

TUBERCULOSIS DE LA GLANDULA MAMARIA

Dr. Alejandro Pou de Santiago

Siendo la tuberculosis o como propone el Prof. C. M. Domínguez, la Kochbacilosis, una enfermedad tan frecuente en nuestro país, son pocos los casos conocidos de localización mamaria. Hemos encontrado en la literatura nacional solamente 4 publicaciones sobre este tema (Lamas, D.; Prat, D.) y últimamente un caso de (Soto Blanco, J. y Scandroglio, J. J.).

En la literatura suramericana hallamos 23 casos publicados en la Argentina, 5 publicaciones en el Brasil y 1 en Chile.

En estos últimos años hemos observado personalmente o tenido la oportunidad de conocer 3 casos en la Clínica Ginecológica. (Prof. Pou Orfila).

Es este el material que traemos a la consideración de los señores consocios con algunas ideas y comentarios que ellos nos han sugerido.

HISTORIAS

1er. CASO. — Historia N° 26473. M. F. de E., 38 años. Uruguaya. Casada. Raza blanca. Labores.

Ingresa por una tumoración de la mama derecha. Desde hace 2 años por el pezón derecho sale una secreción que unas veces es sanguinolenta, otras serosa. Esta secreción aparece en forma irregular pasando meses sin que la observe. Desde hace 6 meses ha notado en ella una tumoración que la obliga a consultar; ha crecido muy lentamente en los últimos 3 meses. Es completamente indolora. La piel de dicha mama nunca ha presentado lesiones de aspecto inflamatorio. Esta enferma tuvo un adenoma de la hipófisis que la llevó a presentar un cuadro típico de acromegalia. La operamos con el Profesor Velarde Pérez a quien ayudamos, en 1940, practicándosele la extirpación de un adenoma quístico de la hipófisis (técnica de Cushing). La enferma ha mejorado algo de los síntomas objetivos de su acromegalia; sobre todo su cuadro oftalmológico presentando en el momento actual una visión prácticamente normal. En el post-operatorio de aquella intervención presentó un

cuadro típico de diabetes insípida con diuresis diaria hasta de $4 \frac{1}{2}$ litros. Este episodio duró 20 días. Posteriormente se estableció un cuadro de hipertensión de 240/150, que ha mejorado en el momento actual. *Menarca* a los 13 años. Antes de la intervención hipofisaria presentaba una amenorrea que aun continúa. Sin embargo después de operada presenta todos los meses un molimen de tipo menstrual. 1 parto hace 18 años.

Antecedentes familiares: sin particularidades.

Examen. — Enferma normolínea, apirética, con un peso de 84 kgr. Aspecto de acromegalia; prognatismo, manos y pies grandes, labios gruesos. piel y mucosas bien coloreadas; lengua limpia. No se palpan ganglios supraclaviculares. Aparato cardio-vascular: pulso de 84. Tonos cardíacos de ritmo

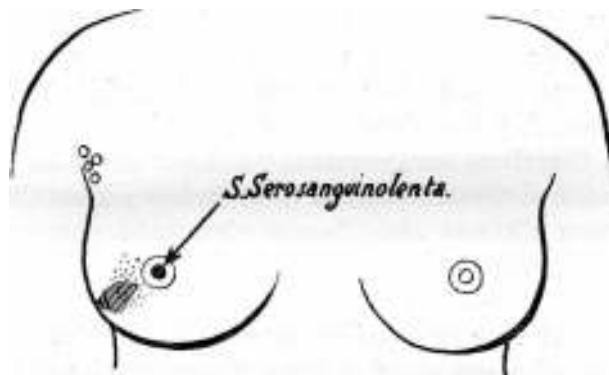


FIG. 1. — Esquema de los síntomas clínicos encontrados en el caso N° 1. M. F. de E. — **Puntillado**: piel de naranja. **Rayado**: Zona tumoral.— Ganglios en la axila derecha

regular y sonoridad aumentada en la base. Presión arterial Mx.: 160, Mn.: 105.

La semiología pulmonar es completamente negativa. Vientre con grueso panículo adiposo, móvil a la respiración, indoloro, no se palpan tumoraciones abdominales.

Monte de Venus con escasa pilosidad. Vulva de unípara sin signos de infección. Expresión uretral negativa. Carúnculas mirtiformes. Vagina amplia. Cuello uterino cilíndrico, pequeño, orificio externo transversal. Cuerpo pequeño, involucionando en A. V. F., móvil, indoloro. Fondos de sacos libres. Se tacta el ovario derecho, grande, micro-quístico.

El examen de la mama derecha muestra a la inspección una ligera retracción del pezón que es más evidente si se compara con el pezón del lado izquierdo. Practicando un pliegue en la piel de la areola en el cuadrante inferior externo se observa la aparición de una "piel de naranja" típica que llega hasta el pezón. A la palpación profunda se limita en el cuadrante mencio-

nado entre las 7 y las 9, una tumoración dura del tamaño de una ciruela de contornos bastante bien limitados, ligeramente dolorosa, móvil sobre los planos profundos y con algunos tractos conjuntivos esclerosos que la solidarizan parcialmente con la piel. Al hacer expresión del pezón sale una serosidad sanguinolenta de los canales galactóforos, que corresponde al cuadrante donde se asienta la tumoración. En la axila derecha se individualizan 4 gan-

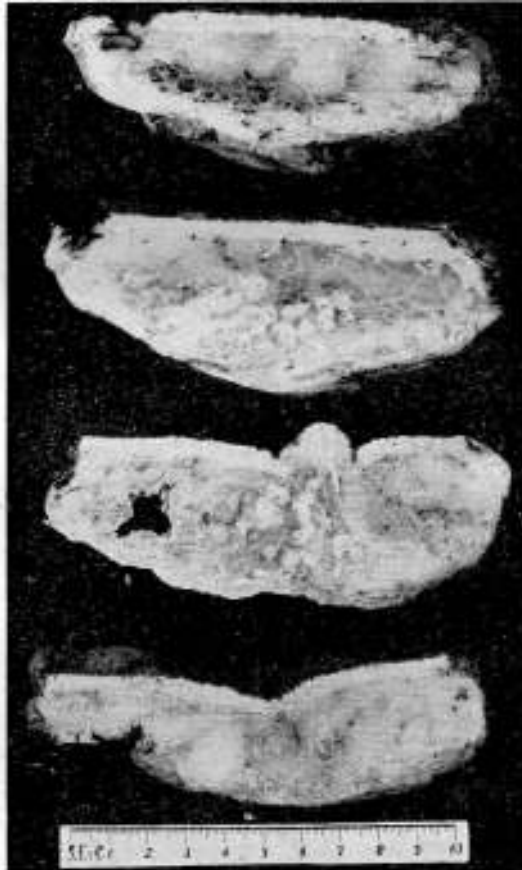


FIG. 2. — Cortes seriados de la mama extirpada. En el 2º corte hacia abajo se observan nódulos fibro-caseosos. En el 3er. corte, que corresponde al pezón se ve a la izquierda una pequeña caverna.

glios de un tamaño correspondiente a porotos y aceitunas y algunos más pequeños, duros, indoloros, no adherentes a los tejidos vecinos ni a la piel.

•La mama izquierda no presenta ninguna tumoración y la expresión del pezón no da salida a secreción alguna. En la axila izquierda existen algunos pequeños ganglios. Ambas mamas se encuentran implantadas a la misma altura. (Fig. 1).

EXAMENES DE LABORATORIO

● *Orina*: normal. *Sangre*: Urea: 0 gr. 25 %. Tiempo de coagulación: 4 min. Reacciones de Wassermann y Kahn: negativas. E. C. G.: normal.



FIG. 3. — Fotomicrografía de un canal galactóforo dilatado con un exudado linfocitario en su parte superior. Hacia la izquierda célula gigante.

