

" CÁNCER DE LA GLÁNDULA MAMARIA MASCULINA "

TESIS PRESENTADA POR

JOFFREY TORNINI

PADRINO

PROF. ADJ. DR. RAUL T. MICHELINI

AÑO 1952

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA PLATA

MINISTERIO DE EDUCACIÓNUNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATAAUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICE-RECTOR:

Dr. Pedro G. Paternosto

SECRETARIO GENERAL: INTERINO:

Don Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL:

Don Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

" " Rodolfo Rossi

" " José F. Molfino

" " Pedro G. Paternosto

" " Carlos M. Harispe

" " Horis Del Prete

" " Benito Perez

" " Eugenio Mordegli

" Silvio Mangariello

" Arturo Cambours Ocampo

Ingeniero Carlos Pascali

Dr. Obdulio F. Ferrari

Ing. Ag. René R. E. Thiery

" " Jose M. Castiglioni

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICASAUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICE-DECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

OFICIAL MAYOR A CARGO DE PROSECRETARÍA

Don Rafael Lafuente

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Diego M. Arguello

- " " Inocencio F. Canestri
- " " Roberto Gandolfo Herrera
- " " Julio R.A. Obiglio
- " " Rómulo R. Lambre
- " " Víctor A. E. Bach
- " " Victorio Nacif
- " " Enrique A. Votta
- " " Herminio L. M. Zatti

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATAFACULTAD DE CIENCIAS MÉDICASPROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolas V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. -Cl. Oftalmológica.

" Baldassarre Enrique C.-F.F. Y T.Terapéutica.

" Bianchi Andres C. -Anatomía y F.Patológicas.

" Caeiro José A.-Patología Quirurgica.

" Canestri Inocencio F.-Medicina Operatoria.

" Carratalá Rogelio F.-Toxicología.

" Carreño Carlos V.-Higiene y Medicina Social.

" Cervini Pascual R.-Cl.Pediátrica y Puericultura.

" Ciafardo Roberto -Cl. Psiquiátrica (Interino).

" Corazzi Eduardo S.-Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B.-Cl.Quirurgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.E.-Pat.y Cl.de la tuberculosis.

" Echave Dionisio -Física Biológica.

" Errecart Pedro L.-Cl. Otorrinolaringologica.

" Floriani Carlos -Parasitología.

" Gandolfo Herrera R.I.-Cl. Ginecológica.

" Gascón Alberto -Fisiología y Psicología.

" Girardi Valentin C.-Ortopedia y Traumatología.

" Gonzalez Hernán D. -Cl.de Enf.Infec.y P.Tropical.

" Irigoyen Luis - Embriología e Histología Normal.



- Dr. Lambre Rómulo R. -Anatomía Ia .
- " Loudet Osvaldo -Cl. Psiquiátrica,
- " Lyonnet Julio H.-Anatomía IIa.
- " Maciel Crespo Fidel A.-Semiología y Cl.Propedéutica.
- " Manso Soto Alberto E.-Microbiología.
- " Martinez Diego J.J.-Patología Médica IIa.
- " Mazzei Egidio S.-Clínica Médica IIa.
- " Montenegro Antonio-Cl.Genitourológica.
- " Monteverde Victorio-Cl.Obstétrica.
- " Obiglio Julio R.A.-Medicina Legal.
- " Othaz Ernesto L.-Cl. Dermatosifilográfica.
- " Rivas Carlos I.-Cl. Quirúrgica Ia.
- " Rossi Rodolfo -Cl. Médica Ia .
- " Sepich Marcelino J.-Cl. Neurológica.
- " Uslengui José P.-Radiología y Fisioterapia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

