

PROBLEMAS DE FISIOPATOLOGIA MAMARIA

Enunciado de los capítulos a forma de nota previa

Carlos Stajano

La Patología de la glándula mamaria ha evolucionado en los últimos veinte años fundamentalmente. Los conceptos básicos que la rigen son enteramente diferentes y la conducta del médico práctico, tiene a su vez que amoldarse a las trascendentes conquistas que la clínica ha aportado. De los viejos capítulos de Patología de la mama, sólo han quedado inmutables y verdaderos, los relacionados con la Anatomía Patológica, siendo exactos en lo que respecta a la comprobación analítica de los hechos, y sus clasificaciones empeñosas definen una verdad, pero no toda la verdad, por cuanto expresan la comprobación individual de cada pieza solo en un momento de su evolución. No establece nexos funcionales, o de unión entre numerosas entidades nosológicas de esa rica patología, tal cual lo demuestra la clínica con una elocuencia meridiana, con las comprobaciones que poseemos al través de un numeroso material clínico y anatómico acumulado sin cesar en 25 años de búsqueda silenciosa y de observación atenta.

En esta sintética exposición de hoy, dejaré consignadas algunas premisas a forma de nota previa.

I. El concepto clásico, morfológico puro, enteramente localista bajo el punto de vista de la Patología, y bajo el punto de vista terapéutico, debe pasar tanto para la patología como para el clínico al archivo de la historia.

II. El concepto amplísimo de la glándula mamaria, debe imponerse a todo el que se ocupe de este tema. Esa glándula es el escenario donde se expresan influencias que actúan en diversas partes del organismo. Constituye una de las piezas de un vasto sistema, fisiológicamente solidario con otras glándulas del consorcio endocrino.

III. El desconocer esas dependencias es hoy funesto. También es cierto que en este nuevo campo ignorado para muchos se cometen innumerables falsas rutas terapéuticas, las cuales conservo documentadas, con el nombre del colega tratante y la evolución del caso con el fin no de criticar, sino con el de obtener pruebas y contrapruebas clínicas de algunas de las verdades que sustentamos hace ya más de 20 años.

IV. El espíritu del clínico de hace 25 años y de muchos otros del momento actual que no han evolucionado, frente a la patología mamaria, en cualquiera de sus aspectos, se concretan a analizar semiológicamente en todos sus pormenores a la glándula afectada, y una vez en posesión del diagnóstico, la tratan con criterio localista, y extirpan los pequeños tumores, hoy uno y al año otro, con la misma respuesta tranquilizadora del anatomista, y así ven evolucionar con pasividad una enfermedad tumoral, de más o menos duración, dando al paciente lo único que pueden darle, que es la seguridad de ese momento, de una absoluta benignidad, porque así lo dice el histólogo. Y si éste en su informe afirma: "Enfermedad de Reclus o de Phocas, en evolución — ese clínico no hace más que cruzarse de brazos, y esperar para contemplar al través de una vida, todo el proceso de esa larga enfermedad que la ha visto constituirse clínicamente, paso a paso.

V. Además, ha visto confirmar clínicamente, lo que el histólogo, muchos años antes le había anunciado, *pues el Reclus anatómico es mucho más precoz que el Reclus clínico*, y de esto tenemos extraordinarias piezas confirmatorias que lo demuestran.

VI. ¿Qué han hecho los patólogos al través de todos los años pasados en lo que respecta al Reclus? Absolutamente nada práctico y efectivo, y tan solo han debatido su ignorancia alrededor de un asunto que hoy ya no puede discutirse, o que se plantea en otros términos y que es: de si el Reclus degenera en cáncer o no degenera. Podemos afirmar hoy, que tenemos armas, para hacer retroceder a un Reclus, o por lo menos detener su evolución.

VII. Intimamente relacionado a este punto, diremos otras de las grandes verdades, que enseñamos con convicción y es el del *concepto unicista de toda la Patología reaccional vásculo-adenconjuntiva de la mama*. Las complejísimas clasificaciones anató-

micas que estudiábamos en 1915 como estudiantes y que nos daban la sensación de una complejidad nosológica extraordinaria, hoy las vemos con otros ojos y la síntesis simplificadora, ilumina con claridad meridiana, aquella patología, que sólo parecía reservarse para los elegidos del conocimiento, o los sabios del laboratorio. *La unidad de los procesos tumorales benignos de la mama*, está íntimamente relacionada con las fluxiones y defluxiones periódicas de fuente hormonal, que movilizan los epitelios de Acimis y canales en una sinérgica fluxión que acompañan a su vez los vasos y nervios de toda la región.

