

# COMENTARIO SOBRE 289 MASTOPATIAS

## CORRELATO A LA PONENCIA PRESENTADA AL III CONGRESO COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Doctor Bernardo Botero Peñáz (1)**

**Colaboraron: doctora Julia Ocampo A. doctor Oscar Acebedo,  
doctor Rufino Cuartas.**

Hospital Municipal de Manizales

El alto honor que nos ha hecho la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Colombia y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Tolima, compromete nuestra gratitud y nos da una responsabilidad superior a nosotros.

Pedimos excusas por las numerosas omisiones y deficiencias de este comentario.

La ponencia sobre mastopatias presentada al III Congreso de Obstetricia y Ginecología por la Cátedra de Ginecología de la Universidad de Antioquia, merece todos nuestros elogios. Recopilar 1.181 casos de mastopatias, ordenarlos, fotografiarlos y comentarlos, es tarea difícil y dispendiosa. Gracias a este esfuerzo nos presentan un trabajo que deja muchas enseñanzas.

La ponencia de la Cátedra de Antioquia hace un estudio muy completo del carcinoma mamario ceñido a los hallazgos anatómopatológicos. Nosotros queremos llamar la atención sobre las relaciones del ovario con la mama, hecho que interesa especialmente a ginecólogos y obstetras.

La glándula mamaria es uno de los efectores de los esteroides del ovario, es un carácter sexual primario dependiente de la función trófica de dichas hormonas y no de su función somática. Cons.

---

(1) Centro Médico, Manizales, Colombia.

tituye, por lo tanto, una parte del aparato reproductor femenino. El ginecólogo debe conocer la acción de los esteroides ovarianos sobre las mamas y las afecciones de estas glándulas motivadas por los cambios en la actividad ovárica. En nuestra especialidad debe incluirse de rutina el examen de los senos al hacer cualquier exploración ginecológica.

Hace unos años uno de nosotros vigiló el embarazo y luego le atendió el parto a una distinguida dama. Todo transcurrió sin incidentes, pero en el puerperio se presentó una complicación: la llegada de la leche fue normal por el seno izquierdo, pero el derecho no permitió la salida del líquido; la glándula se ingurgitó y se hizo doloroso. Por ninguno de los medios conocidos se le pudo extraer la leche y fue necesario suspender la lactancia. Posteriormente se comprobó que la señora sufría un fibroadenoma del seno derecho, que con la llegada de la leche y las maniobras que se le practicaron para tratar de extraérsela aquello, se congestionó, impidiendo la lactancia. El médico tratante no tuvo la precaución de examinar los senos de la paciente por temor a herir su recato y por consiguiente no hizo el diagnóstico del fibroadenoma durante la gestación con la consiguiente pérdida de esa lactancia. Posteriormente le fue extraído el tumor y las lactancias siguientes fueron normales.

Incorporar la glándula mamaria en la rutina del examen ginecológico es una obligación perentoria que hoy no se justifica omitir. Cuántas lesiones benignas podemos mejorar y extirpar con el consiguiente alivio psicológico y cuántos carcinomas incipientes podemos despistar y tratar oportunamente practicando un sencillo examen de rutina. Crear en los servicios de ginecología y obstetricia una sección de consulta especial de mama, es muy sencillo y benéfico. Para eso necesitamos, en primer lugar, nuestro interés, y en segundo lugar la colaboración de los directores de hospital y decanos, etc., pero necesitamos demostrarles la importancia y conveniencia de este modo de pensar. Esa labor se debe hacer a través de estas reuniones llenas de autoridad, encausando sus conclusiones y haciéndose conocer de quienes tienen en sus manos la facultad de ponerlas en práctica.

---

Comentaremos los protocolos de 289 mastopatías tomadas del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Municipal de Manizales, de los libros de la Sala de Cirugía, de la consulta exter-

na de nuestro servicio de ginecología y del archivo particular del primero de nosotros que suscribe este trabajo.

En muchas no consta la edad, ni el lado en que se practicó la biopsia, la extirpación o la mastectomía, o falta el número de la historia respectiva. La culpa de muchas fallas está en que las afecciones mamarias no han tenido la debida atención en muchos de nuestros hospitales y estas enfermas no se orientan hacia los servicios especializados en donde se está en capacidad de hacer mejores historias y mejor orientación diagnóstica.

### **Influencia de los esteroides ováricos sobre la mama en relación con la edad**

La función de estimular y mantener los caracteres somáticos y tróficos de los órganos genitales, la ejerce el ovario por intermedio de sus esteroides, los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos son las hormonas femenizantes encargadas de mantener el trofismo de los genitales y los caracteres somáticos. La progesterona obra sobre la función generativa, provocando en el endometrio el estado de secreción y en la mama completando el desarrollo de los acinos. Los canaliculos mamarios son desarrollados por los estrógenos. Estas hormonas tienen influencia reciproca y deben guardar relaciones cuantitativas; la progesterona no obra sin la acción previa de los estrógenos.

Los efectores deben ser normales para que respondan a la acción de los esteroides ováricos. Si hay hipoplasia mamaria su acción es limitada y se tiene entonces el factor local, como más adelante lo veremos en la patogenia de las displasias mamarias.

La secreción láctea se desencadena por la acción de la prolactina, pero previamente deben haber obrado los estrógenos y la progesterona. No se sabe si los esteroides ováricos obran directamente sobre la mama o indirectamente, mediante acción sobre la hipófisis, haciendo que ésta secrete hormonas mamógenas I y II. La I actuaría sobre los canales y la II sobre los alvéolos.

El insuficiente estímulo ovariano puede dar una hipoplasia mamaria. La incapacidad del tejido mamario para responder al estímulo hormonal también puede dar una hipoplasia y en este caso sería constitucional o genética. Esta reacción insuficiente del tejido mamario puede ser unilateral.

En la hipertrofia mamaria puede encontrarse un exceso de grasa de origen constitucional; en la verdadera hiperplasia pue-

de encontrarse como causa una respuesta exagerada del afector mamario a los estímulos hormonales.

**La recién nacida.**—La recién nacida sufre una modificación en su glándula mamaria de origen hormonal, con aumento del tamaño y aparición de secreción de tipo calostro, manifestándose en los tres primeros días del nacimiento, tanto en fetos masculinos como femeninos de término. Hay hipertrofia y actividad secretoria muy semejante a lo que ocurre en la lactancia. Después del parto hay un descenso brusco de estrógenos en la sangre fetal que habían actuado sobre la glándula, provocando su desarrollo.