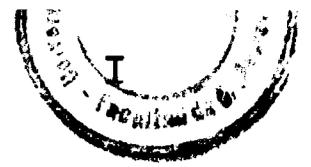
- Dr. Aguilar Guiraldes Delio J.-Cl.Pediat.y Puericultura.
" Acevedo Benigno S.-Química Biológica.
" Andrieu Luciano M.-Cl. Médica IIa.
" Barani Luis T.-Cl.Dermatosifilográfica.
" Bach Victor E.A.-Cl. Quirúrgica Ia.
" Baglietto Luis A.-Medicina Operatoria.
" Baila Antonio R.-Cl.Médica IIa.
" Bellingi José-Pat.y Cl.de la Tuberculosis.
" Bigatti Alberto-Cl.Dermatosifilográfica.
" Briasco Flavio L.-Cl.Pediat.y Puericultura.
" Calcetta Raul V.-Semiología y Cl.Propedéutica.
" Carri Enrique L.-Parasitología.
" Cartelli Natalio-Cl.Genitourológica.
" Castedo César-Cl.Neurológica.
" Castillo Odena Isidro-Ortopedia y Traumatología.
" Ciafardo Roberto-Cl. Psiquiátrica.
" Conti Alcides L.-Cl.Dermatosifilográfica.
" Correa Bustos Horacio-Cl.Oftalmológica.
" Curcio Francisco I.-Cl.Neurológica.
" Chescotta Néstor A.-Anatomía Ia.
" Crocchi Pedro A.-Radiología y Fisioterapia.
" Dal Lago Héctor-Ortopedia y Traumatología.
" De Lena Rogelio E.A.-Higiene y Med.Social.
" Dragonetti Arturo R.-Higiene y Med.Social.
" Dussaut Alejandro-Medicina Operatoria.
" Dobric Beltran Leonardo L.-P.y Cl.de la Tuberculosis.

Profesores Adjuntos

- Dr. Fernandez Audicio Julio C.-Cl.Ginecológica.
- " Fuertes Federico.-Cl.de Enf.Infec.yP.Tropical.
- " Gariboto Roman C.-Pat. Médica IIa.
- " Garcia Olivera Miguel A.-Medicina Legal.
- " Giglio Irma C.de-Cl.Oftalmológica.
- " Giroto Rodolfo-Cl.Genitourológica.
- " Gotusso Guillermo D.-Cl.Neurológica.
- " Gorostazu Carlos M.-Anatomía IIa.
- " Ingratta Ricardo V.-Cl.Obstétrica.
- " Imbriano Aldo E.-Fisiología y Psicología.
- " Lascano Eduardo F.-Anatomía y Fisiología Pat.
- " Logascio Juan-Patología Médica Ia.
- " Loza Julio C.-Higiene y Med.Social.
- " Lozano Federico S.-Cl.Médica Ia.
- " Mainetti Jose M.-Cl.Quirúrgica Ia.
- " Martini Juan L.-Cl.Obstétrica.
- " Manguel Mauricio-Cl.Médica IIa.
- " Marini Luis-Microbiología.
- " Martinez Joaquín O.A.-Semiología y Cl.Propedéutica.
- " Matusevich José-Cl.Otorrinolaríngológica.
- " Meilig Elias-Pat. y Cl. de la Tuberculosis.
- " Michelini Raul T.-Cl.Quirúrgica IIa.
- " Morano Brandi José F.-Cl.Pediatrica y Puericultura.
- " Moreda Julio M.-Radiología y Fisioterapia.
- " Nacif Victorio-Radiología y Fisioterapia.
- " Naveiro Rodolfo-Pat.Quirúrgica.
- " Negrete Daniel H.-Pat.Médica.
- " Pereira Roberto F.-Cl.Oftalmológica.

Profesores Adjuntos

- Dr. Pioto Elias H.-Embr.e H.Normal(a cargo del C.).
- " Prini Abel-Cl.Otorrinolaringológica.
- " Penin Raul P.-Cl.Quirúrgica Ia.
- " Polizza Amleto-Medicina Operatoria.
- " Ruera Juan-Patología Médica Ia.
- " Sanchez Héctor J.-Patología Quirúrgica.
- " Taylor Gorostiaga Diago J.-Cl.Obstétrica.
- " Torres Manuel M.del C.-Cl.Obstétrica
- " Trinca Saul I.-Cl.Quirúrgica IIa.
- " Tau Ramón-Semiología y Cl.Propedéutica.
- " Tosi Bruno-Cl.Oftalmológica.
- " Tropeano Antonio-Microbiología.
- " Tolosa Emilio-Cl.Otorrinolaríngológica.
- " Vanni Edmundo O.F.-Semiología y Cl.Propedéutica.
- " Vazquez Pedro C.-Pat.Médica IIa.
- " Votta Enrique A.-Pat.Quirúrgica.
- " Zabudovich Salomon-Cl.Médica IIa.
- " Zatti Herminio L.-Cl.de Enf.Infec.y P.Tropical.
- " Roselli Julio-Cl.Pediátrica y Puericultura.
- " Schaposnik Fidel-Cl.Médica IIa.
- " Caino Héctor V.-Cl.Médica Ia.
- " Cabarrou Arturo-Cl.Médica Ia.



