

11217
69
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA
I. M. S. S.**

120

**CITOLOGIA DIAGNOSTICA EN LA PATOLOGIA
DE LA MAMA.
CORRELACION CITOLOGICA**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
DR. ARTURO QUINTERO DE SILVA**

ASESOR: DR. JOSE RODRIGUEZ IBARRA



IISS

MEXICO, D. F.

1987

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INTRODUCCION:

El diagnóstico de las alteraciones patológicas de la mama en la mujer, estaba antes supeditado exclusivamente a la inspección, a la palpación y al examen histológico tras una biopsia. En cualquier caso era inevitable un acto operatorio, cuya consecuencia era que muchas mujeres se veían sometidas a múltiples biopsias en el curso de su vida, lo que no solo llevaba consigo repercusiones estéticas, sino también modificaciones en la consistencia - (transformaciones cicatrizales hísticas).

La introducción de la mamografía y su utilización generalizada y habitual, así como la termografía y de otros métodos de diagnóstico en la patología de la mama no han supuesto más que solo métodos complementarios de la clínica. El traumatismo del tejido mamario por biopsia es desfavorable para el diagnóstico mamográfico, sobre todo en la observación a largo plazo. Así pues, según este método todas las biopsias no imprescindibles son desfavorables. Por otra parte, la mamografía y la termografía proporcionan a menudo hallazgos tan evidentes (aunque sean indirectos), que puede evitarse la biopsia quirúrgica, antes inevitable. No obstante, queda cierta sensación de inseguridad en cuanto a los porcentajes de error de los métodos indirectos: ¿Es realmente fiable el hallazgo presuntamente irrelevante obtenido por mamografía, Xerografía o termografía?, ¿se puede prescindir realmente de realizar una biopsia? o, por el contrario, ¿está verdaderamente justificada la sospecha establecida radiológicamente de un carcinoma?

La citología mamaria viene a llenar estas lagunas entre los métodos diagnósticos indirectos y el diagnóstico histológico a partir del tejido obtenido quirúrgicamente. Permitiendo la obtención de material celular sin gran perturbación de la integridad hística, y con ello la valoración microscópica directa de determinadas porciones de tejido.

La obtención de material para estudio citológico

en lugar de la biopsia quirúrgica no solamente evita una alteración somática y psíquica, sino que carece además de repercusiones sobre futuros hallazgos en la mamografía.

El valor de este método en el marco del diagnóstico de la patología mamaria depende de tres puntos del correcto establecimiento de la indicación, de la técnica adecuada para la obtención de la muestra y, sobre todo, de la fiabilidad del hallazgo citológico. Solamente los conocimientos y experiencias adecuadas, ligadas a un espíritu crítico siempre abierto, justifican la introducción de la citología como método diagnóstico en la patología mamaria.

El objetivo fundamental del presente trabajo es el de demostrar la utilidad de la citología mamaria, así como, reconocer cual es la confiabilidad de la prueba en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 3 del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S. Y cuales han sido las fallas o deficiencias que se han presentado y que impiden que se realice la citología mamaria en una forma más amplia.

TECNICAS CITOLOGICAS:

Es conocido que hay una serie de procesos o - circunstancias que pueden producir secreción por el pezón, o telorrea, y estas secreciones han permitido iniciar los estudios citológicos de una serie de procesos patológicos, que posteriormente se ampliaron no solo a las secreciones espontáneas o provocadas, sino a la toma directa, agresiva, por punción-aspiración citológica de las zonas - sospechosas de posible patología, con lo que la citología mamaria se ha visto tan extraordinariamente enriquecida.

En terminos generales, según los reportes de varias series autores^{1,2,3,4}, la citología es exacta en más de un 90% de los diagnósticos; se producen de 5 a 10% de diagnósticos falsos negativos frente a los tumores malignos, y de 2 a 4% de diagnósticos falsos positivos ante los tumores benignos.

El porcentaje de los frotis no valorables será cada vez menor en la medida que el personal encargado de obtener las muestras desarrolle mayor pericia; por lo que se recomienda que sea un mismo personal el que realice las tomas. En orden de - exactitud, con los mayores aciertos se asocian las tomas por impronta; le siguen las punciones, y por último las tomas por secreción.