Del mismo modo tenemos observaciones seguidas durante más de 20 años, en las que el Reclus anatómico precedió de mucho al Reclus clínico, y tenemos casos de cancerización de mamas, con todo ese pasado tumoral benigno anterior. Hoy la Patología Experimental, permite comprobar la sucesión de estos procesos a voluntad.

VIII. Como otra verdad incuestionable y que hemos defendido en otras regiones con profuso material, es la de que el cáncer mamario, debe de estudiarse no sólo en el momento del cáncer constituido, sino al través de todo el trastorno anterior, que lo precede y le da origen.

Hemos podido apreciar en este gran capítulo, y con gran acopio de material, de que la mama se canceriza de muy distinta manera, constituyendo un error el asignarle etiologías exclusivas.

Como todo tejido de la economía, sufre las influencias internas, hormonales y metabólicas más diversas, así como las influencias del medio ambiente, traumáticas o físicas, dando sus resultantes genéricas como lo da el traumatismo en general en otros tejidos. Hemos puntualizado este asunto de Patología general en otro momento; sólo diremos que la glándula mamaria es más vulnerable que otros tejidos a los traumatismos, por razones de inervación y de diferenciación epitelial y funcional de acuerdo con premisas que hemos fijado en diversas oportunidades.

IX. En lo que respecta a la terapéutica de los procesos tumorales mamarios, hagamos un poco de historia necesaria para colocarnos en el lugar que nos asignamos en el día de hoy.

Vista panorámica de este proceso evolutivo. — Año 1915 a 1916. Es alrededor de esta época que nada se conoce respecto a las fluxiones dolorosas de la mama. Sólo el capítulo del empasta-

miento mamario, expresa algo, pero sin aportar al tratamiento nada útil.

En esta época el vendaje compresivo; el calor local, las pomadas con yoduro, o con belladona, constituyen toda la terapéutica.

En 1920, el Profesor Navarro proclama los beneficios de la glándula mamaria y la aplica según nomenclatura de la época, para las mastitis crónicas. Denominación confusa que engloba muchas cosas, y sobre la que ya hemós puntualizado en otra comunicación, la razón para modificarla.

Dos palabras además diré:

a) La opoterapia mamaria es frecuentemente eficaz en lo que respecta a las fluxiones mamarias.

b) La opoterapia mamaria es frecuentemente nociva en otro sector del aparato genital, debiéndose puntualizar su indicación y no prescribirla en forma genérica.

Nueva etapa. — *En 1924.* Destacamos el papel del tiroides en la fisiología mamaria. Comprobaciones clínicas al azar sobre la patología mamaria nos fijan el hecho y la búsqueda desde entonces, la hemos hecho sin interrupción. El papel del tiroides sobre el ovario y de esta glándula sobre el seno y viceversa. Equilibrios diversos ovario-tiroideo-mamarios en los distintos períodos de la vida genital y la experiencia clínica nos autorizan a hablar de la acción benéfica de la opoterapia tiroidea.

Nuestra casuística que iremos exponiendo sucesivamente se relacionará:

a) *Con las Mastalgias.* Su significado, su mecanismo probable; su terapéutica médica.

b) *Con los tumores benignos de la mama,* en las formas circumscriptas o difusas.

Los éxitos con la opoterapia tiroidea, así como los fracasos, han sido estudiados. La anatomía patológica nos ha permitido explicar los casos de irreversibilidad o del aparente fracaso terapéutico con opoterapia tiroidea. (Las formas muy fibrosas o las tumoraciones quísticas).

c) *Etapa ulterior extraordinaria en enseñanzas.*

La cirugía ovárica, conservadora, mediante la ooforectomía parcial bilateral, en cuña, o la radical en los casos indicados, abren nuevos horizontes, con realidades ya conquistadas. (Presentaremos abundante casuística).

Un capítulo especial merecerá más atención por ser aun completamente descuidado por el Ginecólogo y es el papel del ovario congestivo, de los varicoceles, o de las retrodesviaciones, y cuya responsabilidad es indiscutible en numerosas mastopatías hormonales cuya solución se encuentra no en la terapéutica de la momo en sí, sino de la influencia hormonal nociva que procede del aparato genital en disfunción, en estos casos esencialmente corregible. He aquí en rápida revista los numerosos capítulos de patología mamaria que al práctico interesará conocer en sus detalles y que haremos en forma escalonada y sucesiva.

