

11226 54
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CLINICA ORIENTE
I.S.S.S.T.E.

**FRECUENCIA DE PATOLOGIA MAMARIA EN
MUJERES DE 12 AÑOS EN ADELANTE DE LA
UNIDAD HABITACIONAL CABEZA DE JUAREZ.**

TESIS CON
VALOR DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

Medicina General Familiar

P R E S E N T A :

DR. GABRIEL ISLAS OSORIO



MEXIC, D. F.

1992.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

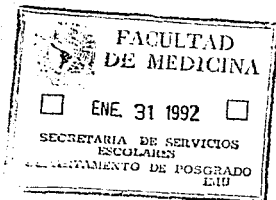
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

I N D I C E

	Pag.
I. MARCO TEORICO	4
1. Antecedentes	4
2. Problema	16
3. Justificación	18
4. Objetivos	19
II. METODOLOGIA	20
5. Diseño	20
6. Definición del Universo	20
7. Tamaño de la Muestra	20
8. Criterio de Inclusión	20
9. Criterio de Exclusión	20
10. Criterio de Eliminación	20
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSION	27
V. CUADROS	33
VI. ANEXOS	41
VII. BIBLIOGRAFIA	44



MARCO TEORICO.

Antecedentes.

La patologías que se asientan en la mama femenina son múltiples y de variada etiología, pero las más importantes son sin duda la hiperplasia quística y el carcinoma; la primera debido a su alta frecuencia y a su potencial maligno (9), y la segunda por su alta mortalidad.

La patología mamaria y su potencial maligno era ya conocido y estudiado desde el siglo XIX (3). Astley y Cooper en 1837 fueron los primeros en describir la mastitis quística con el nombre de " enfermedad hidatídica ". (2)

Sin embargo actualmente existe una clasificación detallada de la patología mamaria descrita hasta el momento y es la siguiente:

1. Inflamaciones.

- a) Mastitis aguda y absceso mamario.
- b) Ectasia ductal.
- c) Necrosis adiposa traumática.
- d) Galactocele.
- e) Enfermedad de Mondor.
- f) Granulomas por técnicas cosméticas.

2. Desequilibrios endócrinos.

- a) Fibrosis.
- b) Enfermedad quística.
- c) Adenosis esclerosante.
- d) Hiperplasia epitelial.
- e) Hipertrofia.

3. Tumores.

- a) Fibroadenoma.
- b) Cistoadenoma Filoideas.
- c) Papiloma intraductal.
- d) Adenoma del pezón.
- e) Lipoma.
- f) Leiomioma.
- g) Histiosarcoma fibroso.
- h) Tumores de las células de la granulosa.
- i) Carcinoma de mama.

La frecuencia con que se presenta cada una de las entidades referidas, difiere de un país a otro y depende de la edad, la raza, factores genéticos y ambientales, endócrinos entre otros (2) (3). Así, dentro de los padecimientos inflamatorios encontramos a:

a) Mastitis aguda y absceso mamario.

Son frecuentes durante la lactancia y raros en la mujer no lactante. Se presenta en el 2% de las mujeres poco antes del parto y durante la lactancia como resultado de pezones fisurados y del amamantamiento (3). En la mujer posmenopáusica son muy raros los abscesos y cuando ocurre son secundarios a la ectasia ductal (2). La metaplasia escamosa dentro de los conductos galactóforos mayores puede producir abscesos peria-reolares repetidos que puede drenar hacia las márgenes areolares o al sistema ductal. El carcinoma de mama puede presentarse en el 2% de los casos con eritema y tumefacción (1) (4).

Diagnóstico:

Es fundamentalmente clínico, pueden obtenerse cultivos del material extraído, están indicados la mamografía y la biopsia cuando la falta de evolución rápida de un absceso posparto o la presencia repetida de éstos, pues tendría que descartarse el carcinoma (1).

Tratamiento:

Medidas generales como: extracción de leche, compresas frías. El tratamiento farmacológico depende del germen causal. Se usa la dicloxacilina en el caso de Staphilococcus aureus, a razón de 500 mg cada 6 horas por 7 a 10 días, o en el caso de Streptococcus GPG a dosis usuales por 10 días. Cuando es grande el absceso se tendrá que drenar quirúrgicamente. En la metaplasia escamosa se extirparán los conductos anómalos (1) (2).

b) Ectasia ductal.

Es una enfermedad rara caracterizada por la dilatación de

conductos, espesamiento de las secreciones mamarias y reacción inflamatoria granulomatosa crónica pericanalicular e intersticial y a veces con infiltración de células plasmáticas. Es más frecuente en el quinto decenio de la vida y en mujeres que han parido. Su causa se desconoce pero se cree que depende del espesamiento de los restos lipídicos y del debilitamiento y ruptura de los conductos. Como apoyo a ésta hipótesis, el 50% de las pacientes presentan pezón invertido o agrietado o dificultades para amamantar a sus hijos (2) (3).

Diagnóstico:

Es clínico, corroborado por la dilatación de conductos en contrados en el estudio histopatológico (1).

Tratamiento:

Excisión de los conductos dilatados (2).

c) Necrosis adiposa.

Generalmente es secundaria a un traumatismo directo. La paciente refiere en su historia una contusión. Clínicamente se meja en mucho al cancer de mama. Puede producir una masa irregular, retracción de pezón y piel en cáscara de naranja (1).

Diagnóstico:

Es clínico y se fundamenta en el antecedente de un traumatismo local. La mamografía puede presentar signos sugestivos de carcinoma como calcificaciones en forma de nidos y densidad espiculada. La toma de biopsia presenta fibrosis entremezclada con macrófagos grasos, células gigantes, vacuolas grasas y restos necróticos, así como calcificaciones.

Tratamiento:

Excisión (2) (3).

d) Galactocele.

Es una dilatación quística de un conducto durante la lac-

tancia. La causa suele ser la obstrucción canalicular por inflamación, enfermedad fibroquistica o neoplasia. Pueden afectarse uno o ambos conductos formando quistes dolorosos que con tienen leche. Con el tiempo el quiste se endurece y disminuye el dolor. Puede formarse una mastitis o absceso secundario a contaminación bacteriana o no.