**Infancia.**—En la infancia la glándula mamaria permanece en reposo, quedando reducida al pezón. De este estado de reposo se la puede sacar con la estrogenoterapia, como ocurría hace algunos años al efectuar tratamientos en la vulvovaginitis gonocócica; la glándula mamaria respondía inmediatamente aumentando su volumen, el pezón se pigmentaba intensamente y se presentaban metrorragias ocasionales.

**Pre-adolescencia.**—La mama pre-adolescente se desarrolla alrededor de los diez años como carácter extragenital más importante, por la influencia de los estrógenos de la masa semimadurante del ovario, cuyos folículos terminan en atresia.

**Adolescencia.**—La adolescencia se presenta alrededor de los doce años y se caracteriza en la mama por el aumento de la grasa de relleno que moldea la glándula y la pigmentación del pezón. En esta época es cuando el tejido mamario es más sensible a los estrógenos. El exceso o defecto de estrógenos hace que la mama tenga mayor o menor desarrollo, estado que se mantiene definitivamente. Es la época de tratamiento de las hipoplasias.

**Adulthood.**—La mama adulta, que completa su desarrollo entre los dieciséis y dieciocho años, sufre la acción de los estrógenos y la progesterona, de una manera más definida por parte de esta última, porque ya los folículos llegan a su plena madurez, a la rotura y formación del cuerpo amarillo. El estroma fibroso pericanalicular, el tejido adiposo y los conductos galactóforos alcanzan su madurez por la acción de las hormonas del ovario, ya que la glándula mamaria es uno de sus efectores. En esta época no se consiguen cambios apreciables a pesar de administrar grandes dosis de estrógenos. La acción sostenida de los estrógenos sobre la mama que venía ejerciéndose a través de la masa semimadura del ova-

rio, es más definida con el folículo maduro. Esta acción se hace específicamente sobre el estroma y los conductos galactóforos, los cuales aumentan su luz y sus ramificaciones y el epitelio que los tapiza se hiperplasia.

La castración y la supresión de la acción ovárica por otra causa, tal como los tumores masculinizantes del ovario, provocan la involución de la mama. El estímulo estrogénico artificial o los tumores femenizantes del ovario, dan respuestas mamarias limitadas pero evidentes de crecimiento y turgencia.

La progesterona ejerce sobre la mama una acción específica sobre los lobulillos, haciendo proliferar los elementos glandulares y contribuyendo en su acción sinérgica con los estrógenos al mejor desarrollo de los conductos galactóforos. Esta sinergia es indispensable para la buena acción de la hormona hipofisaria, la prolactina, en su papel de secretar leche. Debemos añadir que la testosterona interviene en el desarrollo del pezón y tiene una acción sobre la mama semejante a la progesterona. También es de tenerse en cuenta la acción progestéronica de algunos esteroides supra-renales.

**Menopausia.**—La mama de la menopausia se caracteriza por los fenómenos regresivos, se vuelve flácida, pierde tejido adiposo y el pezón deja de ser erectil. Histológicamente se comprueba la involución de los lóbulos, hay proliferación epitelial de los conductos y dilatación quística de los alvéolos. Estas modificaciones regresivas coinciden con las perturbaciones funcionales del ovario, en el cual vemos la aparición de los ciclos monofásicos, con la consiguiente desaparición de la progesterona y la persistente y continuada acción de los estrógenos que actúan sin el freno y balance de aquélla. Hechos similares se observan en el endometrio por las mismas causas; las glándulas sufren proliferación epitelial y dilatación quística.

En la post-menopausia se observan los mismos fenómenos en el endometrio y en la mama, al lado de zonas atróficas hay zonas quísticas.

**Embarazo.**—Durante el embarazo los esteroides ováricos completan su acción sobre la mama; hay crecimiento de la glándula, terminando su desarrollo los conductos, el sistema alveolar y el pezón.

### Mastopatía crónica quística y displasias mamarias

Haremos una revisión de los conceptos actuales sobre mastopatía crónica quística que, como dice Nogues, "debe considerarse como una unidad con formas múltiples anatómicas y clínicas, en diferentes etapas de evolución". Existen formas intermedias entre la mastodinia, la adenosis y la enfermedad quística de la mama, ya que en un mismo caso se pueden encontrar lesiones de una y otra.

Su patogenia es interpretada unas veces como consecuencia de la retención de secreciones por estenosis de conductos o por inflamación, otras veces como un proceso inflamatorio puro por infección microbiana.

La interpretación neoplásica reconoce su carácter blastomatoso por su tendencia metaplásica y capacidad para la degeneración maligna. También se atribuye su patogenia a la involución del tejido conjuntivo, dilatación de acinos y conductos con proliferación epitelial.

La teoría hormonal o endocrina, para explicar las alteraciones mamarias como displasias hormonales, tiene fundamentos tales como su aparición durante la fase activa del ovario, pues su desarrollo, como lo vimos en el capítulo anterior, tanto canalicular como acinoso corre parejo con la función ovariana. Coexiste frecuentemente con otras afecciones que se relacionan con el estado hormonal, como la endometriosis, mioma uterino, hiperplasia quística del endometrio, esterilidad, alteraciones del ciclo, etc. Experimentalmente se ha reproducido la displasia hormonal en animales administrándoles estrógenos. Se desencadenan procesos de hiperplasia, dilatación canalicular y proliferación epitelial semejantes a las lesiones encontradas en las mamas femeninas. Es evidente la relación entre los esteroides del ovario y la mastopatía crónica quística, pero la manera de actuar no es clara. El mecanismo de acción puede estar vinculado a otras afecciones endocrinas y al factor local de que ya hablamos. No todas las mujeres que tienen alteraciones en la sinergia de estrógenos y progesterona sufren alteraciones mamarias y otras en quienes no se ha comprobado disfunción ovariana sí las padecen. La reacción del efector a sus hormonas específicas debe entonces tenerse en cuenta, puesto que su receptividad puede estar afectada, como ocurre con el endometrio que en ocasiones, a pesar del equilibrio ovariano en

la producción hormonal, no responde por factores intrínsecos. Interviene un **factor local**, genético, que modifica la acción hormonal.

Los trastornos metabólicos del hígado, el cual deja de inactivar los estrógenos, pueden producir aumentos del tejido conjuntivo, hiperplasia y dilataciones canaliculares de la mastopatía crónica quística y en el hombre la ginecomastia.

El factor neuro-psíquico es de tenerse en cuenta, porque gran parte de estas enfermas son excitables, de irritabilidad nerviosa y lábiles para el esfuerzo.

Nogues dice que el factor hormonal, según sus experimentos en animales, reconoce una escala de sensibilidad en función de la dosis y del mantenimiento de su acción, Pasa por los períodos de proliferación canalicular, asinosa, intracanicular y pericanalicu- lar y que las formaciones quísticas son el resultado de cambios sú- bitos de nivel de estrógenos, en glándulas previamente proliferadas.