Doctor Harán. — El Dr. Stajano ha tocado tantos puntos al mismo tiempo que es difícil para la memoria retener tanto, pero, dado que he publicado algunas cosas sobre este tema, no puedo callar. El Dr. Stajano sabe que discrepamos en ciertos aspectos del tratamiento de las mastalgias, especialmente sobre el tratamiento de la mastalgia pre-menstrual. El Dr. Stajano ha hecho de la mastalgia pre-menstrual en cierto modo, casi, una entidad nosológica; le ha dado una jerarquía especial, un rango, puesto que nos dice que la mastalgia pre-menstrual es un síndrome casi siempre de origen hipotiroideo y en consecuencia la terapéutica es la tiroidina. Yo ya he insistido en distintas publicaciones en que de acuerdo con lo que me ha tocado ver — material bastante numeroso de mastalgias pre-menstruales, continuas, discontinuas — no he podido encontrar una confirmación a la frecuencia que el Dr. Stajano señala a la etiología tiroidea. En mi primera estadística eran dos casos sobre 10 que podían considerarse hipotiroidismos; pero a medida que mi estadística aumentó ya va perdiendo terreno y considero hoy día a la forma hipotiroidea de la mastalgia como una cosa realmente rara. En cambio con otras hormonas he curado la mastalgia. Todo está en el concepto que se tenga de mastalgia. La mastalgia es un simple dolor hormonal; es uno de los tantos dolores hormonales que nos muestra la mujer: cefaleas hormonales, ovaralgias hormonales, mastalgias hormonales, dolores de los miembros, dolores de los dedos gruesos del pie, etc. De modo que el dolor del seno o mastalgia. — después habrá que precisar el concepto de mastalgia — no es más que la respuesta del seno a un desequilibrio hormonal, sin pre-juzgar para nada el valor de ese desequilibrio y aún de su naturaleza. Cuando se diagnostica una mastalgia el problema clínico es exactamente igual al de un cuadro doloroso de la fosa ilíaca derecha. Sea la mastalgia pre-menstrual, continua o discontinua no debe verse en ella nada más que un síntoma y es necesario deducir del estudio completo de la enferma el diagnóstico, para entonces recién catalogar la mastalgia.

Nosotros, lo que corrientemente vemos es que el 90 % de los casos son mastalgias por desequilibrio de foliculina, pero que tienen varias formas clínicas: las mastalgias por exceso o déficit de foliculina. Naturalmente que debemos llamar mastalgia al dolor hormonal de seno **no tumoral**, porque hay senos tumorales con dolor. Puede ser a veces un adenoma con

dolor o una adenosis difusa con dolor. En estos casos el problema cambia; de manera que yo considero mastalgia el seno doloroso hormonal en cuya palpación solamente encontramos espesamiento mamario, espesamiento del tejido glandular y nada más. La mayoría de los casos que yo tengo, sacando dos, todos los he clasificado como resultando de un desequilibrio foliculínico.

Hago la salvedad de diferenciar la mastalgia pura de la mastalgia con tumoración porque desde el punto de vista práctico tienen mucho interés. Nos viene una enferma con tumoración de seno que puede ser una adenoma o puede ser una tumoración de orden funcional y podemos extirparle el tumor o podemos extirpar la tumoración difusa y la enferma puede continuar sufriendo; y puede suceder inversamente que haya dolor sin existir tumoración. En general la tumoración no es la causa del dolor porque tumoración y dolor ambos son efectos de una causa hormonal. A este propósito no me quiero extender porque no tengo tiempo, pero respecto a algunas cosas del Dr. Stajano yo me permitiría decirle que encuentro su criterio quizás excesivamente decidido, resuelto, quirúrgico, en el tratamiento de algunos síndromes hormonales que mencionó.

Por ejemplo, habló de esas mastalgias por hiper-foliculinemia con amenorreas, la cual si no obedece a la terapéutica tiroidea va a la resección parcial bilateral del ovario. En esos casos yo simplemente me limito a frenar el exceso de foliculina; con el arma más poderosa que hoy día tenemos, que es la hormona macho, inmediatamente cesa la mastalgia y aparece la menstruación.

