

11217.
23 10j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Medicina
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital General Tacuba I.S.S.S.T.E.

**“USO DE LA BROMOERGOCRIPTINA EN EL TRATAMIENTO
DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA”**

PRESENTA :
DRA. MARTHA ESPINOZA FRANCO
PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



MEXICO, D. F.
1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. GENERALIDADES.....	3
III. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS.....	14
IV. MATERIAL Y METODOS.....	15
V. RESULTADOS.....	18
VI. CONCLUSIONES.....	22
VII. COMENTARIOS.....	25
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	28

I INTRODUCCION

En la actualidad la mastopatía fibroquística es un padecimiento que con frecuencia afrontamos en nuestra formación como ginecoobstetras, teniendo como disyuntiva el dilema de como manejarla dado lo complejo de su fisiopatología y la existencia de múltiples teorías en cuanto a su origen se refiere; por lo anterior las generaciones actuales se encuentran grandemente interesadas en encontrar el, o los fármacos ideales para el tratamiento específico para este padecimiento.

Tomando en cuenta los complejos mecanismos neurohormonales que se vienen invocando para explicar la génesis de este padecimiento que a través del tiempo ha sido tratado de diversas formas sin poder encontrar hasta el momento actual un tratamiento idóneo.

Es importante señalar, además de que la mastopatía fibroquística es un padecimiento tumoral que potencialmente puede sufrir transformación maligna.

Uno de los puntos que más nos ha llamado la atención es el aumento día con día de los pacientes, que al consultorio acuden con este padecimiento.

Los tratamientos que se han instituido van desde medidas locales, pasando por gran variedad de fármacos, hasta la indicación de medidas quirúrgicas, que han tenido como -- principal fin el de solucionar la sintomatología de la mastopatía fibroquística.

Por lo anterior, ha surgido la motivación para la -- realización del presente trabajo en el cual se analiza el -- uso de la bromoergocriptina en el tratamiento de la mastopatía fibroquística.

II GENERALIDADES

MASTOPATIA FIBROQUISTICA

CONCEPTO

• La enfermedad que nos ocupa es una "intensificación" de la reacción del tejido normal de la mama que es resultado de la acción cíclica de las hormonas ováricas. La respuesta es uniforme y varía considerablemente con base en el medio hormonal y respuesta de ideogincracia individual. (1)

FRECUENCIA

En realidad, es difícil de precisar la frecuencia del padecimiento en la población adulta general, más aún en nuestro medio, ya que esto depende directamente de los caracteres variables utilizados para diagnosticarlo y por el carácter de los grupos estudiados.

Revisando la bibliografía mundial, nos encontramos que Franz y Col. en 1951 analizaron lo que ellos llamaron "glándulas mamarias normales" en casos de necropsias no seleccionadas, descubrieron la enfermedad en forma importante en un 28%; y en otro 24% adicional, se apreció enfermedad mínima, lo cuál da una frecuencia global de 52% (6).

Sin embargo en estos casos predominaban las mujeres de edad avanzada; en consecuencia no pueden considerarse como valederos para la población general. No obstante es claro que la

enfermedad fibroquistica es dato de necropsia y problema clínico frecuente (14).

En otros estudios se ha encontrado una prevalencia en mujeres en la edad reproductiva tomadas al azar siendo la incidencia de un 54 a 57%, esto nos indica cierta dependencia de factores hormonales que modelan el ciclo funcional de la mujer durante ese período de vida (10, 1).

ORIGEN

En la actualidad se acepta que las alteraciones estructurales displásicas dependen de trastornos en los mecanismos neurohormonales que regulan los procesos de crecimiento, involution, diferenciación y organización de la célula parenquimatosa y estromática de la célula mamaria durante el ciclo catamenial, gestacional o lactancia.

Las mastopatías benignas, de las cuáles la enfermedad fibroquistica es, por mucho, la más común, son los resultados del desequilibrio en las proporciones de estrógenos progesterona o, de una respuesta inadecuada en la glándula blanco a los cambios propios de la estimulación hormonal. (10, 1).

En términos generales se sabe que los estrógenos promueven crecimiento ductal primario mientras que la prolactina y la progesterona son necesarios para el desarrollo lóbulo alveolar

siendo la prolactina hormona más importante para el desarrollo mamario y para el inicio de la lactación.