"CÁNCER DE LA GLÁNDULA MAMARIA MASCULINA"

La glándula mamaria del hombre deriva, al igual que en la mujer, de la hoja externa o ectodermo embrionario y constituye solo un anexo cutáneo:

Permanece indiferenciada con la del sexo opuesto hasta la pubertad, época en que se transforma en un órgano rudimentario. Su persistencia sin llegar a la atrofia, se demuestra atendiendo a su patología que certifica puede padecer, aunque en menor escala, todas las afecciones que se describen para su homónima femenina:

Los conductos galactoforos están relativamente desarrollados, mientras que los acinoglandulares involucionan, hecho importante que explica que la cantidad de cánceres lobulares infiltrativos solo alcance al 50 % (en la mujer al 70 %):

Por otra parte, estos tumores malignos son más comunes de observar que los benignos. Geschickter en 36 tumores de mama masculina que reúne, encuentra :

30 carcinomas
3 sarcomas
2 lipomas
1 dermoideo

Cheatle y Cutler por su parte publican los siguientes datos:

tumores malignos 87,5 % (carcinoma 85,5 %)
(sarcoma 2 %)
tumores benignos 12,5 %

La edad en que con más frecuencia se los observa, oscila entre los 45 y 65 años, y los datos extremos de las publicaciones anotan el caso de Blodgett (Boston

Med: and Surg: Jour 136-6II-1897) de 12 años de edad y el de Lunn de 91.

El estudio de las localizaciones observadas, no demuestra preferencia por una u otra mama y además se han observado casos de bilateralidad.

ETIOLOGÍA :Afección rara en la patología masculina. En 22 años de atención pública, en el "I. Gral. San Martín", solo se han observado 2 casos (salas XI y XIII respectivamente).

Casiraghi en su comentario a la "Soc. Arg. de Cir:" cita a Monhler que reunió las publicaciones mundiales sobre el tema, hasta el año 1919 y encuentra el 1,52 % de cáncer mamario masculino en relación al femenino, con un total de 248 casos.

Mazzini (Cl. Mayo) que da el 1 % con 17 casos.

Coley (Memorial Hospital) que da el 0,5 % con 26 casos.

Emanuel (I. Med. Exp.) que da el 0,23 % en 13 casos que reúne en ese Servicio entre los años 1922-37.

Geschickter por su parte da el 1,32 % con 33 casos y cita a Nathanson y Welch que encuentran el 1,1 % y a Pack y Le Febre con el 1,5 %.

Los datos extremos recogidos corresponden a Gilbert 0,08 % y a Barrow 8,4 %.

Estos datos que relacionan una afección idéntica en sexos diferentes, con un porcentaje muy a favor del femenino, llevan a reflexionar sobre la importancia que tienen los factores etiológicos especialmente los relacionados con las glándulas de secreción interna,

en la producción o en el desencadenamiento de la enfermedad.

La ausencia de función ovarica, menstruación, menopausia, embarazo y lactancia, a los que se les confiere importancia como factores predisponentes al cancer mamario en la mujer, explicarian la rareza de la afección que estudiamos, sin olvidar la función testicular, por intermedio de la testosterona, a la que se atribuye efecto frenador del cancer. Este dato resalta al recordar que la edad en que con mas frecuencia se observa el cancer mamario masculino, oscila alrededor de los 55 años, es decir en el climaterio masculino.

Recientemente, Mc Clure ha publicado un hecho digno de mención, pues afirma estos conceptos. Se trata de un enfermo al que se le administran, por padecer un carcinoma prostatico, 1770 mgr. de estrógenos en 126 dias, al cabo de los cuales éste desarrolla un adenocarcinoma bilateral de mama.

Se acepta que los tumores benignos, como los quistes epidermoideos, pueden cancerificarse. Asimismo se piensa, que la ginecomastia, en la que frecuentemente se encuentran neoformaciones papilares microscopicas, predispone al cancer.

