

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA EN EL HOMBRE

Dr. F. SALAMERO CASTILLÓN

Prof. por oposición, Encargado de la Cátedra de Patología Quirúrgica I.º
Comandante Médico H., Académico Numerario de la Real de Medicina

La copiosa bibliografía nos indica que si bien los tumores de la glándula mamaria en el hombre, no son frecuentes, su rareza no es excepcional.

Los historiadores nos dicen que por el año 1592 FABRICIO D'AQUAPENDENTE habla por primera vez de la patología tumoral mamaria en el hombre, siendo la publicación de SEDRANA en 1771 el primer documento, a la cual siguen otros trabajos de DUSSANSOY y SEDILLOT por el año 1787, en cuyas observaciones, que atribuyen a traumatismos por florete, a juzgar por las descripciones, se trataba de tumores.

La primera publicada corresponde a NELATON en 1842 y posteriormente LISFRANC y CHUVEILHIER. POIRIER en una brillante tesis de 1883 añade 9 casos más a los 96 reunidos por HORTÉLONJE en 1792. WILLIAMS en 1889 reúne otros 25 casos, de los cuales hace deducciones estadísticas.

Citemos a PALERMO, 1907; FRANCO, 1911; COLIGNON, 1913; DUQUESNE, 1914; HERRENS, 1921; KUMMER, 1923; BUSAY-LAY, 1924; GELMACHER, 1926; GUTIÉRREZ y MONTSERRAT, 1929; CADORE, 1931; GIOCIA, 1931, CICOLA, 1933; DOTTI, 1933; CESSANA, 1933; GILBERT, 1934; RIBEIRO, 1936; ROSE, 1937, etc.

Las estadísticas de los tumores mamaros en el hombre y su tanto por ciento con relación a los de la mujer, no dejan de ser ciertamente curiosos. Si bien la Estadística es la ciencia de los números, se ha dicho y con sobrada razón, las estadísticas dicen lo que se las quiere hacer decir. Así y todo veamos algunas citas: GURIT en 1855-78, da 1/2 por 100 de tumores entre ambos sexos; POULSEN, 1,4 por 100; WILLIAMS recoge 2.397 cánceres mamaros en la mujer y 25 en el hombre; *Instituto de Patología de Viena*, 0,80 por 100; HARLEY, 2 por 100; SMIDT, 1,36; FINSTERRER, 1,59; MULLEDER 600 en la mujer y 31 en el hombre. La estadística más completa es la de MONHLER (1920), que reúne 16.346 tumores mamaros en la mujer por 284 en el hombre.

La proporción más baja corresponde a FOUCHON, que da un promedio de 0,06 por 100 y el máximo a BAROUX, con un 8,4 por 100.

En Inglaterra la mortalidad por 100.000 habitantes corresponden 32,46 tumores malignos en la mujer y 0,09 en el hombre. Dinamarca, 0,08 en el hombre y 16,45 en la mujer. Suecia, 12,05 en la mujer y 0,05 en el hombre.

Mayor interés tiene, a nuestro juicio, la relación de frecuencia entre los tumores benignos y malignos en el hombre.

Personalmente hemos operado (Cátedra y Hospital Militar, 1939-1945) seis casos, de ellos son: dos malignos por cuatro benignos.

En la publicación de GUTIÉRREZ-MONTSERRAT se expone el siguiente cuadro:

BILLROTH	80	benignos y 82	malignos
WILLIAMS	20	»	80 »
PALERMO	1	»	4 »
BUSA-LAY	10	»	7 »
SPEED	1	»	4 »
COLINGTON	0	»	2 »
KUMMER	0	»	9 »
BETAGH	0	»	5 »

Ateniéndose a estas cifras, predominan los tumores malignos sobre los benignos en una proporción muy alta.

Para GILBERT 12 benignos y 34 malignos (carcinoma 25 y adeno-carcinoma 9).

Un solo caso citado por DOTTI de tumor mixto, y la publicación de CICOLA sobre dos casos de fibrosis difusa de la mama en el hombre. Y para terminar 3 casos de CESSANA, 1 benigno y 2 malignos y 6 de CADORE, 3 benignos y 3 malignos.

La etiología de los tumores de la mama en el hombre como en la mujer debe referirse a la de los tumores en general, y este es un capítulo aparte, que por su importancia y demás pormenores no podemos tratar, porque no encaja en esta publicación.