Por lo tanto, la idea, muy extendida, de que la punción - aspiración solo es útil para la evacuación de los quistes mamarios es un gran error, que por desgracia sigue existiendo en la mente de muchos médicos.

Son tres las formas en que se puede obtener material para realizar un estudio citológico sobre la mama:

SECRECION: Cuando existe de forma espontánea, o cuando se consigue provocándola, por presión de la mama, desde la base hacia el pezón, simplemente se recogerá con el portaobjetos la gota exteriorizada y se procederá a la fijación y tinción correspondiente, pero es muy recomendable limpiar

previamente el pezón con algodón humedecido con suero fisiológico, para eliminar detritus que suelen estar acumulados en la zona apical del pezón, e incluso no utilizar la primera gota de secreción sino recoger el producto posterior de dicha gota.

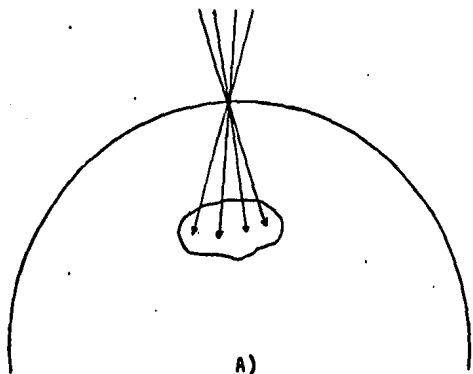
El inconveniente de este tipo de toma citológica es que solo un 14.1% de los procesos patológicos de la mama producen secreción .

PUNCION CITOLOGICA: Cuando ni espontaneamente ni por expresión se obtiene secreción y existe una zona tumoral o sospechosa, la punción de la zona se realiza fijando ésta con una mano, previa aseptización del campo, y mediante una jeringa de 5 ml, (ya que es más facil de manejar que una jeringa de 20 ml.) y aguja fina de 0.65 X 32 mm, o con la pistola especial portajeringas de Cameco. Generalmente no se usa anestésico, aunque algunos autores lo recomiendan (Ambrosini y cols.,1983; Nafier, 1985) la aplican en forma sistemática, cuando menos como anestesia local.

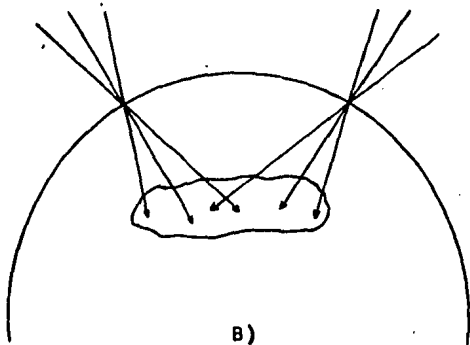
Una vez introducida la aguja en la masa o zona de estudio, se retira parcialmente la aguja, aspirando al mismo tiempo, se deja bajo el émbolo, y se dirige en otra dirección, repitiendo esta maniobra de semiretirar la aguja aspirando, y bajando el émbolo cada vez, unas tres veces. Por fin se extrae totalmente la aguja. Su contenido que estará llenando la aguja, se propulsará, presionando el émbolo de la jeringa, sobre un portaobjetos. Con la misma aguja paralelamente al portaobjetos, se puede extender el material obtenido y se pasará a la correspondiente fijación y tinción.

La ventaja de este sistema estriba en que con él se puede estudiar todo nódulo detectable clínicamente o por cualquier medio instrumental, mientras que, por secreción, es reconocido que solo un 10% de los tumores producen secreción, y por lo tanto, el 90% de los tumores no pueden ser estudiados por este medio.

IMPRONTA PEROPERATORIA: Otra posibilidad de toma citológica, es la toma directa, por impronta



A)



B)

Figura 1. Esquema de la Punción de un tumor. A) Técnica de la punción única. B) Técnica de la punción múltiple.

peroperatoria de las superficies tumorales o de zonas sospechosas biopsiadas. Se raspa con el bisturí la superficie de corte, y el material obtenido se desliza sobre el portaobjetos, procediendo a la fijación y a una tinción rápida.

Solo los casos en los que se procede a la técnica operatoria son candidatos para el estudio por este método, o sea, que resulta limitado, y no puede emplearse más que en un reducido número de pacientes.