En uno de los casos que adelante se describen se observo la asociación de carcinoma con mastopatía escleroquistica.

ANATOMOPATOLOGÍA: Las variedades observadas son las mismas que en la mujer.

Predominan las formas glándulares lobulares infiltrativas, aunque no en la proporción que se las encuentra en la mujer. Aumentan así las formas epidermoides (epiteliomas):

Los tumores atípicos conjuntivos son muy raros. En la estadística nacional solo se halla un caso de sarcoma.

DIAGNOSTICO: Todos los autores están de acuerdo en que el enfermo consulta tarde al médico.

El Cáncer mamario masculino es una afección que aun sin ser excepcional, interesa al médico por su rareza, lógico es pues que el profano ignore ésta posibilidad. La poca atención que dedica a esa región, es motivo de que la fecha y forma de comienzo del mal, pasen desapercibidos o los datos sean vagos.

Distintos autores dan plazos de 1 a 7 años de evolución antes de ser tratados.

Entre los síntomas mencionados por el enfermo figuran casi siempre los referidos al pezón y comúnmente ya en un periodo avanzado de enfermedad. La ulceración y la pérdida de secreción sanguinolenta se observan en el 75 % de los casos. La desformación mamaria es común. El dolor y el prurito aparecen en menos casos.

El examen clínico reconoce al efectuar la palpación de la zona, la presencia de una tumefacción generalmente dura e irregular con falta de límites precisos.

El reconocimiento del hueco axilar correspondiente, descubre adenopatías en muchos casos (según Geschickter en un 48,5 %). Estas adenopatías son de importancia diagnóstica, aunque no patognomónicas de metástasis, pues también pueden deberse a una reacción inflamatoria por infección secundaria de la ulceración (si ella está presente) y en el caso contrario, pueden no palparse y demostrarlas el estudio anatomopatológico del tejido celular de la pieza extirpada. Aun así su valor es incuestionable, y debe buscarse.

La pobreza de tejido celular periglandular motiva la pronta infiltración de los planos vecinos. Lo contrario en el hallazgo, ha causado errores de diagnóstico como el referido por Asch, en un caso en que por todos los datos clínicos se pensó en un fibroadenoma. Se trató con extirpación simple pues el aspecto macroscópico lo afirmaba y al efectuar, por rutina, el estudio anatomopatológico de la pieza se trataba de un carcinoma.

Los signos de la "arruga", del "pliegue cutáneo", y la "piel de naranja", pueden presentarse.

A pesar de éste aporte de la Clínica, la certeza del diagnóstico, al igual que en el cáncer de mama femenina, la da el estudio anatomopatológico que se hará en forma de biopsia por congelación durante el acto operatorio.

• DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con la mastitis infecciosa que es rara y generalmente está relacionada a un traumatismo o es secundaria a una infección general del

organismo (tifoidea, parotiditis, sífilis, tuberculosis) a menos que se presenten en forma de abscesos, solo podrá distinguirse por el estudio anatomopatológico. Lo mismo sucede con los quistes o hipertrofias fibroadenomatosas, en las fases finales de una infección crónica, que termina por estenotar los conductos.

Con la ginecomastia, que es de los jóvenes, bilateral y se acompaña de un cuadro somático de hipogonadismo, si apareciera en adultos, podrían presentarse nódulos circunscriptos, pero la tumefacción no es dura ni adhiere a los planos vecinos. No obstante se efectuará biopsia luego de examinar testículo, por la posibilidad de un teratoma que desencadene el cuadro.

Con los tumores benignos (papilomas, lipomas, hemangiomas, linfangiomas, quistes epidermoides benignos) se hará por biopsia.

TRATAMIENTO: En los grados I y II de Stheintal, se efectuará, una vez confirmado el diagnóstico clínico por el estudio anatomopatológico hecho en la forma consiguada, "mastectomía radical" y radioterapia postoperatoria.

Se tendrá en cuenta al efectuar el acto quirúrgico la dificultad que se presentará para el cierre de la brecha operatoria dado el poco deslizamiento de los tejidos en esa zona, lo que será solucionado en base a un buen despegamiento de los planos superficiales. Si aun así no se consiguiera el acercamiento de los "labios" de la herida, se usarán injertos para reemplazar la pér-

dida de substancia. Es preferible necesitar de ésta práctica, a efectuar una extirpación mezquina de piel que expone a recidivas, para solucionar el problema.

