

La mastectomía previa al tratamiento con estrógenos del carcinoma de próstata

Doctores: H. Pagliere, E. Soldano y C. Scorticati

Servicio de Urología
Policlínico de San Martín
Ruta 8 y Diego Pombo
Pcia. de Buenos Aires

En el tratamiento por estrógenos de las neoplasias prostáticas han sido referidos dos tipos de complicaciones a nivel de la glándula mamaria: la hipertrofia dolorosa y el carcinoma. La acción de los estrógenos como favorecedora del cáncer mamario en la mujer parece indudable, y constituye el fundamento de la ooforectomía en las pacientes en actividad genital. La hormonodependencia de esta localización fue probada experimentalmente por Lacassagne en 1932, al provocar neoplasias mamarias en ciertos cepas de ratones machos por la administración de estrógenos, experiencias confirmadas por Haagensen y Randall, Burroughs y otros. En el hombre esta relación de dependencia no es tan clara, como lo prueba el que se hayan obtenido mejorías con la castración (Haagensen, Herrman, Treves, Huggins) y el que los niveles estrogénicos fueran normales en algunos casos investigados en ese sentido. De existir esta relación el tratamiento con estrógenos del cáncer de próstata proporcionaría una buena evidencia de su actividad cancerígena a nivel de las mamas; el que ésto no ocurra con la frecuencia que cabría esperar puede estar relacionado con el tiempo -habitualmente breve en relación al necesario para que esta acción se manifieste- durante el cual suele prolongarse el tratamiento del carcinoma prostático, ya que no debe olvidarse que en la mujer la mayor frecuencia del cáncer de mama se encuentra en la quinta década,

cuando la glándula lleva más de treinta años sufriendo la influencia hormonal. Sin embargo en la literatura han sido referidos algunos casos de neoplasias mamarias en el hombre aparecidas durante la terapia estrogénica, sin que pudiera descartarse la posibilidad de que fueran metástasis del carcinoma de próstata localizadas en la mama, dada la dificultad de la distinción histológica entre ambos procesos, en favor de ésta posibilidad se encuentra el hecho de que en ocasiones la neoplasia fuera bilateral —concomitancia excepcional en los tumores primitivos— y la presencia de metástasis en otras localizaciones. Benson en 1957 efectuó una revisión de los casos publicados de carcinomas mamarios inducidos por estrógenos y afirmó que no existía una clara evidencia de esta influencia, aún cuando supone que el aumento de la vascularización y la disminución del tejido fibroso periductal crean condiciones favorables a la implantación metastásica. Ash y Hunter, que estudiaron la histología de los casos de Entz, y de Corbett y Abrams, respectivamente, se inclinaron a suponer que se trataba de metástasis. Trummel, autor del capítulo sobre tratamiento hormonal del cáncer de próstata de la obra de Pack y Ariel, cree igualmente que en los casos publicados no se trataba de tumores primitivos; actualmente el empleo de métodos histoquímicos al dosar la actividad fosfatásica de los tejidos permite diferenciar ambos procesos.

La hipertrofia mamaria que aparece a raíz de la estrógenoterapia es muy frecuente; Ferguson calcula que aparece en dos tercios de los pacientes. Según Amelar aparece en el 100% de los pacientes tratados, dependiendo de la dosis diaria y del tiempo de acción. Esta hipertrofia suele acompañarse de dolores de intensidad variable, y si bien es cierto que se ha señalado la desaparición de este síntoma al completarse el desarrollo mamario, este hecho no lo hemos comprobado, y existen referencias a la necesidad de interrumpir transitoriamente el tratamiento para obtener la regresión, igualmente temporaria, de estas molestias. Alken afirma que el 45% de los pacientes abandona la estrógenoterapia o la realiza en forma irregular, y no es dudoso que esta actitud obedezca a los efectos colaterales de la medicación, entre los que adquiere particular importancia la complicación que nos ocupa; estos efectos no se observan, o solo en escaso grado, con los estrógenos fosforilados, aunque su elevado costo limita considerablemente su empleo. Trummel aconseja llegar a la mastectomía como último recurso, criterio que no compartimos, no sólo por la mayor dificultad técnica sino por el hecho ya señalado de la desfavorable incidencia que sobre la continuidad del tratamiento tiene, entre otras, esta complicación. Deben considerarse por otra parte razones estéticas y la indudable influencia que sobre el psiquismo del enfermo puede provocar una acentuada hipertrofia mamaria. El primero que parece haber efectuado la mastectomía para corregir esta complicación en algunas casos acompañados de persistentes dolores ha sido Herbst. Amelar en 1962 refirió haberla efectuado en 19 casos en el mismo acto en que practicó la orquiectomía, valiéndose de anestesia general. En los dos últimos años hemos realizado la mastectomía en 10 pacientes, con anestesia local, ya que la castración simultánea solemos efectuarla con anestesia raquídea. En ninguno de los pacientes hubo complicaciones, y como curiosa coincidencia en uno de ellos extirpamos una lesión nodular de unos 2 cms. de diámetro situada en el cuadrante súperoexterno y cuyo estudio histológico fue efectuado por dos patólogos; uno de ellos informó: "Metástasis de adenocarcinoma en dermoide calcificado.