Sobre 289 mamas estudiadas encontramos 92 casos de masto- patía crónica quística, o sea el 31.8%, en una de las cuales evolu- cionó un comedón-carcinoma, o sea el 1%. Estudiaremos la mas- todinia, la adenosis y la enfermedad quística.

**Mastodinia.**—Predomina entre los veinte y los treinta años, pero puede observarse a otras edades, siempre en relación con la actividad ovárica. Su localización predomina en el cuadrante su- pero-externo. Muchas de estas enfermas no consultan y no se to- ma biopsia sino cuando hay cancerofobia o cuando la edad de la enferma obliga a descartar el cáncer.

Se encuentra un tejido blanco, no encapsulado, denso y resis- tente, distinto en su aspecto al resto de la glándula. Hay zonas de color rosado o gris que representan lóbulos adenomatosos. Todos sabemos lo difícil que es a veces localizar el tejido durante el ac- to operatorio para la biopsia, contribuyendo a esta confusión la anestesia local.

Microscópicamente hay irregularidad en los canaliculos ter- minales, por mal desarrollo lobular y aumento del estroma peric- analicular e interlobular. Hay aumento del epitelio canalicular, como también pueden encontrarse dilataciones y secreción, por- mando pequeños quistes. Estas lesiones parecen estar asociadas al mal funcionamiento del ovario. Cuando hay deficiencia mamaria una parte de las enfermas pasa a la adenosis, especialmente des- pués de los treinta años. El dolor y el aumento de consistencia de la mama guarda relación con la menstruación. En un 20% a un 30% hay alteraciones menstruales. La fertilidad es nula, dismi-

nuida o son solteras en más del 60%. Puede desarrollarse en mamas displásicas, hiperplásicas o eoplásicas. Muchas curan espontáneamente, otras necesitan tratamiento cuyos resultados son inconstantes; otras desarrollan adenosis.

En el tratamiento se recomienda la vitamina A a la dosis de 100.000 a 200.000 unidades diarias en la segunda mitad del ciclo. En algunos casos rinden buen efecto la progesterona, testosterona y gonadotrofinas.

La biopsia solamente se practica cuando hay cancerofobia para aliviar la tensión psíquica de la enferma o cuando la edad lo indique para aclarar un estado patológico mamario.

En nuestro comentario hay 23 mastodinias, o sea el 7.9% sobre 289 mamas estudiadas. La menor de dieciocho años y la mayor de treinta y seis; 11 estaban entre los veinte y treinta años; no se consignó la edad en 4; en 6 se hizo biopsia, en 17 no se hizo; 4 tenían la lesión del lado derecho; 7 del lado izquierdo; en 11 fue bilateral; 6 eran estériles, 3 solteras, 4 tuvieron mala lactancia; en 2 coincidió con endometriosis. La lesión predominó en el cuadrante supero-externo.

MASTODINIA

TOTAL, 23

Operadas . . . . .	6
No operadas . . . . .	17
<hr/>	
% sobre 289 mamas estudiadas . . . . .	7.9%
Lado derecho . . . . .	4
Lado izquierdo . . . . .	7
Bilateral . . . . .	11
Biopsia o resección parcial . . . . .	6

CUADRO NUMERO 1

**Adenosis.**—La adenosis o enfermedad de Schimmelbusch predomina entre los veinticinco y treinta y cinco años, sigue a la mastodinia y se relaciona también con el funcionamiento del ovario. Es la forma más grave de la displasia mamaria y se presenta en mujeres de mamas pequeñas, mal desarrolladas; con frecuencia no tienen hijos o de mala lactancia. Se aprecian los nódulos como perdigones y al tomar la glándula entre los dedos da la sensación del “borde en platillo” de Bloodgood. Generalmente es bilateral; con frecuencia es necesario recurrir a la biopsia para des-

cartar el carcinoma, especialmente cuando se palpan nódulos definidos y de consistencia notable. Su localización predomina en el cuadrante supero-externo.

Al corte la mama es compacta, sembrada de pequeños quistes de 1 a 2 centímetros; hay esclerosis muy pronunciada del estroma y los quistes tienen líquido. Histológicamente hay esclerosis pericanalicular y periacinosa semejante al fibroadenoma. Dilatación de acinos y conductos terminales, metaplasia hidroadenóide con quistes aislados o múltiples; a veces hay formaciones papilares intraquisticas que pueden dar degeneraciones malignas. Se encuentra también proliferación de acinos que puede degenerar en carcinoma; proliferación epitelial de los canales con formación de papilomas intracanaliculares.

ADENOSIS

TOTAL, 56

Operadas . . . . .	42.
No operadas . . . . .	14.
<hr/>	
% sobre 289 mamas estudiadas, 19.3%	
Lado derecho . . . . .	14
Lado izquierdo . . . . .	11.
Bilateral . . . . .	12.
No consignado . . . . .	19.
Biopsia o resección . . . . .	35
Mastectomía simple . . . . .	6
Mastectomía radical . . . . .	1.

CUADRO NUMERO 2

En estas enfermas, como antes se dijo, pueden haber alteraciones menstruales, esterilidad, infertilidad, mala lactancia o nulá. El pronóstico es menos bueno y el tratamiento debe ser más prolongado mientras persista la afección. Se debe tomar biopsia en casos necesarios y la exeresis debe ser parcial y de los focos sospechosos únicamente.

En 56 casos estudiados de adenosis, o sea el 19.3%, encontramos los datos siguientes: la menor fue de diecisiete años y la mayor de sesenta, predominando las edades entre veinticinco y cuarenta años; en una se encontró asociada a un comedón-carcinoma, o sea el 1.7%; se practicaron 35 biopsias o resecciones parciales, 6 mastectomías simples y 1 mastectomía radical, 14 no fue-

ron operadas; 14 fueron del lado derecho, 11 del lado izquierdo, y fue bilateral en 12; no se consignó el lado en 19; 2 eran solteras, 5 estériles, en 1 coexistió con endometriosis, 5 tuvieron mala lactancia; 7 mejoraron con tratamiento.

**Enfermedad quística de la mama.**—La enfermedad quística de la mama, tipo Reclus, con frecuencia de aparición brusca, puede presentar un quiste único o varios conglomerados. El quiste es de pared lisa, de color azulado y puede adquirir gran tamaño. Predomina después de los cuarenta años, con un promedio de 45.

