

11217
20
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"LUIS CASTELAZO AYALA"

Departamento de Enseñanza e Investigación
Curso de Especialización en Ginecología
y Obstetricia

"PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA
MASTOPATIA FIBROQUISTICA"

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. MARIO ALBERTO CHAVEZ ZAMUDIO

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
DEFINICIONES	2
HISTORIA Y SINONIMIA	4
FRECUENCIA	5
ETIOLOGIA	9
HISTOPATOLOGIA	16
CUADRO CLINICO	25
DIAGNOSTICO	31
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	35
MANEJO	36
MATERIAL Y METODOS	42
RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUCCION. -

El presente trabajo se ocupa del estudio de una de las enfermedades más comunes que afectan a la mujer, y -- que curiosamente pasa desapercibida por muchos médicos dedicados a la práctica general y aún lo más importante, permanece muchas veces olvidado por el especialista en Ginecología y Obstetricia, quien absorto en la patología ubicada a nivel genital, pasa por alto la patología mamaria, no obstante su importante frecuencia, como en las posibles repercusiones que puede llegar a tener para la vida futura de nuestras pacientes; es por eso que pensando en esta patología que se halla en el diván de las cosas que no se utilizan a diario, hemos tratado de rescatarla un poco, - haciendo una alerta general para que no la pasemos por al to.

Una característica del presente trabajo, es presentar una revisión bibliográfica actualizada y resumida, -- tratanto de conjuntar los diversos criterios de investigación, diagnóstico y manejo, que en muchos de los casos -- son controversiales y que permita tener acceso en forma - rápida al lector consultante.

Finalmente, mencionar que el realizar un estudio - prospectivo en mujeres de nuestro medio, permite presentar un precedente en la literatura nacional, para poder establecer comparaciones con lo escrito fuera de nuestro país.

DEFINICIONES. -

La mastopatía fibroquística (MFQ) se considera una entidad benigna, muy frecuente, propia de la tercera y -- cuarta décadas de la vida, que está caracterizada clínicamente por presentar nodulaciones palpables dentro de la glándula mamaria, acompañadas de dolor e hipersensibilidad y en ocasiones pérdida por el pezón; habitualmente estas nodulaciones fluctúan en tamaño con el ciclo menstrual, bajo el efecto de las hormonas que regulan dicho ciclo y que decrece después de la Menopausia. (1)

Haagensen denomina a las lesiones como enfermedad quística densa cuando éstas son palpables (superiores a 2-3 mm. de diámetro), y enfermedad microscópica quística cuando sólo son evidenciadas mediante estudio histológico, sin embargo evidentemente es factible la coexistencia de ambas, a las formaciones quísticas suelen agregarse una variedad de cambios microscópicos tales como: hiperplasia del epitelio ductal, papilomatosis ductal, adenosis ductal, metaplasia apócrina y fibrosis. (2)

La mastopatía fibroquística es una respuesta exagerada del tejido mamario, resultante del flujo y reflujo de las hormonas ováricas, esta respuesta no es uniforme y puede variar considerablemente dependiendo del ambiente hormonal y de la presencia de receptores estrogénicos en la célula del tejido mamario. (3)

La mastopatía fibroquistica es considerada también como un desequilibrio en la relación estrógeno-progesterona. (3)

Desde el punto de vista clínico, podría definirse como el resultado de una alteración multifactorial de la estimulación hormonal a las células del tejido mamario en mujeres en edad reproductiva, que resulta en alteraciones estructurales de la arquitectura mamaria, sin acompañarse de características indicativas de malignidad. (4)

Enfermedad compleja de difícil entendimiento, pues se desconoce en forma integral su Etiología, fisiopatología y manejo terapéutico.

HISTORIA Y SINONIMIA.-

La primera vez que se describe en la historia a la mastopatía fibroquística es en 1880 en Francia, y fué realizada por Reclus y Brissaud, denominándola enfermedad quística mamaria, denotando el carácter biletal y la multiplicidad de los quistes de la enfermedad. (2)

Un poco después, en Alemania en 1890 Schimmbusch describe con todo detalle la enfermedad, dándole a ésta su nombre y el de adenoma con formación de quistes. (6)

Tres años más tarde, Koning escribe acerca de la enfermedad, adjudicándole una etiología de tipo inflamatorio y dándole el nombre de mastitis quística crónica. (7)

Posteriormente, Haagensen da a la patología el nombre de enfermedad quística y el término crónica, aunque expresa un carácter importante de la enfermedad, prefiere omitirlo en aras de la simplicidad. (2)

Por otra parte, Cheatle la denominó hiperplasia epitelial cistófora descamativa. En los países escandinavos se le llama fibroadenomatosis, término que crea confusión con la otra patología mamaria benigna más común, el fibroadenoma. (2)

Otros nombres dados a la patología son: Displasia - Mamaria y Mastopatía Benigna. Los que están en uso actualmente son: Mastopatía Fibroquística, mastitis crónica quística y mazoplasia, etc.

FRECUENCIA.-

La mastopatía fibroquística es la patología más frecuente de la mama, Frantz y cols., en 1951 reportaron en un estudio de 225 autopsias de mujeres sin evidencia clínica de patología mamaria, la presencia de quistes macroscópicos en un 19%, en la mitad de ellas era bilateral, otro -- 34% presentaba además de quistes microscópicos, proliferación ductal epitelial o metaplasia apócrina del epitelio ductal, lo que hace un total de 53% de lesiones sugestivas de MFQ en el total de las autopsias. (8)

La Fig. # 1 ilustra la frecuencia comparativa por grupos de edad del Fibroadenoma, Carcinoma Mamario y la -- Mastopatía Fibroquística.

Marx y cols., en una recopilación hecha de 19 estudios similares, establecieron comparaciones en 2913 casos de autopsia, encontrando una frecuencia promedio de la patología de un 51%, con edades que fluctúan entre 14 y 90 años. (9)

Cole y colaboradores demostraron que la frecuencia más alta de MFQ ocurre de los 35 a los 49 años, con un aumento adicional menor de los 25 a los 29, y asignan a la MFQ una incidencia de 100 casos por 100,000 mujeres año, estandarizado para la población mundial. (10)

Haagensen en un estudio de 2017 pacientes, exclusivamente con enfermedad quística densa, que comprendía desde los 25 hasta los 59 años, agrupó por rangos de edad a las pacientes, encontrando que en un período de 15 años (de los 35 a los 50) se hallaba comprendida al 87.1% del total de las pacientes estudiadas. (2)

Oberman y French realizaron una revisión de 200 pacientes a quienes se les practicó biopsia por lesión benigna, estableciéndose el diagnóstico histopatológico de MFQ en un 81%, fibroadenoma en 40%, y papiloma en el 8% (en varias pacientes se encontró más de una lesión), en este estudio el promedio de edad para la MFQ fué de 44 años. (11)

Pilnik y Leis en un estudio de 3,496 pacientes intervenidas quirúrgicamente por mastopatía a las que se les asignó un solo diagnóstico histopatológico reportan: un 54% de enfermedad fibroquística, con un rango de edad de 20-49 años; 30% de fibroadenoma mamario; 9% de papiloma intraductal y un 7% de ectasia ductal. (12)

Kramer y Rush realizaron 70 estudios de autopsia en mujeres mayores de 70 años sin evidencia clínica de enfermedad mamaria y encontraron que el 89% tenía cambios microscópicos concluyentes de MFQ, y el 69% mostraban hiperplasia epitelial. (13)

Se concluye que aproximadamente el 50% de las mujeres en edad reproductiva tienen mastopatía fibroquística en forma clínica y el 90% de las mujeres en esta misma edad la presentan histológicamente (microscópica).

RELACION DE MFQ Y CANCER:

Semb estudió la frecuencia de lesiones propias de -- MFQ que se encontraba en las piezas quirúrgicas extirpadas por carcinoma. En una serie de 22 casos se encontró un 27% de quistes densos visibles. (14)

En piezas removidas por MFQ se presenta Hiperplasia ductal atípica en 18% y en piezas removidas por cáncer mamario: hiperplasia ductal atípica en 24%; en un 37% la hiperplasia ductal atípica se acompaña de cambios de angiogénesis que parecen corresponder a datos hacia malignidad en un 6% y a estos cambios de angiogénesis se les ha encontrado - asociados a cáncer in situ (intraductal). Tabla No. 1

. Hiperplasia Ductal atípica	- Angiogénesis (30%)
(18 a 24%)	- Ca in Situ (6%)

M F Q

. Adenosis Esclerosante
(59%)