El otro patólogo: "Epitelioma en la pared de una dermoide quístico".

En otro de los pacientes hallamos en plena glándula una formación quística de contenido cremoso del que no se efectuó examen histológico. Ninguno de ellos había efectuado estrógenoterapia previa. La técnica empleada constió en una incisión subareolar

en la extensión de una hemicircunferencia. Se libera el mamelon dejando $\frac{1}{2}$ cm. de tejido adherido a él y haciendo una sólida presa en la glándula, se tracciona de ella efectuando divulsión con tijeras en todo su contorno, guiándose por el tacto para apreciar mejor sus límites y seccionando las adherencias que no ceden a la divulsión, en la cara posterior se transcurre contra el músculo pectoral, extirpando la glándula se efectúa la hemostasia y se deja una lámina de goma como avenamiento bajo un apósito compresivo.

CONSIDERACIONES: Creemos que la intervención tiene suficiente justificación en las molestias que la hipertrofia mamaria suele aparejar aún sin recurrir a la remota posibilidad de la degeneración neoplásica, cuando se efectúa previamente el tratamiento con estrógenos es de ejecución simple no demandando más de 15 a 20 minutos de tiempo. En caso de efectuarla sobre una glándula ya hipertrofiada conviene recurrir a incisión más amplia, a nivel del surco submamario, que deja cicatriz casi invisible.

Entre las complicaciones posibles los hematomas o la necrosis del pezón pueden sobrevenir obedeciendo a fallas técnicas fáciles de evitar, el efectuar la mastectomía en el mismo acto quirúrgico en que se realiza la castración hace que no incida sobre el tiempo de internación y evita la repetición de actos operatorios con los problemas que eso suele aparejar. Podría argumentarse que, el suprimir la glándula mamaria se priva de uno de los elementos habitualmente tenidos en cuenta para juzgar la eficacia del tratamiento hormonal, pero la ya señalada observación de Amelar, de que la hipertrofia se produce siempre aún con una dosis de 5 mgr. diarios de estrógenos, mientras se prolongue el tratamiento cuando menos 6 semanas, le quita valor a esta objeción.

RESUMEN: Se efectúan consideraciones sobre las complicaciones a nivel de las mamas ocasionadas por el tratamiento estrogénico del carcinoma de próstata y se coincide con las ventajas de la mastectomía profiláctica efectuada simultáneamente con la castración que los autores han realizado en 10 pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- ABRANSON, W. and WARSHAWSKY, H.: Cancer of the breast in the male secondary to estrogenial administration: Report of a case.
J. Urol. 59 76-82 1948.
- AMELAR, R.: Subareolar mastectomy to prevent estrogen induced male breast enlargement: a new procedure for use in patients with carcinoma of the prostate.
J. Urol. 87 479-484 1962.
- BLANCHOT, H. et LAPORTE, F.: Traitement hormonal des néoformations prostatiques.
Assos. Franc. Urol. 46 Congres 1952.
- CORBETT, D. and ABRAMS, E.: Bilateral carcinoma of the male breast associated with prolonged stilbestrol therapy for carcinoma of the prostate.
J. Urol. 64 377-381 1950.
- ENTZ, F.: Probable metastatic carcinoma of the male breast following stilbestrol therapy: Case report.
J. Urol. 59 1203-1207 1948.

- DARGET, R.: Epithelioma bilateral de la glande mammaire a la suite del l'emploi prolongé d'un œstrogène de synthèse dans le traitement d'un cancer prostatique. Assoc. Franc. Urol. 40 Congrès 405-407 1946.
- GRAVES, G. and Harris, H.: Carcinoma in the male breast with axillary metastasis following stilbestrol therapy. Ann. Surg. 135-411 1952.
- HERRMAN, (Citado por Uriburu).
- MOORE, G. WATTEMBERG, C. and ROSE, D.: Breast changes due to diethylstilbestrol during treatment of cancer of the prostate gland. J. Amer. Med. Ass. 127 60-63 1945.
- TREVES (Citado por Uriburu).
- TRUMMELL, J., PACK, G. and ARIEL, I.: Tumors of the male genitalia and the urinary system. Harper & Row, New York, 1963.
- URIBURU, J.: La mama. Edit. Científica Argentina. Buenos Aires 1957.
- URIBURU, J.: Aspectos endócrinos de la cirugía mamaria. Prens. Méd. Argen. 39 3140-3153 1952.