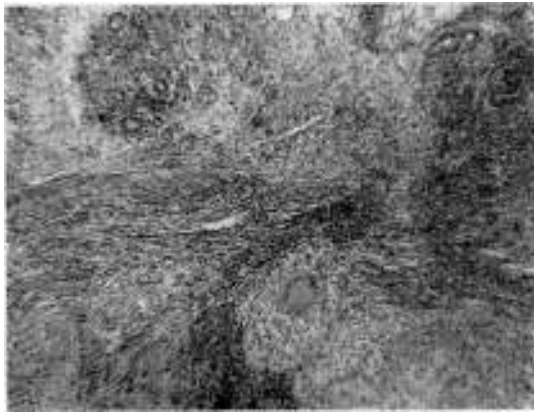


FIG. 4. — Foto-micrografía. Hacia abajo se observa una célula gigante en medio de un folículo. Arriba acino hiperplásico con infiltración linfocitaria.

Se hace un estudio radiográfico el cual muestra una hipertrofia cardíaca con ausencia de todo proceso bacilar.

Como diagnóstico pre-operatorio se establece el de tumoración de la glándula derecha, probablemente neoplásica.

La operamos el 5 de febrero de 1942. Anestesia general con éter y anhí-

drido carbónico. Incisión en raqueta sobre la mama derecha con prolongación axilar en forma de S. itálica según la técnica de la clínica, empleando electro-bisturí. Hemostasis subcutánea por electro-coagulación. Disección del tendón del pectoral mayor y sección a 1 cm. de su inserción en la apófisis coracoides.

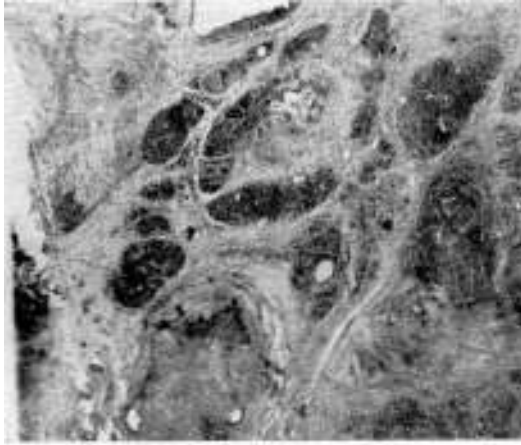


FIG. 5. — Foto-micrografía topográfica. Se observan acini hiperplásicos y zonas de infiltración linfocelocitaria (abajo). En algunos lugares se ven canales dilatados.

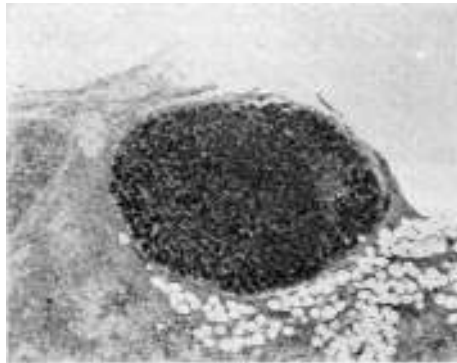


FIG. 6. — Foto-micrografía de un acino hipertrófico tipo funcional. (gravídico o hiper-hormonal).

Disección de la grasa de la axila extirpándola en un bloque junto con el contenido ganglionar. Queda el paquete vásculo-nervioso axilar libre de grasa y ganglios. Se extirpa luego en una sola pieza el contenido axilar y la mama derecha con los músculos pectorales mayor y menor. Se practica una con-

trabertura de drenaje en la piel de la axila colocando un tubo de goma. e liberan los bordes de la piel vecina a la incisión y se cierra adosando a los labios cutáneos mediante crines y agrafes. La piel queda tensa pero bien vascularizada.

El estudio de la pieza operatoria muestra en los cortes un proceso de tuberculosis productiva, con una zona caseosa y una pequeña caverna del tamaño de una nuez (fig. 2). Este proceso predomina en el cuadrante infero-interno donde se palpaba la tumoración clínicamente.

El estudio histológico de estas zonas confirma el carácter tuberculoso del proceso, mostrando una mamitis tuberculosa productiva, fibro-epitelial con evolución folicular y formación en un conglomerado de folículos (Prof. Domínguez, C. M.). (Figs. 3, 4 y 5).

Llama la atención la presencia de un proceso de hipertrofia de los acini glandulares los que presentan la morfología que se observa en las mamas que corresponden a la gestación o que aparecen en pacientes con estados hiperhormonales, clínicos o experimentales (fig. 6).

En la tarde de la operación la enferma tiene 38°, descendiendo la temperatura en los días subsiguientes; luego del 3er. día apirexia. Purgante al 4º día. El tubo de drenaje dió salida a una serosidad sanguinolenta hasta el 6º día, luego se hace más escasa desapareciendo al 9º día. Se retiran algunos agrafes, sacando todos los puntos al 10º día.

Buena cicatriz operatoria con excelente movilidad del brazo. Alta el 16 de febrero curada.

Se repite la radiografía del tórax siendo ésta negativa del punto de vista tuberculoso. Se practica un estudio baciloscópico con resultados negativos.

Luego de este cuadro la enferma pasó bien hasta los 3 meses, fecha en la cual se estableció un cuadro de hipertensión arterial y diabetes (origen hipotálamico), para cuyo tratamiento se le hizo Roengenterapia de la región hipofisaria. Fallece en su casa en agosto de 1942.

2º CASO. — 28954. J. C. de P., 70 años, Uruguay. Raza blanca. Casada. Labores (Enferma del Dr. Crispo).

Ingresa el 8 de mayo de 1943 porque desde hace 6 meses presenta una tumoración de la mama izquierda. Esta tumoración apareció en forma indolora y fué progresando paulatinamente hasta el momento actual, en que la mama izquierda presenta un volumen 300 % mayor que la derecha. Además había notado 3 meses antes de la aparición de las mencionadas tumoraciones la presencia de nódulos como nueces en la axila, izquierda también indoloros. Esta enferma presenta además, desde hace muchos años una dispepsia vesicular habiendo sufrido en los últimos tiempos varios cuadros de cólicos hepáticos. Ha tenido 2 embarazos.

Como antecedentes familiares que llame la atención es que la madre falleció a consecuencia de un neoplasma de la mama.

Examen. — Enferma con regular estado general, ha adelgazado en los últimos tiempos 20 kgrs. (?). Auscultación y percusión pulmonar. negativas. Abdomen doloroso a la palpación predominando esta algia en el hipocondrio

derecho. Se palpa allí una tumoración irregular, dolorosa, que se desplaza junto con el hígado en los movimientos respiratorios. No hay desplazamientos laterales. Aparato genital en involución senil. La *mama derecha* se presenta hipotrófica, péndula con escaso tejido adiposo y glandular. Hueco axilar y supra-clavicular libres de ganglios. La *mama izquierda* está aumentada de volumen por una tumefacción difusa que toma todo el seno, excepto el cuadrante súpero-interno. En medio de esta tumefacción que no tiene la dureza típica del neoplasma y sí da la sensación de un edema duro, se palpa una tumoración en el cuadrante interno e inferior y otra hacia afuera mucho más duras, de contornos imprecisos, que impresionan como un neo.

Existe "piel de naranja" y umbilicación del pezón. En la axila izquierda,

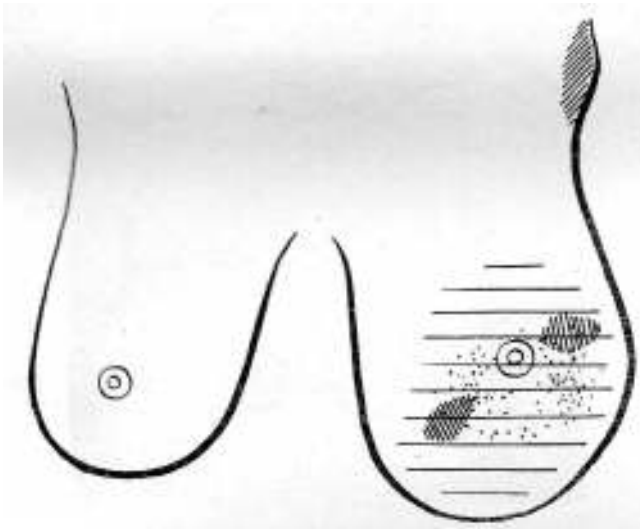


FIG. 7. — Esquema de los síntomas clínicos comprobados en el caso N° 2.
J. C. de P. **Rayado amplio:** edema. — **Puntillado:** piel de naranja. — **Rayado fino:** zonas tumorales.

predominando en su parte anterior se perciben gruesos ganglios del tamaño de huevos de paloma, duros, indoloros. (fig. 7).