En general, somos partidarios de la punción-aspiración, pero si se produce secreción también recogemos ese material y lo estudiamos citológicamente.

TECNICAS DE FIJACION: La fijación de las tomas de citología mamaria no difiere de las muestras obtenidas en otras localizaciones. Es decir, se puede emplear el alcohol-eter, la acetona o los preparados en nebulizador.

TECNICAS DE TINCION: Son múltiples las distintas técnicas de tinción que se emplean para la citología mamaria. Fundamentalmente, hoy en día se utilizan la de Papanicolaou, original o modificada la de Giemsa y la hematoxilina.

Nosotros empleamos la de Papanicolaou en las tomas por secreción y por punción. Exponemos a continuación dicha técnica:

Alcohol 80	
Alcohol 70	
Alcohol 50	
Agua bidestilada	
Hematoxilina	1 minuto.
Tres veces agua destilada	
Alcohol 50	
Alcohol amoniacal	1 minuto.
Alcohol 70	
Alcohol 80	
Alcohol 96	
Colorante OG-6	1 1/2 minutos.
Tres veces alcohol 96	
Colorante EA-50	7 Minutos.

Tres veces alcohol 96
Dos veces alcohol absoluto
Alcohol absoluto + Xilol (50%-50%)
Dos veces Xilol
Una gota de resina sintética
Se cubre con un cubreobjetos.

COMPLICACIONES: La complicación que se presenta ocasionalmente al practicar una punción con una aguja fina es la producción de hemorragias pequeñas. Con formación de hematomas clínicamente visibles en un 30% de estos casos; pero no se trata de complicaciones serias. Las hemorragias son menos frecuentes en el tumor mismo que en el tejido adiposo situado entre aquél y la piel. Por razones de seguridad, debe ejercerse presión con una torunda de gasa sobre el punto de la punción durante 5 minutos después de realizada ésta. Y de esta manera pueden evitarse la mayoría de los hematomas de la zona de punción.

Un problema frecuentemente discutido es el arraste o siembra de células tumorales por la punción de un carcinoma.

El arrastre de estas células al conducto de la punción, con el peligro de metástasis por implantación, tiene poca importancia, ya que el establecimiento del diagnóstico ira seguido en breve plazo de la terapéutica operatoria. Teóricamente, sin embargo, existe el peligro de una siembra de células tumorales a través de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Berg y Robbins en 1962, reportaron durante un periodo de observación de 15 años, de dos grupos de 370 enfermas cada uno, en uno de los cuales se practicó punción antes de la mastectomía radical, en tanto que en el otro se operó sin punción. Con un índice de supervivencia que fué igual para ambos grupos⁶. Por tanto, la citología por aspiración puede considerarse como un método inocuo para las pacientes. En cuanto a la diseminación de células tumorales, es con seguridad menos peligrosa que la extracción quirúrgica de un trozo de tejido con fines diagnósticos.

PAPEL DE LA CITOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DEL CANCER DE LA GLANDULA MAMARIA:

La citología constituye un medio importante, y quizá clave, en el diagnóstico temprano de los tumores malignos de la mama.

Puede permitir el diagnóstico de una tumoración maligna que, siendo todavía pequeña, sin identificarse clínicamente como tal, produzca secreción por el pezón.

También en casos de nódulos que ni clínica ni radiológicamente produzcan signos de malignidad, ni directos ni indirectos, la punción-aspiración puede mostrar una citología atípica.

Las extensiones citológicas de los procesos malignos de la mama, sean obtenidas por secreción, por punción o por impronta, mostrarán las características celulares generales de malignidad.

DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE LOS CARCINOMAS: Describiremos inicialmente la substancia de fondo de la muestra y posteriormente los elementos celulares que componen ésta.

SUBSTANCIA DE FONDO: En general suele mostrarse "sucia", tanto más si la toma se ha realizado por secreción. Ello es debido a los productos de necrosis celular de la propia tumoración y el estancamiento en el árbol galactofórico y su recorrido hasta exteriorizarse por el pezón. Existen frecuentemente substancia fibrinosa y hematíes en distintos grados de conservación.