Los estrógenos requieren de la prolactina para estimular la proliferación de células epiteliales y el crecimiento ductal. Además la prolactina activa la lipasa la cual hidroliza las lipoproteínas circulantes para proveer al tejido mamario de las sustancias necesarias. Se han detectado receptores citoplasmáticos y nucleares para los estrógenos tanto en el tejido mamario normal como tumoral; aumentando estos durante el embarazo, al parecer son regulados por los estrógenos y la prolactina. (7, 10, 11).

Se ha demostrado que todo efecto hormonal es mediado a través de una proteína receptora en las células y que la célula carecía de esta proteína resultaba imposible llevar a cabo el efecto hormonal.

La hormona entra a la célula y es aceptada y captada en forma específica después se constituye un complejo que es transportado hasta el núcleo. (22, 10). Una vez completada esta fase existe un procesamiento y transporte de ARN mensajero, el cual conlleva la segunda fase dentro de la célula. Nuevamente pasa al citoplasma donde existe una proteína de alta especificidad como receptor en donde se forma un segundo complejo. Los métodos de diagnóstico con que contamos en la actualidad nos permiten medir estos receptores hormonales siendo demostrada su pre-

sencia en la mastopatía fibroquística, encontrándose concentraciones de estradiol más altas que en la mama normal. En cambio los niveles en plasma son significativamente diferentes. Esto nos indica que en la mastopatía fibroquística hay un exceso de estrógenos no contrarrestados por la actividad progestacional.

(7)

Las publicaciones recientes señalan que la ingestión de anticonceptivos abate la frecuencia de la enfermedad fibroquística, sugieren que la hormonoterapia puede disminuir eficazmente el número de casos de esta enfermedad lo cuál permite que la cifra de cáncer mamario sea menor.

No se ha dilucidado con detalle la importancia de las diversas hormonas en las funciones de la mama, pero se conocen los hechos siguientes: los estrógenos estimulan el crecimiento de los conductillos, la proliferación del estroma y la producción de prolactina; en dosis suficientes inhiben la lactancia; los andrógenos estimulan las glándulas apócrinas; el líquido aspirado de los quistes mamarios es rico en alfa-4-androstendiona y de hidrospiandrosterona. Los andrógenos actúan en el período crítico de desarrollo fetal para evitar el desarrollo de las mamas. Los antiandrógenos administrados en esta fase permiten el crecimiento mamario en los varones. El líquido quístico también contiene niveles mayores de estradiol, prolactina y gonadotropina coriónica humana, en comparación con los presentes en el plasma. La prolactina estimula la lactancia y el carcinoma de

la mama, pero también tiene función inhibitoria, porque las multiparas tienen una menor frecuencia de ataque al seno.

Por tal motivo consideramos que la génesis de la masopatía fibroquistica dependen básicamente del patrón hormonal estrógenos progestágenos, andrógenos y prolactina; teniendo su máxima expresión en pacientes con una "hipersensibilidad" de los receptores estrogénicos mamarios, vinculándose -- también con la ideosincrasia particular de cada paciente. (1, 11, 14).

TIPOS ANATOMOCLINICOS DE DISPLASIA MAMARIA

DISPLASIA FIBROSA O FIBROSIS MAMARIA.

Denominada también mastodinia o masoplastia hay una proliferación de los lobulillos y conductos galactóforos provocando secundariamente una atrofia de los epitelios glandulares en las zonas afectadas.

Incidencia siendo su presentación más frecuente entre los 20 a 30 años. El cuadro clínico se caracteriza por un dolorimiento en las mamas la llamada mastodinia con hinchazón y tensión sobre todo en cuadrante superior externo, estos cambios -- ocurren sobre todo en el periodo premenstrual, pero si la enfermedad progresa se extiende a toda la mama y puede durar todo el ciclo. La zona afectada está formada por tejido blanco nacado brillante y homogéneo, microscópicamente inicialmente hay una - transformación fibrosa del tejido conectivo laso intralobulillar más tarde hay una proliferación de colágena con áreas de hialinización en donde se observan conductos galactóforos y lobulillos con atipia epitelial y un engrosamiento de la membrana basal, - los vasos hemáticos y linfáticos están dilatados.