TABLA No. 1

RELACION DE MFQ Y CANCER

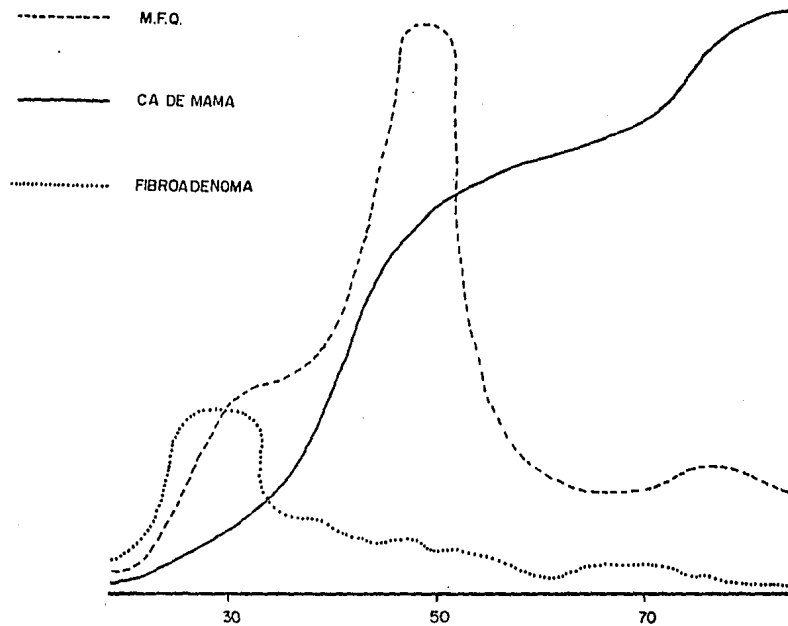


FIGURA Nº1

E D A D (ANOS)

BREMOND 1982

ETIOLOGIA.-

La etiología de la MFQ no es conocida plenamente, sin embargo existen ciertos factores implicados en su génesis que orientan hacia una alteración endócrina en la que pueden estar actuando en forma aislada o asociada y son los siguientes:

ESTROGENOS: Se sugiere que un aumento de estrógenos puede ser el responsable de la enfermedad, ya que existe relación del inicio del padecimiento con la edad reproductiva en la mujer, sus fluctuaciones dentro del ciclo menstrual, su modificación con el embarazo, así como su terminación con la menopausia.

En estudios experimentales se ha llegado a inducir cambios similares a los de la MFQ en ratonas ooforectomizadas sujetas a terapia estrogénica, Goormaghith, Amerlinck 1930 (17) y aún estos cambios han sido reproducibles en mujeres, Geschikter 1939 (18). Las alteraciones producidas en la ratona son similares a las de la mujer que padece MFQ: Proliferación epitelial, dilatación de conductos mamarios y formación de quistes; y la evolución posterior es semejante a la de la mujer, excepto porque en la ratona los cambios involucran a toda la mama y en la mujer en un importante porcentaje de casos, los cambios pueden ser localizados.

DESEQUILIBRIO ESTROGENOS-PROGESTERONA: La predominancia

estrogénica sobre la progesterona es considerada otra -- causa en el desarrollo de la MFQ, la progesterona contrarresta los efectos estrogénicos proliferativos, lleva a -- la diferenciación epitelial y reducción de las mitosis.

Las pacientes que presentan el síndrome de tensión premenstrual tienen una predominancia estrogénica sobre -- la progesterona y tienen una mayor propensión a desarrollar MFQ, en tales pacientes se presentan síntomas variados como distensión abdominal, irritabilidad, ansiedad e insomnio en forma cíclica, aunados a los síntomas mamarrios: Mastodinia, hipersensibilidad e inflamación mamaria.

El estrógeno aumenta la retención de agua en el tejido conectivo (edema interlobular) mientras que la progesterona modula los efectos locales del estrógeno, y -- además facilita la excreción renal de sodio y agua al antagonizar la aldosterona en la nefrona distal.

En las pacientes afectas de MFQ, se pueden encontrar niveles de estrógenos normales o altos, durante la fase lútea los niveles de progesterona sérica se hallan disminuidos a un tercio de lo normal y la fase lútea es corta.

Los niveles locales de estradiol en el tejido mamario se han encontrado elevados, y en más del 70% de pacientes con MFQ existe además deficiencia del cuerpo lúteo o anovulación.

Por todos los hechos anteriormente expuestos, se puede concluir que existe un estado de predominio estrógeno sobre la progesterona en las pacientes con MFQ.

PROLACTINA: Los niveles séricos de la prolactina se han encontrado ligeramente aumentados en las pacientes con MFQ, en aproximadamente un tercio de ellas, este aumento ha sido explicado por la predominancia de estrógenos sobre progesterona y por la deficiencia de esta última en la fase lútea, ya que los estrógenos realizan la secreción hipofisiaria de prolactina. Melis y cols., (19) observaron una hiperprolactinemia moderada (niveles séricos de PRL de 30-40 Ng/ml) en un 15% de pacientes con MFQ, sin embargo si tomamos como un todo a la evidencia ofrecida por una determinación aislada, tenemos que ésta se encontrará frecuentemente dentro de los límites normales o -- apenas por arriba de ellos, es importante pues, conocer las fluctuaciones en los valores séricos de la prolactina.

La secreción de PRL en la mujer adulta es episódica, con incrementos súbitos en forma de ráfagas, seguidas de lapsos de relativa quietud, con un ciclo circadiano - cuyo nivel más alto se encuentra después de la medianoche. Con estos antecedentes, tratando de determinar el biorritmo de la prolactina, Bruning y cols., (20) evaluaron una determinación continua de PRL y cortisol en 24 - hs., a un grupo de mujeres afectas de MFQ y un grupo control encontrando que la prolactina se encontraba significativamente elevada en las pacientes con la MFQ, en relación al grupo control.

Por otra parte, investigaciones realizadas por diversos autores comparando las cifras de PRL en grupos normales contra pacientes con MFQ, en diferentes aspectos del biorritmo de la hormona, se obtuvieron los resultados referidos en la Tabla No. 2 .

RITMO CIRCADIANO:

- . Pico nocturno mayor que lo normal. Tarquini y cols.(21)
- . Amplitud de ritmo mayor que lo --
normal. Bruning (20)
- . Ritmo promedio de 24 hs. mayor --
que lo normal. Peters. (22)

RITMO CIRCATRIGINTANO (MENSUAL):

- . Valores matutinos mayores que lo
normal en la fase lútea. Cole y cols.(23)

RITMO CIRCANUAL:

- . Amplitud de ritmo en las curvas -
más baja que lo normal. Tarquin (24)

TABLA No. 2

BIORRITMO DE PRL EN MFQ

Otros estudios determinaron la magnitud de la respuesta a prueba de estimulación de prolactina, utilizando sulpiride y metoclopramida (drogas antidopaminérgicas), demostrando que tal respuesta está incrementada en las pacientes afectas de MFQ, en relación a los controles normales.

Las conclusiones a sacar de los anteriores hechos, son que la hiperprolactinemia espontanea en salidas bruscas o en respuestas a sustancias estimuladoras está aumentada en las pacientes con MFQ con mucha frecuencia, así mismo, tal situación puede constituir por sí misma la consecuencia y la causa del hipoluteísmo con un consiguiente efecto estrogénico sin oposición. Los estrógenos de hecho, son importantes moduladores de la secreción de la prolactina en la mujer, actuando por dos caminos; uno es que a nivel hipotalámico bloquean la actividad del sistema inhibitorio de prolactina, y el otro es que deprimen la sensibilidad del lactotrofo a la dopamina, por lo tanto, un estado de hiperestrogenismo puede ser considerado así mismo como un factor responsable de la hiperprolactinemia.

En relación a la progesterona, ha sido bien establecida una relación de asociación entre hipoluteísmo, deficiente secreción de progesterona e hiperprolactinemia y no sorpresivamente un buen número de pacientes con insuficiencia lútea responden a la bromoergocriptina (antiprolactinérmico), por lo tanto se puede establecer una secuencia autopetpetrada de alteraciones endócrinas, en la que participan el hiperestrogenismo, la hiperprolactinemia y el hipoluteísmo, conduciendo su interrelación a la presentación de la MFQ.

RECEPTORES HORMONALES: Se han reportado en forma aislada alteración de receptores de diversas hormonas en la MFQ, por lo que se ha mencionado su probable implicación etiológica. Estudios experimentales han demostrado que la - - hiperprolactinemia estimula la actividad de los receptores estrogénicos Shafie (25); así mismo es conocida también la dependencia estrogénica de los receptores citoplasmáticos a progesterona (26) y últimamente se ha sugerido que la progesterona actúa como un inhibidor de la prolactina a través de la sobre-regulación de sus receptores, - en tanto que el estradiol es un promotor de los receptores a prolactina.

Por lo tanto, se ha establecido la posibilidad de - un efecto antiprolactinémico de la progesterona y una recíproca interferencia de estos receptores entre ambas hormonas, existiendo una correlación negativa entre prolactina y progesterona y correlación positiva entre estrógenos y prolactina.

HORMONAS TIROIDEAS: Se ha mencionado que la MFQ se desarrolla en pacientes con hipotiroidismo, por estar aumentada la sensibilidad del tejido mamario a los estrógenos, sin embargo en algunas pacientes con MFQ que son hipotiroides se administran hormonas tiroideas para su tratamiento.

Por otra parte, los niveles subóptimos de hormonas tiroideas se piensa sensibilizan a la célula blanco a la acción de la prolactina.

En el estudio histoquímico del líquido contenido en los quistes de la MFQ se encuentran elevadas las hormonas tiroideas en relación a los valores plasmáticos, aunque -- ésto puede ser una consecuencia de los cambios fibroquísticos y no su causa.

METILXANTINAS: Ha sido postulado por algunos autores el papel etiológico de estas sustancias contenidas en el café, thé, chocolate y bebidas de cola; Minton (27), a través de estimular al adenosin monofosfato y guanosin monofosfato cíclicos (AMPc, GMPc) en el tejido mamario, produciendo ésto finalmente los cambios histopatológicos de la MFQ; en tal reporte de 20 pacientes en más del 50% se obtuvo una mejoría clínica, tras eliminar de la dieta a las metilxantinas; sin embargo, no ha sido confirmado por otros autores y actualmente es motivo de controversia su papel etiológico en la MFQ.

