

Presentado en la sesión del 6 de Noviembre de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ *Epitelioma dendrítico pseudo-quístico-hemático de la glándula mamaria.*

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Navarro)

por los Dres. R. RISSO y P. LARGHERO IBARZ

El epitelioma dendrítico intra - canalicular de la glándula mamaria, descrito por Cornil es por definición un tumor epitelial a células cilíndricas caracterizado por su crecimiento vegetante en el interior de un canaliculo galactóforo que le sirve de estuche y por su arquitectura delicadamente papilar.

En la inmensa mayoría de los casos continente y contenido guardan entre sí una relación de volumen proporcionada, pero otras veces el paralelismo desaparece ante el desarrollo preponderante que presenta uno de los elementos constitutivos.

Cuando es la vegetación que se presenta con los caracteres de una extraordinaria actividad de procreación celular más o menos atípica, que no respecta la cavidad cuyas paredes infiltra y destruye, ni los tejidos vecinos en los cuales difunde, el tumor se presenta con los caracteres de las neoformaciones primitivamente malignas de la glándula mamaria.

En otros casos, y son los menos, la cavidad quística, por su volumen caracteriza el tumor, condiciona su sintomatología clínica, mientras que la vegetación papilar por su poco volumen aparece como accesoria.

Son estos los tumores que se llaman "epiteliomas quísticos de la glándula mamaria", denominación demasiado general bajo la cual se colocan afecciones cuyo único carácter común son las formaciones quísticas, pero que de ninguna manera pueden ser estudiadas en conjunto.

Preferimos para nuestro caso la denominación de Epitelioma dendrítico pseudo - quístico - hemático de la glándula mamaria, quizá algo extensa, pero indudablemente más explicativa.

El número limitado de observaciones existentes en la literatura, que no pasan de 50 y sobre todo al volumen del tumor igual a los más grandes señalados, nos ha inducido a aportarlo a la consideración de la Sociedad de Cirugía.

### OBSERVACION CLINICA:

Isabel Gall, 53 años, uruguaya, soltera, ingresa a la sala Cirujía A del Hospital Maciel (Servicio del Prof. Navarro) el día 26 de Julio de 1929, por un tumor del seno derecho.

Hace unos 15 meses se notó en la parte inferior del seno derecho, por detrás del mamelón, un tumor del tamaño de una nuez, completamente

indoloro; observando la enferma que él crecía progresivamente hasta hace unos 6 meses en que alcanzó el volumen que actualmente presenta. Desde entonces permanec estacionario. Fué puncionado hace algo menos de un año, extrayéndosele algunos centímetros de sangre oscura. Por las maniobras de expresión a que fué sometido repetidas veces, no dió salida nunca por el mamelón a sangre ni a ningún otro líquido. Hace unos 6 meses, la parte inferior del seno comenzó a tomar color morado, tomándose luego la parte superior. En estos últimos meses nota que el mamelón se retrae poco a poco.

No ha tenido fiebre e insiste sobre la ausencia completa de dolor. No



Fot. N.º 1. — Se puede apreciar el volumen del tumor, su forma lobulada, la retracción del mamelón. — A — Equimosis.

hay antecedentes inflamatorios en su glándula mamaria; no ha tenido embarazos. Sufre desde hace un año de una nefritis azotémica.

**Examen.** — Enferma delgada, piel y mucosas bien coloreadas.

El seno derecho aparece distendido por una masa tumoral de tamaño algo menor que el de una cabeza de feto, irregular, lobulada.

La coloración de la piel oscura, equimótica en su mitad ínfero-ex-

terna; al tacto la piel es suave, fina, como estirada por el tumor, brillante lustrosa mismo en algunos puntos.

El mamelón aparece retraído hacia arriba y la piel que lo rodea sobre todo la que cubre la lobulación inferior del tumor, es adherente a él. Por el contrario, en su mitad superior, la piel desliza perfectamente sobre el tumor.

La palpación muestra que él tiene una consistencia elástica, quística, estando el líquido contenido a tensión bastante elevada.