DISPLASIAS MAMARIAS DE TIPO PREDOMINANTEMENTE PROLIFERATIVO O ADENOSIS MAMARIA.

También denominada enfermedad de SHIMMELBUSCH o enfermedad fibroquística de la mama, hay una proliferación regular de los epitelios glan

dulares (acinis o conductos) acompañado o no de hiperplasia mioepitelial. Existe una fibrosis discreta, puede haber pequeños quistes estando el patrón lobulillar muy alterado, su incidencia se encuentra entre los 30 y 40 años. Clínicamente encontramos placas con límites imprecisos fijados al parénquima adyacente predomina la bilateralidad de las lesiones así como en cuadrante superoexterno. Microscópicamente se observan -- áreas correosas moderadamente induradas con superficie granular al tacto, debido a la presencia de una cantidad variable de microquistes, pueden ser de localización superficial o profunda. Microscópicamente la hiperplasia epitelial puede adoptar los siguientes patrones: MACIZO (engrosamiento epitelial por multiplicación celular o sea la hiperplasia intraductal o simple); PAPILAR (formación de protusiones epiteliales a manera de yemas que avanzan hacia la luz o sea la papilomatosis intraductal); ADENOSICO; constitución de nuevos acinos y conductillos con escasa interposición de tejido conectivo pudiendo estar las luces glandulares colapsadas. MICROQUISTICA. (Actividad proliferativa con aumento de la superficie epitelial con dilatación microquística de acinos).

DISPLASIA MAMARIA DE TIPO PREDOMINANTEMENTE QUISTICO O MASTOPATIA ESCLEROSANTE O ENFERMEDAD DE RECLUS.

Se caracteriza por la presencia de uno o varios macroquistes en una glándula con estroma fibroso se presenta entre los 40 y 50 años de edad está relacionado con la menopausia, produce -

clínicamente dolor localizado en donde predomina el tejido glandular o sea en el cuadrante superoexterno el quiste es redondo móvil y desplazable puede ir acompañado de secreción pastosa blanquecina de tipo requesón serosa o serohemática. A veces los quistes son voluminosos siendo el resultado de la coalescencia de varios quistes pequeños. En cuanto a número de quistes, hay casos en los que encontramos a la exploración un quiste único o quistes múltiples en un 30%, bilaterales en un 10%. A veces los quistes son voluminosos siendo el resultado de la coalescencia de varios quistes pequeños; y acerca del diámetro de los quistes, se ha establecido que el límite entre microquiste de la adeonsis y macroquiste de la forma escleroquística es de 2mm. siendo los más frecuentemente encontrados en piezas quirúrgicas de 20 a 30 mm.

METODOS DIAGNOSTICOS

MANOGRAFIA

Dentro de los métodos de diagnóstico más útiles en nuestro medio contamos con la mamografía teniendo como signos radiológicos más importantes aumento de la densidad y la tosquedad estructural según el tipo histológico y la cantidad de grasa pueden encontrarse nódulos, franjas, pastillas, grandes placas o bien una elevación homogénea de la densidad de toda la glándula.

ULTRASONIDO MAMARIO

En la displasia fibrosa y adenosa son entidades que tienen una difícil y poca expresiva proyección ecográfica. Encontramos zonas de límites difusos dotados de una relativa heterogenicidad, con algunas pequeñas imágenes de tipo quístico que alternan con otras de mayor densidad ecográfica.

En las displasias quísticas encontramos una zona econegativa (carentes de ecos en su interior) límites precisos y regulares, los bordes de la lesión son perfectamente reconocibles en todos los cortes ecográficos, precisándose sus contornos netos, sin zonas difusas.

TERMOGRAFIA

En la actualidad se está utilizando el TERMOGRAMA (la piel humana emite rayos infrarojos). Por lámina de contacto, la cuál se basa en la capacidad de los cristales de colesterol líquido de cambiar de color bajo la influencia de rayos infrarojos).

En casi todos los casos las anomalías de la termografía - aparecen antes que los cambios radiológicos del carcinoma incipiente. En este sentido todo estudio termográfico anormal en ausencia de masa palpable permitirá identificar a las mujeres que están en la categoría de mayor riesgo y ser sometidas por tal motivo a biopsia mamaria.