ELEMENTOS CELULARES: Células galactofóricas malignas. El elemento clave es la célula galactofórica maligna, que suele aparecer formando placas densas irregulares. En el caso de malignidad, la ordenación celular de dichas placas es anárquica e irregular, no hay polaridad predecible de ningún tipo, hecho que diferenciará estas placas de las que encontramos por ejemplo en los fibroadenomas. Estas placas están compuestas por una grán densidad celular. Los núcleos son inmaduros, grandes,

y los citoplasmas indiferenciados, escasos, lo que produce sensación de apelonamiento y densidad celular.

Las células atípicas también podemos observarlas aisladas, sin formar estas placas que hemos descrito. Un tumor que produce este tipo de elementos, atípicos, bien distintos de los núcleos sueltos, así dispuestos, es el escirro.

Cuando las células aparecen desprendidas de estas placas, tienden a perder su citoplasma, y encontramos entonces núcleos sueltos, habituales en las extensiones citológicas tomadas de los fibroadenomas, caso en que serían todos muy uniformes.

CARACTERISTICAS DEL NUCLEO: La impresión general es de anisonucleosis, con una relación nucleocitoplasma claramente aumentada a favor del núcleo de manera que se mostrarán aumentados de tamaño, aunque en diferente grado unos de otros. La cromatina es densa, tosca, mal repartida y con tendencia a acumularse hacia la membrana nuclear, que aparecerá reforzada y de línea irregular. Suelen evidenciarse los nucléolos, que alcanzan a veces tamaños muy notables.

En alguna ocasión vemos figuras de mitosis atípicas, pero es un hecho no muy frecuente, como no lo es tampoco el hallazgo masivo de grandes monstruosidades citológicas.

CARACTERISTICAS DEL CITOPLASMA: En general, los citoplasmas tienden a ser escasos, con tendencia de la coloración hacia la cianofilia, aunque no es infrecuente comprobar el fenómeno de la policromasia.

ASPECTOS DE INTERES EN LA CITOLOGIA MAMARIA:

Toda secreción por el pezón debe ser aprovechada para realizar un estudio citológico. Algunos autores sin embargo, opinan que el examen citológico sistemático debería limitarse solo a las secreciones con sangre. "Ya que el cancer es raro en casos de secreciones sin sangre y es difícil de detectar en los frotis citológicos de dichas

secreciones, el examen citológico sistemático de todas las secreciones por el pezón sería muy costoso" 7.

Todo quiste deberá ser puncionado y estudiado citológicamente de su contenido, previa centrifugación.

Todo nódulo palpable deberá ser puncionado y aspirado con aguja para estudio citológico.

Todo nódulo radiológico debe seguir este mismo proceso.

Si existe un nódulo y existe secreción por el pezón, debe tomarse la secreción para el estudio citológico, pero no por ello se ha de omitir la punción-aspiración citológica del nódulo en cuestión.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO CITOLOGICO⁴:

CITOLOGIA POR SECRECION: Con clínica y radiología de carcinoma, si la citología resulta positiva es un carcinoma.

Sin tumor palpable, ni imagen radiológica, de carcinoma, con citología positiva, deberán repetirse las tomas; quizá estamos descubriendo un tumor de mínimas dimensiones, pero que ya secreta.

Sin tumor palpable, ni imagen radiológica y citología sospechosa, perseguir el caso. Puede tratarse del caso anterior o de una lesión incluso precancerosa.

Con tumor palpable o imagen radiológica sospechosa y citología negativa no tiene valor. Repetir la toma.

CITOLOGIA POR PUNCION: UN nódulo clínica y radiológicamente benigno, con citología benigna, - puede operarse sin estudio histológico preoperatorio.

Un nódulo clínica y radiológicamente maligno, con citología maligna, se puede tratar sin biopsia previa.

Un carcinoma inflamatorio clínica, radiología y citología positivas, permite la radioterapia sin

biopsia previa. La cirugía está contraindicada.

Un tumor sobre cicatriz de mastectomía con citología positiva permite la radioterapia sin biopsia previa.

Una citología ganglionar positiva puede condicionar la terapéutica.

Así, la citología puede permitir la emisión de un diagnóstico de malignidad tan seguro como el histológico, pero, como ya mencionamos anteriormente, ello requiere una toma correcta, del lugar preciso de la lesión, con material suficiente, un procesamiento adecuado de la muestra, y experiencia adecuada del citólogo.