El tumor con la piel que lo cubre se mueve en masa sobre el plano profundo, sin que modifique en nada su movilidad la fijación del músculo pectoral. Indolencia completa. La expresión del tumor y del mamelón son negativos. No hay adenopatía axilar ni supraclavicular.

Se hace diagnóstico de quiste hemático de la glándula mamaria; como días antes unos de nosotros había examinado en el Laboratorio de Histología Patológica del Hospital Italiano una hermosa pieza de epiteloma dendrítico intracanalicular que había dado origen a una equimosis subcutánea análoga a la que presentaba nuestro caso, pensamos que debía existir dentro del quiste un epiteloma papilar, elemento fundamental del tumor y factor determinante de la hemorragia.

El examen médico general de la enferma revela una azotemia de Igr. 23 por 1000. Albuminuria 2 gr. por 1000. Corazón y pulmones normales.

El examen clínico y radiológico de la columna vertebral no revela nada anormal.

Se instituye una terapéutica severa que reduce en parte la azotemia y se decide intervenir.

**Operación:** Agosto 4 de 1929. Dr. Navarro. Ayuda el Pte. Costa.

Anestesia local, novocaína al 1 por 200. Incisión ovoide circunscribiendo el tumor. Se cliva fácilmente su cara profunda del plano pectoral; en este momento se produce una dehiscencia de la cápsula saliendo gran cantidad de líquido hemático espeso. Se libera el tumor con el tejido mamario que lo rodea. Hemostasis, sutura de la piel con drenaje fino.

La operación fué muy simple; el post-operatorio evolucionó sin incidentes y la enferma abandona el hospital el 15 de agosto.

**Estudio macroscópico de la pieza:** N.º 2323 del Museo del I. de Anat. Patológica de la Fac. de Medicina.

La pieza está constituida por el tumor rodeado en parte por glándula mamaria y cubierto por una zona de piel de forma ovoidea, a pequeño polo superior. En su parte central la piel presenta el mamelón retraído en su semicircunferencia superior y separado en este punto por un surco de la areola. Esta y el mamelón adhieren íntimamente a la pared del quiste.

Por su cara profunda, el tumor quístico de unos 12 ctms. de largo por 8 ctms. de ancho en su porción ecuatorial, de tamaño algo mayor que el de un puño (pieza fijada) está constituida por dos logias: una de ellas más

pequeña es esferoidal, la otra más grande hemiesférica. Ambas se encuentran limitadas por un tabique incompleto, que presenta en su centro un orificio del tamaño de una moneda de 5 centésimos, que en forma de diafragma, las comunica. Este diafragma, por su borde profundo y adherente, se pone en contacto con la base del mamelon con el cual se solidariza, como puede verse en la microfotografía topográfica.

La pared del quiste tiene un espesor de un mm. y medio; su cara ex-



Fot. N.º 2. — A — Mamelon. — B — Surco de circunvalación del mamelon retraído.

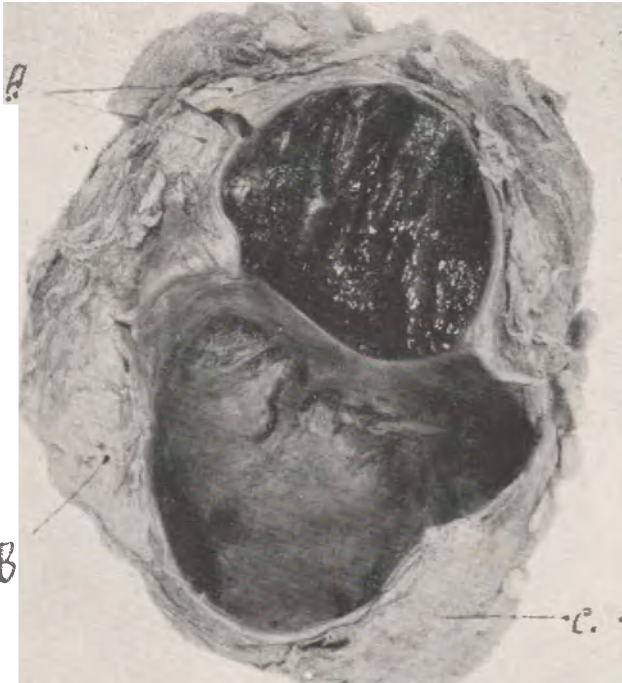
terna adhiere íntimamente sin plano de clivaje, con el tejido mamario esclerosado que lo rodea en su mitad inferior, no así en la superior, donde la pared quística aparece cubierta solamente por tejido célula adiposo.