TRATAMIENTO

Desde mediados del siglo pasado algunos investigadores y clínicos han venido postulando diferentes formas de tratamiento de entre los cuales podemos mencionar los siguientes: compresas calientes, uso de sostén especial, diuréticos, analgésicos antiinflamatorios, uso de hormonales (progesterona); como agentes antiestrogénicos; además de medidas más agresivas como son la implantación de medidas quirúrgicas que a parte de ser diagnósticas, pueden, dependiendo del procedimiento ser curativas "Ad integrum" del problema, pero que ocasionarían alteraciones estéticas, de la mujer dando como resultado repercusiones de tipo biológico y psicológico.

Por tal motivo en la actualidad se han estado ensayando nuevos medicamentos que tengan como finalidad la de revertir o disminuir las alteraciones causadas por la mastopatía fibroquística.

Lo anterior ha dado como resultado el uso de la bromoergocriptina, el cual es un agonista dopaminérgico inhibidor de la prolactina.

Dado lo anterior, se piensa que la prolactina es una hormona con un papel definido en la aparición y mantenimiento de la lactancia, podría estar implicada en cierta forma en la génesis de la mastopatía fibroquística, aunque esto hasta el momento actual no se encuentra del todo aclarado, dado que en algunos estudios se ha visto que las pacientes que han sido sometidas al uso con bromoergocriptina, tenían la mayoría niveles de prolactina dentro de lo normal, por tal motivo postularíamos que su efecto depende de los receptores a nivel mamario, o a factores y/o receptores a nivel cortical y/o hipotalámicos que estarán en función de la ideosincracia individual de cada paciente.

III JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

JUSTIFICACION

Una de las principales metas dentro de la especialidad de ginecoobstetricia, es la de encontrar el tratamiento idóneo de la mastopatía fibroquística. Por tal motivo, y ante los resultados alentadores que se han tenido con el uso de la bromoergocriptina, creemos conveniente la administración de este medicamento con el cual estamos seguros, resultará en una mejor modalidad terapéutica, que redundará en mejores beneficios, tanto en la paciente como para la institución.

OBJETIVOS

- 1.- Dilucidar la eficacia de la bromoergocriptina en el manejo de la mastopatía fibroquística.
- 2.- Encontrar la dosis idónea del medicamento en nuestras pacientes.
- 3.- Disminuir en un período relativamente corto, la sintomatología y signología derivado de la mastopatía fibroquística.

IV MATERIAL Y METODOS

Un estudio prospectivo longitudinal en aquellas pacientes en las que se diagnostican mastopatía fibroquistica siendo comprendida en la periodo del 10. de Enero del presente año hasta el 30 de Agosto de 1986.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó a todas las pacientes captadas en la consulta externa sin importar edad, afectadas con esta patología.

Pacientes sin tratamiento previo al inicio del tratamiento con Bromoergocriptina.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Pacientes tratadas previamente con otro fármaco.
- 2.- Descontinuación del tratamiento por pérdida de la paciente de su cita en la consulta externa.
- 3.- Intolereancia al medicamento.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Realizamos un estudio prospectivo longitudinal y descriptivo en aquellas pacientes en las que se diagnostica mastopatía fibroquistica en el periodo comprendido del 10. de Enero al 30 de Agosto de 1986 llevándose a cabo en el Hospital General Tacuba del ISSSTE.

De las pacientes de la consulta externa de ginecobstetricia del Hospital Tacuba-ISSSTE se seleccionaron 40 pacientes con mastopatía fibroquistica dentro del periodo referido a las cuáles se les efectuaron los siguientes tratamientos diagnósticos:

Historia clínica integral haciéndose hincapié en sus antecedentes patológicos así como la presencia de mastodinia, tensión mamaria y nodulaciones palpables o referidas por la paciente.

Efectuándose una exploración minuciosa de sus glándulas mamarias describiéndose las alteraciones de piel así como el diámetro de las nodularidades, su localización, alteraciones de la areola y del pezón así como secreciones a través de éste, exploración de cadenas ganglionares más importantes (Axilar, supraclavicular y mamaria interna).

A todas estas pacientes se les efectuó como estudios complementarios MAMOGRAFIA BILATERAL, ESTUDIO USG de glándulas mamarias así como estudio citológico en las pacientes con secreción a través del pezón.