Diagnóstico:

La mamografía mostrará densidad quística, que al aspirarla contendrá leche líquida o material caseoso en la etapa de endurecimiento.

Tratamiento:

Tratamiento específico del factor desencadenante (1) (2) (3).

e) Enfermedad de Mondor.

Ocurre por la trombosis de la vena toracoepigástrica, que transcurre lateralmente a través de la mama. Clínicamente aparece un cordón fibroso subcutáneo que puede ser doloroso o -- asintomático. Cuando el cordón va pegado a la dermis produce un surco cutáneo sobre la mama, con retracción de la piel que se visualiza mejor con el brazo en abducción. Suele asociarse a intervenciones quirúrgicas locales o torácicas y se autolimi ta y resuelve con el tiempo.

A veces puede confundirse con el carcinoma mamario, por lo que deberá realizarse biopsia. Si el cordón atraviesa la -- axila, limita la movilidad de la espalda y puede requerir de la transección (1) (2) (3).

f) Granulomatosis.

Es una complicación poco frecuente, secundaria a la inyec ción intramamaria de parafina o silicona con fines estéticos. Los parafinomas se presentan como nódulos múltiples dolorosos (1).

Diagnóstico:

Clínico por el antecedente de las inyecciones intramamarias. La biopsia revela inflamación granulomatosa por cuerpo extraño alrededor de espacios que contienen una sustancia extraña incolora (1).

Tratamiento:

Excéresis (2).

2. Desequilibrios endócrinos.

a) Enfermedad fibroquística.

Actualmente se acepta casi en general que la mastopatía fibroquística es secundaria al aumento y modificación de los cambios mamarios periódicos que ocurren normalmente en el ciclo menstrual, aunque algunos autores no aceptan este criterio etiológico. No existen estadísticas aceptables de su incidencia, Haagensen, en E.U. calculó aproximadamente el 10% de la población en general. Algunos estudios en cadáveres femeninos demostraron que hasta el 29% tenían la enfermedad. El cuadro es raro antes de la adolescencia y rara vez o nunca aparece después de la menopausia. Sin embargo las lesiones premenopáusicas, pueden persistir hasta edad avanzada. La fibrosis pura suele ser rara y aparece en mujeres de 35 a 49 años, mientras la enfermedad quística aparece entre los 45 y 55 años y se dice que aparecen en el 7% de las mujeres (1)(2)(3)(4)(6)(9).

Diagnóstico:

Es clínico y cuando existe duda es recomendable realizar una punción. Actualmente nos valemos de la mamografía en la cual se observa densidad líquida dentro de la masa, o bien, mediante el ultrasonido mamario que es más específico y con el cual se puede hacer punción por guía ultrasonográfica para diagnóstico y tratamiento a la vez (8) (9).

Tratamiento:

Al puncionar el quiste se colapsa y eso es todo, se cita

en un mes para control. Si hay recaída se vuelve a puncionar y se realiza biopsia del material extraído, si causa recurrencia se hace extracción-biopsia. También se ha usado el Danaz.

b) Adenosis esclerosante.

Esta se caracteriza histológicamente por fibrosis intralobulillar y proliferación de conductillos de pequeño calibre o acinos. La lesión puede acompañarse de fibrosis y enfermedad quística y casi siempre se observa en mujeres entre los 35 y 45 años de edad. La adenosis tiende a ser unilateral más a menudo que la enfermedad quística, a menudo es focal en el cuadrante superoexterno de la mama. Sin embargo no es raro que tenga otra localización o que sea bilateral (1) (2).

Diagnóstico:

Puede ser difícil la diferenciación morfológica entre la adenosis y el cancer, de manera análoga, a veces es vaga la distinción clínica. La adenosis se caracteriza por producir una masa localizada y dura, moderadamente circunscrita, pero que no se separa netamente del parénquima mamario adyacente. Así pues, tiene muchos de los caracteres clínicos de los tumores malignos. En casos de adenosis bilateral o cuando hay quistes el diagnóstico clínico es fácil. El dolor espontáneo y a la palpación de la displasia, también puede ser caracter diferencial de esta entidad y las neoplasias. No predispone al carcinoma.

Tratamiento:

Si es grande y causa molestias: exéresis (2) (3).

c) Hiperplasia epitelial.

Es una variante de la enfermedad fibroquística que afecta los conductos y conductillos y cuyas lesiones predisponen al carcinoma. Se desconoce su verdadera incidencia.

Diagnóstico:

Se presenta en masas de contorno vago. En mujeres de todas las edades que rebasan los 35 años, pero más frecuentemente en aquellas que se encuentran entre los 35 y 45 años. El diagnóstico final se realiza mediante la biopsia de la masa.

Tratamiento:

Quirúrgico mediante exéresis (1).

d) Hipertrofia.

La hipertrofia uni o bilateral puede ocurrir a cualquier edad, posiblemente cuando el tejido mamario es excesivamente sensible a concentraciones elevadas de hormonas ováricas. Se puede observar en tumores ováricos funcionales, coriocarcinomas, tumores corticosuprarenales, e hipofisiarios. Al eliminar se estos focos vuelve a la normalidad. Histológicamente los cortes descubre estroma fibroso y proliferación de conductos y canaliculos (1) (2).

3. Tumores.

a) Fibroadenoma.

De las neoplasias benignas es la más frecuente, afecta del 2 al 3% de todas las mujeres. Ocupa el tercer lugar de la patología mamaria en general. Se encuentra dentro de los tumores fibroepiteliales de la mama. Se cree que tiene relación con los cambios hormonales de la edad adulta temprana y la pubertad, asimismo se ha visto que el embarazo estimula su proliferación, así como el uso de anticonceptivos hormonales. Es más frecuente en adolescentes y adulta joven, pero se han descrito casos desde los 13 hasta los 76 años (2) (3).

Diagnóstico:

Generalmente es único, 10 a 20% es múltiple, mide de 2 a 2.5 cm. es una masa lobulada firme y elástica, calcificada en

la anciana. Masa dominante e indolora, no varía su tamaño con el ciclo menstrual (8).