ANDROGENOS: Existe la posibilidad de que precursores de los andrógenos jueguen un papel en la patogenia de la enfermedad fibroquística, sin embargo éste es muy sutil, ya que los precursores de los andrógenos suprarrenales son biológicamente poco activos, tales precursores se pueden encontrar aumentados en las pacientes con MFQ, no obstante ha sido posible correlacionar tal hallazgo bioquímico con la clínica. Además conviene recordar que cuando una hormona es secretada en exceso, no puede considerársele aisladamente.

HISTOPATOLOGIA.

El cuadro histopatológico de la mastopatía fibroquística, está bien definido y las lesiones encontradas en la patología pueden formar parte de lo que pudiera conceptuarse en un momento dado como una mama normal. Algunos autores son de la opinión de que las lesiones histológicas encontradas dentro de la MFQ pudieran considerarse como -- dentro de un continuum de progresión, que parte desde la - mama normal, hasta aquella con lesiones francamente patológicas, por otra parte, la presencia de diferentes tipos de lesiones en el cortejo histológico de la MFQ, se puede decir que guardan cierto equilibrio en sus componentes y que cuando este equilibrio es roto por la exacerbación de uno de ellos, va a originar a una entidad definida aparte, con sus características muy particulares.

De esta forma, la mastopatía fibroquística forma un conjunto de alteraciones epiteliales y del estroma, que interactuando van a dar pie a la formación de cuadros anatómicos diversos, sin embargo, es útil recordar que un aspecto en particular es predominante en algún caso determinado.

Dentro de los cambios del estroma más frecuentes, - se encuentran el engrosamiento y esclerosis progresivos -- del tejido conectivo intralobular, lo que resulta en una - pérdida de los límites con el tejido conectivo interlobular, que en algunos casos se acompaña de un gran depósito de fibras elásticas (elastosis).

Los cambios epiteliales se pueden presentar de tres formas: hiperplasia, regresión y metaplasia.

La hiperplasia es manifestada por diferentes cuadros histológicos, dependiendo si afecta principalmente a los conductos preterminales o de mediano calibre, o en los conductillos o acinos lobulares. Sin embargo, no está totalmente definido el sitio inicial de afectación de la hiperplasia y pareciera que las células principalmente afectadas por la hiperplasia son las secretorias (epiteliales), ya que poseen receptores hormonales.

La regresión epitelial consiste principalmente en atrofia celular, como la que se aprecia en las células de revestimiento de los quistes y la adenosis esclerosante.

La metaplasia del epitelio, es la transformación de un determinado tipo celular en otro. El tipo de metaplasia observada en la MFQ, es principalmente de tipo apócrina, la transformación ocurre de un epitelio cilíndrico columnar secretorio a aquel encontrado en las glándulas secretorias sudoríparas de la región axilar y anogenital (glándulas apócrinas); este tipo de epitelio apócrino es el que recubre en forma parcial o total la superficie interna de revestimiento de los quistes.

El cuadro No. 1 ilustra los cambios histológicos de la MFQ a través de los diferentes estadios evolutivos de

la enfermedad: En la Enfermedad Inicial se van a presentar reacciones tisulares locales como el edema y la fibrosis; en la Enfermedad Florida van a estar presentes la proliferación del tejido conectivo y epitelial; y finalmente en la Enfermedad Crónica predominan los cambios regresivos -- glanduloepiteliales.

PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

HISTOPATOLOGIA:

ENF. INICIAL.- REACCION ESTROMAL:

- . EDEMA
- . FIBROSIS CONECTIVA PERI E INTRALOBULAR
- . PROLIFERACION FIBROBLASTICA

ENF. FLORIDA.- ESTIMULACION EPITELIAL:

- . CRECIMIENTO DUCTAL RAPIDO
- . PROLIFERACION INTRADUCTAL
- . HIPERPLASIA LOBULAR

ENF. CRONICA.- INVOLUCION:

- . ATROFIA LOBULO-ALVEOLAR
- . ESCLEROSIS
- . HIALINOSIS
- . ECTASIA DUCTAL
- . QUISTES

H I S T O P A T O L O G I A

En el corte histológico, el polimorfismo de la MFQ está dado por: fibrosis, proliferación epitelial, formación de quistes y atrofia lóbulo-alveolar, estos procesos pueden presentarse simultáneamente en la misma muestra de biopsia, de tal forma que la MFQ presenta alteraciones regresivas y progresivas a la vez.

FORMACION DE QUISTES: Los quistes son formados gracias a una obstrucción causada por la fibrosis del estroma, aunada a la secreción persistente ducto-alveolar, factores -- que van a hacer que se retengan las secreciones, dando -- una dilatación de los conductos terminales (ectasia ductal) y alveolos, con la consiguiente formación de quistes.

Los quistes densos se encuentran en un 20 a 40% de pacientes con MFQ. El líquido de los quistes tienen una composición muy diversa: primeramente tenemos que el patrón de electrolitos es muy similar al encontrado en el líquido intracelular (Mg, Na, K), las variaciones en estos cationes permiten definir, incluso subpoblaciones de quistes; otros elementos importantes también, son los compuestos hormonales tales como: progesterona, estradiol, prolactina, hormona folículoestimulante, etc. Así también se han determinado los componentes protéicos, especialmente en los quistes densos, estableciéndose tres subpoblaciones protéicas: la P-44, P-24 y P-15, de las cuales esta última es de origen apócrino y su elevación se le relaciona con carcinoma mamario; con metaplasia apócrina y en -- los casos de Ca de mama que presentan metástasis tempranas de tal forma que han sido propuestos como marcadores para el seguimiento de estas pacientes. (4)

Las reacciones de tipo inflamatorio abacterianas en el tejido periquístico inducidas por su proximidad, son -- las que dan un cambio del color del líquido de los quistes, el que puede ser desde amarillo verdoso, café seroso, verde azulado, etc. El de tipo serosanguinolento o sanguinolento se asocia a otras patologías como papiloma intraquistico o raramente un carcinoma.

El líquido de los quistes y la dilatación ductal pueden ser parcialmente reabsorbidos por histiocitos. La calcificación de los quistes ocurre en aproximadamente 25% de las pacientes.

MACROQUISTES: Son los que tienen un tamaño mayor de 1 cm., de diámetro y que representan el estadio más avanzado de la MFQ. Predominan alrededor de los 40 años, y dependiendo -- del grado de tensión por la cantidad de líquido contenido o fibrosis periquística, se palpan blandos o firmes.

ECTASIA DUCTAL: La dilatación ductal periférica en mujeres premenopáusicas en un 25% es causada por la MFQ. Los conductos terminales van obstruyéndose por los tejidos fibróticos periféricos, propiciando la retención de secreciones y ectasia.

La ectasia ductal por otra parte, puede ser apreciada hasta en el 70% de pacientes postmenopáusicas como entidad aparte bien definida y es debida a involución glandular y retención de secreciones, en esta entidad los conductos - subareolares se dilatan y tornan cilíndricos, conteniendo - un material cremoso, se palpan como nódulos y en el material intraductal se pueden apreciar: gotas de grasa, histiocitos fagocíticos (células espumosas) y células plasmáticas. (28)

PROCESOS PROLIFERATIVOS: La proliferación intraductal - - (hiperplasia epitelial, papilomatosis) y la proliferación lobular (hiperplasia del epitelio acinar), se consideran - procesos de hiperestimulación estrogénica y son observados en un tercio de pacientes con MFQ.

La proliferación intraductal se diagnostica hasta - en el 60% de pacientes con MFQ, a las que se les realiza - biopsia por multipunción con aguja fina; y a un tercio de ellas se les encuentra atipia.

La hiperplasia epitelial de lóbulos y de pequeños y medianos conductos se acompaña con frecuencia de metaplasia apócrina, formación de quistes, adenosis esclerosante y papilomatosis.

El 10% de las masas mamarias son debidas a papiloma intraductal, es más común en mujeres de 40 a 50 años y se manifiesta con descarga hemática en 50% de ellas.

La proliferación epitelial intraductal se observa en un 40% de las mujeres mayores, no obstante la deficiencia -estrogénica, ésto es debido a que posiblemente se sintetice estrógeno localmente a partir de androstendiona en la grasa periductal; por otra parte, el 60% de los carcinomas mamarios poseen receptores a estrógenos.

En el Cuadro No. 2 son expresados los tipos de hiperplasia observados en la MFQ, su frecuencia y el incremento calculado en el riesgo a desarrollar Ca en relación a la población general.

 PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

 TIPOS DE HIPERPLASIA, FRECUENCIA E INCREMENTO

 DE RIESGO PARA CA.