Se inició tratamiento con BROMOEROGRIPTINA a razón de 2.5 mgr. cada 12 horas, durante 3 meses se les informó sobre los efectos colaterales del medicamento así como las medidas a seguir para la mejor tolerancia del fármaco (Fraccionamiento de la dosis y el aumento progresivo de éste y acompañarlo con los alimentos).

Se dió cita cada mes llevándose anotaciones en cuanto a la persistencia, mejoría o desaparición de su sintomatología mamaria así como de la disminución de la tensión mamaria y la reducción de las nodularidades y de las reacciones colaterales presentadas con el medicamento efectuándose un estudio al -

final del tratamiento de MAMOGRAFIA BILATERAL y/o estudio
USG de glándulas mamarias.

V ANALISIS DE LOS RESULTADOS

I. El límite de edad de la muestra estudiada se situó entre los 15 a 65 años, promedio 37.7 y a la distribución por decenas de edad muestra un predominio de los 40 a los 50 años 27.5% (ver tabla número 1), el tiempo de evolución de la mastopatía fibroquística fué de dos meses a 5 años

TABLA 1

Límite de edad	Núm. de casos	Porcentaje
15-20 años	7	17.5%
21-30 años	5	12.5%
31-40 años	9	22.5%
41-50 años	11	27.5%
51-60 años	5	12.5%
61-65 años	3	7.5%
T O T A L	40	100.00

II. En lo referente a la sintomatología inicial de las 40 pacientes estudiadas se muestra en el tabla número 2.

TABLA 2

SINTOMAS	No. DE PACIENTES
Nodulaciones	40
Tensión mamaria	40
Secreción mamaria	5
Mastodinia	40

III. La nodularidad fue bilateral en todos los casos siendo de predominio el mama izquierdo localizándose más frecuentemente en cuadrante superior externo. (Ver tabla número 3)

TABLA 3

NODULOS MAMARIOS	NUMERO DE PACIENTES
UNILATERALES	0
BILATERALES	40

IV. En la evolución de la mastalgia con el tratamiento con BROMOERGOCRIPTINA (por mes de tratamiento) Se analiza en la tabla número 4

TABLA 4

Mastalgia (N=40)	Primer mes n(%)	Segundo mes n(%)	Tercer mes n(%)
Disminuye	16(40%)	14(35%)	9(22.5%)
Desaparece	17(42.5%)	7(17.5%)	6(15%)
Persiste	7(17.5%)	2(5%)	1(2.5%)

V. Evolución de la tensión mamaria con la terapéutica a base de BROMOERGOCRIPTINA. (Ver tabla No. 5).

TABLA 5

Tensión mamaria (N=40)	Primer mes n(%)	Segundo mes n(%)	Tercer mes n(%)
Disminuye	12(30%)	12(30%)	2(5%)
Desaparece	19(47.5%)	6(15%)	12(30%)
Persiste	9(22.5%)	3(7.5%)	1(2.5%)

VO. Evolución de la nodularidad con el tratamiento a base de BROMOERGOCRIPTINA. (Ver tabla No. 6).

TABLA 6

Nodularidad (N=40)	Primer mes n(%)	Segundo mes n(%)	Tercer mes n(%)
Disminuye	28(70%)	11(27.5%)	39(97.5%)
Persiste	12(30%)	1(2.5%)	1(2.5%)

Las reacciones indeseables con el medicamento se engloban en la tabla No. 7.

TABLA 7

Efectos indeseables	Casos	Porcentaje
Graves	2	5(%)
Leves	4	10(%)
Ausencia	34	85(%)

VI. CONCLUSIONES

I) En nuestro estudio en el cual se incluyeron 40 pacientes en las cuales se les efectuó un diagnóstico clínico como por estudio de gabinete (mamografía y ultrasonografía) de mastopatía fibroquistica, se encontró una prevalencia de ésta enfermedad entre los 30 y los 40 años de edad; los signos y síntomas que más frecuentemente se encontraron fueron mastalgia, tensión mamaria y la presencia de nódulos bilaterales siendo la localización más importante en cuadrante superior externo de mama izquierdo.

II) Se encontró disminución de la mastalgia al primer mes de tratamiento en 16 (40%) pacientes, desapareciendo en 17 (42.5%) y persistiendo en 7(17.5%) pacientes.