Diagnóstico diferencial con quistes a tensión, carcinoma medular y papilar.

Tratamiento:

Quirúrgico. Puede ser eliminado por completo, a veces se confunde con estroma normal y es de color blanco. Cuando el -- componente epitelial es mayor que el estroma, se torna rojizo. Microscópicamente está compuesto por estroma con tejido epitelial constituido por conductillos y acinos; en las mujeres embarazadas o que usan anticonceptivos hay un aumento considerable de la celularidad. La hormonoterapia está contraindicada - (2).

b) Cistosarcoma Philoides.

Paciente cercano del fibroadenoma por su origen fibroepitelial, es generalmente benigno y muy rara vez agresivo o maligno. Ocupa el 2% de los tumores benignos fibroepiteliales, - su relación con el fibroadenoma es de 100 a 1. A diferencia - de éste alcanza su mayor frecuencia en la menopáusia, su evolución es crónica (1).

Diagnóstico:

Masa circunscrita y móvil, contorno no tan uniforme como la del fibroadenoma, a veces su superficie es con aristas. - Cuando es muy grande tiende a ulcerarse por tensión de la piel. Tiene propensión a metástasis simulando malignidad. Tiene tendencia a invadir tejido mamario adyacente en grado muy diferente al carcinoma por lo que se dificulta su extracción. Diagnóstico diferencial con fibroadenoma (3).

Tratamiento:

Quirúrgico, va desde la extirpación sencilla de la masa y tejido adyacente, hasta cirugía radical (mastectomía subdérmica) (2) (3).

c) Papiloma intracanalicular.

Lesión rara. Aparece entre los 45 y 50 años. Ocurre en el 75% de las lesiones que producen salida de secreción por el pezón (seroso o serosanguinolento)

Diagnóstico:

Secreción a través del pezón espontáneo o por manipuleo, intermitente o constante, solo afecta los orificios contiguos del pezón, conservando éstos y su relación con la masa.

Cuando crece mucho es una masa palpable junto al borde areolar. Raras veces produce retracción, inflamación o infección del pezón, en ocasiones se palpa como un cordón largo y doloroso que va del borde areolar a la base del pezón, al comprirlo produce la salida de líquido. Al extraerlo, el papilo es una masa friable con aspecto de coliflor, que se extiende a lo largo del conducto.

Estos papilomas tienden a localizarse en los conductos terminales a un cm del borde areolar. A veces se calcifican. Pueden afectar uno o ambos senos o repetirse en varias ocasiones y es predisponente para desarrollar el carcinoma. (papila múltiple).

Métodos de Diagnóstico:

Ultrasonido, sin definición absoluta. Galactografía, es muy doloroso. Examen citológico.

Diagnóstico diferencial con quistes, ectasia de conductos mamarios, carcinoma papilar, secreción fisiológica (lactancia, uso de anticonceptivos, hormonas, etc.)

Tratamiento:

Quirúrgico. Exéresis de conductos afectados con insición periareolar. (sección, ligadura o cauterización) (1) (2) (3).

d) Papiloma Múltiple.

Proliferación epitelial benigna, rara, con presencia de - masa mamaria, ocurre entre los 40 años, a diferencia del papiloma solitario que ocurre a los 45. Predispone al carcinoma in vasor.

Diagnóstico:

Masa cerca del borde areolar, afecta múltiples conductos. Diagnóstico diferencial: papiloma solitario, carcinoma papilar, con el cual puede coexistir.

Tratamiento:

Depende de la magnitud y extensión, y va desde la extirpación local, hasta mastectomía simple. Una forma rara aparece - en la adolescente, donde abarca los segmentos retroareolares y cuyo tratamiento es la extirpación única de la lesión. No predispone al cáncer (1).

e) Adenoma del pezón.

Es una neoplasia benigna rara que afecta tanto al varón - como a la mujer. Produce firmeza y adolorimiento del pezón, a veces se escarifica y puede producir flujo sanguinolento. Puede existir una pequeña masa dura. Imita groseramente a la enfermedad de Paget. Puede confundirse al microscopio con carcinoma (1) (2).

Diagnóstico:

Biopsia (2).

Tratamiento:

Exición local. No remite (2).

f) Lipoma.

Los lipomas son tumoraciones benignas que son frecuentes y varían considerablemente de tamaño. Generalmente cuando son

grandes suelen ser superficiales, blandos y lobulados, pero - los lipomas pequeños pueden ser muy firmes. Los lipomas se localizan generalmente en el tejido celular subcutáneo y en cualquier cuadrante de la mama. El contorno de la mama puede distorsionarse y es raro que el lipoma cause adherencias cutáneas o profundas. La masa del lipoma se transilumina fácilmente. En la mamografía presenta densidad grasa que comprime el parénquima mamario adyacente (1).

Tratamiento:

Es quirúrgico cuando es muy grande o causa molestias.

- g) Leiomioma, histiocitoma fibroso y tumores de las células de la granulosa.

Estas entidades son tumoraciones mamarias muy raras cuyo diagnóstico es únicamente histológico y su manejo mediante exéresis (1) (2).

- h) Carcinoma de la mama.

El cáncer de mama ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia en los países desarrollados, en nuestro país ocupa el segundo lugar, después del carcinoma de cervix. La mortalidad anual en países desarrollados es de 30 por 100,000 mujeres, mientras que en México es de 7 por 100,000 mujeres al año. Ocupa el tercer lugar como causa de defunción por cáncer en nuestro país.

En Estados Unidos el cáncer mamario es observado clínicamente después de los 40 años y 67% en mayores de 50 años, en México el 77% corresponde a mayores de 40 años y el 49% a mayores de 50 años. El 7% puede presentarse antes de los 30 años y el 2.9% en menores de 25 años. La incidencia se incrementa después de los 40 años y su frecuencia máxima es entre los 45 y los 55 años, incrementándose con la menopausia (4) (6) (10).