En vista de este cuadro, se establece el diagnóstico de neoplasma de la mama (fig. 8) y se indica Roengenterapia profunda como primera etapa del tratamiento.

Exámenes de Laboratorio. — *Orina:* Albúmina: 0 gr. 15 %. *Sangre:* Urea: 0 gr. 35 %. Reacciones de Wassermann y Kahn: negativas. tiempo de coagulación: 5 min. *Radiografía de tórax:* normal.

Se le da el alta para seguir el tratamiento Roengentarápico desde su domicilio.

El Dr. Leborgne R., estudia radiográficamente esta mama practicando la inyección del canal galactóforo. Comprueba una interrupción de dicho canal

con abundante salida de líquido inyectado en la extremidad visible del canal hacia los tejidos vecinos. (fig. 9).

En el curso de la Roengenterapia la mama se va reduciendo de tamaño. Se produce en determinado momento una fístula cutánea saliendo una muy abundante secreción sero-purulenta. Desgraciadamente este proceso se produjo en la casa de la enferma no pudiendo ser correctamente observada en el Hospital. Se le hicieron un total de 2200 R.

Se vuelve a ver a la enferma en julio con un proceso de discreta radiodermatitis superficial a nivel de la mama. Esta desliza perfectamente sobre el plano profundo y es de mucho menor tamaño, habiendo desaparecido prácticamente las tumoraciones. No puede individualizarse la cicatriz de la fístula de que nos habla la enferma. Persiste la gruesa masa

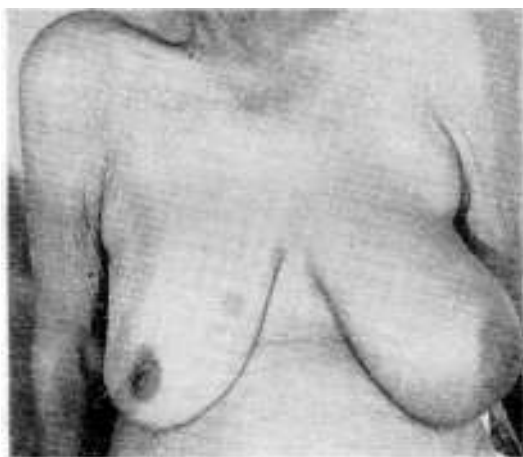


FIG. 8. — Fotografía del 2º caso. Compárese los caracteres de ambos senos

ganglionar axilar la cual está en el momento actual más móvil. Se decide operar.

Interviene el Dr. Crispo. Anestesia general con éter. Operación de Halsted típica, extirpando todas las masas ganglionares que forman gruesos conglomerados en la axila. Sutura de la piel con crines. Drenaje de la axila mediante un grueso tubo.

Alta el 31 de julio con la cicatriz en buenas condiciones.

El examen de la gruesa masa axilar anterior muestra una **tuberculosis fibro-caseosa**. (Prof. C. M. Domínguez).

En la foto-micrografía podemos observar una zona caseosa rodeada por una cápsula esclerosa, en la que se observan células gigantes tuberculosas. (Fig. 10).

3er. CASO. — 33905. E. R. de A. (Enferma del Dr. Mermelstein), 21 años, uruguaya. Raza negra. Casada. Doméstica. Ingresa el 12 de

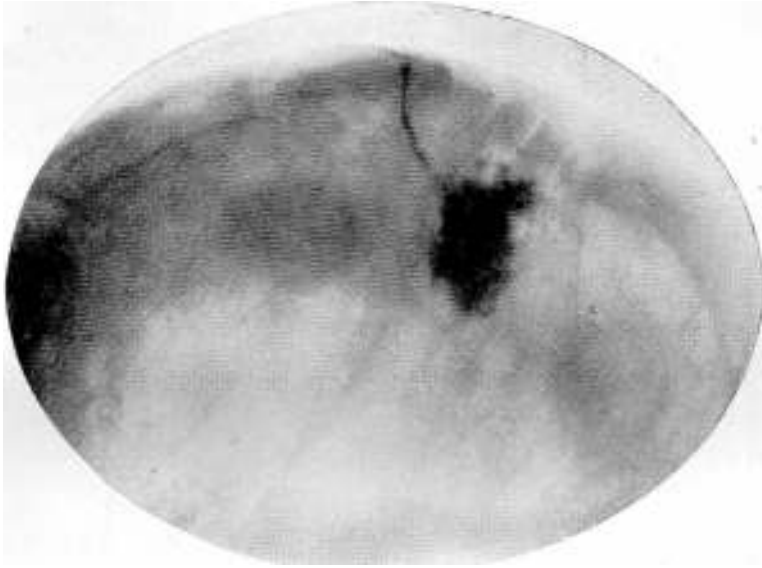


FIG. 9. Foto-radiografía de un canal inyectado con Nitason. — Se observa la salida del medio de contraste en el tejido vecino al extremo del canal galactóforo y correspondiente a una de las zonas tumorales.

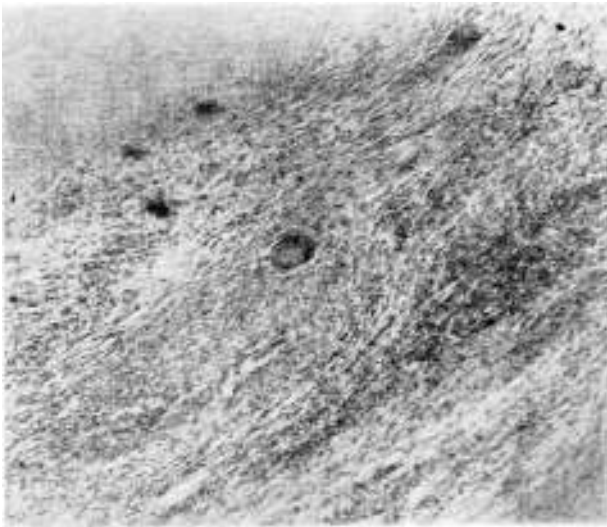


FIG. 10. — Foto-micrografía. — Se ve arriba y a la izquierda, zona caseosa; luego tejido conjuntivo con células gigantes Kochbacilósicas e infiltración linfocitaria.

noviembre de 1945, por un dolor y tumefacción de la mama derecha. Esta enferma fué operada hace 2 meses por una salpingitis derecha practicándosele en aquel entonces una anexectomía derecha y una apendicectomía. A los 10 días de operada sintió un dolor de poca intensidad en la mama derecha, notándose la enferma una tumefacción en dicho lugar. Presentaba el tamaño y forma de una nuez, ligeramente sensible al tacto, de consistencia dura. Desde aquel momento hasta la fecha dicha tumoración ha crecido regularmente sin provocarle mayores molestias y simultáneamente ha tenido una secreción por ambos pezones, de un líquido color blanquecino, en escasa cantidad. No ha tenido anorexia ni pérdida de peso. La paciente ha sido siempre sana a excepción de la mencionada salpingitis. Menarca a los 13 años. Menstruaciones tipo 4/30, dismenorreicas, abundantes. Después de la operación ha tenido 2 menstrua-

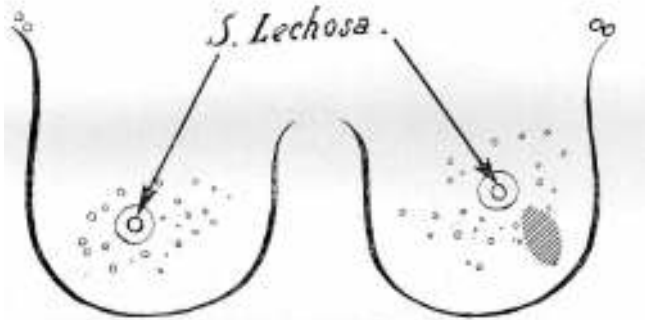


FIG. 11. — Esquema del hallazgo clínico del caso N° 3, E. R. de A. —
Pequeños círculos: Nodulitos correspondientes a una adenosis. — **Rayado:** Zona tumoral. - Ganglios axilares.

ciones de cantidad normal, menos dolorosas. Ha tenido 2 abortos espontáneos.