El segundo mes hubo un incremento en la disminución de la mastalgia de 14 (35%) pacientes, desapareciendo en 7 - - (17.5%) y persistiendo en 2(5%).

El tercer mes se encontró un incremento en la disminución de la mastalgia en 9(22.5%) pacientes; desapareciendo en 6(15%) y persistiendo al final del tratamiento en 1(2.5%) pacientes.

III. Con respecto a la tensión mamaria se encontró una disminución al primer mes de tratamiento de 12(30%) pacientes desapareciendo en 19(47.5%) y persistiendo en 9(22.5%) de las pacientes.

Al segundo mes de tratamiento se encontraba un incremento en la disminución de la tensión mamaria en 12(30%) pacientes desapareciendo en 6(15%) y persistiendo en 3(7.5%) de las pacientes.

Al tercer mes de tratamiento hubo una disminución de la tensión mamaria en 2(5%) pacientes; desapareciendo en 12(30%) y persistiendo al final del tratamiento sólo 1(2.5) de las - pacientes.

IV. Con respecto a la nodularidad la cual se encontró en todos los casos hubo una disminución al primer mes de tratamiento de 28(70%) pacientes persistiendo en 12(30%) pacientes.

Al segundo mes de tratamiento hubo un incremento en la - disminución de la nodularidad en 11(27.5%) pacientes persistiendo en uno (2.5%) pacientes.

Al tercer mes de tratamiento la nodularidad había disminuido en 39(97.5%) pacientes y persistiendo sólo en 1(2.5%) - pacientes.

V. Las reacciones indeseables con el medicamento se encontraron graves en 2(5%) pacientes; leves 4(10%) no encontrándose efectos indeseables en 34(85%) pacientes.

VII. COMENTARIOS

Dentro del desarrollo del presente trabajo de tesis dife-
rimos en cuanto a la utilización de la dosis inicial recomenda
da por otros autores dado que nosotros comenzamos con dosis de
5 mgr. diarios a diferencia de otros investigadores que ini-
cian la dosis en forma paulatina hasta alcanza la dosis men-
cionada; y así con este esquema de tratamiento las reacciones -
inherentes al medicamento fueron mínimas y además la respuesta
en todas nuestras pacientes consideramos que fue excelente en -
la mayoría.

La enfermedad fibroquística es una entidad de difícil en-
tendimiento no sólo porque se desconoce su etiología, desarro-
llo y su relación existente entre la mama y una serie de facto-
res hormonales. Siendo sujeta a factores diversos como andró-
genos, estrógenos y gonadotropinas hipofisiarias cuya influen-
cia en la aparición de la mastopatía fibroquística no está - -
bien definida. Se piensa que la prolactina hormona cuyo papel
está bien definido en la aparición y mantenimiento de la lactan
cia podría estar implicada en el desarrollo de la mastopatía -
fibroquística. Lo cual se ha demostrado en ratas al producir-
las hiperprolactinemias. Sin embargo diversos autores han en-
contrado en las pacientes afectadas de mastopatía fibroquísti-
ca valores normales de prolactina. Por lo que parece ser la -
bromoergocriptina actúa independientemente de los valores de -

prolactina. Por esta razón no se efectuó determinaciones de prolactina en nuestros pacientes.

Por tal motivo pensamos que aún quedan muchos puntos que investigar a mediano o a largo plazo dentro del tratamiento con bromoergocriptina y la evolución de los pacientes tratados con este medicamento, dado que como hemos venido mencionando desde el principio de éste trabajo la forma de acción del medicamento, aún no se encuentra del todo dilucidada y se viene usando dado la respuesta tan rápida y excelente que se obtiene con ella. De cualquier manera pensamos que en el futuro se tendrá que limitar o clasificar a las pacientes que sean candidatas al uso de bromoergocriptina, ya que el medicamento podría condicionar efectos aún no bien conocidos sobre todo nivel córtico-hipotalámico-hipofisiaria que tendrían repercusiones negativas en otra área del organismo femenino.

Finalmente podemos comentar que uno de los objetivos e hipótesis que inicialmente nos habíamos planteado al principio de nuestro trabajo, dió como resultado el lograr los propósitos que habíamos delineado, dado que un porcentaje importante de los pacientes tratados con bromoergocriptina la respuesta fué excelente y las reacciones secundarias al medicamento, podemos considerarlas como mínimas. Por tal motivo

consideramos que el medicamento resulta ser una valiosa ayuda dentro de la esfera ginecológica para el tratamiento de la mastopatía fibroquística.