La cara interna de color castaño obscuro, es lisa pero opaca; sobre ella se encuentran en algunas zonas coágulos de aspecto cruórico que adhieren bastante íntimamente. Cerca de la base de implantación del tabique que separa las cavidades, la cara interna de ellas presenta salientes en forma de pliegues que limitan entre ellas alvéolos irregulares, ofreciendo en conjunto un aspecto muy semejante al de la cara interna de las aurículas.

En la cara interna de la cavidad inferior, esférica y sobre su parte infero-externa, hace saliente una formación vegetante del tamaño de una

aceituna, de color blanco amarillento, que contrasta fuertemente con el color obscuro del resto de la pared. Su contorno es bien marcado y ella hace un relieve de unos 4 a 5 mm.

Sobre esta masa se implanta a su vez una formación del tamaño de un grano de maíz, de color blanco amarillento y finamente paular. La formación vegetante en conjunto presenta en la pieza fresca una consistencia blanduzca, característica de los tumores vegetantes papilares.



Fot. N.º 3. — Aspecto del tumor por su cara profunda. — A — El nódulo epitelial incluido en la pared, ha sido reaccionado en su parte media. B - C — Tejido mamario escleroso.

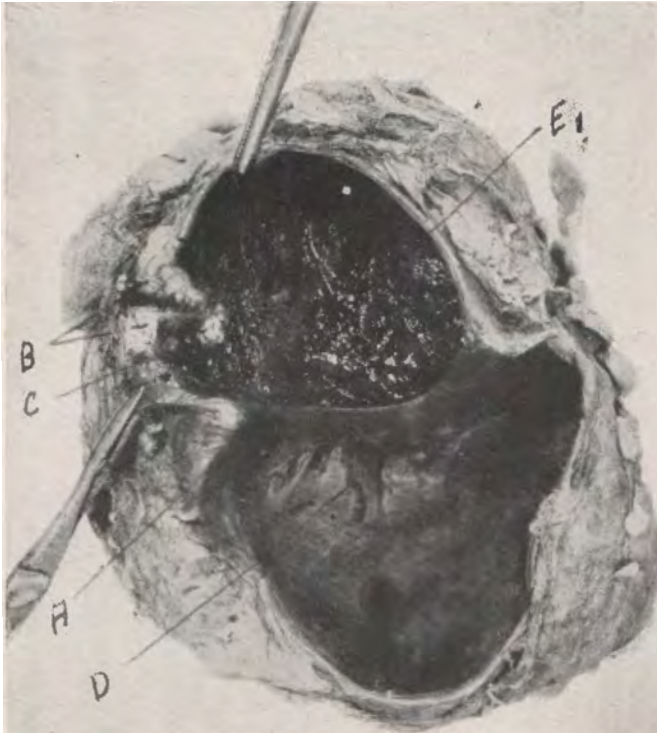
Hacemos un corte mediano de la masa vegetante y constatamos que ella se ha desarrollado en el espesor de la pared quística, engarzada en ella; en su crecimiento ha desdoblado la pared fibrosa y respetando su límite profundo ha emergido hacia adentro libre en la cavidad.

El corte de sección (después de fijada la pieza) es de aspecto granuloso friable, no compacto, diferente en absoluto del de los carcinomas mamaros.



**En suma:** el tumor está constituido por una cavidad quística bilocular que presenta en una zona limitada de su pared una formación vegetante papilar; el desquite desarrollado primitivamente por debajo del mamelon y en plena glándula mamaria, la ha desplazado en su crecimiento expansivo.