El grado III de Stheinthal, se considera fuera de los límites de operabilidad, por lo tanto se efectuará radioterapia y en caso de un curso favorable que situara al tumor dentro de los operables, se hará en un segundo tiempo la cirugía radical.

Pack hace extensiva ésta práctica a todos los grados pues dice:

"Todos los cánceres mamarios en el hombre, recibirán
"un intenso tratamiento radiante preoperatorio con
"rayos X de alto voltaje o con Radium-pack y los ca-
"sos operables serán, mas tarde, sometidos a la ampu-
"tación radical.

Respecto al tratamiento hormonal en éste cáncer del hombre, no se encuentran datos en la bibliografía consultada, pero de acuerdo a la experiencia acumulada en el tratamiento de la misma afección en la mujer y en la experimentación animal que ha conseguido desencadenar carcinomas en ratas machos (en sus glándulas mamarias), así como lo relatado por Mc Clure en el tratamiento con estrógenos al hombre, creemos que la testosterona que ha demostrado su poder frenador sobre el desarrollo de los tumores mamarios (tanto en la experimentación animal como en el campo humano) puede ser de utilidad terapéutica complementaria. Se recuerda que la edad mas frecuente de presentación



del mal es alrededor de los de los 55 años en que la producción de andrógenos disminuye:

PRONOSTICO: No hay uniformidad en los conceptos emitidos. Se afirma que la sobrevida, luego de la cirugía radical, es menor en el hombre que en la mujer y viceversa. La razón de ésta discusión, tal vez, se debe a que no se tiene en cuenta al efectuar las estadísticas, que el hombre acude al tratante en un grado mas avanzado de enfermedad.

No tenemos experiencia en éste renglón, pero creemos que el resultado, como en todo cáncer, depende de la precocidad del tratamiento, del grado de Stheinthal y de que la extirpación de la glándula vaya acompañada de un perfecto vaciamiento axilar.

Sin embargo Pack y Livingston citan a Wainwright que afirma que el hombre está propenso a sufrir recidivas mucho mas tarde que la mujer. Gilbert concuerda con esto, consignando que la curación en el hombre luego de la cirugía radical apenas alcanza al 10 % a los 5 años en contra del 25-35 % que se acepta para la mujer.

CASOS OBSERVADOS: E.P., 64 años, "I. Gral San Martín" (Sala XIII cama 33) H. CL. n° 676, año 1947:

Italiano sin ocupación, con domicilio en el Asilo Marín.

Ant. fam.: Padre y madre fallecidos por ictus cerebral; 2 hermanos sanos.

Ant. per.: Niega enfermedades propias de la infancia
No agrega otros datos de interes:

Hábitos: Alimentación mixta, sin intolerancias.
Catarsis normal, discreta nicturia. Fumador de pipa,
ligero etilismo crónico.

Enfermedad actual: Comienza 1 mes antes del estudio, época en que aparece un pequeño nódulo en la zona peri-areolar izquierda (de mama izq.). Este crece progresivamente y es de consistencia dura, lo que llama su atención y motiva la consulta.

No hubo síntomas subjetivos, ni notó secreción por el pezón.

Su estado general no ha variado.

Estado actual: (26-XI-47) Apirexia, buen estado gral.
-Ap. cardiocirculatorio: Tonos normales.

Tensiometría: 17-7,5

-Tórax: Mama derecha normal.

Mama izquierda: Desformada por una tumoración del tamaño de una mandarina, cubierta por piel cianótica adherida a ella. Consistencia dura. Pezón desviado hacia la axila izquierda.

La movilización del tumor que es fácil, parece descartar adherencias con los planos profundos.

-Resto del examen: negativo.

Sangre: Azotemia 0,22 grs.^o/oo

Glucemia 0,71 " "

R. Kahn y Wassermann: Negativas

Protocolo operatorio: (3-XII-47). Anestecia local.
Incisión circunscribiendo la lesión.

Extirpación del tumor con un trozo de pectoral pues se halla adherido al mismo.

Sutura del músculo. Cierre por planos.

Postoperatorio: Bueno.