Se han mencionado factores predisponentes como: sexo (99%)

edad, después de los 35 años; raza, más frecuente en occidentales, alemanas y judíos, raro en orientales. Medio socioeconómico medio y alto; enfermedades genéticas como Klinefelter, asociado a enfermedad de Cown, Sx hamartomatoso múltiple; más frecuente en madres, hijas y hermanas de la paciente afectá; consumo elevado de grasas; exposición a cancerígenos como dimetilbencitracina o hidrocarburos policíclicos; hijas de madres -- irradiadas con fluoroscopia excesiva, mastitis postparto, exposiciones atómicas, Virus MMTV; estrógenos conjugados (aumentados veces el riesgo a 15 años y más si existe enfermedad fibroquística: anticonceptivos orales) (once veces más frecuente si existe MFQ); frecuente en pacientes con CA de endometrio; cuando ha habido CA en mama opuesta (2 a 5 veces más); menarca precoz (antes de los 12 años). Más de 30 años de actividad menstrual; menopausia tardía; dos embarazos o menos; primer embarazo a término en edad avanzada; primer parto después de los 35 años.

Diagnóstico:

Se hace mediante el cuadro clínico que se caracteriza por retracción del pezón, piel en cáscara de naranja, secreción a través del pezón serosanguinolenta, puede en ocasiones manifestarse mediante absceso con tumefacción eritema y absceso; suele acompañarse de disminución de peso y ataque al estado general en sus estadios más avanzados. Existen exámenes de laboratorio y gabinete como son la citología de material aspirado de una lesión, la mamografía, la xeromastografía, el ultrasonido, las cuales solo son orientadoras hacia el diagnóstico. El diagnóstico definitivo se hace con la biopsia (1) (2) (3) (4) (5), (6) (7) (8) (10).

Tratamiento:

Una vez corroborado el diagnóstico, el tratamiento va desde la mastectomía local regional, hasta la mastectomía con -- exicición ampliada. Hay quienes usan la radioterapia posterior a la cirugía o bien, la quimioterapia por si existiera algún foco canceroso microscópico (4).

PROBLEMA.

La frecuencia real de las tumoraciones mamarias en la población femenina general aquí en nuestro país se desconoce, sin embargo existe la tendencia a organizarse por grupos, así tenemos que los desequilibrios endócrinos ocupan el primer lugar, de los cuales sobresale con mucho la mastopatía fibroquística con el 50 a 53% (9). El segundo lugar lo ocupan las tumoraciones benignas y malignas, sobresalen el fibroadenoma con el 2 al 3% y el carcinoma de mama con 7 casos por cada cien mil mujeres (11). El tercer lugar lo ocupan los procesos inflamatorios de los cuales predominan: la mastitis aguda y el absceso mamario con el 2 al 3% (3), la ectasia ductal con menos del 1% y la necrosis adiposa traumática con el 1 a 2% (2).

En nuestro país, según Otero y Moreno, la mastopatía fibroquística ocupa el primer lugar, el fibroquística ocupa el primer lugar, el fibroadenoma el segundo y el carcinoma el tercero. En Estados Unidos, Elaine y Steven reportan en primer lugar a la mastopatía fibroquística, en segundo al cáncer mamario y en tercero al fibroadenoma (3) (9).

En el Sector Salud es rutinaria la toma de Papanicolaou, la cual implica la exploración mamaria, pero pocas veces se consignan los cambios que presentan las mamas durante el ciclo menstrual, así como la signología y sintomatología, que van desde la mastalgia hasta las masas mamarias.

De especial importancia son los factores de riesgo bien conocidos para las tumoraciones mamarias como son el consumo de metilxantinas, los anticonceptivos hormonales, la edad, los antecedentes heredofamiliares el embarazo, los traumatismos locales, la lactancia, etc., los cuales pocas veces se toman en cuenta y como se sabe, el identificar factores de riesgo ayuda a conocer la frecuencia de la enfermedad y poder plantear alternativas de solución.

El primer nivel de atención permite la vigilancia conti -

nua del estado de salud de la población y brinda la oportunidad de realizar la detección oportuna de diversas enfermedades por lo que se propone una guía para el estudio y diagnóstico práctico de las tumoraciones mamarias en el consultorio de medicina familiar.

JUSTIFICACION.

Las tumoraciones de las glándulas mamarias tienen una alta incidencia en la población femenina general. Son generadoras de angustias en la mujer que las posee y en el médico que las detecta al relacionarlas con procesos malignos.

Enfermedades tales como la mastopatía fibroquistica, la hiperplasia epitelial, el cistoadenoma filoides y el papiloma intracanalicular múltiple predisponen al carcinoma de mama por lo que es de gran importancia su diagnóstico y tratamiento -- oportuno.

El conocer los factores de riesgo de las enfermedades es importante para planear estrategias con el fin de disminuir su incidencia y plantear programas que identifiquen a los grupos de más riesgo.

No existen en nuestro país estadísticas suficientes y confiables que clasifiquen en orden de frecuencia las tumoraciones de la glándula femenina en población general.

El médico no lleva a cabo un proceso de estudio adecuado de las masas mamarias, por lo que se realizan procedimientos erróneos, no se llega al diagnóstico específico y se canaliza inadecuadamente a los niveles superiores de atención.

OBJETIVOS.

1.- Identificar en la glándula mamaria femenina las tumoraciones que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres de 12 años en adelante, de la Unidad Habitacional Cabeza de Juárez.

2.- Identificar los factores de riesgo para tumores mamarios. Para la mastopatía fibroquística: el consumo de metilxantinas, la herencia familiar, la menarca, la edad en el primer embarazo, la lactancia, el número de gestas y el empleo de anticonceptivos hormonales así como la principal signo y sintomatología. Para el carcinoma, los arriba mencionados más la exposición a cancerígenos, la presencia de embarazo, la menopausia, y la edad de su presentación, el resultado del último papanicolaou, los antecedentes de CA CU, CA de endometrio, CA de la mama opuesta. para el fibroadenoma la edad, el embarazo y el empleo de anticonceptivos hormonales. para la necrosis adiposa el antecedente de traumatismos locales y para la mastitis el embarazo, la lactancia y el CA de mama.

3.- Proponer un protocolo de estudio en la paciente con presencia de tumoraciones mamarias de empleo en el primer nivel de atención.

METODOLOGIA.