Sin duda, la citología tiene más valor en la positividad que en la negatividad, y siempre es necesaria la correlación clínica y radiológica, y si no hay concordancia o existen dudas, se impone el estudio histológico.

Si difícil resulta el etiquetar correctamente por estudio anatomopatológico los cánceres de la mama, no dudamos en que mucho más lo será el hacerlo a través del estudio citológico, es decir que el diagnóstico de "carcinoma", por regla general, no es difícil, tanto por histopatología como por citología, pero no ocurrirá así cuando pretendamos establecer la subclasificación del tumor, y no podemos pedir a las técnicas más de lo que pueden dar de sí.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los archivos del departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Gineco-Obstetricia # 3 del Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México D.F. En el período comprendido entre septiembre de 1985 a septiembre de 1986.

Se extrajeron 30 casos de pacientes con lesiones mamarias que contaban con estudio citológico mamario de muestras obtenidas por secreción o por punción-aspiración. Muestras tomadas en la misma unidad hospitalaria, por los médicos adscritos y por el personal en período de adiestramiento de los servicios de Oncología Ginecológica y de Ginecología durante el lapso antes mencionado.

Asimismo, dichos casos contaban con estudio de tipo histopatológico de material obtenido ya sea por excisión o por mastectomías practicadas en la unidad, por el personal médico adscrito al servicio de Oncología Ginecológica.

Las muestras para estudio citológico mamario tanto por secreción como las obtenidas por punción-aspiración fueron fijadas en un portaobjetos, al momento de la toma mediante la aplicación de spray de alcohol.

Posteriormente fueron pasadas al servicio de Anatomía Patológica donde se procesaron con el método de Papanicolaou ya descrito anteriormente (página # 9).

Las muestras de Citología mamaria fueron evaluadas por la citotecnóloga del servicio, bajo la supervisión del jefe del departamento clínico y por un médico adscrito, patólogo del servicio.

Los reportes de dichos estudios de citología mamaria fueron hechos en base a los hallazgos de malignidad, sugestivos de malignidad o sospechosos y, sin datos de malignidad.

Las piezas para estudio histopatológico fueron procesadas en el servicio de Anatomía Patológica, con las técnicas habituales, y posteriormente, e--

valuadas en forma conjunta por los dos médicos patólogos que antes habían revisado las citologías mamarias.

Los reportes de histopatología fueron hechos en base al diagnóstico definitivo de malignidad y el tipo histológico de ésta, y en los casos de benignidad: las lesiones encontradas, junto con el diagnóstico histopatológico de las mismas.

Se hizo la correlación entre los reportes de la citología mamaria y los reportes de histopatología de los casos seleccionados.

Se tomó el diagnóstico histopatológico como el de certeza a malignidad. La enfermedad maligna de la mama fué usada como básica en el estudio, y - posteriormente, se aplicaron los métodos estadísticos adecuados para sacar el grado de sensibilidad, de especificidad y el valor predictivo a resultado positivo; para así saber, el grado de confiabilidad de la citología mamaria en nuestro Centro Hospitalario.

RESULTADOS:

De los 30 estudios citológicos efectuados, 4 correspondieron a muestras mal obtenidas, por una técnica deficiente; siendo el material enviado para estudio citológico, inadecuado para el diagnóstico. Estos casos fueron excluidos del estudio, ya que no reunían los criterios de inclusión, al no contar con reporte de diagnóstico citológico, no fué posible su correlación con los hallazgos de histopatología (Cuadro 1).

De las 26 muestras restantes, 19 de ellas, la citología mamaria se reportó como positiva a malignidad; 7 citologías fueron reportadas como negativas a malignidad y ninguna sospechosa.

Los reportes de los estudios histopatológicos de los 26 casos seleccionados, correspondieron a 17 reportes de enfermedad maligna de la mama, y 9 casos se reportaron como enfermedades benignas de la mama.

	CASOS	EXACTITUD
COLEMAN	347	92.8 %
VILAPLANA	600	89.7 %
FERNANDEZ-CID Y COLS.	553	96.1 %
FRABLE W.J.	853	95.0 %
RODRIGUEZ Y QUINTERO	26	84.2 %

CUADRO 1.

FROTIS NO VALORABLES.