<u>MASTOPATIA FIBROQUISTICA</u>	<u>INCIDENCIA</u>	<u>INCREMENTO RIESGO CA.</u>
. TODOS LOS TIPOS	100 %	2 A 3 VECES
. SIN PROLIFERACION EPITELIAL	70 %	0 A 2 VECES
. HIPERPLASIA EPITELIAL	20 %	2 A 4 VECES
. HIPERPLASIA INTRADUCTAL ATIPICA	10 %	5 VECES
. ATIPIA EPITELIAL + HISTORIA FAMILIAR DE CA. DE MAMA	100 %	11 VECES
. PROLIFERACION LOBULAR ATIPICA	1-2 %	4 A 6 VECES

CUADRO CLINICO.-

Frecuentemente la enfermedad es asintomática, y sólo es detectada al ser palpada por la paciente o cuando se busca intencionadamente.

En las pacientes que hay sintomatología, ésta se presenta en forma de dolor a la palpación o espontáneamente en forma cíclica en la etapa premenstrual o en una forma -- continua. (2)

El dolor es más evidente cuando el crecimiento quístico tiende a ser rápido y está relacionada con la presión interna del quiste; tiende a ser aliviado con la aspiración del quiste.

Una característica importante en relación al tamaño de los quistes, es que se pueden desarrollar con rapidez, - (lo que los hace diferenciables del Ca y fibroadenoma). Este crecimiento suele presentarse en la fase premenstrual y disminuir en la postmenstrual.

Por otra parte, la secreción a través del pezón ocurre de manera infrecuente.

En relación a la exploración física, se aprecia que los quistes son habitualmente redondos y bien delimitados,

unque algunas veces son difíciles de apreciar. La consistencia depende de la presión interna del líquido intraquistico, siendo firme si la presión está elevada o tiene gruesas paredes móviles, aunque cuando se hayan agrupados varios quistes de diverso tamaño, su movilidad y la capacidad del clínico para delimitarlos disminuyen. El líquido contenido en los quistes es opaco y generalmente estéril y puede producir signos locales de inflamación si escapa al tejido periférico existente.

Clásicamente suelen describirse tres etapas clínicas en la historia natural de la MFQ: mastodinia, adenosis y quiste; las cuales se pueden presentar de manera aislada o en combinaciones, así como en diferentes grados de intensidad. La fase inicial mastodinia se caracteriza por tumefacción premenstrual dolorosa localizada en los cuadrantes superoexternos bilateralmente y algunas veces la cola de la mama, sintomatología que suele remitir en la fase postmenstrual. La adenosis se manifiesta como nodularidad multicéntrica bilateral, da la apariencia de palpar una bolsa llena de chicharos. El quiste representa la forma más avanzada del padecimiento y suele presentarse acompañado de un dolor súbito, apagado, con sensación de plenitud o quemadura que coincide con la aparición de una masa palpable, la que también se presenta de una forma aguda, los quistes o el quiste (si es único) son móviles y bien delimitados, renitentes y puede visualizarse con transiluminación en una forma clara. Los quistes que se hayan localizados profundamente en la mama o agrupados en un buen número, pueden producir una masa difícil de diferenciar del carcinoma.

En una reciente revisión por Vorherr (16) sobre el cuadro clínico, aporta lo siguiente: La MFQ se presenta aproximadamente como sintomática en un 30% de pacientes, los cambios fibroquísticos pueden afectar a una mama o a un cuadrante, -- usualmente la enfermedad es multifocal y en más de la mitad de las pacientes se hallan afectadas las dos glándulas mamarias, en la enfermedad progresiva y en las pacientes premenopáusicas la afectación bilateral es lo más frecuente, el dolor y las anomalías tisulares son más pronunciadas en la mama izquierda, lo que puede ser atribuido al mayor tamaño -- que frecuentemente presenta ésta sobre la mama derecha. Las manifestaciones más tempranas de la MFQ, suelen ocurrir de -- los 20 a 25 años, pero la mayoría de las pacientes las presentan hasta los 30 a 40 años (70 a 75%). La enfermedad suele -- afectar preferentemente a pacientes que además presentan: alteraciones menstruales, historia de abortos espontáneos, ser nulíparas, sin empleo de anticoncepción oral, y una menarquía temprana y menopausia tardía.

En un estudio de 263 pacientes premenopáusicas (184 - con salpingoclasia y 79 con histerectomía) revela el autor - que está incrementado el riesgo a desarrollar MFQ y Ca mama rio, como una consecuencia de disfunción ovárica con predominio estrogénico.

El autor (Vorherr), describe tres fases clínicas evolutivas en el cuadro clínico de la mastopatía fibroquística, que son las siguientes:

Fase 1.- Los cambios fibroquísticos se inician en --

mujeres de aproximadamente 25 a 35 años, los ciclos menstruales pueden tender a acortarse (21 a 24 días), se presenta el dolor premenstrual y aumento de la sensibilidad con una semana de duración, el cuadrante superoexterno de ambas mamas es más frecuentemente afectado, donde puede aumentar su densidad e hipersensibilidad.

Fase 2.- Se presenta en la edad de los treinta, con presencia de nodularidad (zonas de endurecimiento y sensibilidad aumentada) así como zonas de sistematización y nódulos, en esta fase el dolor mamario y la hipersensibilidad se extienden a dos semanas antes de la menstruación o pueden ser continuos durante el ciclo.

Fase 3.- Representa el estadio avanzado de la enfermedad, que afecta a las pacientes a través de la década de los cuarentas, el dolor e hipersensibilidad pueden extenderse a tres semanas o ser permanentes y significativos, suelen encontrarse grandes nodulaciones y macroquistes (únicos o múltiples).

La sintomatología y semiología de la MFQ tiene por lo regular una historia de muchos meses o varios años, predominando el dolor mamario (mastodinia) y/o la hipersensibilidad mamaria, asociándose a estas pacientes en un 40 a 60% otras alteraciones ya mencionadas, como los ciclos irregulares, la dismenorrea, la menometrorragia y la presencia de quistes ováricos, sin embargo en las pacientes con MFQ el dolor es frecuentemente progresivo. El dolor mamario es atribuido a irritación neural, edema mamario del tejido conectivo y re-

tención de secreciones (aumento de presión en los conductos terminales dilatados).

En aproximadamente el 20% de pacientes con MFQ se presentan la hipersensibilidad axilar y la presencia de adenopatías de tipo inflamatorio como reacción a los cambios metabólicos fibroquísticos.

La descarga a través del pezón se presenta en una tercera parte de las pacientes con MFQ, siendo ésta espontánea o provocada a la presión manual y puede establecerse el diagnóstico de Carcinoma en 2 a 3% de pacientes con secreción por el pezón (especialmente cuando el líquido excretado es serosanguinolento o hemático), el líquido de los casos benignos en la MFQ es de color ámbar, verdoso o azulado. Cuadro No: 3

PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

CURSO CLINICO:

- FASE I.- CICLOS CORTOS.
MASTODINIA E HIPERSENSIBILIDAD
PREMENSTRUAL.
- FASE II.- NODULARIDAD, MASTODINIA E HIPER-
SENSIBILIDAD PRE Y TRANSMENSTRUAL.
- FASE III.- ESTADIO AVANZADO, MASTODINIA PRO-
LONGADA O PERMANENTE, MACROQUISTES.

VORHERR 1986.

FASES CLINICAS EVOLUTIVAS

CUADRO No. 3

DIAGNOSTICO.-

El diagnóstico de la MFQ se establece básicamente - por clínica, auxiliado de ser necesario, por los métodos - paraclínicos enunciados a continuación:

Mastografía.- En la mastopatía fibroquística se -- describe un patrón mastográfico peculiar, el patrón denso, el que es indicativo de profusa proliferación tisular del tejido conectivo (fibrosis).

En pacientes con un patrón denso el riesgo de desa- rrollar carcinoma mamario está incrementado en 3-5 veces, aunque ésto está sujeto actualmente a controversia.

El patrón denso es de valor diagnóstico y pronósti- co cuando es correlacionado estrechamente con el cuadro - clínico.

En el cuadro inicial de la MFQ mastográficamente se describen pequeñas áreas densas, mientras que la prolifera- ción epitelial y los cambios nodulares se reflejan en la - mastografía por puntos oscuros entre áreas blancas, pue- den existir además macro y microcalcificaciones, asociándo- se más comunmente a malignidad estas últimas.

Una imagen mastográfica de quiste dominante que presente una acentuada fibrosis periquística no puede ser diferenciable de un fibroadenoma o un carcinoma que se encuentre bien circunscrito.

El estudio mastográfico posee una sensibilidad diagnóstica para Ca de mama de un 80%, la mastografía está indicada en pacientes con MFQ moderada o severa por arriba de los 35 años, o antes si es que en la paciente se han conjuntado uno o varios factores de alto riesgo para el desarrollo de Ca mamario, especialmente en mamas medianas o grandes.

El momento más adecuado para realizar la mastografía es una semana postmenstruación, por existir en este tiempo menores cambios tisulares y edema. Por arriba de los 40 años podrá ser repetido el estudio cada 2 años en pacientes en control y anualmente a pacientes con riesgo elevado de Ca. Por arriba de los 50 años se aconseja practicarla anualmente, se ha calculado que con las técnicas mastográficas actuales, la mama puede tolerar hasta 20 mastografías sin riesgo de cancer inducido por radiaciones. (16)

La mastografía sospechosa y/o los hallazgos clínicos establecerán luego en el protocolo diagnóstico de la paciente con MFQ la indicación de la biopsia por multipunción o la biopsia escisional.