Se llevó a cabo un estudio transversal y prospectivo en la Unidad Habitacional Cabeza de Juárez, que corresponde al consultorio número 7 de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, del 1° de marzo al 30 de agosto de 1991.

La población femenina de 12 años y más registradas hasta el primero de marzo de 1991 fueron 345, la cual se estudió en su totalidad, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

Criterios de inclusión:

- a) Casadas y solteras.
- b) Edad de 12 años en adelante y que hayan alcanzado la menarca.
- c) Con o sin sintomatología mamaria.
- d) Que sean derechohabientes del ISSSTE.

Criterios de exclusión:

- a) Menores de 12 años.
- b) Mujeres que no hayan alcanzado la menarca.
- c) Mujeres que no colaboren con el interrogatorio y/o la exploración.
- d) Que no sean derechohabientes del ISSSTE.

Criterios de eliminación:

- a) Deserción durante el proceso de diagnóstico.

Se aplicó una encuesta y exploración de las glándulas mamarias, previa autorización por escrito, ha todas las mujeres que asistieron a la consulta externa de medicina familiar y -- que pertenecen a la Unidad Habitacional Cabeza de Juárez. Para aquellas que no asistieron se acudió a una visita domiciliaria casa por casa, con un grupo compuesto por un médico residente de tercer año y la brigada comunitaria de la unidad compuesta por dos enfermeras y una trabajadora social, allí se aplicó la

encuesta y la exploración mamaria de acuerdo a los lineamientos de la Asociación Americana de Obstetricia.

En aquellos casos donde se encontraron tumores mamarios se hizo un diagnóstico presuntivo y se dió una cita a la consulta externa de medicina familiar, donde se llevó a cabo el diagnóstico final de acuerdo al flujograma del anexo 1. Los datos fueron analizados con estadísticas descriptivas.

Los datos recolectados en la encuesta fueron interrogados directamente y son los siguientes:

a) Antecedentes heredofamiliares:

Familiares con afección mamaria: abuela, madre, hija, hermana, tipo de patología.

b) Antecedentes personales patológicos:

Exposición a cancerígenos: hidrocarburos policíclicos, - dimetilbenzotricina. Consumo de metilxantinas: café, té, chocolate, refresco de cola.

c) Antecedentes Gineco-obstétricos.

Menarca, fecha de última menstruación, edad del primer embarazo, embarazo actual, lactancia actual y previa, número de gestas, empleo de anticonceptivos orales y/o inyectables y su tiempo de empleo. Presencia de menopausia y edad de presentación. Resultado del último papanicolaou.

d) Antecedentes personales patológicos.

Antecedentes de cáncer cervicouterino, antecedente de cáncer de endometrio, antecedente de cáncer de mama opuesta.

Los datos recolectados a la exploración física fueron: Tamaño de las mamas en centímetros. Coloración de las mamas como pigmentaciones, eritema. Dolor en la mama derecha o izquierda. Características del pezón: retracción, umbilicación, ulceración, secreción (serosa, lactea, purulenta, sanguinolenta, serosanguinolenta). Presencia de masas: número: 1,2,3,4, y más.

Tamaño de las masas: menos de 1 cm, de 1 a 2 cm, de 2 a 4 cm, más de 4 cm. Consistencia de la masa: blanda, firme, dura. Movilidad de la masa: móvil, no móvil. Adherencia de la masa: a plano superficial o profundo. Localización de la masa en cuadrantes.

Se realizaron mamografías a todas las pacientes estudiadas y posteriormente se tomaron ultrasonidos de las mamas a todas las pacientes para corroborar el diagnóstico, en los casos estrictos se realizó biopsia para el diagnóstico final.

RESULTADOS.

De la 345 mujeres que componen la población femenina de - 12 años en adelante de la Unidad Habitacional Cabeza de Juárez se excluyeron a 20, debido a que 13 de ellas no se encontraban en su domicilio cuando se realizó la visita, a 2 por deserción durante el proceso de estudio y 5 por haberse negado a la exploración.

De las 325 pacientes restantes, se encontró que 163 tenían la presencia de alguna tumoración en las mamas (50%), siendo - los grupo de edad más afectados los que aparecen en el cuadro número 1.

De las 163 pacientes afectadas se encontró que 140 correspondieron a mastopatía fibroquística (85%), 20 a fibroadenomas (12.5%), 2 a carcinoma (1.2%), 1 a necrosis adiposa (0.61%), 1 a mastitis aguda (0.61%) y 1 a hipertrofia bilateral (0.61%) y 162 con mamas normales (49.8%). Cuadro 2

Los grupos de edad más afectados fueron: para la mastopatía fibroquística, los grupos de 30-34 y 35-39. Para el fibroadenoma los grupos de 50 a 54 y 55 a 59. La hipertrofia bilateral en el grupo de 30-34, para la necrosis grasa el de 30 a 34 y para la mastitis el grupo de 25 a 29 años.

En cuanto al consumo de metilxantinas, 84 pacientes con - mastopatía fibroquística refirieron un consumo frecuente (57%), mientras las pacientes sanas refirieron solo el 34% (55casos).

Al preguntar sobre traumatismo mamario solo una aceveró - haberlo sufrido (0.7%).

En relación a la menarca el promedio en las mujeres sanas y enfermas fué de 12[±] 1 años.

Un factor de riesgo para la mastopatía fibroquística y el cáncer mamario es el inicio de la vida sexual y el promedio -

fué de 18.5 años, mientras para las pacientes sanas fué de 19 años.

La tabla número 4 resume a las pacientes con empleo de anticonceptivos hormonales. En ellas 97 (59%) tenían el antecedente de usar anticonceptivos hormonales. De estas 83 (85%) empleaban hormonales orales y el resto, 14 (15%) hormonales inyectables. Las pacientes que usaron anticonceptivos durante periodos mayores de 1 año fueron 85 (87%), mientras que las restantes 12(13%) los emplearon por un tiempo menor a un año. En cuanto a las pacientes sanas 128 (79%) no tuvieron antecedentes de empleo de anticonceptivos, mientras que 34 si lo tuvieron (21%). Cabe mencionar que los antecedentes de empleo de anticonceptivos fué predominantemente en la mastopatía fibroquística y en el carcinoma.

