción. La compresión del mamelón da salida a una serosidad de color citrino, pero sale muy poca cantidad.

No hay ganglios axilares, ni erosión, ni lesión alguna de los miembros superiores.

La enferma ha hecho en los días pasados, una temperatura elevada, ahora ésta oscila de 37 2/5 a 38°.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 4.200.000. Glóbulos blancos, 12.600. Polin. neutrófilos, 92 %. Linfocitos, 2 %. Monocitos, 6 %. Polin. eosinófilos, 0 %. Polin. basófilos, 0 %.

Urea: 0gr.25. Orina: Indicios de albúmina, acetona y ácido diacético.

Hacemos el diagnóstico de mamitis subaguda y se le propone la operación, que es aceptada.

Operación.—Drs. Prat y Soto Blanco.—Anestesia local. Novocaína al 1/2 %. Incisión de 5 centímetros en el cuadrante súpero externo sobre la tumefacción. Se punciona ésta con el bisturí; dándonos cuenta que se trata de una tumefacción sólida sin pus. Se anestesia el surco submamario y se incinde éste en toda su extensión. Despegada la mama de atrás, se le invierte y se explora la forma y extensión del tumor. No hay plano de clivaje, por lo cual se aborda francamente la glándula para extirpar la tumefacción, la que queda circundada por una zona de glándula normal. Hemostasis de varios vasos gruesos, drenaje por la incisión submamaria y cierre de ambas incisiones a la crin.

A los 12 días la enferma se va de alta; su herida no está aún totalmente curada, pero la enferma está sin fiebre, y en vías de franca cicatrización. Continúa curándose en la Policlínica, hasta su curación completa.

Examen de la pieza.—La tumefacción del tamaño de una naranja, presenta al corte un aspecto areolar. Estas areolas están ocupadas en partes por un tejido fibrocardáceo de color blanco mate, que tiene el aspecto del epiteloma. No hay pus colectado en ninguna parte del tumor.

El examen al corte por congelación dió: Tuberculosis mamaria.

El examen histológico hecho por inclusión en parafina por el Jefe del Servicio de A. P. del Hospital Pasteur, Dr. Castiglione, da lo siguiente: En los cortes se observan folículos tuberculosos constituidos por todos sus elementos. Se encuentran éstos envueltos en tejido conjuntivo fibroso. Los canales glandulares que se encuentran en estos focos aparecen obturados por células epiteliales. El tejido glandular no aparece en ninguna región con aspecto ni estructura tumoral.

Consideraciones.—El diagnóstico de nuestro caso lo planteamos entre una mamitis subaguda, un adenofibroma u otro tumor benigno mamario y un epiteloma.

El cáncer de la mama, nos era relativamente fácil descartarlo en el diagnóstico de nuestra enferma; la evolución relativamente rápida y dolorosa de la lesión, dentro de un cuadro francamente febril, en una mujer joven, no eran elementos para poder pensar en un neo-

plasma. No podía pensarse tampoco en el cáncer agudo de la mama, porque a pesar de la fiebre y de su evolución inflamatoria, no tenía ésta ni la intensidad ni la violencia de los signos que caracterizan al cáncer agudo.

El tumor benigno de la mama se descartaba por las características de la tumefacción, que no era encapsulado, sino infiltrado y además con la sintomatología inflamatoria que no corresponde a estos tumores.

Nuestro caso presentaba las características clínicas de una mastitis subaguda. Ahora bien, ¿qué clase de mastitis? No se trataba evidentemente de la clásica mastitis del período de la lactancia, ni del destete, puesto que nuestra enferma no estaba en tales condiciones; hacía cuatro años de su última lactancia y no había presentado trastorno alguno de sus mamas. Fuera de la lactancia, que es la fuente etiológica común y corriente de los abscesos mamarios, inaplicable a nuestro caso, teníamos que acudir a otra etiología de la mastitis. Sabemos, que en el período de la menopausa las mujeres pueden hacer un proceso inflamatorio de la mama que se termina por un absceso, que tiene una pared o cáscara que le da el aspecto de un tumor, a evolución tórpida a veces crónica. Nuestra enferma joven, de 26 años de edad, no podía considerarse en este caso. En las jóvenes, las mastitis fuera de la lactancia, pueden observarse, o bien a **continuación de una infección general** o sino como consecuencia de una **adenitis axilar, consecutiva a una puerta de entrada del miembro superior** y que por **contigüidad se ha propagado de los ganglios axilares a la mama.**