Sonografía. - Se considera un estudio que puede ser complementario a la mastografía en el diagnóstico de la MFQ, más no sustituirla, su principal indicación sería el seguimiento de las pacientes tratadas o menores de 35 años, sin otros factores de riesgo importantes para Ca. Su principal ventaja es la inocuidad del procedimiento, sus desventajas el costo frecuentemente excesivo y el abuso con fines comerciales, en que se llega a caer también con relativa frecuencia.

Las imágenes sonográficas sugestivas de MFQ son: Ecos densos, áreas nódulo-fibrosas heterogéneas y masas -- anecóicas con reforzamiento de su pared posterior, que corresponden a quistes. Los quistes pequeños y conductos dilatados pueden ser apreciados como áreas anecóicas con una pared posterior bien definida.

Biopsia por Aspiración. - La biopsia por aspiración por multipunción es un excelente recurso a la vez que diagnóstico terapéutico, pues permite evacuar un quiste sintomático y realizar estudio citológico del material obtenido, con el fin de descartar una tumoración maligna. Sus principales indicaciones constituyen: Una masa mamaria quística o sólida, una estructura nodular, área de sistematización o cualquier otro tejido anormal detectado por clínica o estudios de gabinete.

La imagen citológica típica en la MFQ muestra unapredominancia del tejido conectivo (fibrosis), células epiteliales con núcleo redondo u oval ligeramente hiper--

cromático, puede estar presente además, la metaplasia apócrina.

El estudio citológico puede también ser realizado - del exudado a través del pezón, permitiendo descartar patología neoplásica maligna.

Neumocistografía: Es el estudio radiológico que consiste en la toma de mastografía posterior a la evacuación de un quiste que se llena de inmediato con aire, proporciona información relativa a ruptura de la cápsula del quiste, presencia de microcalcificaciones periféricas y tumores intracisticos como el papiloma o carcinoma.

Termografía: Es el estudio basado en captar la intensidad de los rayos infrarrojos emitidos por la piel, por el calor generado por el metabolismo tisular, es capaz de predecir con impresiones térmicas anormales en muchos casos a las alteraciones radiológicas de carcinoma mamario - incipiente con un lapso de anticipación de hasta seis años, de tal manera que una termografía anormal podría ser indicativo de mastografía o biopsia. Avances recientes permiten en una placa termográfica de contacto, imprimir imágenes, basado en que cristales de colesterol líquido, cambian de color bajo la influencia de los rayos infrarrojos.

El procedimiento es inocuo, y puede repetirse tantas veces como sea necesario, desafortunadamente en nuestro medio no está a la disposición de la mayoría de los centros hospitalarios, sin embargo, ante un termograma normal pero con sospecha clínica evidente, no deberá de diferirse la biopsia, predominando siempre el criterio clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Dentro del diagnóstico diferencial de la MFQ, se incluye el fibroadenoma, que es una masa sólida de límites precisos no dolorosa, fácilmente móvil, que además afecta a pacientes jóvenes; cuando existe un quiste no doloroso de pared fibrosa y crecimiento circular, deberá pensarse además de fibroadenoma, en carcinoma papilar.

El carcinoma intraquístico no es doloroso, muy infrecuente (1-2 por 100 carcinomas mamarios), pero puede confundirse con un quiste de MFQ; más frecuente es el papiloma intraquístico.

El diagnóstico diferencial de la MFQ incluye también otras patologías extramamarias capaces de producir dolor mamario; la distensión de ligamentos suspensorios y nervios mamarios en pacientes con mamas grandes péndulas; el dolor de tipo neural intercostal causado por espondilitis, obesidad, infecciones respiratorias y/o tos; en el síndrome de Tietze por costocondritis con dolor irradiado a las mamas; el trauma local que también puede exacerbar el dolor de la MFQ o ectasia ductal y finalmente los trastornos psico-emocionales.

MANEJO. -

El manejo de la entidad, básicamente se divide en dos grandes capítulos; el manejo médico y el quirúrgico. (Cuadro No. 4)

MEDICO: Es el que prácticamente se considera de -- elección para la MFQ y engloba diversos aspectos, desde -- las medidas higiénico-dietéticas como el evitar la ingesta de alimentos que contengan metilxantinas como el café, thé, refrescos de cola, etc., o el emplear un portabustos firme.

Dentro del manejo farmacológico se mencionan como - medicamentos de primera línea a los antiinflamatorios de - tipo naproxen, administrado durante la fase premenstrual: 250 mg. cada 8 hs., por 8 a 10 días, sólo o asociado a diu rético que puede ser del tipo furosemide: 40 mg/día, durante los mismos días que el antiinflamatorio.

Medicamentos de segunda línea, que se reservan a - los casos que inicialmente no responden favorablemente a los primeros mencionados, son los progestágenos del tipo clormadinona a dosis de 2 mg/día por 10 días premenstruales, el que puede asociarse en un momento dado a antiin-flamatorio, si es que en el cuadro clínico predomina la - fibrosis y cambios de tipo inflamatorio, o a un diurético si la predominancia es de los quistes, en forma alternativa a la clormadinona puede emplearse la dehidroprogestero na a dosis de 1 mg/día por 10 días, en la fase premens-trual.

Su efecto se puede sintetizar en tres acciones:

1. Traslado de los receptores de progesterona al núcleo.
2. Disminución del estradiol en los tejidos.
3. Disminución de la proliferación en las células mumarias.

Otro medicamento considerado como de segunda línea es la Bromoergocriptina, por sus importantes efectos colaterales, tales como la hipotensión ortostática, cefalea, mareo, etc. Además de que sólo un 15% de las pacientes con MFQ presentan niveles elevados de prolactina. La acción fundamental de la bromoergocriptina es el bloqueo de la prolactina, cuando ésta se encuentra elevada. Se puede explicar como secundario a una predominancia estrogénica y/o deficiencia progestacional; el estrógeno favorece la secreción de prolactina.

Existe controversia en cuanto al papel de la prolactina en la MFQ, pues muchas de estas pacientes presentan niveles normales. La respuesta a la bromoergocriptina es de aproximadamente un 50%.

Los antiestrógenos como el tamoxifén, tienen un efecto clínico excelente con reducción del dolor y la nodularidad, sus efectos colaterales son mínimos: náusea, bochornos, amenorrea, acortamiento del ciclo y en raras ocasiones quistes ováricos. La dosis empleada es de 20 mgs., por 2 a 3 meses y su acción consiste en que compite con el estradiol por los receptores de estrógenos.

Su respuesta es del 85%.

Los andrógenos y sus derivados se han empleado en la MFQ con respuesta clínica del 65%, sus efectos colaterales, como amenorrea, aumento de peso, hirsutismo y virilización, indican cierta reserva para su administración.

El danazol, compuesto sintético de tipo andrógeno, - que por sus propiedades antigonadotrópicas hace que los ovarios produzcan menos estrógenos, pero su efecto no es total, pues no modifica los niveles basales de ambas gonadotropinas.

La dosis es de 200 a 400 mg. diarios por 4 meses, - sus efectos colaterales: amenorrea, aumento de peso, hirsutismo, virilización, acné en cierta forma limitan su administración, así como su alto costo.

Hormona Tiroidea.-

Es un hecho que la MFQ se asocia frecuentemente con hipertiroidismo, debido a que la hormona tiroidea induce - hipersensibilidad del tejido mamario a estrógenos, sin embargo a pacientes con MFQ e hipotiroidismo se recomienda -- hormona tiroidea con buenos resultados.

Análogos de la Hormona Hipotalámica.-

Estos productos tienen un efecto inicial estimulante y después inhibidor de la secreción ovárica. Sus resul-

tados aún no pueden encontrarse, aunque parecen ser del orden del 60 a 70% de respuesta.

Vitaminas B₁, B₆, E.-

Se argumenta su papel en el metabolismo de los estrógenos a nivel hepático la vitamina E (tocopherol) correlaciona su acción a un descenso de andrógenos y cambios en lípidos y lipoproteínas. Ambos tienen efectos colaterales: tromboflebitis, miopatía, calambres, hipertensión. Su respuesta es del orden del 50%; con tratamiento por 4 a 6 meses, con recidiva del 10%.

En términos generales, no existen grandes ventajas entre emplear un medicamento u otro; las respuestas farmacológicas van aproximadamente del 50-80% en un período mínimo de tres meses de tratamiento. Se han llegado a reportar mejores resultados aún con el tamoxifen, pero su elevado costo no lo hace asequible a la mayoría de las pacientes, por tal razón se prefiere emplear el más económico y con menos efectos colaterales.

QUIRURGICO: Dentro del manejo quirúrgico se mencionan los siguientes: biopsia por aspiración de primera intención y biopsia por aspiración de repetición a quistes recidivantes, biopsia excisional, mastectomía subcutánea con aplicación de prótesis y la mastectomía simple.

El procedimiento preferido es la biopsia por aspiración con multipunción, ya que como fué mencionado previamente, además de ser terapéutico en los casos de MFQ que cursan con quistes, es diagnóstico y permite descartar un carcinoma al realizar una citología del líquido aspirado, eventualmente el procedimiento puede ser realizado en forma repetitiva a aquellos quistes que recidivan, manteniéndose a la paciente bajo estrecho control, especialmente si existen factores de riesgo a Ca.

La biopsia excisional es recomendada por algunas escuelas, sin embargo se comprende la importancia estética que para la paciente puede tener el portar múltiples cicatrices, en una patología tan fluctuante y variada como la MFQ.