En relación a las gestaciones el promedio para las mujeres con patología mamaria, mastopatía fibroquística y cáncer fué de 3.8 y 5.3 respectivamente. Para las mujeres sanas fueron de 2.6.

La edad promedio del primer embarazo en las pacientes sanas fué de 19.2 años. En la mastopatía fibroquística fué de 24.8. En el cáncer de 18.1, en el fibroadenoma solo una era embarazada (17 años) y para la hipertrofia fué de 24 años.

Ninguna de las pacientes, sanas y enfermas tuvieron antecedentes de exposición a cancerígenos.

Con referencia a la última menstruación, 85 de las mujeres sanas (52.4%) se encontraba en los 5 días previos a la menstruación, mientras que las mujeres con mastopatía fibroquística fueron 87 (53.3%).

El embarazo estuvo presente en 25 mujeres, de ellas 6 (24%) se les diagnosticó mastopatía fibroquística, a 2 fibroadenoma (8%) y 17 sin patología mamaria (68%).

En cuanto a la lactancia se encontraron a 5 pacientes amamantando (1.5%) y de estas a 1 se le diagnosticó mastitis aguda - con absceso del cual se aisló Staphilococcus Aureus. Otras 11 (36.6%) tenían antecedentes de haber lactado, de ellas 55 estuvieron sanas (46.2%) y 62 (52%) tuvieron mastopatía fibroquística, una mastitis (0.84%) y una fibroadenoma.

Se encontraron a 30 pacientes con menopáusia (9.2%), de las cuales una presentó cáncer de mama (3.3%), 8 mastopatía fibroquística (26.6%), y 21 se encontraron sanas (70%).

La citología vaginal se la practicaron 193 pacientes (59%) y todas salieron negativas al cáncer cervicouterino.

Ninguna de nuestras pacientes sanas y enfermas tuvieron antecedentes de cáncer cervicouterino, cáncer de endometrio, - cáncer de mama opuesta.

La mastalgia la presentaron 280 pacientes (86%), 90 sanas (27%), una con mastitis (0.30%), una con necrosis adiposa (0.35%) 12 con fibroadenoma (3.6%), una con cáncer (0.30%), 104 con mastopatía fibroquística (32.0%) y 45 (13.8%) no presentaron este síntoma.

De las 163 pacientes con masas mamarias, 43 (26.3%) se detectaron una o varias masas durante la autoexploración. El resto no acostumbraban la autoexploración.

De todas las pacientes exploradas solo una tuvo talla exagerada en sus mamas (0.30%), la cual se diagnosticó como hipertrofia mamaria bilateral, cuya patología de fondo fué una tumoración ovárica.

La coloración patológica de las mamas solo se presentó en una de las pacientes con mastitis (0.30%).

El dolor a la palpación lo presentaron 50 mujeres sanas - (15.3%) y 140 enfermas (43%), una con mastitis (0.7%), dos con

cáncer (1.4%), 8 con fibroadenoma (5.7%), y 129 con mastopatía fibroquística (92%).

La retracción del pezón se presentó en una de las pacientes con cáncer (0.30%), 2 umbilicaciones sin relación con alguna patología y 5 con secreción lactea (1.5%). Una secreción purulenta (0.30%), y ninguna secreción serosa ni serosanguinolenta.

La presencia del número de masas fué como sigue: en los dos casos del cáncer fué única, la mastitis una, en el fibroadenoma 19 de los casos fué única y en dos de los casos tuvieron 2, la necrosis grasa una sola masa. La mastopatía fibroquística en 90 de los casos fué única, once casos con 2 masas, siete con 3 masas y 32 con cuatro masas o más.

En cuanto al tamaño para el caso de mastitis fué de 4 cm. para el fibroadenoma, 12 casos fueron entre 2 y 4 cm., 6 de 1 a 2 cm. y 2 mayores de 4 cm. Para el caso de necrosis grasa el diámetro fué de 3 cm. Para la mastopatía fibroquística, 17 fueron menores de 1 cm., 46 de 1 a 2 cm., 6 de 2 a 4 cm. y una fué mayor de 4 cm.

Los dos casos de cáncer y en el caso de necrosis adiposa, hubo adherencia a planos profundos.

Las masas estuvieron localizadas en la mastopatía fibroquística así: 70 (50%) en el cuadrante inferior externo de la mama izquierda, 20 (14.2%), en el cuadrante superior externo, 4 (2.8%) en el cuadrante inferior interno y 1 (0.7%) en el cuadrante superior interno. En la mama derecha 20 (14.2%), localizadas en el cuadrante inferior interno, 20 (14.2%) en el cuadrante superior externo, 4 (2.8%) en el cuadrante superior interno y 1 (0.7%) en el cuadrante inferior externo. En el cáncer se localizaron en el cuadrante superior externo del lado derecho, la mastitis fué periareolar. La necrosis adiposa en el cuadrante superior externo del lado derecho, en el fibroadenoma se localizaron 15 en el cuadrante superior interno de la mama dere-

cha, 2 en el cuadrante inferior de la misma mama, 1 en el cuadrante superior externo de la mama izquierda, 1 en el cuadrante inferior externo y 1 en el cuadrante inferior interno.

Se realizaron 163 estudios de mamografía de los cuales 38 (23.3%) sugirieron mastopatía fibroquística, 2 (1.2%), sugirieron cáncer, uno se descartó posteriormente y el otro era una necrosis adiposa. Para el fibroadenoma solo 5 (3.06%) mamografías sugirieron el diagnóstico.

El ultrasonido se practicó en todas las pacientes con presencia de masas mamarias, encontrándose para la mastopatía fibroquística 138 (84.6%) casos que sugirieron el diagnóstico, que se corroboraron con la punción de ellas. A las 2 restantes se les realizó también punción con aguja fina, extrayéndose líquido seroso. Para el fibroadenoma, el ultrasonido sugirió el diagnóstico en 18 de los casos (11.04%), para el cáncer los dos casos fueron altamente sospechosos (1.2%). La necrosis grasa se confundió con cáncer, en la mastitis no se encontraron alteraciones.