Como tampoco interesa el estudio de las mastopatias, asunto este que ya fué tratado por nosotros en 1932, en un trabajo de revista y que en estos últimos años ha sido y es tema de preferencia por endocrinólogos y cancerólogos, partiendo, como ya se hacía en aquellas fechas, de las observaciones iniciales de BOUIN y ANGEL (1910) sobre las relaciones de la glándula mamaria con las secreciones endocrinas (ZONDECK, DIECKMAN, ROSENBERG, MOSCOVITZ, etc.), y trabajos posteriores de MAX-CUTLER, FAYLOR, MAZEN, STAJANO, y las más recientes de CORTE y PALAT, BURNO, MOSKAO, LOEB, MAC-DONALD, LIVZAGA, SARDI, etc., sin olvidar los estudios de DELBET sobre la relación entre masitis y cáncer.

Se concede una gran importancia al factor traumático, observación iniciada por SEDULLOT en 1787. no abandonada en las publicaciones recientes; remarcada por HOCHENEGG y BOEHNHEIMER, pero sobre cuyo supuesto GILBERT se muestra escéptico.

La ginecomastia como causa predisponente se acepta casi sin discusión.

La edad más favorable es de 55 a 70 años. BRYAN cita uno de 14 años, LUN otro de 91. POIRIER reúne 58 casos entre los 40 y los 70.

Un 52 por 100 se localizan en el lado izquierdo, 43 por 100 en el derecho y un 5 por 100 serían bilaterales.

Otra particularidad es la ulceración frecuente en el hombre, en mayor proporción que en la mujer. GUTIÉRREZ-MONTSERRAT la justifican por la marcada diferencia en cuanto a la distancia que existe entre la glándula mamaria y el tegumento suprayacente entre uno y otro sexo. Tan pronto como la tumoración se adhiere a la superficie profunda del tegumento, la ulcera.

La sintomatología y diagnóstico es bastante parecida a la de la mujer, pero no igual. Esto constituye a no dudar un hecho de gran trascendencia.

Los textos repiten con frecuencia «la sintomatología y diagnóstico es idéntico.

GILBERT (New-York) sobre 47 casos, dice: «implantación frecuente a nivel del pezón, hemorragia 8 por 100. retracción del pezón 29 por 100».

ROSE (Leipzig) coincide aproximadamente en los mismos resultados.

Los ganglios axilares y aun a veces los supraclaviculares, se encuentran invadidos por la neoplasia.

Un caso nuestro con aspecto de tumor sin retracción ni hemorragia, con adenopatias. El examen de la biopsia antes de la operación y de la pieza operatoria, realizado por el DR. SIPER fué de adenoma.

Otro caso, bilateral, retracción del pezón, hemorragia, no hay ganglios axilares ni supraclaviculares. El examen anatomopatológico de ambas piezas dice «epitelioma glandular» (DR. SÁNCHEZ LUCAS).

CADORE (*Journal de Chirurgie*, 1931, tomo I, pág. 266) cita el siguiente caso: 67 años, lado izquierdo, evolución rápida, adherido al pectoral. Examen histológico: cáncer, sin embargo los ganglios no están invadidos.

Otro caso del mismo autor: tumor voluminoso, desarrollo rápido, ulceración de la piel y gruesos ganglios duros en la axila. Histología: epitelioma dendrítico.

CESANA (*Boletino de la Specialita medica e chirurgiche*, fascículo 4, 1932) cita un caso que se ulcera rápidamente. Histología: epitelioma intracanicular.

Otro caso: 76 años, tumor duro, indolente y de límites difusos, ganglios. Histología: adenocarcinoma desarrollado a expensas de las glándulas sudoríparas.

La confusión de tumor con otra afección es posible. RIBEIRO (*Revista Brasileira de Cirugía*, 1935) cita el siguiente caso: Hombre de 55 años, con tumor grueso, retracción del pezón, ganglios axilares y supraclaviculares. La preparación de la pieza dice: Tuberculosis.

El epitelioma intracanicular parece más frecuente en el hombre que las demás variedades de epitelioma atípico infiltrado. Esto puede ser debido a que en el hombre los conductos galactoforos están relativamente bien desarrollados, mientras que los acinis glandulares, no existen por así decirlo.

Los tumores mixtos son excepcionales. Son tumores de evolución lenta que no se distinguen de los tumores benignos encapsulados y sólo el examen histológico minucioso de la pieza permite establecer un diagnóstico exacto. No hemos encontrado más que un caso citado en la revista *La Semana Médica*, Buenos Aires, 1930.