Para el estudio histológico completo de la pieza se han tomado fragmentos en varias zonas. 1.º, corte mediano completo de la formación vege-



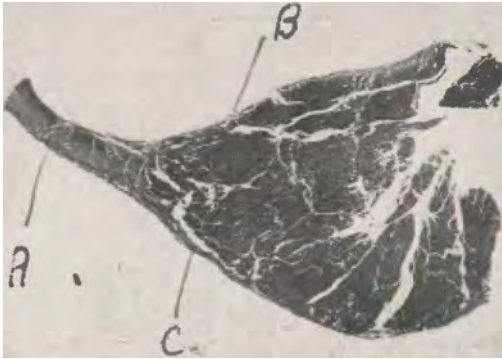
Fot. N.º 4. — A Tabique intercavitario. — B — El nódulo papilar seccionado y separados sus dos mitades para que pueda verse su inclusión en la pared. — C — Vegetación papilar blanca montada sobre el nódulo. — D — Salientes o pliegues de la pared. — E — Coágulos adherentes a la cara interna de la cavidad.

tante; 2.º, pared de la cavidad en varios puntos; 3.º, fragmento comprendiendo el mamelon y piel adyacente y llevando en su cara profunda el tabique en toda su altura y la parte vecina a él de la pared de las dos cavidades; 4.º, glándula mamaria.

**Primero:** Corte mediano completo de la formación vegetante.

Por el examen topográfico del preparado se puede constatar que la pared fibrosa a estructura lamelar de la cavidad, cerca del borde en relieve de la vegetación, se divide en dos hojas delgadas que divergen en ángulo,

continuándose la externa con la cápsula del tumor; la interna contiene en un trecho de algunos milímetros, las vegetaciones dendríticas que más allá van a hacer salientes libres en la cavidad. Este proceso que se cumple en



Fot. N.º 5. — Corte transversal completo de la pared quística (A), desdoblándose en 2 hojas (B y C) que engarzan la vegetación.

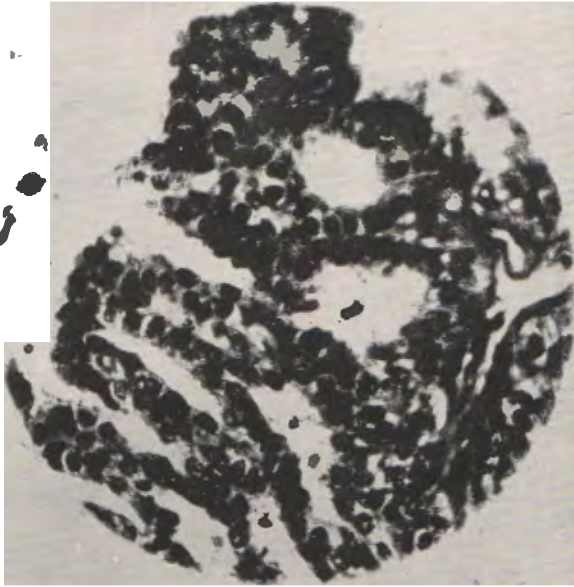


Fot. N.º 6. — Aspecto papilar típico. — A — Eje conjuntivo vascular. — B — Vegetaciones superficiales.

toda la periferia del tumor en coliflor, hace que él aparezca como verdaderamente engarzado en la pared fibrosa de la cavidad. Del ángulo de divergencia y de la cara interna de sus ramas, emergen una serie de ejes

conjuntivo-vasculares delgados, que se dividen repetidas veces constituyendo el esqueleto de sosten de la parte epitelial del tumor. Esta aparece constituida por un epitelio a una o dos filas de células cúbicas o cilíndricas, pequeñas, a núcleo redondeado con ovillo cromático denso, a protoplasma claro en la zona juxta-nuclear, más denso en la periferia de los elementos de aspecto uniforme en todas las porciones del tumor.

En las partes periféricas de las vegetaciones, el epitelio reviste regularmente los ejes conjuntivo-vasculares, ofreciendo un aspecto papilar neto; en la parte central y especialmente donde las vegetaciones se aprietan, la disposición del tumor parece pseudo-glandular a primera vista, pero la observación atenta demuestra que las flexuosidades epiteliales se hacen



Fot. N.º 7. — Aspecto microscópico a mayor aumento.

siempre en relación con los ejes conjuntivo-vasculares que presiden la arquitectura del tejido.