En cuanto a la biopsia corroboró dos de los casos de fibroadenoma, los dos casos del cáncer y la necrosis adiposa.

Se practicó tratamiento médico a las 140 pacientes con mastopatía fibroquística, a 10 (7.1%) con fibroadenoma, a una con mastitis (0.7%), se practicó tratamiento quirúrgico a 10 pacientes con fibroadenoma, a las dos pacientes con cáncer (1.4%) y a uno de necrosis adiposa (0.7%).

DISCUSION.

La prevalencia de tumoraciones mamarias en la población general se desconoce, pero en estudios aislados como el de Otero y Martínez reportan: para la mastopatía fibroquística y absceso mamario de 2 a 3%, ectasia ductal menos del 1%, necrosis adiposa traumática 1 a 3%, granulomas por técnicas cosméticas 0.5%; fibrosis y enfermedad quística 50 a 53%. Fibroadenoma 2 a 3%, papiloma intraductal menos del 1%, adenoma del pezón 0.6%, lipoma 1%, histiosarcoma fibroso 0.3% y cáncer de mama 7 por cada 100 mil (2) (3) (9) (11). En nuestro estudio la patología mamaria más frecuente fué con mucho la mastopatía fibroquística, con una prevalencia de 43%, en la población en general, y un 84% de todas las masas mamarias detectadas. El segundo lugar lo ocupó el fibroadenoma con una prevalencia de 6.1%, y 12.12% de las masas detectadas. El tercer lugar lo ocupó el cáncer de mama con una prevalencia de 0.61% y 1.2% de las masas detectadas. En cuarto lugar estuvieron la necrosis adiposa, la hipertrofia mamaria bilateral y la mastitis con una prevalencia de 0.30% para cada una, ocupando el 0.60% de todas las masas detectadas, para cada una de ellas.

Estas frecuencias se pueden explicar debido a la influencia que ejercen los ovarios y la hipófisis, el desequilibrio estrogeno-progesterona aunados a los factores de riesgo que más adelante se explican, sin embargo distan de lo reportado por otros autores quizás a lo reducido de nuestra muestra.

Los grupos de edad más afectados para la mastopatía fibroquística corresponden a los encontrados en Estados Unidos por Haagensen y que van de los 35 a los 45 años de edad. Igualmente para el fibroadenoma, las edades referidas por Oteron comprenden a mujeres jóvenes que van de los 12 a los 24 años, edades en que precisamente encontramos a los casos de nuestro estudio. Igualmente en los dos casos de cáncer, las edades referidas en la bibliografía van de los 45 a 55 años su máxima incidencia, similar a las edades encontradas en éste estudio. En el resto de las patologías no se refiere en la bibliografía re

lación entre la edad y tales entidades.

En cuanto a los factores de riesgo analizados encontramos los siguientes: El antecedente familiar de masas mamarias se detectó en 5% de las mujeres de mastopatía fibroquística y 1% para el fibroadenoma, pero debemos tomar en cuenta el desconocimiento de este antecedente o la confusión que puede existir con alguna otra entidad; consideramos hacer un mayor énfasis - al interrogar sobre este antecedente para evitar errores en el registro y sea adecuadamente valorado como factor de riesgo.

No hubo el antecedente de exposición a cancerígenos, por lo que no encontramos relación entre éstos y patología mamaria. El empleo de metilxantinas se interrogó sobre el consumo de chocolates, refrescos, te y refrescos de cola, encontrando que el consumo más frecuente de éstas (50%) estuvo relacionado con mayor incidencia de mastopatía fibroquística, mientras que las pacientes sanas reportaron el 34%. Sin embargo en este estudio no incluimos las cantidades de estos alimentos, lo que probablemente tenga relación con los resultados obtenidos en algunos estudios se ha corroborado la relación entre el consumo menor de metilxantinas y la reducción de la sintomatología de la mastopatía fibroquística.

La menarca temprana se relaciona con mastopatía fibroquística y con el cáncer mamario por el hiperestrogenismo temprano, encontrándose un promedio de edad de 12 ± 1 años que corresponde a la edad promedio de presentación en la mujer mexicana.

Al interrogar sobre la fecha de última menstruación nos sirvió no como factor predisponente, sino para poder valorar la diferencia de las verdaderas masas mamarias de la nodularidad normal durante los días previos y durante la menstruación, y además en algunos casos de mastopatía y fibroadenoma se hacen más evidentes, al exacerbarse la signología y la sintomatología.

Otro factor de riesgo evaluado fué la edad en el primer -

embarazo, pues en el cáncer de mama se relaciona el primer embarazo después de los 30-35 años con mayor incidencia de éste. Nosotros encontramos una edad promedio de 18-1 años, la cual no tuvo relación con los casos. Para la mastopatía fibroquística, también es un factor de riesgo siendo este mayor después de los 30 años, aquí encontramos que la edad promedio fué de 34 años, lo cual no tuvo relación con nuestros casos.

El embarazo y la lactancia ejercen efecto citoprotector mamario por el balance hormonal que existe, sin embargo existen estudios controvertidos que los sitúan como factores de riesgo para la mastopatía fibroquística, para el fibroadenoma y para el cáncer de tipo inflamatorio. Aquí a 25% pacientes se les diagnosticó mastopatía fibroquística y 8% con fibroadenoma por lo que lo consideramos como factor positivo predisponente. Para la mastitis y absceso mamario sí fué un factor predisponente la lactancia, puesto que las fisuras aunadas al amamantamiento introducen microorganismos al sistema de conductos, el cual es un medio de cultivo excelente para el Staphilococcus y el Streptococcus.

El número de gestaciones tuvo relación con la presencia de cáncer mamario, pues resultaron las dos pacientes multigestas, para las demás entidades no hubo relación.

Un factor predisponente más para la mastopatía fibroquística, el fibroadenoma y el cáncer mamario es el empleo de hormonales orales e inyectados. De todas las pacientes con masas mamarias el 50% emplearon anticonceptivos, predominantemente orales y el 87% de estas los emplearon por períodos mayores de 1 año, lo cual es altamente significativo como factor predisponente. De las pacientes sanas solo el 21% tuvieron antecedentes de su uso.