FRABLE W.J.	5.3 %
COLEMAN	4.0 %
FERNANDEZ-CID Y LÓPEZ MARÍN	24.1 %
SCHÖNDORF H.	7.0 %
RODRIGUEZ J. Y QUINTERO A.	13.3 %

CUADRO 2.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

De los 17 reportes de malignidad por histopatología 16 correspondieron a un Carcinoma Intraductal Infiltrante. Y un solo reporte de Carcinoma Coloide.

De los 9 reportes de benignidad, por histopatología, 5 correspondieron a una enfermedad fibroquística de la mama, 2 casos de papiloma intraductal, un fibroadenoma pericanalicular y una hiperplasia epitelial.

Se encontró una correlación en los diagnósticos citológicos e histopatológicos, incluyendo a las lesiones malignas y a las benignas en un total de 21 casos en la serie.

El total de casos positivos a malignidad tanto por citología mamaria como por el estudio histopatológico de la pieza, fué de 16 casos. Asimismo, el total de pacientes negativos a malignidad por citología, así como por histopatología, fué de 6 casos. El número de falsos positivos fué de 3, y correspondieron a aquellos casos en los cuales la citología mamaria se reportó como positiva a malignidad, y que por histopatología fueron reportadas como lesiones benignas. Finalmente, los casos falsos negativos, fué de solamente uno; que fué reportado como benignidad en la citología mamaria, y como maligno en el estudio histopatológico definitivo de la pieza (Cuadro 3).

Al aplicar el tratamiento estadístico (Cuadro 4), el grado de sensibilidad de la citología mamaria en nuestro trabajo fué de 94.1%, la especificidad de un 66.6%, y el valor predictivo a resultado positivo fué de 84.2% en relación con el reporte definitivo de histopatología.

DISCUSION:

Primeramente consideramos de interés comentar que las 4 muestras recolectadas deficientemente, y reportadas posteriormente como inadecuadas para diagnóstico citológico, todas tuvieron un reporte de benignidad en el diagnóstico final de histopa-

VALOR PREDICTIVO DE LA CITOLOGÍA MAMARIA:

RESULTADOS	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
PACIENTES CON CARCINOMA	16	1	17
PACIENTES SIN CARCINOMA	3	6	9
TOTAL	19	7	26

CUADRO 3.

VALOR PREDICTIVO DE LA CITOLOGÍA MAMARIA:

RESULTADOS	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
PACIENTES CON CARCINOMA	16	1	17
PACIENTES SIN CARCINOMA	3	6	9
TOTAL	19	7	26

CUADRO 3.

SENSIBILIDAD = POSITIVO EN LA ENFERMEDAD:

$$\frac{TP}{TP + FN} \times 100 = 94.1 \%$$

ESPECIFICIDAD = NEGATIVO EN LA ENFERMEDAD:

$$\frac{TN}{TN + FP} \times 100 = 66.6 \%$$

VALOR PREDICTIVO A RESULTADO POSITIVO:

$$\frac{TP}{TP + FP} \times 100 = 84.2 \%$$

CUADRO 4.

tología. Por lo que, quizá la técnica de obtención de la muestra fué defectuosa; pero quizá también la selección del paciente fué mal realizada.

Por otro lado, el hecho de encontrar 4 pruebas inadecuadas para el diagnóstico citológico, de una totalidad de 30, habla de que el personal requiere mayor entrenamiento para la obtención de las muestras para estudio citológico mamario. Motivo por el cual, consideré de importancia incluir las técnicas de obtención de la muestra para estudio citológico mamario en el presente trabajo.

Ahora bien, 30 estudios citológicos practicados preoperatoria o pre-biopsia excisional, son pocos, pero, tomando en cuenta, que el servicio de Oncología Ginecológica es relativamente nuevo en el Hospital y que no fué sino, a partir de septiembre de 1985, posterior al sismo sufrido en esta ciudad de México D.F. Y que hizo que se perdiera el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social que aumentó el número de pacientes con patología mamaria que acudían con anterioridad a dicho servicio en este Centro Hospitalario. Sin lograr aún una afluencia adecuada de estos pacientes. El presente trabajo, es un estudio piloto, de la citología mamaria como método diagnóstico de la patología mamaria, y de nuestras experiencias iniciales con dicho método diagnóstico.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos son buenos, tomando en cuenta los reportados por otros autores (Cuadro 1).