Protocolo anat. pat.: n^o 470.674 (Pab. central):

CARCINOMA EN MASTOPATIA ESCLEROQUISTICA

Fdo. Dr. Pianzola.

Visto el resultado, se efectúa radioterapia y se da de alta bien.

Evolución: Informes verbales de las autoridades del Pensionado donde residía, dicen que en el año 1949 fué reintervenido por recidiva del tumor. En el año 1951 nueva recidiva; nueva operación y muerte a los pocos meses por metástasis.

Nota: Ambas intervenciones se efectúan en otro servicio.

CASO n^o II H.I., 78 años, "I. Gral San Martín" (Segunda Cátedra de Cl. Quirúrgica, Sala XI cama 31) H. Cl. n^o 19.056., año 1952.

Argentino, jornalero

Ant. fam.: Padre fallecido a los 57 años (cáncer de pulmón?). Madre y 8 hermanos fallecidos(?).

Ant. per.: Nacido a término, puericia normal. No recuerda haber padecido enfermedades infectocontagiosas. A los 21 años padece una enfermedad venérea que cura al cabo de 1 año de tratamiento con "inyectables". En esa oportunidad es sometido a una intervención quirúrgica en la zona inguinocrural izq. (probablemente una adenitis supurada).

Hace 4 años se le efectúa una intervención quirúrgica ocular por cataratas.

A excepción de catarros estacionales, no recuerda haber padecido otras enfermedades.

Hábitos: Buen apetito, alimentación mixta sin intolerancias. Ligero estilismo crónico. Catarsis normal, discreta nicturia. Ha residido siempre en la campaña.

Enfermedad actual: En Junio 1951 nota en el pezón y areola de mama izquierda, una costra amarilla que se desprende periódicamente y deja una superficie secretante de líquido seroso. Posteriormente aparece en esa zona una tumefacción del tamaño de una arveja que no le ocasiona molestias y que lentamente crece hasta tener el volumen actual. En estas condiciones consulta a un facultativo que le aconseja internación en nuestro servicio.

No ha experimentado sintomatología subjetiva alguna, ni ha perdido peso en forma ponderable.

Estado actual: (13-III-52) Enfermo apirético, buen estado gral. Decúbito activo indiferente.

Piel blanca, elástica, con distribución pilosa de acuerdo al sexo y edad.

-Cabeza: Canicie senil.

Ojos: iridectomía derecha. Ojo izq.: pupila normal que reacciona bien a luz y acomodación.

Nariz y oídos: sin particularidades.

Papiloma en mejilla derecha.

Boca: Mucosas húmedas, rosadas. Dentadura completa en buen estado de conservación. Fauces libres.

-Cuello: sin particularidades.

-Tórax: Amplio, bien desarrollado. Excursión respiratoria disminuida.

Ap. respiratorio: Semiología normal

Ap. cardiovascular: Tonos puros en los cuatro focos de auscultación. Pulso regular, tenso, igual. Frecuencia de 64 por minuto. Tensiometría : 19-9

Mama izq.: sin particularidades.

Mama derecha: Desformada por un tumor que toma pezón y zona areolar. Tamaño de una mandarina, color violáceo, irregular. En su parte inferior se ve una costra meli-cérica. Su consistencia varia, en partes es duro, en otras, renitente. Es indoloro y desliza en todo sentido sobre los planos profundos.

En la axila derecha se palpan adenopatías de pequeño tamaño, duras, indoloras, rodaderas.

-Abdómen: Simétrico, globuloso, con buena excursión respiratoria. En la línea blanca supraumbilical se observa una pequeña hernia epigástrica. Paredes tónicas. Su palpación no ofrece datos de interes, salvo la indolorabilidad de la hernia consignada.

Regiones inguinoabdominales: Sin particularidades.

Regiones inguinocrurales: Cicatriz quirúrgica en buen estado.

-Tacto rectal: Se palpa próstata uniformemente aumentada de tamaño, de consistencia y sensibilidad, normales.

No hay adherencias de la mucosa rectal.

-Resto del exámen: Negativo.