Antecedentes hereditarios sin importancia. No hay enfermos tuberculosos en la familia.

Examen. — Enferma con buen estado general, aunque de constitución delgada. Auscultación pulmonar negativa. Vientre móvil a la respiración, indoloro. Se observa una cicatriz de Pfannenstiel. Vulva de nulípara sin signos de infección. Periné suficiente. Cuello pequeño. Cuerpo uterino en A. V., hipoplasia de 1er. grado. Fondos de sacos laterales libres.

Mama derecha: a la palpación se comprueban pequeños nódulos duros como perdigones, con una adenopatía axilar de ese lado muy discreta.

Mama izquierda: se palpa en el cuadrante infero-externo una tumoración del tamaño de una mandarina, de superficie irregular, dura, do-

lorosa, de contornos mal circunscritos, haciendo cuerpo con el resto de la glándula, no adherente a la piel ni a los planos profundos. El pezón del lado izquierdo se halla más alto que el derecho y muestra una ligera umbilicación. En la axila de ese lado existe una adenopatía un poco mayor que la de la derecha indolora sin peri-adenitis (fig. 11).

EXAMENES DE LABORATORIO. — Orina: Albúmina, 0 gr. 10 ‰; Sangre: urea, 0 gr. 30 ‰. Reacciones de Wassermann y Kahn: negativas. Radiografía de tórax: Campos pulmonares claros, sin lesiones.

En vista de este cuadro se le pide al Dr. Leborgne R., que realice un estudio radiográfico de este seno.

Observa en la exploración radiológica canalicular de ambas mamas una dilatación de los canaliculos de aspecto funcional hormonal. Además y en especial en el cuadrante inferior de la mama izquierda se comprueba



FIG. 12. — Foto-radiografía de un canal de la mama derecha. Dilatación canalicular correspondiente a una mastosis.

la presencia de un proceso difuso que comprime y desplaza los canales, cuya etiología es posiblemente inflamatoria (figs. 12, 13, 14 y 15).

La enferma sigue con fuertes dolores a nivel de la mama izquierda por la cual se indica una serie de aplicaciones de Roentgenerapia a pequeñas dosis, irradiando por una parte a la hipófisis como excitante, dadas las características de mastosis de ambas mamas, y por otro lado a la mama izquierda como terapéutica antiflogística. A la 4ª sesión de esta última se comprueba que la mencionada tumoración no sólo no ha regresado sino que ha aumentado de volumen haciéndose adherente a la piel. Esta se encuentra enrojecida, con calor local y mayor dolor. En 14 días la tumefacción inflamatoria de la mama ha disminuído de tal vista de este cuadro se practica un tratamiento antiflogístico local. A los maño, desapareciendo los síntomas de inflamación aguda, pero persistiendo la tumoración descrita anteriormente con los mismos caracteres y del tamaño de un huevo de paloma. Se decide practicar una biopsia.

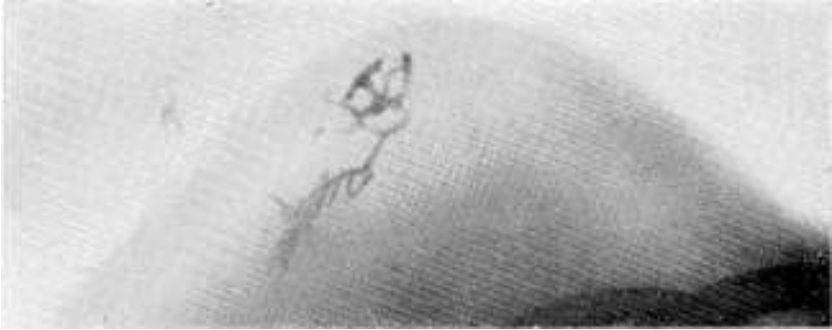


FIG. 13. — Foto-radiografía de un canal de la mama izquierda. Pequeñas dilataciones canaliculares.

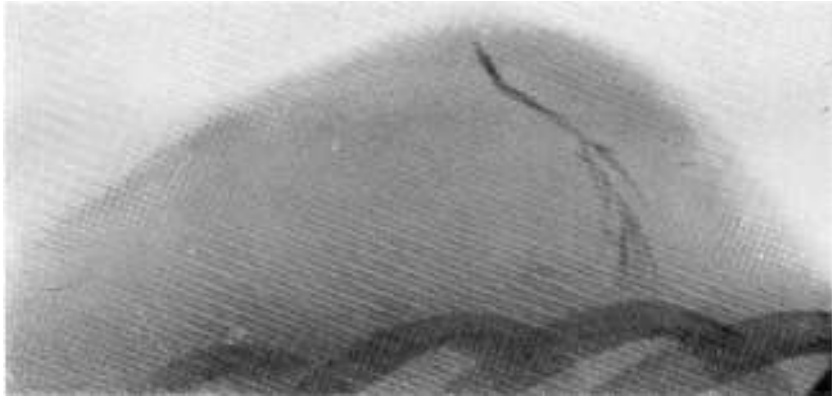


FIG. 14. — Foto-radiografía de un canal de la mama izquierda; prácticamente normal pero desviado hacia la derecha por un proceso de vecindad.



FIG. 15. — Foto-radiografía de un canal correspondiente a la zona enferma de la mama izquierda. Canales sin dilataciones. En el extremo de un canalículo se observa una salida del líquido contrastado en el tejido vecino.

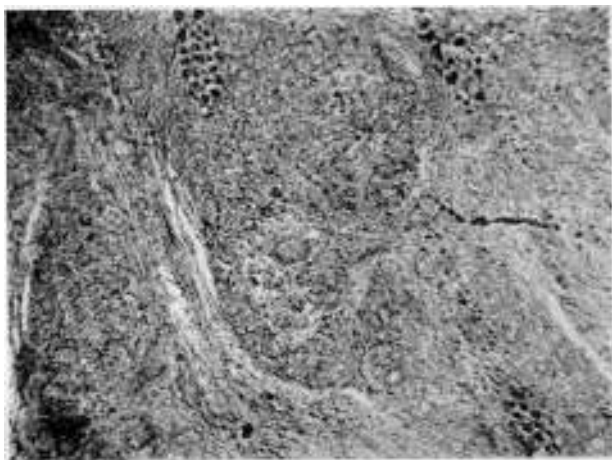


FIG. 16. Foto-micrografia de la zona extirpada. Se observa un folículo tuberculoso típico con una célula gigante.

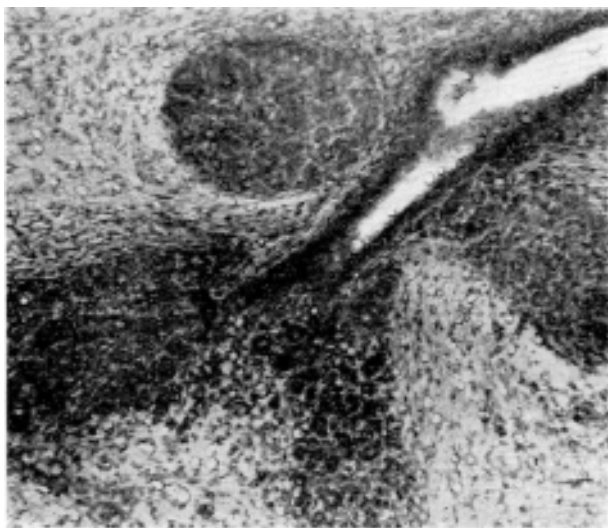


FIG. 17. — Foto-micrografia que muestra una dilatación canalicular y una hipertrofia de los acini tipo funcional.