Anteriormente a la formación del servicio de Oncología Ginecológica en este Hospital, las citologías mamarias que se realizaban, correspondían a muestras obtenidas por secreción espontánea por el pezón, y algunas punciones-aspiración en un tipo de pacientes con patología mamaria generalmente benigna. Y los casos que presentaban algún tipo de malignidad, eran enviados para su tratamiento al servicio de Tumores de Mama del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, con lo que,

no contábamos con una retroalimentación adecuada, sobre nuestra actuación con este estudio citológico mamario.

CONCLUSIONES:

El presente trabajo demuestra la valía de la citología mamaria, en el diagnóstico de la patología de la mama, y muestra asimismo, su alta confiabilidad diagnóstica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México D.F.

También deseamos que este estudio sirva para alentar a los médicos para que utilicen esta prueba diagnóstica citológica, no solamente aquí en este Centro Hospitalario, sino, en cualquier otro hospital donde se cuente con los requisitos para efectuarla con un alto grado de confiabilidad, y que son: una buena selección del paciente; una técnica adecuada para la obtención de la muestra; un procesamiento correcto de ésta; y un citólogo con experiencia en el diagnóstico citológico de la mama.

Sabemos por la gran bibliografía y los múltiples reportes que en ésta se encuentran al respecto, que existe un cambio de actitud, de parte de los médicos que enfrentan el problema del diagnóstico de las diversas patologías que afectan a la glándula mamaria, al respecto de la utilización de la citología mamaria con fines diagnósticos.

El presente trabajo, es un estudio inicial, para nuestro hospital, en lo que se refiere a sus primeras experiencias con la citología mamaria como método diagnóstico, y que, como era de esperarse, se encontraron deficiencias en cuanto a las técnicas de obtención de las muestras y quizá en la selección de los pacientes. Los resultados obtenidos son lo suficientemente halagadores como para incitar el seguir utilizando ésta prueba de diagnóstico y sirva además para dar una mayor difusión a la misma.

INDICE:

INTRODUCCION	4
TECNICAS CITOLOGICAS	6
Secreción	6
Punción Citológica	7
Impronta Peroperatoria	7
Técnicas de Fijación	9
Técnicas de Tinción	9
Complicaciones	10
PAPEL DE LA CITOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DEL CANCER DE LA GLANDULA MAMARIA	11
Diagnóstico Citológico de los Carcinomas.	11
Substancia de Fondo	11
Elementos Celulares	11
Características del Nucleo	12
Características del Citoplasma	12
ASPECTOS DE INTERES	12
CRITERIOS DE DIAGNOSTICO CITOLOGICO.	13
Citología por Secreción	13
Citología por Punción	13
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	16
DISCUSION	19
CONCLUSIONES	23

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Frable W.J. Needle Aspiration of the Breast. Cancer 1984; 53: 671-676
- 2.- Vorherr H. Breast Aspiration Biopsy. Am J Obstet Gynecol 1984; 148 (2): 127-133
- 3.- Schöndorf H. Aspiration Biopsy of the Breast. Philadelphia: WB Saunders Co., 1979; 128-135
- 4.- Fernandez-Cid A. Patología Mamaria. Barcelona España: Salvat Editores, S.A., 1982: 123-127 359-365
- 5.- Kopans D.B. "Early" Breast Cancer Detection Using Techniques Other Than Mammography. AJR 1984; 143: 465-468
- 6.- Berg J.W., Robbins G.F. A Late Look at the Safety of Aspiration Biopsy. Cancer 1962; 15: 826-830
- 7.- Ciatto S., Bravetti P., Cariaggi P. Significance of Nipple Discharge Clinical Patterns in the Selection of Cases for Cytologic Examinations. Acta Cytol (Baltimore) 1986; 30(1): 21-24
- 8.- Gentling J. Fine Needle Aspiration an Aid to Breast Diagnosis. NC Med J 1985; 46(9): 481-482
- 9.- Griffith C.N., Kern W.H., Mikkelsen W. Needle Aspiration Cytologic Examination in the Management of Suspicious Lesions of the Breast. Surg Gynecol Obstet 1986; 162 (2): 142-144
- 10.- Haagensen C.D. Diseases of the Breast. Ed 2. Philadelphia: WB Saunders Co., 1971: 172-175