La mastectomía subcutánea con aplicación de prótesis, puede estar justificada en un momento dado en una paciente joven que presenta un cuadro de MFQ florida, que es importantemente sintomática, a la que no fué posible controlar con manejo médico previo y a la que prácticamente faltan muchos años de padecer la enfermedad. Es importante mencionar que este procedimiento no extirpa el 100% del tejido mamario y por lo tanto, no está totalmente exenta de poder desarrollar un carcinoma en el futuro.

Finalmente, la mastectomía simple es un procedimiento que pocas veces estará justificado en esta enfermedad, ya que la frecuencia con la que el Ca se presentará en estas pacientes, no es de tal importancia como para que en forma profiláctica se realice. Cuadro No. 4

PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

MANEJO:

QUIRURGICO.-	BIOPSIA POR ASPIRACION MASTECTOMIA SIMPLE EXCISION SUBCUTANEA CON PROTESIS EXCISION QUIRURGICA DE QUISTES BIOPSIA POR ASPIRACION A RECIDIVAS
MEDICO.-	MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS ANTIINFLAMATORIOS DIURETICOS PROGESTAGENOS ANTIESTROGENOS BROMOERGOCRIPTINA VITAMINA E, B.

M A N E J O

CUADRO No. 4

MATERIAL Y METODOS.-

Se realizó un estudio prospectivo en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" en un período que comprende 5 meses, de Junio a Octubre de 1986, la muestra es de 100 pacientes enviadas o manejadas con el diagnóstico de mastopatía fibroquística, en el servicio de tumores mamarios del hospital; a todas las pacientes se les realizó valoración clínica por médicos residentes, su pervisadas por el especialista en la materia o hechas por él mismo; se determinó un perfil clínico de las pacientes y a las que fué posible, se les realizaron estudios para clínicos tales como: citología del líquido o células aspirados de los quistes o zonas sospechosas de la patología, como zonas de sistematización, nódulos, masas o líquido producido a través del pezón, además de realizar otros como la biopsia a las lesiones sospechosas de carcinoma o de dudoso diagnóstico, la mastografía a las pacientes con riesgo elevado de Ca y otros realizados en menor frecuencia fuera de la unidad, como la sonografía mamaria.

Finalmente, con fines de experimentación se realizó la determinación de valores hormonales por inmuno-análisis en el líquido de los quistes aspirados, en los casos que fué posible realizarlo (cinco casos), determinándose: -- Prolactina, delta 4-androstendiona, testosterona y hormona del crecimiento.

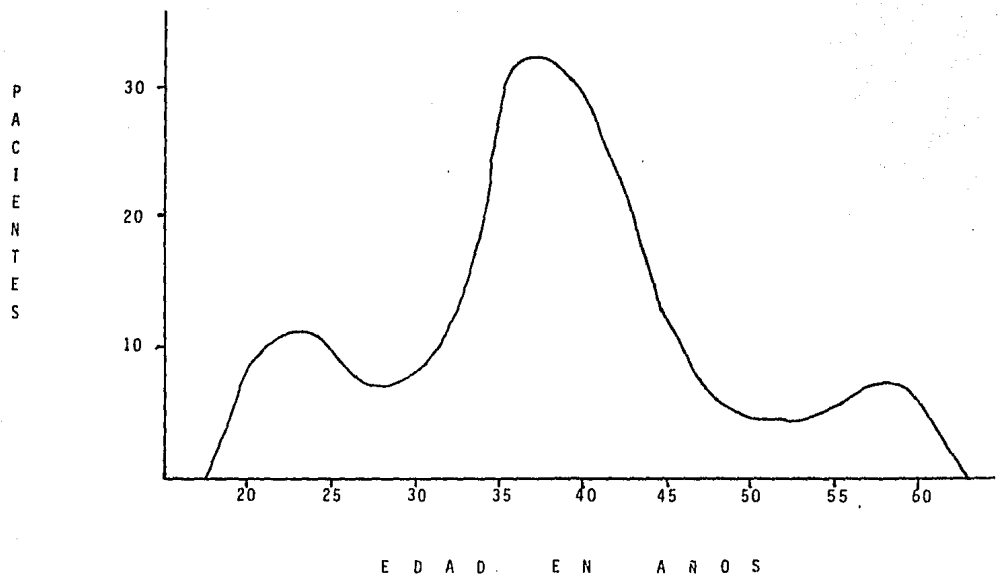
Se analizó además los tratamientos previos y presentes al tiempo del estudio; no se establecen comparaciones de respuesta clínica o por histología a los tratamientos empleados.

RESULTADOS.-

En relación al diagnóstico de envío de las pacientes: en el 72% fué de MFQ, Fibroadenoma en el 9%, otros - menos frecuentes son tumor mamario, probable carcinoma, - papiloma y ectasia ductal.

El perfil clínico se delimita por los siguientes - datos estadísticos: el 11% de pacientes son nuligestas, - la menarca de la población estudiada es en promedio de -- 13.6 años; el promedio de gestaciones en las pacientes -- que habían tenido embarazos fué de 3.03; el 51.64% de pa- cientes tenían antecedente de lactancia, ésta fué en pro- medio de 8 meses; el 35% de las pacientes eran usuarias - de anticoncepción oral, el tiempo promedio fué de 1.5 - - años. El 10% de las pacientes eran postmenopáusicas; en el momento del diagnóstico, el tiempo promedio postmenopau sia es de 6.1 años. La figura No. 2 ilustra la incidencia de las pacientes.

El análisis de las patologías mamarias previas o coexistentes en las pacientes reveló una frecuencia de -- 33% para el fibroadenoma (la segunda patología más común de la mama), de 22% para mastopatía fibroquística previa- mente diagnosticada, tumor benigno no especificado en 11%, igual que para la ectasia ductal, otras menos comunes fue ron el galactocele en 7%, papiloma intraductal 3%, carci noma 3% y mastitis puerperal en 3%.



E D A D . E N A Ñ O S

FIG. No. 2 INCIDENCIA

(11)

En el cuadro clínico apreciado en nuestras pacientes tenemos que el síntoma más común fué la mastodinia, - la que se presentó en 58 pacientes, de éstas en casi el 80% era bilateral, presentaba irradiaciones a axila y brazos - en el 29% y se presentó premenstrualmente en el 43%. La -- hipersensibilidad mamaria fué encontrada en el 23% de las pacientes y el edema sólo en 8%. (Cuadro No. 5)

La nodularidad fué un hallazgo positivo en 67% de las pacientes, constituyendo el signo más común; de ellas el 98% era leve o moderada. (Cuadro No. 6)

Al establecer una correlación entre la clínica con los datos paraclínicos, se obtuvo lo siguiente: a 41 pacientes se les realizó citología, de ellas en la mayoría no se confirmó el diagnóstico de MFQ, ya que la citología resultaba normal o inespecífica, sólo una tercera parte - fué sugestiva o confirmativa de MFQ y en una paciente se reportaron atipias celulares, la que posteriormente por - biopsia se hizo el diagnóstico definitivo de MFQ más fibroadenoma.

La mastografía fué realizada a 24 pacientes, en el 80% de ellas, (19 pacientes) resultó concordante con la -- biopsia, la citología o la clínica; en el 20% (5 pacientes) fué normal o inespecífica y en dos casos fué sospechosa de carcinoma; de ellos, en uno se confirmó la MFQ por biopsia y el otro está pendiente. (Cuadro No. 7)

PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

CUADRO CLINICO:

. MASTODINIA:	58 PACIENTES		
- BILATERAL	79%	- IRRADIADA	29%
- UNILATERAL	21%	- PREMENSTRUAL	43%
. HIPERSENSIBILIDAD:	23 %		
. EDEMA:	8 %		

C U A D R O C L I N I C O

CUADRO No. 5

PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

- PACIENTES CON CITOLOGIA:	41
. SUGESTIVA DE MFQ	11
. CONFIRMATIVA	4
. NORMAL O INESPECIFICA	25
. CON ATIPIAS CELULARES	1
- PACIENTES CON MASTOGRAFIA:	24
. CONCORDANTE CON BIOPSIA, CITOLOGIA O CLINICA:	19
. NORMAL O INESPECIFICA	5
. SOSPECHOSA DE CANCER MAMARIO	2

CORRELACION CLINICA

CUADRO No. 7

La biopsia fué realizada en 16 pacientes, de ellas en más de las tres cuartas partes se confirmó el diagnóstico de MFQ, el fibroadenoma más MFQ se presentó en dos casos y hubo un caso de papiloma más MFQ; ectasia ductal más MFQ, ectasia ductal sola, papiloma, adenosis quística y carcinoma más MFQ. (Cuadro No. 8)

Los resultados de las determinaciones hormonales en el líquido intraquístico de las 5 pacientes a las que se les pudo realizar el procedimiento (A B C D E), se hallan representadas en las figuras No. 3 prolactina, en donde puede apreciarse que en todos los casos las determinaciones se encontraron por debajo de los valores normales séricos para nuestro laboratorio, la columna de la izquierda representa el valor sérico normal; en la figura No. 4 se aprecia que también la hormona del crecimiento se encontró por debajo de los valores séricos normales; casi al igual que la androstendiona en que solo en un caso se rebasaron los valores de la hormona en el líquido intraquístico en relación al valor sérico normal (fig. No. 5); no así para la testosterona, en que casi todos los casos rebasaron los valores intraquísticos al valor sérico normal. (fig. No. 6)

En relación al tratamiento, sólo 7 pacientes habían recibido previamente medicación, más de la mitad de ellas antiinflamatorios solos o asociados a diuréticos o progestágenos; una paciente había recibido bromocriptina y otra danazol, los que fueron suspendidos.