Sangre: Eritrocitos 4.010.000

Leucocitos 6,400

Hb 80 %

Sangre:V.gl.: I
 T.de coag.: 8'
 T.de sang.: I'30''
 Eritrosedimentación:1a.h.:35
 2a.h.:65
 I.de Katz:33,75
 Azotemia : 0,40 grs. ‰
 Glucemia : 0,83 " " '
 Hem.de Schilling:Eosinófilos I
 Basófilos I
 Juveniles I
 En cayado 2
 Adultos 57,5
 Linfocitos 27,5
 Monocitos 10

Orina:normal

Protocolo operatorio:(22-III-52)

Cirujano:Dr.Trinca Ayuda.:Rodriguez-Tornini

Anestesia general:eter

Operación:Mastectomía,vaciamiento ganglionar.

Técnica quirúrgica:Incisión en raqueta circunscribiendo el tumor,a unos 6 cmts.del mismo.Se reseca éste sobre el plano del pectoral,siendo necesario arrastrar su aponeurosis en un sector,dado que se insinúan adherencias.

Luego del reconocimiento de la vena axilar,se efectúa el vaciamiento ganglionar.

Antes de proceder al cierre de la brecha operatoria

es necesario el despegamiento de piel y celular hasta: clavícula, esternón y reborde costal en las diferentes direcciones, para lograr el acercamiento de los bordes. Se suturan con puntos capitonados y surget. Drenaje con tubo de goma en hueco axilar.

Postoperatorio: Bueno. Cicatriz por segunda.

Protocolo anat.pat.: n^o IO.406 (Lab.de la Cat.) 22-III-52: Mama de 12X8X5 cmts. Piel de naranja. Tumorción a nivel de areola, tamaño de mandarina y consistencia dura. Al corte se observa tumor redondeado, de superficie blanco-nacarada, dura, sin límites netos. Gánglios pequeños y duros.

Estudio: CARCINOMA

Gánglios: adenitis crónica

Fdo. Dr. Pianzola

Se completa el tratamiento con radioterapia.

Crítica y comentario: En éste caso no se efectuó biopsia por congelación, por la evidencia del diagnóstico y dada la edad avanzada del enfermo y el estado de su aparato cardiocirculatorio, se decide efectuar solo mastectomía y vaciamiento axilar sin resección muscular.

CONCLUSIONES:

1) La patología del cáncer mamario masculino es análoga al de la glándula mamaria femenina.

2) Su frecuencia es mucho menor, 1 % en relación a la femenina, lo que confirma la influencia de la función estrogénica sobre el origen del cáncer mamario.

3) La forma anatomopatológica preponderante es el carcinoma

4) El diagnóstico se basará en el estudio anatómopatológico hecho por medio de biopsia por congelación.

5) El tratamiento tiene los mismos fundamentos y directivas que en la mujer, es decir ligado a su desarrollo.

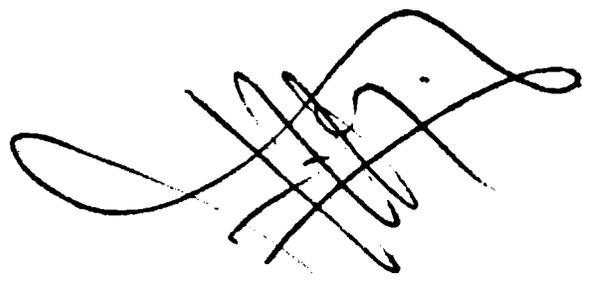
6) El tratamiento de elección es la "mastectomía radical", realizada según el concepto de Halsted.

NOMINA DE LOS CASOS NACIONALES PUBLICADOS

<u>Autor</u>	<u>Obs.</u>	<u>Edad</u>	<u>Anat.pat.</u>
Gandolfo	I	60	Carcinoma
Roffo-			
Landivar	I	68	Carcinoma
Roffo	I	?	Carcinoma tubular
Calcagno	I	72	Carcinoma
Zeno	II	?	Carcinomas
Llambias-			
Orozco	I	60	Carcinoma alveolar
Buzzi	I	53	Adenocarcinoma
	II	48	Epitelioma
	III	?	Epitelioma(recid.)
Mazzini	I	77	Carcinoma
	II	54	Carcinoma
Gutierrez-			
Montserrat	I	78	Epitelioma tubular
	II	66	Epitelioma
	III	35	Sarcoma
Jorge-Berisso	I	50	Carcinoma alveolar
	II	48	Carcinoma alveolar
Donovan	I	51	Epitelioma escirroso
Emanuel	I	80	Adenocarcinoma
	II	77	?
	III	76	Carcinoma alveolar
	IV	71	Carcinoma alveolar
	V	71	?
	VI	66	?
	VII	65	Adenocarcinoma