### ENFERMEDAD QUISTICA CRONICA

#### (Mastítis tipo Reclus)

TOTAL, 13

% sobre 289 mamas estudiadas 4.5%.	
Lado derecho . . . . .	5
Lado izquierdo . . . . .	5
Bilateral . . . . .	11
No consignado . . . . .	2
Biopsia o resección. . . . .	11
Mastectomía simple . . . . .	2

#### CUADRO NUMERO 3

Histológicamente hay aumento del tejido conjuntivo pericanalicular y del estroma, que oblitera los canales y acinos; predominan los fenómenos involutivos con pobreza de las estructuras de los acinos, dilatación quística de éstos y de los canales y hay descamación; puede haber ligeras proliferaciones intracaliculares del epitelio; éste puede faltar y ser reemplazado por tejido fibroso. Como la aparición es más bien brusca, y a veces acompañada de dolor, estas enfermas consultan temprano. En muchas hay antecedentes de mastodinia premenstrual; con frecuencia son solteras, estériles, de poca fertilidad, de lactancia escasa o nula. Las mamas son bien desarrolladas y adiposas en muchas. Los quistes se localizan en una o ambas mamas y en el cuadrante supero-externo de preferencia. Los extendidos vaginales en estas enfermas son de tipo estrogénico y no son raros los ciclos monofásicos. Por el ascenso y descenso de los estrógenos puede evolucionar con recaídas; algunos casos pueden tener degeneración maligna, pero es menos frecuente que en la adenosis.

Los andrógenos pueden tener aplicación en el tratamiento de esta mastopatía. Algunos aconsejan la punción repetida hasta dos veces; si se reproduce debe extirparse; si el contenido tiene hemoglobina debe extirparse para hacer el estudio histológico. Otros aconsejan la escisión amplia del foco quístico, obteniéndose la curación en el 85%. Si el quiste es muy grande debe hacerse mastectomía simple. Nosotros practicamos una mastectomía simple en un quiste de 12 X 15 centímetros con anestesia local en una enferma que tenía complicaciones cardíacas; evolucionó bien y está en perfectas condiciones.

En nuestra estadística hay 13 casos, o sea el 4.5% sobre 289 mamas estudiadas; la menor de treinta y tres años y la mayor de sesenta y ocho; la menor evolución fue de 2 meses y la mayor de 2 años; en 5 la localización fue del lado derecho, en 5 del lado izquierdo; en 2 no se consignó el lado; se hizo biopsia o extirpación en 11 y en 2 se hizo mastectomía simple. Se consignó la edad en 7, en 6 no se consignó.

#### **Tumores epiteliales maduros de la mama**

En estos tumores hay gran variedad histológica, pero es un grupo homogéneo, porque sus formas anatomo-clínicas son bien definidas. Las formaciones tumorales están integradas por tejido conjuntivo y epitelial maduro. Se discute si es el tejido conjuntivo el que le da el aspecto tumoral, siendo pasivo el epitelial o al revés siendo pasivo el conjuntivo, o de ambos. Se acepta en general que la proliferación de ambos da la tumoración, pero no hay elementos de juicio definitivo, siendo más bien hiperplasias que blastomas. En gran número es clara la relación con los esteroides del ovario; vemos que se desarrollan en la adolescencia, el embarazo, la lactancia y la pre-menopausia, cuando hay gran estimulación estrogénica. Estos estímulos actúan sobre los tumores pre-existentes; así lo demuestran Geschickter y Nogues en sus experiencias sobre animales.

En la mastitis crónica quística es frecuente encontrar la coexistencia con formaciones adenomatosas o lo contrario. Al redor del fibroadenoma pueden encontrarse lesiones displásicas. Los procesos tumorales crecen sometidos a la acción hormonal y pueden determinar la formación de carcinomas o sarcomas.

En un caso de nuestra estadística hay un fibroadenoma con degeneración sarcomatosa en una mujer de cincuenta y dos años.

Estudiaremos el adenoma puro, el fibroadenoma y el papiloma intracanalicular.

## ADENOMA PURO

TOTAL, 2

% sobre 289 mamas estudiadas	0.7%
Lado derecho . . . . .	1
Lado izquierdo, . . . . .	1
Biopsia o resección, . . . . .	2

## CUADRO NUMERO 4

1. **Adenoma puro.**—Se caracteriza por la proliferación masiva epitelial; se parece a la mama lactante y a veces tiene secreción; es muy escaso, es encapsulado y a lo sumo como una nuez. Al microscopio se encuentra formado por glándulas de grandes alvéolos; si evoluciona con el embarazo hay secreción; en las formas puberales no la hay.

En nuestra estadística hay dos adenomas puros, o sea el 0.7% sobre 289 mamas estudiadas; uno de ellos en mama lactante del lado izquierdo, el otro del lado derecho; ambos fueron extirpados y no se consignó la edad en ninguna de las enfermas.

2. **Fibroadenoma.**—En el fibroadenoma predomina el tejido conjuntivo; el tejido epitelial es el de la glándula en reposo; su tamaño puede alcanzar hasta el de una naranja o más; pueden ser únicos o múltiples, en una o en ambas mamas; son encapsulados, generalmente lisos y ligeramente irregulares; de acuerdo con las relaciones entre el tejido conjuntivo y el epitelial se describen tres formas:

1. **Fibroadenoma pericanalicular.**—En el fibroadenoma pericanalicular el tejido conjuntivo se desarrolla paralelamente al de los conductos.

## FIBRO-ADENOMA PERICANALICULAR

TOTAL, 57

% sobre 289 mamas estudiadas	19.1%
Lado derecho. . . . .	16
Lado izquierdo. . . . .	13
No consignado, . . . . .	28
Biopsia o resección, . . . . .	56
Mastectomía simple. . . . .	1

## CUADRO NUMERO 5

En nuestra estadística hay 57 fibroadenomas pericanaliculares, o sea el 19.1% sobre 289 mamas estudiadas; la menor de dieciocho años y la mayor de setenta y dos; 5 por debajo de los veinte años, 7 entre los veinte y los veintinueve años y 50 por encima de los treinta años; se consignó la edad en quince; 16 fueron del lado derecho, 15 del izquierdo y no se consignó el lado en 28; se practicaron 56 biopsias o resecciones parciales y en una se hizo mastectomía simple; en una coincidió con 1 fibroadenoma intracanalicular, en otro evolucionó un sarcoma. En una se practicó mastectomía radical. Uno evolucionó durante la lactancia.

**B. Fibroadenoma intracanalicular.**—En el fibroadenoma intracanalicular el tejido conjuntivo deforma y estira los canales por su gran desarrollo, formando tubérculos intracanaliculares.