Los ejes de sosten, delgadísimos en la mayor parte del tumor, tronchados aquí y allá, se ensanchan en ciertos puntos, no a expensas de un aumento de tejido sino debido a la dilatación lacunar del capilar contenido en él.

Entre las papilas se encuentra una sustancia mucosa producto de la descamación y degeneración celular; en otros espacios, glóbulos rojos, en número variable. Entre las papilas más superficiales se encuentran colecciones de sangre extravasada y coagulada, con hemolisis y núcleos pigmentarios.



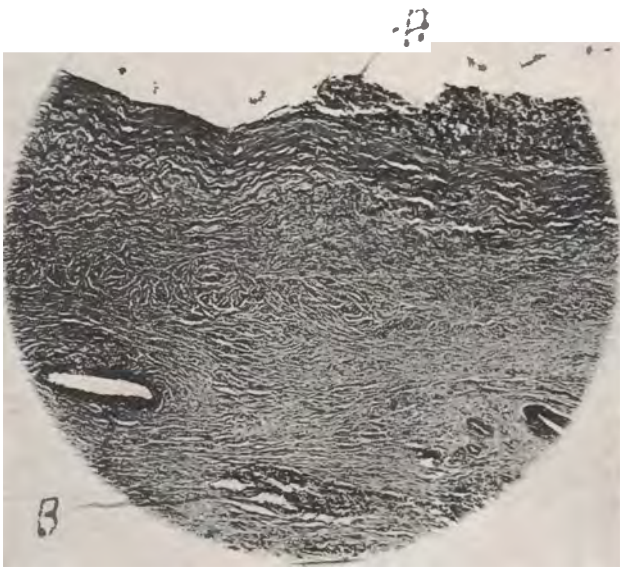
En algunas zonas se encuentran sobre los ejes nutricios varias capas de elementos dando una falsa imagen de tumor sólido, por la comprensión recíproca de elementos pertenecientes a papilas vecinas.

No se observan figuras de carioquinesis.

**En suma:** Por el examen histológico podemos hacer diagnóstico de epiteloma cilíndrico papilar (dendrítico) a elementos típicos, con caracteres de benignidad.

**Segundo:** Corte de la pared de la cavidad.

La pared está constituida por fibras conjuntivas jóvenes, alargadas, flexuosas, dispuestas paralelamente a la cara interna. Entre ellas dejan



Fot. N.º 8. — Corte transversal de la pared. Se observa la estructura laminada. — A — Coágulos adherentes a la cara interna. — B — Acinos mamarias atroficos en el espesor de la pared.

espacios alargados por donde corren vasos capilares llenos de sangre y cuya dirección es paralela a la cara interna del quiste. Se encuentran además numerosas células móviles intersticiales, leucocitos escasos y algunos fibroblastos.

Por su cara profunda (exterior) esta pared se continúa con el tejido adiposo y fibroso que constituye el estroma de la glándula mamaria; no existe plano de clivaje.

Su cara interna está en absoluto desprovista de epitelio cuya búsqueda ha resultado negativa en los numerosos y variados cortes practicados.

Las fibras conjuntivas mismas constituyen el límite de la cavidad y

sobre ellas se disponen de trecho en trecho, depósitos fibrino leucocitarios con numerosos glóbulos rojos que corresponden a los coágulos ya descritos.

Se encuentra además en la pared fibrosa, entre sus haces y en algunos puntos bastante cerca de su cara interna, acinos y conductos glandulares más o menos abundantes y rodeados por una infiltración linfocitaria variadamente abundante. La significación patológica de estos elementos es para nosotros indudable y constituye una prueba de que la pared del quiste se ha constituido por una reacción conjuntiva del estroma de la glándula misma, frente a una colección hemática que crecía progresivamente. Si la