En nuestra enferma, ya lo dejamos bien establecido en la historia clínica, no existió ninguna erosión ni lesión del miembro superior; en cambio, la enferma había tenido un mes antes, una infección general que fué catalogada de gripe, cuya temperatura persistía aún en la enferma. No encontrando otra etiología, supusimos entonces que esta infección general, se localizó en la mama derecha, dando la mastitis que tenía y todos los caracteres de un absceso subagudo. La localización en la mama habría sido facilitada por los trastornos menstruales que había presentado la enferma, trastornos ováricos que tienen una relación muy directa con la mama, o admitiendo la posibilidad de un reciente embarazo, dada la ausencia de la última menstruación, embarazo que podría repercutir sobre la actividad de la mama, provocando su congestión, que podría ser el elemento fijador o localizador de la infección.

En resumen: absceso subagudo de la mama, consecutivo a una

infección general grippal, en una enferma con trastornos menstruales o con un posible embarazo.

La operación nos evidenció el error al comprobar una tuberculosis mamaria, afección que ni siquiera planteamos al discutir el diagnóstico. Es la primera vez que encontramos en nuestra casuística, un caso de tuberculosis mamaria, eso quizás explique que no nos hemos acordado de la tuberculosis en el diagnóstico diferencial y que explique también esta aseveración de algunos autores: cuando un clínico conoce por experiencia la tuberculosis mamaria, es raro que no le ocurra diagnosticar después otros casos, lo que demostraría que sabiéndola reconocer no se le pasan ignorados y la rareza de esta afección no sería tan grande como se ha afirmado.

En la sesión de nuestra Sociedad de Cirugía del 5 de Agosto de 1931, el doctor Diego Lamas presentó tres casos de tuberculosis de la región mamaria; número que ahora se aumenta con nuestra observación y será de desear que nuestros colegas presenten las observaciones que les ha deparado la casuística profesional.

Nuestro caso de tuberculosis mamaria presentaba las características fundamentales aceptadas hoy día en esta afección, que de acuerdo con Chauvin, consideramos en el mismo orden que él lo establece:

I. La tuberculosis mamaria constituye una rareza clínica. Esta rareza de la tuberculosis mamaria está atestiguada por casi todos los cirujanos y confirmada por la escasa cantidad de casos publicados en nuestro país. Chauvin, que publica una monografía bastante completa e interesante, en 1923, en los "Archivos Franco - Belgas de Cirugía", sólo alcanza a reunir 158 casos. En nuestro país las observaciones de tuberculosis de la mama son muy contadas y escasas, pero estamos convencidos que los diagnósticos establecidos de esta afección, tanto en nuestro país como en el mundo entero, están muy lejos de la verdad de los hechos, cosa que nos obliga a concluir que la tuberculosis mamaria debe ser mucho menos rara de lo que lo establecen los autores clásicos y las estadísticas actuales.

II. La tuberculosis de la mama ataca a las mujeres, preferentemente durante el período de actividad genital. El período de elección de esta tuberculosis, oscila entre los 20 y 35 años; nuestra enferma tenía 26 años.

III. La tuberculosis mamaria es casi siempre unilateral. Las tuberculosis bilaterales de la mama constituyen una excepción, hasta el momento sólo se han mencionado 4 casos. El lado de la lesión parece

no tener importancia, aunque hay un franco predominio del lado izquierdo.