FIBRO-ADENOMA INTRACANALICULAR

TOTAL, 14

% sobre 289 mamas estudiadas	4.8%
Lado derecho . . . . .	3
Lado izquierdo . . . . .	3
No consignado . . . . .	8
Biopsia o resección . . . . .	11
Mastectomía simple . . . . .	2
Mastectomía radical . . . . .	1

CUADRO NUMERO 6

En la estadística hay 14 fibroadenomas intracanaliculares; la menor de veintiséis años y la mayor de sesenta, no se consignó la edad en 8; 3 fueron del lado derecho y 3 del izquierdo, no se consignó el lado en 8; se hizo biopsia o resección en 11, mastectomía simple en 2, mastectomía radical en 1. Las mastectomías simples se practicaron por fibroadenomas intracanaliculares gigantes.

**C. Fibroadenoma filoides.**—El fibroadenoma filoides se estudia como entidad separada, siendo en esencia un fibroadenoma intracanalicular filoides. Cuando las hendiduras canaliculares se distienden, el tumor toma aspecto foliáceo; por los brotes epiteliales se configura el fibroadenoma intracanalicular filoides. Recientemente operamos un tumor de esta naturaleza en una mujer de cuarenta años; portaba un tumor en el seno izquierdo del tama-

ño de la cabeza de un feto; se le practicó mastectomía simple con anestesia local.

Aunque se describe esta clase de tumores en mujeres jóvenes, el promedio es de cuarenta y cinco años. Son poco frecuentes. Cooper y Ackermann en 1943 publicaron 125 casos; Clark 1; Donald y Harrington, 13. En la Argentina, Altabe publicó 2; Fox, 2; Branchetti, 2; Nogues 1, y en la Cátedra de Anumada, 8.

Se trata de un tumor benigno y los casos reportados han evolucionado en esa forma. Algunos pueden dar recidivas y metástasis pulmonares porque la naturaleza sarcomatosa no puede descartarse en algunos casos. En materia de conducta no hay acuerdo: unos preconizan la resección simple, otros la mastectomía simple y otros la mastectomía radical. La radioterapia es ineficaz.

**3. Papiloma intracanalicular.**—El papiloma intracanalicular es comúnmente pequeño, evoluciona dentro de los conductos galactóforos y obedece a la capacidad de proliferación del epitelio canalicular. El término de papiloma intracanalicular engloba también las formaciones papilomatosas que se observan en la mastopatía crónica quística, que son la naturaleza hiperplásica y no tumoral. Los papilomas adoptan la forma del conducto, son redondeados o alargados; hay secreción de líquido amarillo o rojizo.

Al microscopio se encuentra el papiloma puro, arborescente, cuyo epitelio cúbico cilíndrico en general conserva los caracteres del epitelio del conducto. El papiloma adenomatoso tiene anastomosis de vellosidades y parece un adenoma o fibroadenoma intracanalicular. El papiloma intracanalicular puede tener alteraciones de edema, hemorragias, necrosis y calcificaciones.

En el papiloma intracanalicular es frecuente encontrar mastalgia premenstrual; en los antecedentes, como signo de desequilibrio hormonal: son solteras o con mala lactancia en buena proporción.

**PAPILOMA INTRACANALICULAR**

TOTAL, 7

% sobre 289 mamas estudiadas	2.4%
Lado derecho . . . . .	1
Lado izquierdo . . . . .	2
No consignado . . . . .	4
Biopsia o resección . . . . .	6
Mastectomía simple . . . . .	1

El derrame sanguinolento por el pezón hace consultar a la mayoría de las enfermas, siendo éste el síntoma más importante. El dolor mamario irradiado, provocado por el derrame que se acumula y el tumor, complementan los síntomas más notorios. Si los papilomas son muy pequeños el examen físico es negativo a la palpación; en otros se palpa un tumor subareolar radiado que al exprimir da salida a la secreción sanguinolenta. Hay que distinguirlo de procesos malignos que dan derrame sanguinolento, como en el comedo-carcinoma, la enfermedad de Paget, el carcinoma dendrítico intracanalicular, etc.

Es un proceso benigno de acuerdo con su morfología, pero muchos lo asocian al carcinoma.

La conducta varía con el concepto; se preconiza la operación conservadora o la mastectomía simple. En mujeres de edad avanzada con papilomas múltiples, la conducta radical está justificada, máxime si hay degeneración.

En la estadística hay 7 papilomas intracanaliculares, o sea el 2.4% sobre 289 mamas estudiadas; la menor de veintidós años y la mayor de sesenta, otra de veintinueve y otra de cincuenta, no se consignó la edad en 3; una fue del lado derecho, 2 del lado izquierdo, no se consignó el lado en 4; se practicó mastectomía simple en una mujer de veintinueve años y resección en 6.

### Cáncer mamario

El carcinoma mamario es una enfermedad local inicialmente. Antes de iniciar la invasión de la glándula, de los tejidos vecinos y distantes, debe por todos los medios hacerse un diagnóstico oportuno. Para el médico es de importancia fundamental hacer tal diagnóstico en la etapa inicial de la enfermedad, si desea un tratamiento eficaz para este tipo de cáncer. Se necesita la colaboración de ginecólogos, patólogos, cirujanos y radioterapeutas. El tratamiento individualista, como ocurre en la mayoría de nuestras provincias, es considerado hoy como un verdadero retroceso en la lucha contra el cáncer del seno.

Por desgracia un alto porcentaje de enfermas concurren al examen tardíamente, cuando ya el carcinoma de la mama es un hecho clínico indiscutible; ya tienen más de un año de evolución, desarrollo considerable, adherencias a la piel y planos profundos, invasión ganglionar y metastasis a distancia.

La campaña profiláctica del cáncer mamario debe hacerse a la par con la del cáncer genital; las mujeres deben aprender la

palpación de las mamas y practicarla una vez al mes. Cualquier cambio de consistencia o la aparición de una tuberosidad debe ser consultada con su médico. Además debe someterse a una revisión por lo menos una vez por año.

El estudio histológico es el único medio seguro para el diagnóstico en las primeras etapas; la biopsia para clasificar un cáncer evidente es desconsoladora.

### CANCER DE MAMA

TOTAL, 59

Adenocarcinomas . . . . .	53	91.0%
Fibrosarcomas . . . . .	4	6.7%
PAGET . . . . .	1	1.7%
Basocelular . . . . .	1	1.7%
<hr/>		
% sobre 289 mamas estudiadas	20.2%	
Lado derecho . . . . .	17	
Lado izquierdo . . . . .	13	
No consignado . . . . .	29	
Biopsias . . . . .	22	
Mastectomía radical . . . . .	41	

### CUADRO NUMERO 8

Estamos empeñados en crear un Centro Mamario, para lo cual contamos con la colaboración de distinguidos médicos. Actualmente funciona en Manizales desde hace 2 años el Instituto de Cancerología, dirigido por un experto de alto valor científico que hizo sus experiencias en el Memorial Hospital de Nueva York.