	VIII	65	Adenocarcinoma
	IX	63	Adenocarcinoma
	X	61	Carcinoma
	XI	57	Carcinoma alveolar
	XII	55	?
	XIII	45	Carcinoma
Prosdocini	I	?	Adenocarcinoma
Mosto-Polak-			
Radice	I	(entre	Carcinoma escirroso
	II	61	Carcinoma escirroso
	III	y	Adenocarcinoma
	IV	41	Carcinoma alveolar
	V	años)	Epitelioma basocelular.
Dassen-Fongui	I	67	Carcinoma
Casiraghi	I	38	Adenocarcinoma
	II	?	?
Tomaszewki	I	63	Adenocarcinoma
Basch	I	68	?
	II	58	?
Bianchi	I	58	Carcinoma escirroso
	II	45	Adenocarcinoma
De Nicola	IX	(citados sin consignar edad ni anat.p)	
Asch	I	55	Carcinoma
Albanese-			
Guzzeti	I	54	Epitelioma
	II	?	Carcinoma escirroso

(Mas datos sobre éstos casos se encontraban en la bibliografía anotada)



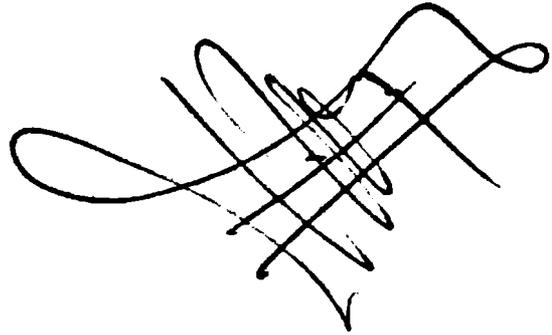
BIBLIOGRAFIA

- Ackerman and Regato (Cancer. Ed.Mosby).
- Albanese-Guzzeti (Dia Médico 1952-6-pg:118).
- Asch (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1946-4-pg:102).
- Basch (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1946-3-pg:73).
- Bianchi (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1946-3-pg:77).
- Buzzi (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1929-pg: 739).
- Calcagno (Rev. de la A.M.A. 1919-XXXI-pg: 559).
- Casiragui (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1946-3-pg:47).
- Cheattle and Cutler (Tumours of breast).
- De Nicola (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1946-3-pg:72).
- Dassen-Fongui (Sem. Med. Arg. 1938-I-pg: 541).
- Donovan (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1934-Pg: 367).
- Eguës (Sem. Med. Arg. 1936-2-pg: 1469).
- Ewing (Neoplastic Diseases. Ed.Saunders).
- Emanuel (Pren. Med. Arg. 1937-9-pg:2356).
- Geschickter (Diseases of the breast. Ed.Lippincott).
- Gutierrez-Monserrat (Rev. de Cir. 1929-pg.549).
- Hueper (Ocupacional tumours and allied diseases. Ed.Thomas).
- Jorge-Berisso (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1931-pg.723).
- Llambias-Orozco (Sem. Med. Arg. 1928-pg:316).
- Mazzini (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1929-pg.745).
- Mosto-Polak-Radice (Dia Médico 1937-pg.288).
- Mc Clure-Higgins (J.A.M.A. 146-7-1951).
- Pack-Livingston (Treatment of cancer and allied diseases.
Ed.Hoeber).
- Prosdocini (Sem. Med. Arg. 1937-pg:1503).
- Roffo-Landivar (Pren. Med. Arg. 1914-I-pg.236).
- Roffo (Pren. Med. Arg. 1916-pg.8).

Tomaszewki (B. y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1943-3-pg75).

Zeno-Ruiz (B. Y T. de la Soc. Arg. de Cir. 1925 pg. 144).

Zeno (Sem. Med. Arg. 1925-2-pg. 1196).

A large, stylized, handwritten signature or scribble, possibly reading 'Zeno', written in black ink. The signature is highly decorative and difficult to decipher.

San. 20. ~~pejas~~

Pe

20-11-52