28 de noviembre de 1945. — Dr. Mermelstein. Anestesia local con novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión radiada sobre la tumoración. Extirpación de ésta.

Llama la atención que durante estas maniobras realizadas sale cierta cantidad de pus cremoso de una pequeña cavidad existente en plena zona tumoral; se deja un drenaje y se cierra la incisión con agrafes.

La herida operatoria cicatriza con bastante rapidez saliendo un poco de serosidad de su extremo inferior, durante 15 días. Entre tanto el examen anatómo-patológico nos revela la presencia de una mastitis acinosa hipertrófica. Mastitis intersticial fibrosa intensa con degeneración hialina, en medio de la cual se desarrollan varios nódulos de Kochbacilos atípica. (Prof. C. M. Domínguez).

Se observan algunas células gigantes en la zona en que predomina aquel proceso Kochbacilósico (fig. 16). En otros lugares se comprueba la existencia de una hipertrofia funcional de los acini (fig. 17).

Se indica cloruro de calcio intravenoso y 20 aplicaciones de rayos ultravioletas sobre este seno.

Una nueva radiografía muestra la ausencia de todo proceso bacilar pleuro-pulmonar.

La primera noticia que se tiene de esta afección en la literatura mundial se encuentra en el libro de Sir Astley Cooper, "Illustrations of diseases of the breast", Londres 1829, con el título de "Scrofulous swelling of the Bosom". Resume en ella los conocimientos de la época diciendo: "no producen efectos peligrosos ni pueden degenerar hacia el cáncer. No necesitan ser operados y por otra parte sería imposible extirparlas".

Es Dunbar quien en 1881 publica su tesis, en la que relata el primer estudio histológico de la lesión y el hallazgo en pleno tejido mamario de los bacilos de Koch. Más tarde Ohnacker en 1883 realiza la primera inoculación del pus de una fístula tuberculosa de la mama, en el animal de experimentación con resultados positivos.

En el presente siglo los trabajos al respecto son más numerosos, llegando a unos 500 los casos publicados.

La *edad* de aparición de esta enfermedad parece corresponder a los años de actividad sexual, entre los 20 y los 50 años, observándose con mayor frecuencia alrededor de los 35 años. Como edades extremas se citan un caso de 6 meses (Demme) y uno de 74 años (Dietrich).

La tuberculosis mamaria aparece con mayor frecuencia en las mujeres casadas y dentro de este grupo en aquellas que han tenido hijos. Naturalmente es necesario tener en cuenta que la proporción de mujeres solteras es menor que la de las casadas, y la de las madres mayor que la de las sin hijos.

Lo que parece evidente es que la gestación y sobre todo la lactancia son factores predisponentes de acuerdo con los casos conocidos.

Existen además, publicados en el momento actual, 20 casos aparecidos en el hombre. En nuestro país tenemos conocimiento de la existencia de un enfermo estudiado por nuestro colega y amigo el Dr. Rogelio Beloso.

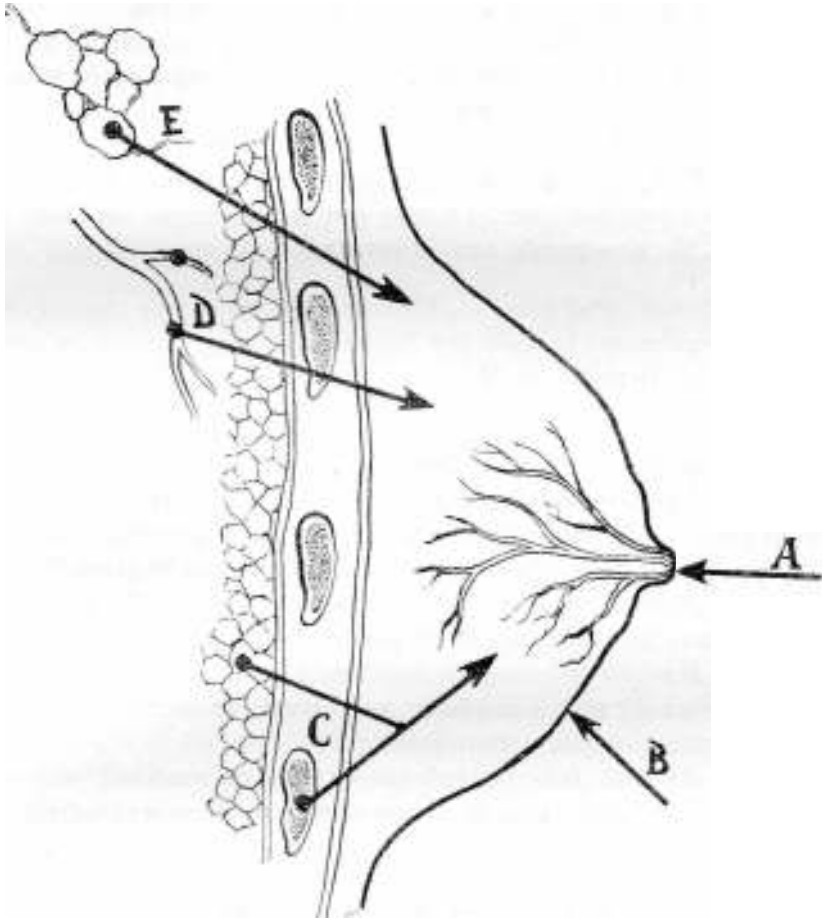


FIG. 18. — Esquema teórico que sintetiza las 5 vías posibles de infección Kochbacilósica.

La aparición de esta lesión es en general unilateral, predominando más en el lado derecho. Se citan sin embargo 7 casos en los cuales existía una tuberculosis bilateral, correspondiendo dos a autores suramericanos (Egues y Latienda y Clarice do Amaral).

Vías de infección. — Se describen 5 vías posibles de infección existiendo descritos distintos casos que prueban la posibilidad de cada una de ellas. Dichas vías son: (Fig. 18).

A) Canalicular, por los canales galactóforos, desde el pezón hacia el interior de la glándula (Ely, Morgen).

B) Por erosiones o lesiones de la piel mamaria.

C) Por extensión directa de lesiones tuberculosas de vecindad. (Pared torácica, abscesos costales o esternales de la pleura o del pulmón). (Caso de Soto Blanco).

D) Por vía hematógena de un foco primitivo.

E) Por vía linfática retrógrada de los ganglios axilares, cervicales o mediastinales. (A este grupo pertenecen los casos de Lamas D. G., el segundo caso presentado).

Anatomía patológica. — En nuestro medio este capítulo ha sido brillantemente tratado por Scandroglío quien acepta en principio la clasificación de Morgen quien divide las formas de tuberculosis de la mama en 7 grupos distintos.

1º) *Mastitis miliar aguda*, muy poco frecuente.

2º) *Mastitis nodular*. Es la forma más corriente. En general permanece latente durante mucho tiempo y a menudo corresponde a lo que más adelante trataremos como primitivas.

3º) *Mastitis tuberculosa nodular diseminada*. Es en realidad un paso más adelante de la forma anterior.

4º) *Mastitis tuberculosa confluyente*, con formación de cavidades, llenas de restos celulares necróticos, grumosos, muy frecuentemente ulcerada o fistulizada.

5º) *Absceso frío intraglandular*. Es en realidad una tuberculosis confluyente situada profundamente y con una pared esclerosa que la encapsula. Se presenta a veces como un falso galactocele. Puede en algunos casos fistularse.

