

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE CANCER DE MAMA

Prof. Agdo. Luis M. Bosch del Marco
Dr. Juan A. Felle Dr. Walter Venturino

Creemos de interés contribuir con algunos documentos al tema que hoy se discute, y que pretenden tan sólo consignar el valor de la radiología en el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Historia clínica N° 11301.

A. R., 45 años. — 25/IX/953. — Motiva su ingreso una afección de mama derecha. Refiere que hace 2 meses a raíz de un traumatismo de poca intensidad, sin herida, comprueba una tumefacción de la región que le aparece en los días subsiguientes, con sensación de quemadura irradiada a la axila. La tumefacción se localiza por debajo del pezón, no presentando ulteriormente modificaciones de su volumen.

No observó ningún otro trastorno local, regional, ni general.

Adelgazamiento de 5 kilos. 2 hijos. Historia genital normal. No hay alteración del ciclo menstrual.

Al examen: tumefacción submaxilar derecha de unos 3 cms. de diámetro, sin caracteres inflamatorios, en forma de placa acartonada que no se pincula a la glándula y sí parcialmente al pezón; éste conserva sus caracteres normales. Mamas chicas péndulas, poco pániculo adiposo; la izquierda es de caracteres normales, su examen clínico es negativo. Adenopatía axilar derecha de carácter inflamatorio; no hay ganglios en lado izquierdo.

El resto del examen clínico es totalmente negativo.

Se solicitan exámenes de rutina, que son normales, y placa de tórax que es informada en idéntico sentido.

Sometido a un estudio radiológico de ambas mamas por el Dr. Raúl Leborgne, éste informa: Mama derecha (lado que motiva la consulta de la enferma): no hay evidencia de lesiones atípicas comprobándose en la región areolar externa un engrosamiento del dermis que no tiene caracteres específicos definidos, pero que plantea la posibilidad de una mastitis subareolar.

Lado izquierdo (sin sintomatología clínica manifiesta): se observa en el tercio medio del radio correspondiente a la hora 12, un proceso retráctil con tractos espiculados convergentes y pequeñas calcificaciones, **que a nuestro criterio debe corresponder a un pequeño carcinoma esquizoide, infiltrante, con poca riqueza celular.**

En base al diagnóstico clínico radiológico-clínico en lo que se refiere a la mama izquierda y estrictamente radiológico para la mama derecha, procedimos sin más trámite al acto operatorio, con objeto de practicar exploración y biopsia del lado derecho y Halsted izquierdo.

En el mismo acto operatorio con anestesia general, llevamos a cabo el plan propuesto: en un primer tiempo de la intervención procedimos con incisión de Danis a la exéresis de la mama izquierda con vaciamiento célula-ganglionar de la axila correspondiente. Exéresis en bolsa. Macroscópicamente se reconoce subescapular anterior de caracteres neoplásicos.

En un segundo tiempo incidimos el pezón y la areola del lado derecho, comprobando una galactoforitis a contenido lechoso. No se comprobaban caracteres de malignidad. Biopsia.

Evolución satisfactoria. Alta al 5º día en buenas condiciones.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

MAMA IZQUIERDA (L. P. 20231).

Examen macroscópico.—Pieza de mastectomía radical izquierda con vaciamiento ganglionar axilar. El examen realizado por la superficie exterior y por las superficies cruentas de exéresis es negativo. Se practica un corte horizontal comprendiendo la totalidad de la glándula y se reconoce (luego de búsqueda minuciosa auxiliados por la radiografía) un pequeño nódulo del tamaño de un grano de arroz, situado en la topogra-

na que indica la placa, de consistencia firme, aspecto retráctil, mal limitado y con tractos periféricos que irradian al resto de la glándula.

El estudio de la grasa axilar mediante cortes seriados permite hallar cinco ganglios sin caracteres macroscópicos de metástasis.

Examen microscópico.—Nódulo mamario: se pueden reconocer dos zonas: a) **zona periférica**, en la que predominan los fenómenos de dilatación canalicular, con escasas zonas de proliferación epitelial de aspecto benigno;

b) **zona central:** donde se asiste al desarrollo de una neoformación epitelial maligna en forma de vegetaciones papilares endocanaliculares, cordones epiteliomatosos solidos y pseudotúbulos. El estroma a este nivel sufre la transformación esclerohialina.

En suma: epitelioroma mamario desarrollado sobre una zona de dilatación canicular.