PERFIL CLINICO E HISTOLOGICO DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

- PACIENTES CON BIOPSIA:	16
. CONFIRMATIVAS MFQ	8
. FIBROADENOMA + MFQ	2
. PAPILOMA + MFQ	1
. ECTASIA DUCTAL + MFQ	1
. ECTASIA DUCTAL	1
. PAPILOMA	1
. ADENOSIS QUISTICA	1
. CA DUCTAL + MFQ	1

B I O P S I A S

CUADRO No. 8

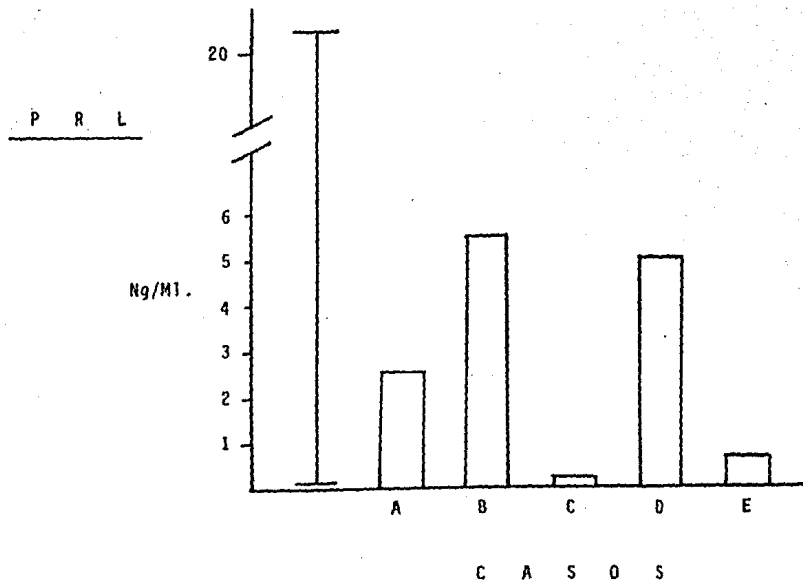


FIG. No. 3

PROLACTINA

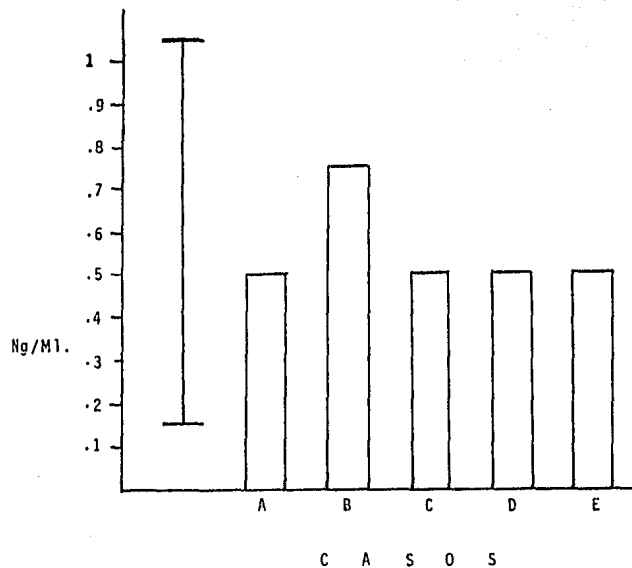


FIG. No. 4 HORMONA DEL CRECIMIENTO

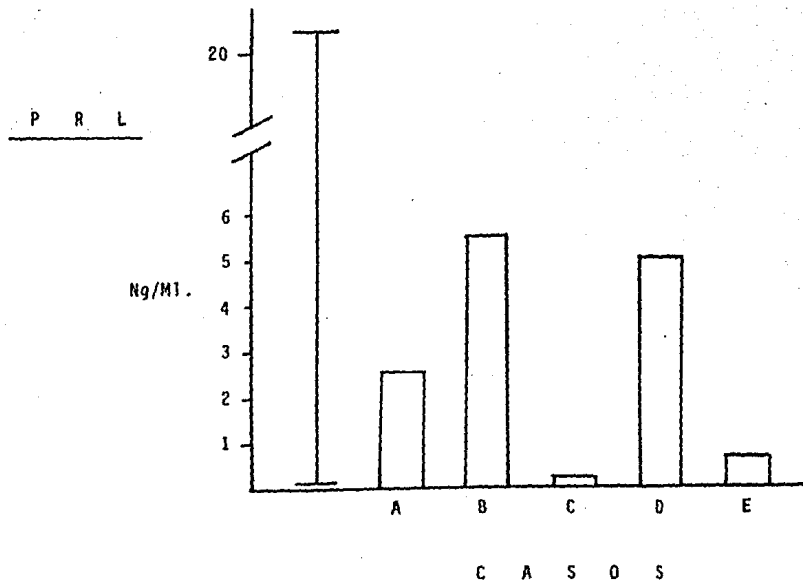


FIG. No. 3

PROLACTINA

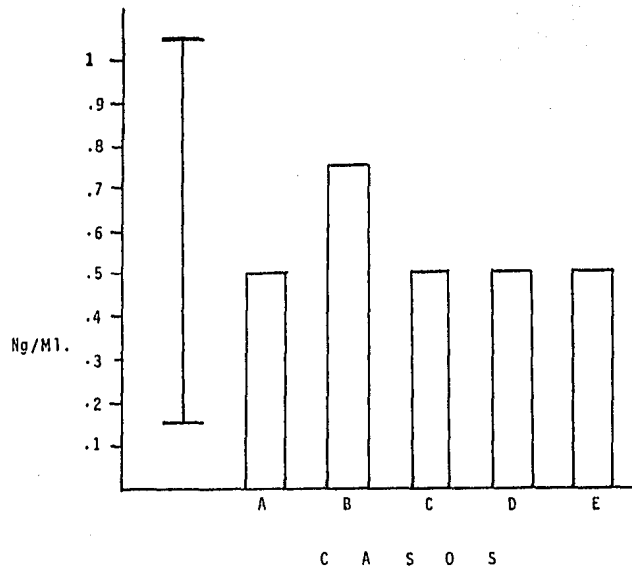


FIG. No. 4 HORMONA DEL CRECIMIENTO

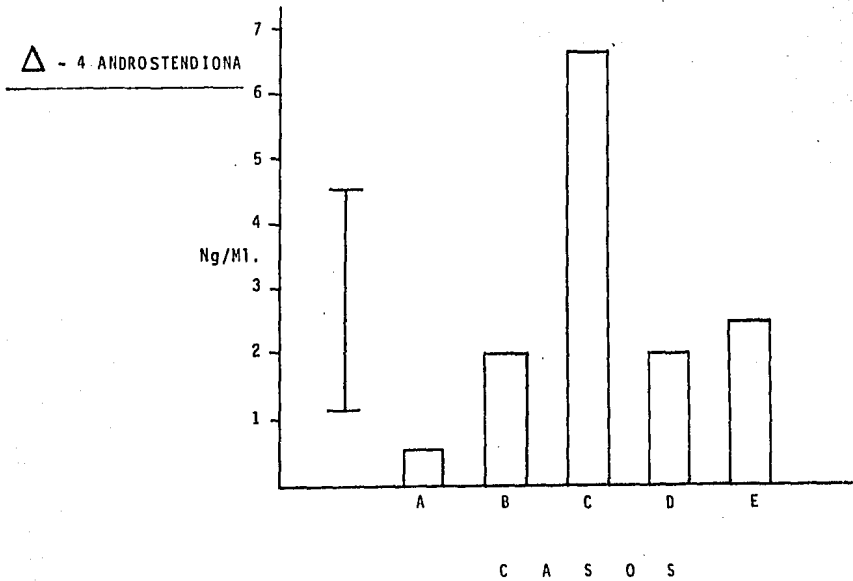


FIG. No. 5

ANDROSTENDIONA

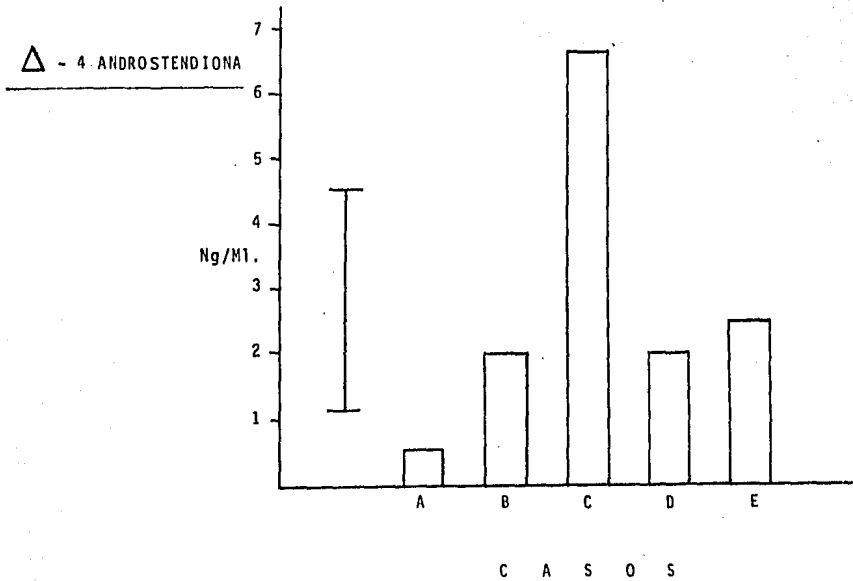


FIG. No. 5

ANDROSTENDIONA

TESTOSTERONA

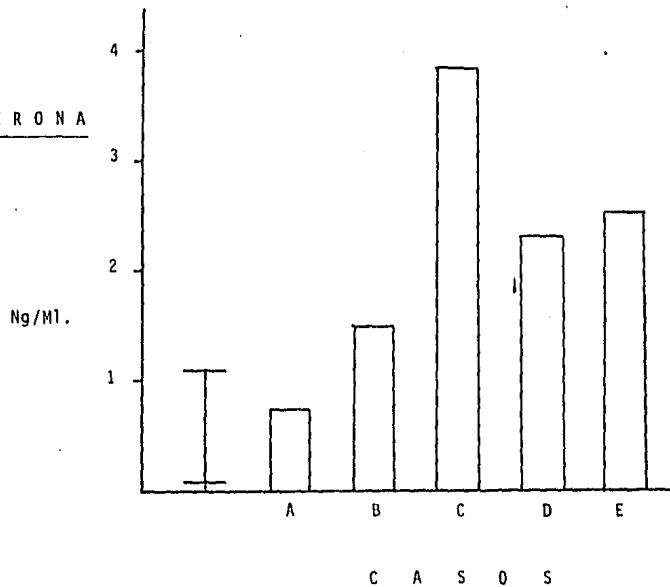


FIG. No. 6 TESTOSTERONA

En relación al tratamiento actual, 36 pacientes - recibieron tratamiento; la mitad de ellas sólo antiinflamatorio, el resto, antiinflamatorio asociado a diurético y en sólo dos casos se empleó la combinación antiinflamatorio más diurético más progestágeno, además de emplear las medidas higiénico-dietéticas en todas las pacientes estudiadas.

CONCLUSIONES. -

1. El presente trabajo permite una revisión bibliográfica amplia y reciente sobre el tema, proporcionando un - - auxiliar importante para la investigación rápida y objetiva, al alcance del médico interesado.
2. Se delimita el perfil clínico de la patología, haciendo especial énfasis en los factores epidemiológicos, - lo que resulta particularmente útil, ya que no existen comunicaciones previas desarrolladas en nuestro medio.
3. Se establece una retroalimentación adecuada entre el - médico de primer contacto que refiere a la paciente y el tratante especialista, al enunciar los aciertos y - errores en el diagnóstico de envío.
4. En el perfil clínico se aprecia una menarca relativamente tardía, la paridad es relativamente importante, al igual que la lactancia, sin poder establecer una corelación de tipo etiológico con la entidad estudiada.
5. En el análisis de las patologías mamarias previas o coexistentes se hace manifiesto lo ya conocido previamente en relación a la frecuencia de presentación de las patologías benignas y malignas.
6. Referente al cuadro clínico, no existen prácticamente diferencias en relación a lo previamente establecido - en el estudio de la patología.

7. En el análisis de los estudios paraclínicos se puede concluir que: la citología es poco específica en el diagnóstico de MFQ, sin embargo su utilidad reside en la posibilidad de poder descartar patología maligna; se apreció la utilidad de la mastografía en el diagnóstico de MFQ, y su importancia como un método adecuado para descartar patología sospechosa de malignidad o como indicativo de la biopsia, la cual permitió confirmar en la mayoría de las pacientes el diagnóstico definitivo, además de otras menos comunes, incluyendo al carcinoma.
8. Los resultados obtenidos en las determinaciones hormonales del líquido de los quistes no son concluyentes y quizás posteriores investigaciones en este campo puedan dar mayor luz a la investigación de la patología; por otra parte, reporta hallazgos ya referidos anteriormente.
9. Como puede apreciarse, la tendencia general en nuestro hospital, es la de emplear el medicamento más útil, -- con menores efectos secundarios y de menor costo, condiciones satisfechas por los esquemas de solo antiinflamatorios o asociados a diuréticos.
10. Finalmente, creemos que el trabajo realizado puede dar pauta a futuras investigaciones en el campo tan amplio de la mastopatía fibroquística.

B I B L I O G R A F I A

1. Scanlon, E.F.: "The early diagnosis of breast cancer".
Cancer: 1981; 48:523-26.
2. Haagensen, C.D.: "Disease of the breast"
2nd. edition. Saunders 1971.
3. Greenblat.: "Disease of the breast".