6º) *Mastitis tuberculosa esclerosante*. Presenta muy a menudo retracción del pezón y “piel de naranja”, y es fácilmente confundida con un cáncer escirro de la mama. Es lo que Hartmann y Chauvin describieron como “tuberculosis seudoneoplásica del seno”.

7º) *Mastitis tuberculosa obliterante*. De aparición muy rara, en la cual las lesiones bacilares rodean y llenan la luz de los galactóforos. En estos casos aparecen muy frecuentemente células gi-

gantes del tipo de cuerpo extraño, conteniendo lipoides y presentando el aspecto de células pseudo-xantomatosas.

Además de este concepto primordial anatomo-patológico, creemos que así como cuando estudiamos una mucosa uterina tenemos presente cuales son los influjos hormonales a los que está sometida (Estrógenos, progesterona, gestación) para poder interpretar claramente el cuadro histológico, debemos proceder de la misma manera en el estudio de la glándula mamaria. Es evidente y conocido por todos, la existencia de un ciclo mamario paralelo al endometrial o vaginal aunque no tan evidente como estos.

Así como observamos hiperplasias endometriales funcionales que pueden llegar a constituir cavidades quísticas, de igual manera podemos encontrar imágenes semejantes en el parénquima mamario acinoso o canalicular (1).

En los casos 1 y 3 se nos plantea justamente el problema del origen de la hipertrofia comprobada en los acini. ¿Depende ésta de una irritación local provocada por las toxinas tuberculosas, o corresponde a un estímulo hormonal?

Este segundo mecanismo es realmente sugestivo en los dos casos mencionados, dados los antecedentes endocrinopáticos de las enfermas; la 1ª luego de una hipofisectomía por tumor adenomatoso; la 2ª después de una anexectomía por anexitis. Claro está que no tenemos datos fecientes para establecer una correlación cronológica entre la tuberculosis mamaria aparente primitiva y la hipertrofia glandular mamaria.

¿Se trata de dos procesos concomitantes, sin mayor conexión patogénica o el terreno hiperplásico mamario fué fértil para la colonización Kochbacilósica?

Creemos que estos problemas podrán ser estudiados experimentalmente en el futuro.

Sintomatología y diagnóstico. — Las tuberculosis de la mama desde el punto de vista clínico se pueden dividir prácticamente en *primitivas* o *secundarias*. En los casos presentados por nos-

(1) Ultimamente en las VI Jornadas Rioplatenses de Obstetricia y Ginecología proponíamos con STABILE la adopción del término "Metrosis" para caracterizar las alteraciones uterinas originadas en una falta de correlación útero-ovárica, cuya causa no sea inflamatoria o blastomatosa.

El Prof. STAJANO recordaba, que en el mismo orden de ideas había propuesto el concepto de "Mastosis" para designar estos estados funcionales mamaros de origen endocrino.

otros el 1º y el 3º correspondían al primer grupo ya que no pudimos demostrar la existencia de un foco primitivo. El segundo caso sería secundario a una adenitis bacilar de la axila.

De acuerdo con los trabajos revisados las tuberculosis mamarias conocidas corresponderían en un 75 % a la forma primitiva.

Los síntomas que da la tuberculosis mamaria son: la presencia de una *tumoración* sin caracteres inflamatorios, de consistencia dura, de contornos poco precisos, indolora, en una enferma con un aspecto general de buena salud. Este cuadro es el que se observa más a menudo. Hoy en día el diagnóstico es más difícil en los países de cultura elevada, pues las mujeres están

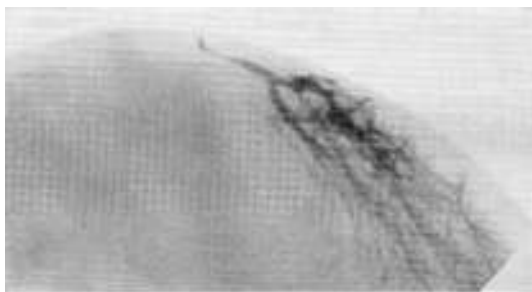


FIG. 19. — Foto-radiografía de un canal galactóforo normal

educadas en el sentido de consultar en forma más precoz, cuando notan alguna alteración en sus senos.

Otros síntomas que aparecen con menos frecuencia son la *retracción del pezón* y la "*piel de naranja*". El diagnóstico se hace más fácil en los casos en que aparecen *fístulas*, las que en general no han sido precedidas de un proceso inflamatorio agudo, fístulas las que sale una secreción sero-grumosa. En general tarda mucho tiempo en cicatrizar. En un número menor de casos se presenta *dolor* (Lamas, D.).

La tuberculosis de la mama de tipo esclerosante plantea el difícil problema de diferenciar una formación cancerosa de un proceso bacilar, o si realmente se trata de la coexistencia de ambos.

Según los conceptos clásicos sostenidos por Rokitansky, el terreno tuberculoso no se presenta en absoluto para la aparición

de los blastomas malignos. Las ideas actuales al respecto han evolucionado de acuerdo con la comprobación de los hechos. Así Domínguez piensa, de acuerdo con lo observado que por el contrario el terreno Kochbacilósico en el útero y en la mama es apto para el desarrollo epiteliomatoso. Confirmando esto hemos encontrado en la literatura 28 casos de coexistencia cáncer-tuberculosis, lo cual representa el 5,6 % del total de los casos de Kochbacilosis mamaria.

Como estudios complementarios para hacer un diagnóstico

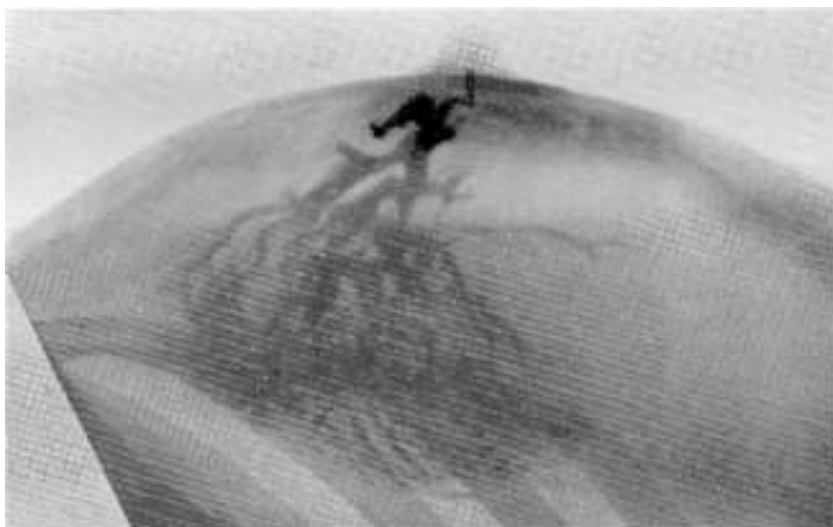


FIG. 20. — Foto-radiografía de una mastosis con gran dilatación de los canales galactóforos

correcto es fundamental practicar la inoculación al cobayo de las secreciones del pezón; los resultados obtenidos no son siempre positivos. Además, es conveniente realizar un estudio prolijo de los cortes del material biópsico, tratando de encontrar en el seno de los tejidos, bacilos de Koch (Egues y Latienda). Pocas veces puede obtenerse este desiderátum pues son formas tuberculosas pauci-bacilares. Y clínicamente, "last not least" investigar la posible existencia de un foco bacilar en otra parte del organismo, practicando fundamentalmente radiografías del tórax, baciloscopias y lavados del estómago.

Se abre una nueva etapa en el estudio de las afecciones ma-

marias, con los trabajos preconizados por Leborgne R., quien practica la radiografía de los canales galactóforos previa inyección de Nitason (medio de contraste empleado para pielografías por vía intravenosa).

Este colega nos ha cedido gentilmente las radiografías que presentamos a continuación. Puede verse en la fig. 19 un canal de una mama normal con la estructura fina de los canales y canaliculos ramificados uniformemente.