La mama se considera como una glándula sudorípara muy diferenciada, de origen ectodérmico; tiene de 12 a 20 lóbulos que van al pezón terminando en los galactóforos; los canales se ramifican en interlobulares o intralobulares, antes de llegar a los acinos. La glándula mamaria constituye una unidad funcional, existiendo un ciclo mamario de proliferación de canales en la fase estrogénica del ovario, de formación de acinos en la fase progestacional y de regresión en la fase menstrual.

CANCER EN RELACION CON LA EDAD

Con edad registrada, 33. Sin edad registrada, 26.		
EDAD	TOTAL	%
De 20 . . . . .	0	0.0
20 a 29 . . . . .	1	3.0
30 a 39 . . . . .	6	18.1
40 a 49 . . . . .	7	21.2
50 a 59 . . . . .	10	30.3
60 a 69 . . . . .	6	18.1
70 a 79 . . . . .	3	9.0
más de 80 . . . . .	0	0.0

CUADRO NUMERO 9

Algunos no la aceptan sino como modificaciones funcionales de maduración y reposo, siendo estos cambios más aparentes que reales; pero son evidentes sus cambios por la acción del ovario.

En la producción del cáncer mamario intervienen factores genéticos, lácteos, irritativos (infección, estancamiento) y hormonales.

Animales que tienen predisposición al cáncer espontáneo, si se les quita la leche materna no hacen tumores, en cambio si las madres de razas carcinomatosas alimentan animales de razas sanas se infectan. ¿Existe un factor lácteo? ¿Se debe suprimir la lactancia a las mujeres con predisposición hereditaria al carcinoma mamario?

Debemos insistir en que cualquier cambio de consistencia del tejido mamario o la aparición de un nódulo encontrado por autopalpación o al examen clínico lo mismo que la aparición de secreciones anormales por el pezón, deben ser investigados con todo el cuidado y la responsabilidad.

En nuestro servicio de ginecología estamos empeñados en sacar una estadística, fijando la responsabilidad del enfermo, del médico o de ambos, en el retraso del diagnóstico del cáncer genital y mamario.

En nuestra estadística hay 59 casos de cáncer mamario, o sea el 20.2% sobre 289 mamas estudiadas. 53 fueron adenocarcinomas, o sea el 91.0% sobre 59 casos; 4 fibrosarcomas, o sea 6.7% sobre 59; 1 Paget, o sea el 1.7%; 1 basocelular, o sea el 1.7%; 17 fueron del lado derecho; 15 del lado izquierdo; no se consignó el lado en 29; se practicaron 22 biopsias y muchas más intraoperatorias que no quedaron consignadas; se practicaron 41 mastectomías radicales.

**Edad.**—En 33 se registró la edad; no se registró en 26; la de menor edad fue de veintitrés años y la mayor de setenta y cinco. Por debajo de 20 no se registró ningún caso; de veinte a veintinueve años se registró 1 caso, o sea el 3.0%; de treinta a treinta y nueve se registraron 6, o sea el 18.1%; de cuarenta a cuarenta y nueve años se registraron 7, o sea el 21.2%; de cincuenta a cincuenta y nueve años se registraron 10, o sea el 30.3%; de sesenta a sesenta y nueve años se registraron 6, o sea el 18.1%; de setenta a setenta y nueve años se registraron 3, o sea 9.0%; por encima de ochenta años no se registraron casos. Como se ve, hubo un predominio entre los cincuenta y cincuenta y nueve años con un 30.3%. Entre los cuarenta y sesenta y nueve años el porcentaje es de 69.6%.

### Clasificación anatómico-clínica

**1. Carcinoma escirro.**—El carcinoma escirro parece que se origina en la región canalículo-alveolar, siendo una de las formas más comunes. Es indoloro, de consistencia dura y si está cerca de la piel la retrae precozmente; es de evolución lenta, pasa desapercibido mucho tiempo, lo cual retarda la consulta. Un 20% tiene relación con mastitis quística crónica.

En nuestra estadística hay 18 carcinomas esquirrosos, o sea el 30.5% sobre 59 casos de cáncer mamario; la menor de treinta y cinco años y la mayor de setenta; se consignó la edad en 13 y no se consignó en 5; aparecen practicadas 4 biopsias y 15 mastectomías radicales; aparece consignado el lado derecho en 5 y el izquierdo en 4; no se consignó el lado en 9; 5 dieron metastasis ganglionares, o sea en 33.3% sobre 59 casos de cáncer del seno y el 22.2% sobre 18 escirros.

VARIEDADES ANATOMO-CLINICAS

Variedad	Total	%
Adenocarcinoma		
Infiltrativo . . . . .	20	35.4
Esquiroso . . . . .	18	30.5
Medular o encefaloide . . . . .	11	18.6
Comedón-Carcinoma . . . . .	3	5.0
Mucoide . . . . .	1	1.6
Paget . . . . .	1	1.6
Fibrosarcomas . . . . .	4	6.8
Basocelular . . . . .	1	1.6
<b>Totales . . . . .</b>	<b>59</b>	

CUADRO NUMERO 10

2. **Carcinoma medular o encefaloide.**—El carcinoma medular evoluciona muy rápido, por lo cual las pacientes consultan pronto; es indoloro y no se adhiere a la piel.

Encontramos 11 en la revista de 289 mamas estudiadas, o sea el 18.6%; la menor de treinta y ocho años y la mayor de setenta; en 1 fue del lado izquierdo y en 2 del lado derecho; no se consiguió el lado en 8; se practicaron 2 biopsias y 8 mastectomias radicales; en 3 metastasis ganglionares, o sea el 25.0%.

METASTASIS

Cánceres estudiados . . . . .	59		
Con metastasis . . . . .	12		
Escirro . . . . .	18		30.5
<b>Variedad de adenocarcinomas</b>	<b>Total</b>	<b>Con matastasis</b>	<b>%</b>
Infiltrativo . . . . .	20	4	33.3
Esquiroso . . . . .	18	5	41.7
Medular o encefaloide . . . . .	11	3	25.0

CUADRO NUMERO 11

**3. Adenocarcinoma infiltrativo.**—El adenocarcinoma infiltrativo es una forma grave; su origen parece estar en la región lobulillar; evoluciona rápidamente.

En la estadística hay 20 pacientes con adenocarcinomas infiltrativos; la menor de treinta años y la mayor de sesenta, predominando entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años. Se practicó biopsia en 10; había invasión de la piel en 1; en 4 hubo metástasis ganglionares, o sea en el 20.0%; en 2 coexistió con fibroadenoma; en 5 fue del lado derecho, en 3 del lado izquierdo; no se consignó el lado en 12. Se practicó mastectomía radical en 10.