IV. La lactancia, las infecciones mamarias y los traumatismos son causas predisponentes importantes. En cuanto a esto, Chauvin y otros autores que se han ocupado del asunto, opinan que estos elementos no tienen mayor importancia como causa etiológica. Nosotros con una experiencia mínima sólo nos resta aceptar esas opiniones fruto de una destacada experiencia y, hacer notar que nuestra enferma no presentaba antecedente mamaria de clase alguna.

V. La tuberculosis de la mama es habitualmente una tuberculosis secundaria, está ordinariamente asociada a otras localizaciones tuberculosas primitivas. Las estadísticas más antiguas establecían que el 1/3 o la mitad de los casos de tuberculosis mamaria, eran sólo tuberculosis primitivas, el resto eran tuberculosis secundarias. Las estadísticas más modernas establecen que el número de tuberculosis mamarias primitivas es mucho mayor, alcanzando desde un 74 % hasta un 90 %. Nuestra enferma si bien tenía un pulmón sospechoso, no podemos decir que se tratara de una bacilar en el momento actual.

Como se ve la tuberculosis de la mama puede ser la lesión primitiva y única o por el contrario un foco secundario y consecutivo a otra lesión bacilar más importante. A este respecto es curioso destacar el hecho de que la tuberculosis mamaria consecutiva a la adenitis axilar tuberculosa, es aceptada por la mayoría de los autores como una tuberculosis primitiva. No sabemos que criterio anatomo-patológico han adoptado los clínicos para aceptar esto, pero nos parece que un riguroso contralor científico, impide que consideremos como tuberculosis primitiva de la mama, una tuberculosis inicial de los ganglios axilares que se ha propagado a la glándula, como creemos que no se puede considerar como tuberculosis primitiva de la carótida, una tuberculosis faringolaríngea que se hubiere propagado a los ganglios carotídeos y eso que éstos están comprendidos dentro de la glándula misma.

Clásicamente se admiten dos formas de tuberculosis mamaria: la diseminada o difusa y la confluyente. Hoy día sería quizás más práctico y más científico aceptar como lo hace Chauvin las siguientes formas clínicas:

- a) Tuberculosis de la mama a iniciación ganglionar. (Ya hemos adelantado que esta forma no merece, a nuestro juicio, la consideración de tuberculosis mamaria primitiva, pero la gran mayoría de los autores la aceptan como tal).
- b) Tuberculosis a evolución rápida, simulando mamitis subagudas.

- c) Tuberculosis a evolución lenta.
- d) Tuberculosis esclerosas.
- e) Tuberculosis pseudo neoplásica, forma establecida por Hartmann, Renaud y d'Allaines.

Caracteriza por manifestarse por una tumefacción mamaria bastante difícil de diferenciar del epiteloma.

En lo que se refiere al diagnóstico de la tuberculosis mamaria, parece ser muy difícil, dado que rara vez o por excepción se hace, a no ser en los casos en que existe una fístula, una ulceración o una supuración de naturaleza francamente bacilar que nos haga sospechar esta lesión.

Dejaremos de lado el diagnóstico de la tuberculosis mamaria a iniciación ganglionar, la forma ya abcedada o fistulizada, porque son manifestaciones clínicas de esta afección que no hemos tenido ocasión de observar, en cambio, haremos ligeras consideraciones del diagnóstico de la forma que simula una mamitis subaguda o un tumor, que es el caso estudiado por nosotros. En nuestra enferma, la fiebre, la tumefacción de la mama y el dolor local, eran elementos que hacían pensar seriamente en una mamitis subaguda. La mamitis o el absceso mamario son frecuentes en la lactancia o en las vecindades del destete, elementos que no podían aducirse en nuestro caso, por lo que teníamos que admitir entonces que no estábamos en presencia de un caso común de mamitis y fué por eso que lo explicamos por la localización mamaria de una infección gripal de orden general. Hoy, en conocimiento del verdadero diagnóstico, creemos que se podría interpretar la discordancia de los síntomas de nuestra enferma en beneficio del diagnóstico exacto.