La fig. 20 corresponde a una enferma de 19 años a la cual se le extirpó un quiste del ovario. A semejanza de nuestro 3er. caso, a raíz de la intervención apareció una abundante secreción lechosa por los pezones. La imagen radiográfica muestra una dilatación canalicular con los caracteres típicos de una mastopatía funcional secretante de origen hormonal (Mastosis).

En la imagen que corresponde al 2º caso (Fig. 9) y en un canal del caso 3º (Fig. 15) se observa una fácil salida del líquido inyectado por el extremo del canal. Aún cuando en el momento actual no puede asegurarse que este hecho corresponde justamente a un proceso inflamatorio o tuberculoso es interesante destacar la repetición del mismo hecho en idénticos procesos.

El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con el *cáncer*, sobre todo, en la forma de tuberculosis nodular y en la forma esclerosante, este diagnóstico desde el punto de vista clínico es muy a menudo prácticamente imposible. Podría diferenciarse en aquellos casos en que existan secreciones ya que sabemos que la secreción Kochbacilósica es serosa o purulenta y la del cáncer serosanguinolenta, o finalmente por medio del procedimiento de Leborgne, R.

En los otros procesos mamarios tales como el fibro-adenoma, la mastopatía cística crónica, la esteato-necrosis y los gomas sifilíticos (Wilson), los caracteres propios de estas entidades nosológicas hacen algo más fácil su diagnóstico diferencial.

No obstante esto, la mayoría de las tuberculosis mamarias van a la intervención con un diagnóstico erróneo. Así vemos que en un Servicio especializado que trata tuberculosis articulares (Grausman, Goldman), del Hospital for Joint Diseases de Nueva York, de 9 enfermas operadas, solamente 2 fueron con el diagnóstico correcto.

El *pronóstico* de esta afección es de relativa benignidad si

se le trata a tiempo. Si se le abandona, puede seguir un curso mortal más rápido que el del cáncer, entre 10 y 12 meses (Vandel)

El *tratamiento* será el quirúrgico, dependiendo del tipo de lesiones la amplitud de la exéresis. Esta podrá ir desde la simple extirpación del foco (Prat, D. y nuestro, 3er caso) o de la tumofacción, más los ganglios (Soto Blanco), hasta la mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar (Lamas D., 1º y 2º caso de los que presentamos). Naturalmente esta conducta quirúrgica deberá ir acompañada de un tratamiento general antituberculoso. El proceso una vez tratado no presenta en general recidivas.

Ultimamente hemos tenido oportunidad de encontrar en la literatura el uso de la Pronamide (sal sódica del sulfonato de p:p'—di amino-di phenil-sulfon—N:N'—di dextrosa), en forma de jalea al 5 % para tratar aquellas cicatrices que no tengan tendencia a la curación o que se fistulicen. Según Edelston se obtiene una cura sorprendente.

En *resumen* creemos que el interés de estos casos radica:

- 1º) En su relativa rareza.
- 2º) En la dificultad de un diagnóstico correcto.
- 3º) En determinar si se trata de una forma primitiva o secundaria de tuberculosis de la mama.
- 4º) En fijar cual ha sido la puerta de entrada del proceso Kochbacilósico.
- 5º) En llamar la atención sobre la importancia del nuevo método radiográfico preconizado en nuestro ambiente por Leborne, R., para el estudio de las mastopatías.

se le trata a tiempo. Si se le abandona, puede seguir un curso mortal más rápido que el del cáncer, entre 10 y 12 meses (Vandel)

El *tratamiento* será el quirúrgico, dependiendo del tipo de lesiones la amplitud de la exéresis. Esta podrá ir desde la simple extirpación del foco (Prat, D. y nuestro, 3er caso) o de la tumofacción, más los ganglios (Soto Blanco), hasta la mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar (Lamas D., 1º y 2º caso de los que presentamos). Naturalmente esta conducta quirúrgica deberá ir acompañada de un tratamiento general antituberculoso. El proceso una vez tratado no presenta en general recidivas.

Ultimamente hemos tenido oportunidad de encontrar en la literatura el uso de la Pronamide (sal sódica del sulfonato de p:p'—di amino—di phenil-sulfon—N:N'—di dextrosa), en forma de jalea al 5 % para tratar aquellas cicatrices que no tengan tendencia a la curación o que se fistulicen. Según Edelston se obtiene una cura sorprendente.

En *resumen* creemos que el interés de estos casos radica:

- 1º) En su relativa rareza.
- 2º) En la dificultad de un diagnóstico correcto.
- 3º) En determinar si se trata de una forma primitiva o secundaria de tuberculosis de la mama.
- 4º) En fijar cual ha sido la puerta de entrada del proceso Kochbacilósico.
- 5º) En llamar la atención sobre la importancia del nuevo método radiográfico preconizado en nuestro ambiente por Leborne, R., para el estudio de las mastopatías.

BIBLIOGRAFÍA

GENERAL

- ASCHOFF (L.). — *Trat. Anat. Pat. Ed. Labor*, 2, 676, 1934.
- DIETRICH (A.), FRANGENHEIM (P.). — *Die Erkrankungen der Brustdrüse*. Enke 97, 1926.
- EDELSTON (B. G.). — *Tubercle*, 25, 108, 1944.
- GESCHIKTER (C. F.). — *Diseases of the Breast*. Filadelfia, pág. 162 y 169, 1945.
- GRAUSMAN (R. I.), GOLDMAN (M. L.). — *Am. J. Surg.* 67, 48, 1945.
- HARRINGTON (S. W.). — *Surg. Gyn. Obst.* 63, 797, 1936.
- HARTMAN (H.), RENAUD (M.), D'ALLAINNES (G.). — *Gyn. et Obst.* 10, 81, 1924.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- HOLLOSI (K.). — Zbl. Chir. 65, 1812, 1938.
v. JASCHKE (R. T.). — Biol. Path. Weib. Halban Seitz V2, 1370, 1926, Viena.
KLOSE (H.), SEBENING (W.). — Die Chirurgie (Kirschner), 3, 108, 1939. Viena.
Mc. GEHEE (J. L.), SCHMEISSER (H.). — Am. J. Surg., 28, 461, 1935.
MORGEN (M.). — Surg. Gyn. Obst. 43, 593, 1931.
SAVARESE (E.). — Polic (Roma), 47, 378, 1940.
SIFRE (R. J.), MANDRY (U.). — Bol. A. Med. P. Rico, 25, 18, 1933.
WEBSTER (C. S.). — Am. J. Surg. 45, 557, 1937.
WILSON (E.). — J.A.M.A., 102, 128, 1934.

ARGENTINA

- EGUES (A.), LATIENDA (R. I.). — Rev. A.M.A., 57, 554, 1943.
NATALE (A.), FONTANA (G.); DURANDO (A.). — Bol. Soc. Cir. Rosario. 9, 119, 1942.
ROJAS (D.). — Bol. Obst. y Gin. B. A., 12, 393, 1933.
VARELA CHILESE (R.). — Rev. Med. Quir. Pat. Fem., 22, 439, 1943.

BRASILEÑA

- AMARAL (C.). — An. Bras. Gin. 17, 360, 1944.
DUEK (H.). — An. Bras. Gin., 12, 455, 1941.
ELIAS (S.). — An. Paul. Med. Cir., 46, 225, 1944.
HEIBORN (S.), BURLAMAQUI (B. N.). — Rev. Bras. Cir., 3, 121, 1936.
MACHADO (L.). — Rev. Gyn. e d'Obst., 34, I, 326, 1940.

CHILENA

- GREENE (E.), CAVIEDES (H.). — Rev. Med. Chile, 71, 656, 1943.