**4. Comedón-carcinoma.**—El comedón-carcinoma se origina en el epitelio del conducto; tiene mucha relación con la adenosis; evoluciona lentamente y es de pronóstico mejor, ya que la invasión ganglionar es tardía; la consulta es tardía.

En la estadística hay 3 comedón-carcinomas; una de treinta y seis y otra de cuarenta y seis; no se consignó la edad en la tercera; se hizo biopsia en 3, en 1 fue del lado derecho y en 2 no se consignó el lado; en 1 había coexistencia con adenosis; practicaron mastectomía radical en 2; no hubo metástasis ganglionares.

**5. Carcinoma mucoide o gelatinoso.**—Este carcinoma es poco frecuente y es de mujeres viejas, de evolución lenta y de mejor pronóstico.

En la estadística hay un caso de carcinoma mucoide, el cual fue tratado por mastectomía radical; no consignaron la edad ni el lado. El porcentaje sobre 59 casos de carcinoma es de 1.6%.

**6. Paget.**—La Enfermedad de Paget del pezón evoluciona lentamente en mujeres de edad avanzada.

Se presenta 1 caso al cual le practicaron mastectomía radical del lado derecho; no consignaron la edad. El porcentaje sobre 289 mamas estudiadas es de 0.3%; el porcentaje sobre 59 casos de cáncer es de 1.6%.

**7. Fibrosarcomas.**—Los fibrosarcomas son tumores mesenquimatosos inmaduros de la mama. Es necesario un estudio histológico muy cuidadoso para diferenciarlos de carcinomas muy indiferenciados, que constituyen los pseudo-sarcomas de Ewing y de los fibroadenomas muy voluminosos, lo mismo que del fibroadenoma filoides.

Se originan en el estroma o en los elementos conjuntivos de un tumor preexistente conjuntivo o fibroepitelial. Es generalmente unilateral, bien delimitado, lobulado, no se adhiere a la piel,

ni al pezón, ni a la facia pectoral; por su gran tamaño puede ulcerar la piel. Da adenopatías en el 5% de los casos, especialmente el linfosarcoma y el mielosarcoma. La adenopatía si es sarcomatosa es de mal pronóstico. La propagación se hace por vía sanguínea al pulmón, hígado, cerebro y huesos. El dolor es tardío y la evolución es más lenta que en el carcinoma y mejor su pronóstico.

El tratamiento es la mastectomía radical. La irradiación es efectiva en las formas inmaduras, como el linfosarcoma y mielosarcoma.

Presentamos 4 casos de fibrosarcomas, 2 del lado derecho y 2 del izquierdo con edades de veintitrés, treinta y ocho, cuarenta y cincuenta y dos. Fueron practicadas 4 mastectomías radicales; 1 evolución en 1 fibroadenoma y en el cual bien pudiera tratarse de 1 fibroadenoma gigante. En ninguno se encontró metástasis gálgionares. Sobre 59 casos de cáncer de mama se encontraron 4 fibrosarcomas, o sea el 6.7% y el 1.3% sobre 289 mamas estudiadas.

**7. Carcinoma basocelular.**—Se encontró un carcinoma basocelular en las 289 mamas estudiadas, o sea el 0.3% y el 1.6% sobre 59 casos de cáncer de mama. Estaba localizado en la región submamaria izquierda; se practicó biopsia; la mujer tenía setenta y cinco años.

**Conducta.**—En las enfermas que consultan por lesiones mamarias seguimos la siguiente conducta: historia general, anotando los datos más importantes concernientes a la lesión. Se hace biopsia y resección en las lesiones benignas; en las lesiones catalogadas como malignas se hace biopsia intraoperatoria y mastectomía radical, si es el caso. Empleamos la técnica de Halsted, sin salirnos de la clavícula hacia arriba, ni la parrilla costal hacia adentro. En el Estado I, en el cual la lesión está limitada a la mama, hacemos mastectomía radical y radioterapia. En el Estado II, en el que hay, además de la invasión glandular, adherencias a la piel y ganglios axilares, practicamos la mastectomía radical y radioterapia en el post-operatorio. En el Estado III, con múltiples ganglios axilares en los 5 niveles (parte baja de la axila, media y hueco axilar), fijación de la glándula o ganglios supraclaviculares; se hace radioterapia solamente, de acuerdo con el radioterapeuta y por "limpieza" se hace la mastectomía simple en algunos casos, antes de la radioterapia. En el Estado IV, con metástasis a distancia, se hace radioterapia solamente. La hormonoterapia la hacemos en los casos III y IV. No hemos hecho la castración.

En los 289 casos estudiados encontramos las siguientes lesiones benignas:

1. **Lipoma.**—Le corresponde un porcentaje de 0.3% sobre 289. Estaba localizado en el lado izquierdo y fue extirpado.

2. **Verruga vulgar.**—Le corresponde un porcentaje del 0.3% sobre 289. Fue extirpada y no consta la localización.

3. **Fibroma de piel.**—Le corresponde el porcentaje del 0.3% sobre 289. Fue extirpado y no se consiguió el lado.

4. **Quiste sebáceo.**—Le corresponde el 0.3% sobre 289. Fue extirpado del lado derecho.

5. **Papiloma escamoso.**—Le corresponde el 0.3% sobre 289, localizado sobre el lado izquierdo y le practicaron biopsia.

**Anomalías de la mama.**—La hipoplasia mamaria se asocia con frecuencia a la hipoplasia genital; la glándula no adquiere el desarrollo normal y cuando está reducida al pezón no reacciona a los estímulos hormonales.

Presentamos un caso de una mujer de veintiún años, con menarca a los quince y de ciclo 28/4. Se le practicó tacto rectal encontrándose la matriz en ante-versión, de tamaño, forma y consistencia normales y anexos sanos. Las mamas estaban reducidas al pezón. Le hicieron tratamientos con estrógenos, ocasionándole un desarreglo menstrual con hemorragias cada 10 o 15 días de corta duración. Se le trató el trastorno menstrual y luego se le hizo estrogenoterapia cíclica durante 6 meses sin ningún resultado. Únicamente el pezón se hiperpigmentó.

**La hipertrofia puberal** la encontramos en 2 casos, con un porcentaje de 0.7% sobre 289, en mujeres de veinte y veintiún años, de ciclos normales. Ambas se quejaban de dolor y crecimiento mamario excesivo desde la menarca, con 6 años de evolución para cada una; la piel estaba agrietada y a la palpación se notaba el aumento del tejido mamario.

### **Inflamaciones de la mama**

1. **Inflamación aguda.**—Presentamos 2 casos de inflamaciones agudas, correspondiéndoles el 0.7% sobre 289. En una se hizo biopsia del seno derecho; la otra era una mujer soltera en quien espontáneamente evolucionó un absceso del lado derecho.