VIII BIBLIOGRAFIA

- 1.- B. Gremblatt Constantine Samaras y Col.
Enfermedad Fibroquistica de la mama,
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.
Interamericana S.A. Volúmen 2, 1982.

- 2.- Bertram G. Katzung
Farmacología Básica y Clínica,
Editorial El Manual Moderno 1984.

- 3.- Boot LM
Prolactin and mamary gland carcinogenesis.
The problem of human lactation.
Int. J. Cancer 1970: 5; 157.

- 4.- Dogliotti, Fioretti. Melis GB., Ussea
Angeli A.
Current status of hormonal therapeutic of
fibrocystic breast disrase. Anny Acad Sci.
1986. 464. 350-63.

- 5.- Fernández A.- Cid y Colaboradores
Patología Mamaria.
Salvat Editores 1984.

ESTA TESIS NO DEBE^{29.}
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 6.- Frantz, V.K. .
Incidence of chronic cystic disease in so-called "normal breasts". A study based on 225 postmortem examination.
Cancer, 4: 762, 1951.

- 7.- F. David Archer.
Clínicas Obstetricas y Ginecológicas.
Interamericana S.A. Volúmen 2/1980.

- 8.- Gangemi M. Velazco M., Graziottin A., Licari D., Marchsoni D.
Bromoergocriptina Therapy in eumenorrhic patients presenting galactorrhea.
Clin Exp. Obstet Gynecol 1981, 8(2). 79-82.

- 9.- Geschiter CF. Hatmman Cg.
Mammary response to prolonged estrogenic stimulation in the monkey.
Cancer 1959; 12-767.

- 10.- Hernández Esadl Arvizu.
Bromocriptina, nuevo enfoque en el tratamiento de la mastopatía fibroquistica.
Parlodel de Sandoz de México, S.A. de C.V.

- 11.- Lela Jesús del Rosal.
Utilidad de la Bromocriptina en el tratamiento de la enfermedad fibroquistica mamaria.
Periodal de Sandoz de México, S.A. de C.V.

- 12.- López Rosales C. Castellanos Rodríguez J.,
García Carmona.
Tratament of fibrocystic mastopathy with
Bromocriptine Ginecol Obstet Mex. 1985.

- 13.- Mixner JP, Turner CW.
The physiology and biochemistry of lactation
Springfield Charles C. Thomas 1956,

- 14.- Ory H. Cole P. MacMahon B.
Oral contrzceptives and reduced
risk of bening
breast diseases.
N. Engl. J. Med 1976.
294: 419.

- 15.- Pohlc. Dacker. Schindler AE
Nopuerperal Mastitis
Geburtshilfe Frauenhelikd 1985 May, 45(5)
392-7

- 16.- Pronin Vs. Maraya EI. Melinchenko GA,
Egari FM. Sturus NT
Probl Endokrinol (Mosk) 1984 Nov-Dec.
30(6), 36-B.
- 17.- Sandisón, A.T.,:
An autopsy study of the adult human breast.
National Cancer Institute.
Monograph No. 8, U.S. Department of Health.
Education and Welfare. 1962.
- 18.- Santoro C. Cappa M., Moretti C., Fabbri A.,
La Vecchia V., Romano Marcellino L. Fraioli F.
Tratamento of bening fibrocystic disease of the
breast with.
2-bromo-alpha ergocryfine (CB154).
Int. J. Clin Pharmacol Ther Toxicol 1982
Oct. 20(10), 479-81
- 19.- Schulz K. D.
Drug Treatment of bening breast diseases
Fortschr Med 1980 Sept. 23, 1359-64.
- 20.- Stanley Robbins,
Tratado de Patologia mamaria
B.D. Interamericana tercera edición.

21.- Symmers NS

Carcinoma of breast in transexual individuals
after surgical of hormonal interference with
primary and secondary sex characteristics.
Br. Med. J. 1968: 2:82.

22.- Zárate Arturo.- Morán Carlos.

Manejo de las lesiones benignas de la mama.
Resumen del simposio de lesiones benignas
de la mama
5 de noviembre 1984 Centro Médico Nacional
IMSS