URUGUAYA

- DOMINGUEZ (C. M.). — An. Bras. Gin. 8, 93, 1939.
DOMINGUEZ (C. M.). — Kochbacilosis. Soc. Tisiología 1945. (Trabajo inédito, comunicación personal).
LAMAS (D.). — Bol. Soc. Cir. Mont. 2, 47, 1931.
LEBORGNE (R.). — Est. Radiológico del Sist. canalicular de la glán. mamaria normal y patológica. Montevideo, 1943.
PRAT (D.). — Bol. Soc. Cir. Mont., 3, 127, 1932.
SCANDROGLIO (J. J.). — Hoja Tisiol. 5, 320, 1945.
SOTO BLANCO (J.). — Rev. Tub. Urug., 13, 284, 1945.

Dr. SOTO BLANCO. — La comunicación del Dr. Pou de Santiago tiene a mi entender una primera parte de suma importancia puesto que parece tratarse en los tres casos presentados de **tuberculosis primaria** de

la mama. El hecho de no haber encontrado otras localizaciones tuberculosas puesto que fueron hechas radiografías de tórax, baciloscopias y lavados de estómago, exámenes todos ellos de resultado negativo, parece demostrarlo. Por otra parte, habiendo podido comprobar la unión del proceso tuberculoso mamario en cada caso con la areola como lo muestran las radiografías hechas por el Dr. Leborgne, relleno de los canales galactóforos con sustancias de contraste, ponen de manifiesto la etiología de ese proceso mamario unido al pezón, pudiendo por ello deducirse que éste debió ser la puerta de entrada.

Se trataría pues, de tres casos de tuberculosis local primitiva extrapulmonar. Este hecho es digno de hacerse notar puesto que una cosa es tuberculosis mamaria primitiva y otra tuberculosis mamaria en una tuberculosa. El caso que yo presenté en el homenaje científico que la Sociedad de Tisiología del Uruguay rindió al Dr. Américo Fossati, es distinto porque se trataba de una tuberculosis mamaria en una enferma ya tuberculosa; tal es así que la enferma fué vista por el mismo Dr. Pou de Santiago en su Servicio de Ginecología y pasada por él al Instituto de Tisiología. Se trataba de una enferma joven que había padecido de una bacilosis excavada del lóbulo anterior izquierdo y a la que se le había hecho neumotórax; después de mantenerlo algún tiempo se suspendió por haber llenado su función y por estar bridado ese pulmón a la pared del tórax frente a la lesión pulmonar. La enferma mejoró, fué dada de alta, se casó y tuvo un niño al que no amamantó por razones sociales. Durante la lactancia hizo una mastitis aguda supurada de ambas mamas, curando de ella. Año y medio después aparece un nódulo glandular en la pared torácica de la axila izquierda; en este momento es cuando la vió el Dr. Pou de Santiago.

Yo asistí al aumento de volumen de esta masa ganglionar y luego, a la invasión del prolongamiento axilar de la mama izquierda a punto de partida de la adenopatía axilar; de aquí que se planteó el diagnóstico de tuberculosis mamaria secundaria a una adenopatía tuberculosa hecha por vía linfática retrógrada. La misma adenopatía secundaria, al proceso pulmonar izquierdo, habiéndose infectado los ganglios por los linfáticos que llegaron a ellos por intermedio de las bridas que unían la lesión pulmonar izquierda a la pared lateral del tórax; este hecho no es una visión del espíritu, sino que fué constatado en el acto quirúrgico, en el cual fué extirpada la mitad externa de la mama con su adenopatía satélite. Se pudo comprobar la tuberculosis mamaria aislada, unida a la adenopatía por los colectores linfáticos y la masa ganglionar unida al tórax a través de los músculos intercostales a nivel de la salida del segundo perforante por colectores linfáticos que entraban al tórax y que hubo que ligar previa a su sección.

El estudio anatómico-patológico de la mama, de la masa ganglionar y de los colectores mostró que se trataba de una tuberculosis caseosa; los cultivos y la inoculación al cobayo, mostraron la naturaleza tuberculosa del caso.

Ahora bien, del punto de vista terapéutico es completamente distinto tratar quirúrgicamente una tuberculosis de mama secundaria a una tuberculosis pulmonar, que tratar una tuberculosis primitiva de mama. Esta enferma cerró su herida de prima intención; pero reingresó al Instituto de Tisiología a los diez meses de operada con una granulia que se prolongó, y falleció a los dieciocho meses con una meningitis tuberculosa final.

Yo creo que la operación contribuyó a la generalización, porque del punto de vista quirúrgico la exéresis no fué total, porque se extirparon los colectores linfáticos hasta su entrada al tórax, donde fueron ligados, quedando la parte interna, y porque el examen anatomo patológico demostró que se trataba de una tuberculosis activa; por otra parte fuimos llevados a la extirpación porque el proceso iba en aumento y además porque no todos los colegas del Instituto compartían el diagnóstico de tuberculosis mamaria, inclinándose algunos de ellos hacia el carcinoma mamario.

Lo que además deseo hacer notar es que a pesar de la rareza de la tuberculosis mamaria, las que se han relatado en nuestro medio pertenecen a Servicios de Cirugía y de Ginecología, y que en los pabellones del Fermín Ferreira, hospital para tuberculosos, sobre un total de 2.431 historias clínicas de enfermas bacilares ingresadas desde el año 1927 al Servicio del Prof. Dr. Fernando Gómez, no hay un solo caso catalogado de tuberculosis mamaria.

Sr. Presidente, es todo lo que deseaba decir.

Dr. PRAT. — Tenemos que estarle gratos al Dr. Pou por habernos traído de una afección tan poco frecuente, nada menos que tres casos reunidos y estudiados con profusión de detalles y bien documentados, con las radiografías contrastadas de la mama, realizadas por el Dr. Leborgne, que indudablemente parece constituir un medio semiológico interesante de investigación y de diagnóstico. La tuberculosis de la mama es una afección muy poco frecuente, rara casi. dado que hasta hace pocos años la bibliografía universal había reunido de esta lesión de 140 a 180 casos, puede ser que hayan aumentado ahora, pero contrariamente a lo que opinan algunos, es mucho más frecuente de lo que se cree, porque generalmente no se diagnostican todos los enfermos. En esta oportunidad tenemos que agradecerle al Dr. Pou de Santiago la presentación de su trabajo.

Dr. STAJANO. — Ante una comunicación tan detallada y minuciosa como la del Dr. Pou de Santiago, poco hay que decir. Lo que es de lamentar es que no se publiquen estos casos que aunque raros, seguramente tenemos todos en las clínicas. Yo recuerdo de haber visto hace poco tiempo, una mama en las mismas condiciones que presenta el Dr. Pou, con diagnóstico de neoplasma de seno resultando una tuberculosis. El diagnóstico diferencial prácticamente es imposible y nuestra conclusión bien modesta es que la biopsia solamente puede afirmar el diagnóstico.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Prometo revisar mi archivo particular y el de la Clínica, donde hay más de un caso. Por lo demás, el estudio tan detallado y minucioso, no me permite sino suscribirme enteramente a lo que ha dicho el Dr. Pou y felicitarlo.

Dr. POU DE SANTIAGO. — Quiero agradecer a los tres consocios que se han ocupado del tema. Al Dr. Soto Blanco debo manifestarle que la Dra. Epifanio me había narrado la evolución ulterior de ese caso, al cual yo había visto con una adenopatía axilar. Creo que no debo haber estado bien explícito, cuando hablamos del contraste de los canales galactóforos. En realidad lo único que hace sospechar la existencia de un proceso inflamatorio específico o no específico, pero que no permite ser completamente afirmativo, no es tanto la dilatación de los canales galactóforos, que va por cuenta de la mastosis funcional de la mama, como la salida del líquido en el extremo del canal. La imagen obtenida es un poco distinta de la forma en que sale el líquido en los procesos neoplásicos. Estos procesos están recién a estudio del Dr. Leborgne, que tiene en el momento actual nada más que dos casos de tuberculosis de la mama, pero que vió esa coincidencia de salida de líquido de contraste en el extremo de un canal galactóforo correspondiente a la zona enferma.

Al Dr. Prat, mi viejo y querido maestro, quiero agradecerle sus siempre amables palabras.