Ganglios axilares: se examinan cinco ganglios con caracteres de inflamación crónica moderada: catarro descamativo de los senos y fibrosis del retículo. No se encuentra metástasis.

MAMA DERECHA (L. P. 20232).

Biopsia de región subareolar: estroma fibroescleroso donde se alojan conductos galactóforos con muy ligera infiltración linfocitaria subepitelial y algunos elementos glandulares con los caracteres de las glándulas sudoríparas apocrinas.

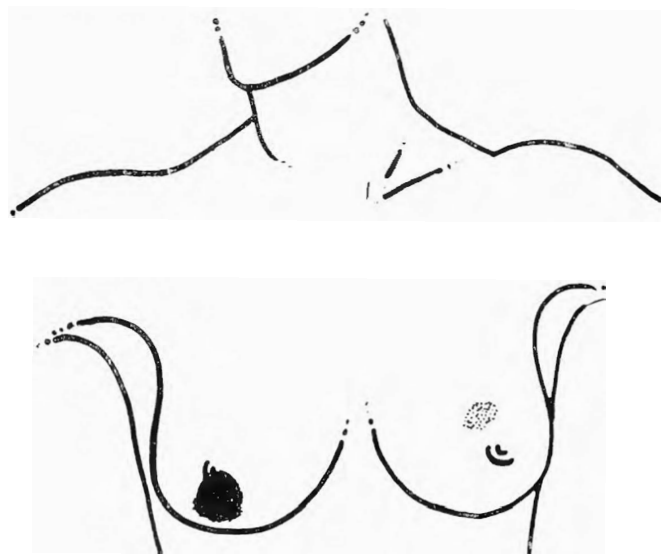


Figura N° 1. Esquema lesional de acuerdo con la clínica y la radiografía.



Figura N° 2. Radiografía simple de mama izquierda.

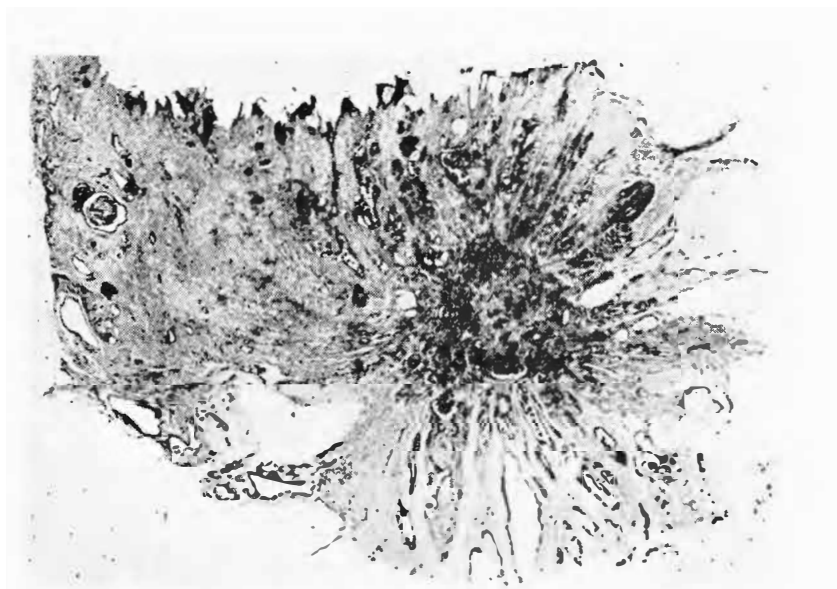


Figura N° 3. Fotomicro de nódulo mamario izquierdo.

CONCLUSIONES

Tres hechos señalan el interés de esta observación, que la juzgamos de extrema rareza.

- 1) Ausencia de sintomatología clínica en la mama cancerosa.
- 2) Diagnóstico radiológico absolutamente positivo, de carcinoma esquirroso infiltrante.
- 3) Caracteres anatómicos que confirman la naturaleza maligna del hallazgo radiológico y que al mismo tiempo denotan una lesión de tipo incipiente.

Por lo que antecede consideramos que debe destacarse el singular valor del estudio radiológico en las afecciones de la mama, ya que él es capaz de revelarnos una lesión maligna en la etapa preclínica y anatómicamente de comienzo, pasando a ocupar un lugar preeminente y con proyecciones en el terreno del diagnóstico precoz.