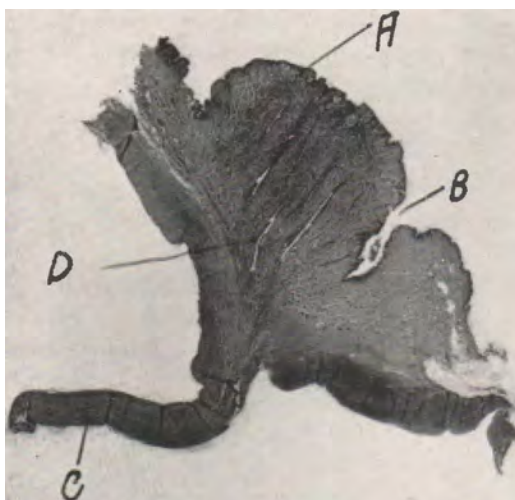
Fot. N.º 9. — Otro aspecto de la pared. — A— Canal galatóforo dirigido paralelamente a la superficie. — B — Acinos mamarios.

cavidad fuera un verdadero quiste, tendría su pared propia independiente de los acinos glandulares y poseería además un revestimiento epitelial.

En algunas zonas, especialmente cerca de la base del espolón divisorio, la pared de la cavidad está constituida por dos capas: una externa, fibrosa, por dentro de la cual se extiende una capa superficial mamelonada y constituida por un tejido de granulación relativamente joven, con vasos perpendiculares a la superficie, algunos de ellos abiertos en la cavidad, rodeados por abundantes fibroblastos jóvenes y leucocitos mono nucleares.

**Tercero:** Fragmento comprendiendo el mamelon y piel, adyacente, llevando en su cara profunda, el tabique en toda su altura.

Lo primero que llama la atención es que el surco perimamelonar es más profundo de un lado, correspondiendo a la retracción del pezón.



Fot. N.º 10. — A — Mamelon. — B — Surco de retracción. — C — Espolón intercavitario. — D — Canales galactóforos.

El epitelio de revestimiento malpighiano es normal y se observan numerosas glándulas sebáceas en la parte superficial del mamelon. Más profundamente pueden verse los canales galactóforos, de calibre irregular, con dilataciones y estrechamientos, siguiendo una dirección oblicua tendiendo a converger hacia la base de implantación del espolón que no corresponde al medio del pezón, sino que es excéntrico con relación a él y corresponde al surco profundo de retracción.

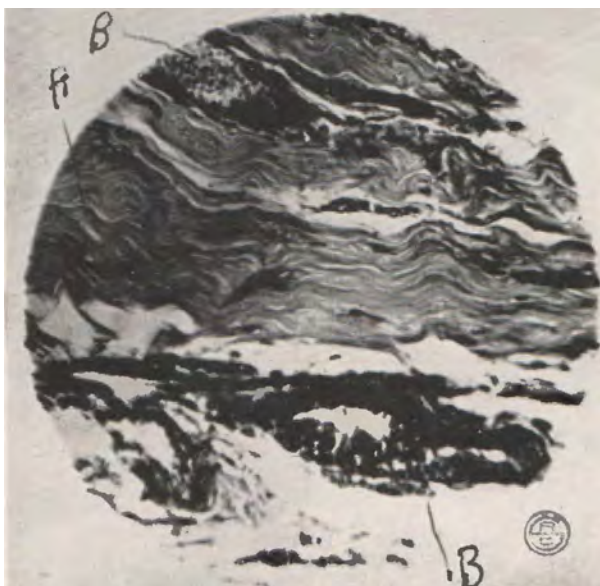
En su parte profunda, los canales comienzan a bifurcarse, pero conseguida son interrumpidos por la cápsula fibrosa del quiste; en ningún punto hay comunicación de los canales con la cavidad.

Los canales galactóforos son rodeados por tejido fibroso y por las fibras musculares del mamelon.

El tabique de separación de las cavidades está constituido por un eje conjuntivo-vascular muy rico en capilares y algunas arteriolas, sobre el cual se disponen varias capas de fibras conjuntivas muy homogéneas y onduladas. No se observa tampoco revestimiento epitelial.

#### Cuarto: Glándula mamaria.

En un estroma conjuntivo adiposo se encuentran de trecho en trecho, elementos glandulares, sea bajo forma de lobulillos cuyos tubos y acinos están contenidos en un alvéolo común de tejido fibroso y rodeados por abundantes linfocitos, sea como acinos o tubos excretores aislados, compri-



Fot. N.º 11. — Glándula mamaria. — A —  
Tez escleroso periacinoso. — B — Acinos atrofia-  
dos.

midos y deformados por la ganga conjuntiva. La glándula presenta, pues, lesiones de mastitis crónica atrófica.