2. **Inflamación crónica.**—Presentamos 35 casos de inflamaciones crónicas, o sea el 12.1% sobre 289 mamas estudiadas. Se practicaron 34 biopsias o resecciones parciales en 34; 12 eran del lado derecho y 8 del lado izquierdo y en 15 no se consignó el lado. Practicaron una mastectomía simple en 1. La menor fue de veintidós años y la mayor de sesenta y seis; se consignó la edad en 20 y no se consignó en 15.

3. **Micosis.**—Se encontró una micosis del lado izquierdo, a la cual se le practicó biopsia. No se consignó la edad. Le corresponde el 0.3% sobre 289.

INFLAMACIONES DE LA MAMA

TOTAL, 38

Agudas . . . . .	2
Crónicas . . . . .	35
Micosis . . . . .	1
<hr/>	
% sobre 289 mamas estudiadas . . . . .	13.1%
Biopsia o resección parcial . . . . .	34
Lado derecho . . . . .	12
Lado izquierdo . . . . .	8
No consignado . . . . .	15
Mastectomía simple . . . . .	1

CUADRO NUMERO 12

Patología mamaria en el hombre

1. **Fibrodenoma.**—Presentamos 4 casos de fibroadenoma en el hombre, o sea el 1.7% sobre 289 mamas estudiadas; 2 fueron del lado derecho y 2 del lado izquierdo; el menor de sesenta y cuatro años y el mayor de setenta y dos, en 2 no se consignó la edad. Practicaron mastectomía simple en 1 y mastectomía radical en 1; en los otros hicieron extirpaciones.

2. **Ginecomastia.**—Presentamos 6 casos de ginecomastia, o sea el 2.1% sobre 289 mamas estudiadas; con edades de dieciocho, diecinueve, veinte, veintiocho, cuarenta y cincuenta; 4 fueron del lado derecho y 2 del lado izquierdo.

## FIBROADENOMA EN EL HOMBRE

TOTAL, 4

% sobre 289 mamas estudiadas	1.7%
Lado derecho . . . . .	2
Lado izquierdo . . . . .	2
Biopsia o resección . . . . .	2
Mastectomía simple . . . . .	1
Mastectomía radical . . . . .	1

## CUADRO NUMERO 13

Se practicaron 4 biopsias o resecciones parciales en 4 y 2 mastectomías simples.

## GINECOMASTIA

TOTAL, 6

% sobre 289 mamas estudiadas	2.1%
Lado derecho . . . . .	4
Lado izquierdo . . . . .	2
Biopsia o resección . . . . .	4
Mastectomía simple . . . . .	2

## CUADRO NUMERO 14

3. **Adenocarcinoma.**—Se encontraron 2 adenocarcinomas en el hombre, o sea el 0.7% sobre 289 mamas estudiadas; 1 del lado derecho y el otro del lado izquierdo.

## ADENOCARCINOMA EN EL HOMBRE

TOTAL, 2

% sobre 289 mamas estudiadas	0.7%
Lado derecho . . . . .	1
Lado izquierdo . . . . .	1
Biopsia . . . . .	1
Mastectomía simple . . . . .	1

## CUADRO NUMERO 15

El menor tenía setenta y cinco años y el mayor ochenta y seis; se hizo biopsia en 1; mastectomía radical en otro.

### Sumario

Se presenta el estudio de 289 casos de lesiones de la mama en el período comprendido desde 1949 a 1957. 51 casos pertenecen a la consulta particular del primero de nosotros que suscribe el trabajo. Los 238 restantes pertenecen al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Municipal de Manizales. Se revisaron los protocolos de anatomía patológica, libros de cirugía, algunas historias del archivo general y otras de la Consulta Externa de Ginecología que dirigimos.

Se estudian las inflamaciones agudas y crónicas de la mama, los tumores benignos, superficiales, las displasias mamarias en sus formas de mastodinia, adenosis y enfermedad quística; se estudian también los tumores epiteliales maduros, 59 casos de cáncer mamario y los fibroadenomas, ginecomastia y adenocarcinomas hallados en el hombre.

Se hace un somero recuento de la evolución de la mama a través de las distintas edades y de sus relaciones con los esteroides del ovario y las gonadotrofinas.

Se hace especial énfasis sobre las relaciones de la mastodinia, adenosis, enfermedad quística de la mama y tumores epiteliales maduros con los esteroides ováricos y gonadotrofinas.

Se presentan cuadros agrupando las principales lesiones con porcentajes, edad, lados, metastasis y tipos de operaciones.

Se hace perentorio llamamiento para la formación de centros especializados para el estudio de las afecciones de la mama, creación de consultas especializadas bajo el control de los Servicios de Ginecología y Obstetricia.

Se consigna nuestra conducta en el tratamiento y atención de las enfermedades de la mama.

### Conclusiones

1. Nuestros protocolos de anatomía patológica, historias clínicas y archivos son deficientes.
2. Es primordial para el médico y para la enferma hacer un diagnóstico oportuno del cáncer mamario.
3. La biopsia es indispensable para hacer el diagnóstico de certeza.

4. La edad en que con más frecuencia se presentó entre nosotros fue entre los cincuenta y sesenta años.

5. La biopsia evita operaciones innecesarias.

6. Los desequilibrios hormonales del ovario juegan un papel muy importante en la patogenia de muchas afecciones mamarias.

7. Los médicos anotamos datos más completos en las lesiones benignas que en las malignas, como lo prueba el estudio que presentamos.

### BIBLIOGRAFIA

1. ARENAS NORMANDO y PASSI P. L. M.—VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 1952.

2. BENZADON J.—VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 1952.

3. CALATRONI C. J. RUIZ V. y DI PAOLA G.—Endocrinología Sexual Femenina. 1947.

4. DI PAOLA G. REMY SOLA E. F. y LOPEZ BIEL R.—La punción de los nódulos mamarios. 8: 549. 1957.

5. EUGES A.—Mastopatías Hormonales. Buenos Aires, 1942.

6. GESCHICKTER C. F.—Enfermedades de la mama. Buenos Aires. 1954.

7. NOGUES A. E.—Enfermedades de la mama. Buenos Aires. 1955.

8. NOGUES A. E.—VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 1952.

9. NOVAK E.—Ginecología y Obstetricia. Madrid. 1954.

10. PASCHKIS K. E., RAKOFF A. E. y CANTAROW A.—Endocrinología Clínica. Editorial Interamericana, S. A. 1955.

11. URIBURU J. V.—Diagnóstico del cáncer de mama. 49: 3.579. La Prensa Médica Argentina. 1956.

12. ASMAR AQUILEO.—Tesis de Grado. Boletín Clínico. Medellín. 1949.