Por último quiero citar un caso con respecto a lo que ha hablado el Dr. Stajano del peligro que hay de conservar un ovario. Hace pocos días me vino a visitar una señora que presentaba una tumoración dolorosa del seno izquierdo. Había sido castrada dos años antes por fibroma y se le había conservado un ovario. Tumoración del tamaño de una nuez, difusa, bastante sensible al tacto, pero sin tener apariencia de neoplasmas. En una mujer castrada, histerectomizada, con un solo ovario, era fácil pensar que los dolores tumorales obedecían a un déficit de foliculina.

Yo he visto otros casos; los he tratado y los he curado con foliculina. En este caso, hice foliculina porque evidentemente es difícil desprenderse de la idea de que ante una mujer que le falta un ovario pueda haber otra cosa que un déficit de foliculina; pero fracasé. Hice entonces una dosificación de foliculina simplemente.

Dr. Stajano. — Es evidente que el Dr. Harán intenta una clasificación de las mastalgias, de la cual yo no comparto. Tampoco creo que las mastalgias por hiperfoliculinemia sean raras. Muy por el contrario las considero no sólo frecuentes sino habituales. Y además la clínica, ya que no disponemos del Laboratorio para dosificaciones de ese tipo no es elocuente en múltiples sentidos (pruebas quirúrgicas de supresión de microquistes foliculínicos con las ooforectomías parciales. Castración total en fibromatosos no ahorrables en su extirpación. La opoterapia tiroidea que en otros casos la hemos considerado como el freno fisiológico de la hiperfoliculinemia.

Los adenoquistes del ovario residual post-histerectomía, provocadores de intensas mastalgias permanentes han sido suprimidas por la ooforectomía bilateral. No comparto tampoco con el Dr. Harán cuando afirma que la pequeña insuficiencia tiroidea es excepcionalmente factor etiológico de la mastalgia. Considero en cambio la etiología dominante en ese disturbio.

La escuela de Peralta Ramos defiende la tesis de la mastalgia por caída del tenor foliculínico en sangre. No tengo documentación para oponer a esa tesis, pero me resisto a aceptarla por lo que he observado clínicamente y que está en oposición a ello.

El trabajo original de Cotte de hace años, nos muestra un trabajo experimental donde toda la reacción adenoconjuntiva de la mama, incluso los fenómenos vasculares son producidos por la inyección de foliculina.

No comprendemos cómo este autor termina su trabajo aconsejando la foliculina en la mastalgia humana.

Nuestras observaciones en ese sentido son elocuentes y siempre hemos visto agravar este síndrome mediante el estímulo del lóbulo anterior y de la foliculina. Observaciones con notas al margen que poseemos son bien elocuentes de esta mala indicación terapéutica agravante en la casi totalidad de todos los casos. Los éxitos de la medicación tiroidea son incontables en estos casos.

Dos palabras sobre el dolor que Harán llama hormonal.

Nueva denominación que debe suprimirse pues complica la larga y confusa ya clasificación de ese síntoma.

El dolor de la mastalgia si etiológicamente es producido por una hormona, no deja de ser un dolor trivial y producido por el mismo mecanismo que despierta el dolor en toda víscera, ya que la mama debe ser considerada como tal. El tejido visceral mamario sufre cuando se opera en él la distensión intersticial y cesa el dolor cuando ella cesa. El dolor de la mastalgia es por una fluxión congestiva; cesa el dolor cuando la defluxión se opera. El Dr. Harán en su clasificación a mi juicio complica un poco, pues habla de la mastalgia con tumor y de la mastalgia sin tumor. El hecho de la existencia de tumor circunscrito y solitario en unos casos, o de procesos difusos no modifican la aparición o no del dolor. El tumor por sí, siempre es indoloro. Es el terreno glandular mamario donde asienta el tumor, la sede de las fluxiones que determinan por congestión y actividad celular la ingurgitación dolorosa — con tumor o sin tumor. La aparición de tumores es la consecuencia de la organización de estos procesos fluxionarios a repetición y de ahí nuestro concepto dinámico y reversible de las tumoraciones del seno mediante la terapéutica médica o quirúrgica en que estamos empeñados.

El Dr. Harán tiene más experiencia que yo con la opoterapia masculina. Tal vez acepte si cambio de opinión con una nueva experiencia esta conducta terapéutica que sólo me recuerda fracasos en mayor número a los éxitos logrados.