Los tumores benignos son adenomas o adenofibromas. CICOLA describe dos casos de fibrosis difusa de la mama del tamaño de una naranja, sin ganglio ni adherencias. La etiología debe referirse a trastornos endocrinos, según el autor. También se presentan lipomas peri-mamarios.

El pronóstico para los casos malignos es poco favorable, dada la frecuencia *in situ* después de la intervención.

Las recidivas locales, lo mismo que las metastasis en órganos internos se producen con frecuencia igual o mayor que en el sexo femenino. Por lo tanto el pronóstico es malo. Las supervivencias en los casos operados serían como máximo de 5 años, según ROSE los no operados como 2 años.

Intervención.— Se efectúan: extirpación del tumor, amputación mama, ablación mama y ganglios en conjunto.

GILBERT practicó ablación total en 24 casos, amputación mama en 8, extirpación del tumor en 26. ROSE, 14 amputaciones: 12 carcinomas y 2 sarcomas.

Si la lesión es antigua y ha tomado incremento, la extirpación de los músculos pectorales, ganglios y mama es lo indicado.

La radioterapia será el complemento operatorio.

Nuestros casos:

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 1 (8 de junio de 1940).— Miguel Argelaquet, cuarenta años., Hospital Clínico. Desde hace dos meses pequeño tumor mal limitado en el lado derecho, muy doloroso, adenopatía axilar. Biopsia: adenoma (Dr. SIPER).

Operación.— Amputación de mama y vaciamiento de los ganglios. Diagnóstico de la pieza operatoria: Adenoma.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 2 (6 de noviembre de 1942).— Francisco Garcia, veintitrés años, Hospital Militar. Tumor indolente, como una nuez, encapsulado, sin ganglios.

Operación.— Extirpación del tumor. Diagnóstico de la pieza: Adeno-fibroma.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 3 (marzo de 1944, particular).— José Quijano, cincuenta y tres años. Tumor como una nuez, retracción del pezón, hemorragia, ganglios axilares

Operación.— Amputación de mama y extirpación de ganglios. Diagnóstico histopatológico: Epitelioma intracanicular.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 4 (30 de noviembre de 1945).— Vicente Pérez, cincuenta y ocho años, enfermero-vigilante del Hospital Militar. Hace un año fué operado de un tumor en la mama izquierda, encapsulado, como una nuez pequeña. Se extirpa mama.

Diagnóstico histopatológico: adenofibroma (Doctor ANFRUNS).

En esta fecha es intervenido de otro tumor en la mama derecha, de idéntico aspecto clínico.

Operación.— Amputación de mama. Diagnóstico histopatológico: adenoma.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 5 (Hospital Clínico).— J. Soler. Hace un año presenta un pequeño tumor encapsulado en mama izquierda, no hay ganglios, indoloro, sin retracción de pezón. Sesenta años.

Operación.— Amputación mama. Diagnóstico histológico: adenofibroma.

Recientemente, hace unos 35 días, el mismo cuadro en mama derecha.

Operación.— Amputación mama. Diagnóstico histológico: adenofibroma.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 6 (Hospital Clínico).— Blas Simón, cincuenta y dos años. Hace 4 años notó en el pezón izquierdo una costra del tamaño de una lenteja que se desprendió espontáneamente, quedando una ulceración por la que rezumaba un líquido seroso. La ulceración fué creciendo hasta adquirir el tamaño de una moneda de 2 céntimos.

Al año siguiente aparece otra de idénticas características en la mama derecha. A la presión expulsa un líquido sero-sanguinolento.

Exploración.— El pezón está reemplazado por una tumoración del tamaño de una avellana, con aspecto de coliflor y rodeado de vasos.

El tumor no está adherido a los pectorales. En las axilas no se encuentran ganglios. Igual ocurre en la región supraclavicular.

Diagnóstico.— Carcinoma.

Operación.— Amputación de ambas mamas con el bisturí eléctrico.

Diagnóstico histopatológico: Nidos de epitelio cuboide atípico, de crecimiento infiltrante, con formación de luces glandulares. Entre los nidos, conectivo fibrilar. A nivel del pezón los nidos avanzan hasta situarse inmediatamente por debajo del epitelio de cubierta (Dr. SÁNCHEZ LUCAS).