Dos elementos clínicos parecen favorecer el posible diagnóstico de tuberculosis mamaria, nos referimos: 1.º, a la presencia de síntomas de inflamación mamaria, como ser, la tumefacción, la fiebre, el dolor local, la infiltración de los tejidos (piel de naranja), **que contrasta con la ausencia del agente etiológico corriente en estas inflamaciones de la mama en una mujer joven y en plena actividad sexual**; 2.º, a la evolución más o menos tumoral de la mama con un proceso francamente inflamatorio.

Creemos que estas dos constataciones clínicas, constituyen el principal criterio para pensar en la tuberculosis mamaria y entonces el clínico agotará todos los recursos para llegar al diagnóstico real y verdadero.

En nuestro caso no había ganglios axilares y había, en cambio,

una secreción citrina por el mamelón, síntoma poco frecuente en esta lesión.

En lo que se refiere al tratamiento de la tuberculosis de la mama algunos cirujanos son partidarios de la terapéutica radical, es decir, extirpar la mama y hacer el vaciamiento axilar. Para obrar así, se basan en que los ganglios pueden estar precozmente tomados o pueden tomarse tardíamente. Nosotros, menos radicales, frente a una mujer joven, en plena actividad sexual, nos hemos limitado a extirpar ampliamente la lesión tuberculosa de la mama sin sacrificar toda la glándula ni realizar el vaciamiento axilar. Para hacer este tratamiento hemos reunido a la incisión submamaria o incisión estética de la mama.

Para obrar así, nos hemos inspirado en la juventud de la enferma, en que era madre de un solo hijo y en que existen casos plenamente confirmados de extirpaciones parciales de la mama tuberculosa, sin que hayan recidivado estas lesiones.

Dr. Bado.—Hace unos meses el Dr. Nario presentó un caso de tuberculosis metafisaria del radio, bajo forma localizada, de absceso bien limitado. Los caracteres radiográficos de condensación asombraron a los que escucharon la comunicación, hasta tal punto, que pusieron en duda el diagnóstico que había sido confirmado por el examen histopatológico, por el que se describían las lesiones histológicas características: folículos, necrosis caseosa, etc., en apariencias absolutamente típicas. No se había encontrado el bacilo de Koch. Se insinuó la necesidad de un diagnóstico bacteriológico y el Dr. Prat compartió esa opinión.

Ahora me pregunto si el Dr. Prat ha cambiado de opinión y cree que la anatomía patológica no necesita, cuando las lesiones son típicas, como en su caso y en el del Dr. Nario, el control bacteriológico. Yo, por mi parte, reivindico para la histología patológica la capacidad de afirmar la existencia de lesiones inflamatorias específicas, cuando éstas se presentan con su aspecto típico, con un margen mínimo de error, el control bacteriológico es de utilidad excepcional en estos casos. El Dr. Prat no habla en su comunicación de haber encontrado el bacilo de Koch en la lesión mamaria, y, sin embargo, nadie puede dudar de su naturaleza tuberculosa.

Dr. Ugón.—A raíz de la comunicación del Dr. Nario a que ha hecho mención el Dr. Bado, se discutió si el criterio anatomo-patológico bastaba para establecer un diagnóstico de tuberculosis. He leído la histogénesis del folículo tuberculoso y creo que ese criterio no es suficiente para un diagnóstico de absoluta precisión científica. Es nece-

sario el examen bacteriológico. Haciendo cultivos no puede escaparse el hacer un certero diagnóstico de tuberculosis.

Dr. Prat.—Tiene razón el Dr. Bado en lo que se refiere a las exigencias: no debe haber corona. Pero si pusimos reparos en el relato del Dr. Nario, fué porque en el caso estaba en plena diáfasis. Creo que se debe exigir el diagnóstico seguro. Y respecto al caso a que se refiere el Dr. Bado, hablé después con el Dr. Castiglioni, y me manifestó que había buscado el bacilo de Koch con resultado negativo, y hasta la fecha no lo ha encontrado.

Dr. A. Lamas.—Si tuviera el caso en un enfermo mío, y no hubiera razón social, haría la extirpación de esa glándula, tratándose de un órgano doble.