### CONSIDERACIONES:

El examen de la pieza y los datos aportados por la observación de los preparados, nos permiten afirmar que nos encontramos en presencia de un epiteloma dendrítico contenido en una cavidad que según todas las probabilidades ha nacido de la reacción de los tejidos tendientes al enquistamiento de una colección hemática dada por el epiteloma y que podemos afirmar ha continuado aumentando aún después de la limitación.

La vegetación epitelial contenida primitivamente en su estuche canalicular, ha dado origen a hemorragias que terminaron por romper la pared canalicular primitiva de la cual no han quedado ni vestigios.

La sangre, derramada en el tejido intersticial mamario, ha provocado aquí como en otras partes del organismo, una reacción productiva que, incapaz de organizar el hematoma y reabsorberlo, ha terminado por enquistarlo. Luego, continuando la hemorragia, la cavidad ha comenzado a distenderse, hecho que puede afirmarse por la dirección horizontal paralela a la superficie, que ofrecen los vasos y por el estiramiento, verdadera laminación de las fibras conjuntivas.

El crecimiento, haciéndose mayor en un sentido, el espolón intercavitario ha comenzado a desplazarse (véase la microfotografía) y adherente, íntimamente fusionado al tejido conjuntivo del mamelon y a los canales

galactóforos, verdaderas riendas de tracción, los ha arrastrado en su desplazamiento, deprimiendo y retrayendo el mamelon.

La pared fibrosa, desprovista de elasticidad y permeable a los líquidos, ha debido sufrir dehiscencias pequeñas que explican con la punción, la infiltración hemorrágica subcutánea.

Concebido el proceso de esta manera, encuentra su confirmación en los hechos señalados en el estudio de los preparados de los cuales destacamos: la ausencia de epitelio de revestimiento, la solidaridad de la pared de la cavidad con el estroma fibroso mamario, la independencia de los canales galactóforos y sobre todo la existencia de elementos glandulares en el espesor de la pared, que nos permiten afirmar que la colección se ha hecho en plena glándula, cuya reacción ha determinado la formación de una cavidad pseudo-quística a contenido hemático.

Fotografías de la sección fototécnica de la Fac. de Medicina. — Director, Dr. Velazco Lombardini.

---

Presentado en la sesión del 20 de Noviembre de 1929

Preside el Dr. García Lagos

✓ *Quiste hidático del femur (Extremidad inferior)*

Dres. STAJANO y RODRIGUEZ LOPEZ

Al presentar esta modesta nota clínica a la Sociedad de Cirugía solo nos guía como idea directriz llamar la atención sobre esta poco frecuente localización de la tenia equinocus y sobre la confusión posible con la osteomielitis crónica que hacen dudoso un diagnóstico radiológico. En las primeras fases de este proceso era imposible diferenciarlo con el absceso localizado de hueso, porque no se encontraba el aspecto areolar; que cuando está presente permite sospechar que se trata de un quiste hidático. Sus placas ulteriores como las que voy a mostrar se ve perfectamente este aspecto tísico del quiste hidático de hueso, siendo imposible entonces la confusión con el "Absceso de Brodie".

Dicho lo que antecede pasemos a relatar el caso clínico fundamento de esta comunicación.

Clínica Gineológica Pabellón Profesor Enrique Pouy, sala 4 al cargo del doctor Stajano. (

Sra E. M. de T. 46 años uruguaya. (Obs. 11338)

Ingresa a nuestro servicio el 17 de Junio de 1929 porque hacía unos 4 meses que había empezado a sentir dolores en la rodilla izquierda al hacer movimientos de flexión exagerada no molestándole para la marcha; hasta que 2 meses antes de su ingreso los dolores se intensificaron de tal manera que le impedían toda flexión de la rodilla: estos dolores tenían una marcada exacerbación nocturna. La enferma nota en este tiempo la for-