Clinical Obstetric and Gynecol. Vol.25 #2, Jun. 1982.
4. Angeli, A. and Dogliotti L.: "Fibrocistic disease of the
breast. A revisit and new perspectives" Excerpta medica,
1984.
5. Brissaud, E.: "Anatomie pathologique de la maladie - -
Kisttigue des mammelees". Arch Physiol Norm Pathol 3,
98 (1884).
6. Schimmelbusch, C.: "Das cystadenom der mamma".
Arch Clin Chor 44: 117-134 (1892).
7. Koning, F.: "Mastitis chronica cystica".
Zentralbl. Chir. 20; 49 (1893).
8. Frantz VK, Pickren J.W., Melcher G.W. Auchincloss H.Jr.
"Incidence of chronic cystic disease in so-called "normal
breast". A study based on 225 postmortem examinations".
Cancer 4, 762-768, 1951.
9. Marx, E.Schulz, H. Maecker, R.: "Klinische bewertung der -
epithelproliferation in gutartigen mamma tumorem un ---
mastopathien"

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA ⁵⁹⁾

Bruns Reith Klin. Chir. 217; 220-231 (1969).

10. Cole, P. Elwod, J.M., Kaplan S.D.: "Incidence rates and -- risk factor of benign breast neoplasm". Am J. Epidemiol. 108; 112-120 (1978).
11. Oberman, H.A., French A.J.: "Chronic fibrocystic disease of the breast" Surg. Gynaec. Obstet. 112; 647-652 (1961).
12. Pilnix S. Leis H.P. Jr.: "Clinical diagnosis of breast -- lesions" In: "The Breast" Ed. By Gallager H.S. Leis H.P. Jr. Syndermark, Urban J.A. Meos; Saint Louis 1978.
13. Kramer W.M. Rush, B.F.: "Mammary duct proliferation in the elderly: A histopathologic study" Cancer 1973; 31:130-7.
14. Semb C.: "Pathologico-anatomical and clinical investigations of fibroadenomatosis cystica mammae and its relation to other pathological conditions in the mamma, especially cancer" Acta Chir Scand, 64 (suppl.10) 1, 1928.
15. Love Susan: "Fibrocystic "disease" of the breast-A nondisease". The new England Journal of Medicine. Oct. 14, 1982.
16. Helmuth Vorrer: "Fibrocystic breast disease: pathophysiology, pathomorphology, clinical picture and management" Am J. Obstet. and Gynecol. Jan. 1986.
17. Goormaghtigh, N. Amerlinck, A.: "Réalisation expérimentale de la maladie de Reclus de la mamelle chez la souris" Bull Ass Fr. Et. Cancer 19, 527543, 1930.

18. Geschickter, C.F.: "Breast pathology in relation to endocrine disorders" IN: The ciclopedia of medicine. Davis, Philadelphia 1939.
19. Melis, G.B.: "Clinical and endocrinological features of benign breast disease." In: Fioretti, Martini, Melis EDS. serona, Simposium # 39. The menopause: Clinical andocrinological and pathophysiological aspects." London Academic press, 1982: 247-61.
20. Bruning, et.al. 1983: "Hormone profiles in premenopausal benign breast disease" 3rd. EORTC. Breast cancer -- worcking conference, Amsterdam, Abstract 7.
21. Tarquini, et.al. 1979: "Circadian mesor hiperprolactinemia in fibrocystic mastopathy." Am J. Med. 66:229-237.
22. Peters, et.al, 1984: "Serum prolactin in p-tients with fibrocystic breast disease" Obstet and Gynecol In Press.
23. Cole, 1977: "Serum prolactin concentrations in benign - - breast disease throughtout the menstrual cycle". Eur. J. Cancer, 13: 597-598.
24. Tarquib, 1980: "Circadian variations of serum PRL and TSH of women. In health or with mammary carcinoma, fibroadenoma or fibrocystic mastopathy" Int. J. Chronobiol 7, 101-115.
25. Shafie, 1977: "Effect of prolactin on growth and the - estrogen receptor level of human breast cancer cells". (MCF-7). Cancer Res 37, 792-797.

26. Horwitz, 1978: "Estrogen control of progesterone receptor in human breast cancer correlation with nuclear -- processing of estrogen receptor". Biol. Chem. 253:2223-28.
27. Minton J.P., 1979: "Response of fibrocystic disease to caffeine with drawl and correlation if cyclic nucleotids with breast disease". Am J. Obstet Gynecol. 1979, 135:157-158.
28. Azzopardi: Fibrocystic disease of the breast in: "Problems in breast pathology". W.B. Saunders, 1979.