La edad de presentación de la menopausia fué a los 44 años en promedio, pero en los dos casos de cáncer de mama fué de 48 y 55 años respectivamente, lo cual se relaciona con menopausia tardía y estrogenismo persistente, lo que favorece la prolifera-

ración maligna.

La citología vaginal fué normal en todas las pacientes, - por lo que no se pudo evaluar como factor de riesgo para el - cáncer, además que en una muestra tan pequeña como la nuestra no es valorable. Se sabe que el cáncer cervicouterino predispone al cáncer de mama. Tampoco tuvimos casos de cáncer de endometrio, ni de cáncer de mama opuesta previos.

La única paciente con trauma mamario severo presentó necrosis adiposa, sin embargo debemos recordar que traumatismos menores la pueden desencadenar, debemos tomar en cuenta que es tos datos a veces se olvidan.

En cuanto a los datos clínicos evaluamos el dolor constante y premenstrual, siendo 280 pacientes las que lo presentaron, de ellas 32% sanas y 42% enfermas, lo cual nos puede servir como valor pronóstico y diagnóstico de enfermedad mamaria.

Pocas pacientes son las que se hacen autoexploración mamaria (26%) y de ellas solo el 5% se detectó masa, lo que nos hace pensar en que esto se deba a falta de información sobre cómo realizar la autoexploración, así como los mitos sociales y religiosos sobre el cuerpo humano.

La presencia de una hipertrofia bilateral es muy rara, en nuestro estudio estuvo presente por la detección de un cistoadenoma seroso del ovario, lo que consideramos casual puesto que no aparece dentro de las entidades mamarias más frecuentes. La coloración mamaria no mamaria no fué de valor diagnóstico, pues solo la paciente con mastitis tuvo cambios de coloración.

La retracción del pezón se presentó en el 50% de los casos de cáncer mamario, sin embargo no es manifestación clínica constante de esta enfermedad otras alteraciones del pezón, como la umbilicación y la secreción lactea no tuvieron que ver con alguna patología.

En la mastopatía fibroquística el 64% de las pacientes presentó una sola masa. Para el fibroadenoma, la mayoría fué única - (99%). En la necrosis grasa una sola masa, mastitis una sola - masa. Debido a estos resultados no podemos realmente hacer un diagnóstico diferencial por el número de mamas observado pues como vimos en la mayoría de los casos es única.

Para el tamaño de las masas si existió un patrón más definido para el diagnóstico diferencial. En la mastitis el tamaño fué de más de 4 cm., para el fibroadenoma el tamaño de la mayoría estuvo entre los 2 y 4 cm., en la necrosis grasa fué de 3 cm. y para la mastopatía fibroquística fué de 1 a 2 cm. de diámetro.

Fué de valor clínico la presencia de adherencia a planos profundos y la poca movilidad en los casos de cáncer y en la necrosis grasa.

La localización de las masas en la mastopatía fibroquística fué mayor en el cuadrante inferior externo de la mama izquierda, lo cual no tiene relación con la irrigación, y pensamos - que ésto sea más bien casual, a que haya algún factor predisponentes. La localización de los cánceres si correspondió a lo - que se reporta en la literatura pues fué en el cuadrante superoexterno de la mama derecha el sitio de presentación que como se sabe existe una mayor irrigación en esta zona. La localización periareolar de la mastitis si va en relación al sitio de entrada del agente infeccioso. Igualmente la necrosis adiposa estuvo en relación directa al sitio del trauma.

Encontramos que la mamografía no tuvo especificidad para las entidades diagnosticadas, pues hubo una sensibilidad del - 27%, mientras que la ultrasonografía con punción con aguja fina fué de 98% por lo que consideramos a la ultrasonografía como el método de elección para el diagnóstico de las entidades estudiadas, y obviamente dejando a la biopsia como el mejor de los métodos diagnósticos y más bien para corroborarlos. En este estudio se realizaron solo 5 biopsias para hacer el diagnós

tico diferencial mediante ella se encontraron los dos cánceres, los dos fibromas y la necrosis grasa.

El tratamiento médico siguió siendo el tratamiento de -- elección para la mastopatía fibroquistica, no así para el fibroadenoma que por las características del tamaño y la sintomatología al 50% se le tuvo que practicar exéresis. A las dos pacientes con cáncer se les practicó mastectomía radical más quimioterapia mientras que a la necrosis adiposa se realizó exêresis ampliada. La hipertrofia mamaria no había remitido a pesar de la ooforectomía.

La trascendencia de las tumoraciones mamaras en especial las que predisponen al cáncer y el cáncer mismo, tienen algunos factores predisponentes bien definidos como lo son la edad, los antecedentes familiares, los cancerígenos, el uso de metilxantinas, la menarca temprana, el empleo de anticonceptivos orales e inyectables, etc., nos permiten detectar y seguir a aquellas mujeres con un alto riesgo de padecer de tumoraciones mamaria para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportunos, por ello proponemos un sencillo protocolo de estudio.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
EN PACIENTES SANAS Y CON TUMOR
MAMARIO

GRUPOS DE EDAD	SANAS	MFQ	FA	CA	M	H	NG	TOTAL
12 a 14	19		6					25
15 a 19	26		12					38
20 a 24	25	2	1					26
25 a 29	22	5	1		1			29
30 a 34	18	90				1	1	110
35 a 39	13	40						53
40 a 44	12	2						14
45 a 49	9	1						10
50 a 54	7			1				7
55 a 59	5			1				6
60 a 64	2							2
65 a 69	2							2
70 a 74	2							2
75 a 79	1							1
80 más	<u>1</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>1</u>
	162	140	20	2	1	1	1	325

Fuente: cédula de recolección de datos.

+ MFQ= Mastopatía fibroquística. FA= Fibroadenoma.

CA= Carcinoma. M= Mastitis. Hipertrofia mamaria.

NG= Necrosis Adiposa.

CUADRO No. 2

PREVALENCIA DE TUMORACIONES
MAMARIAS

ENTIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MFQ	140	43.0%
FA	20	6.1%
CA	2	0.6%
M	1	0.3%
H	1	0.3%
NG	1	0.3%
SANAS	162	49.8%
TOTAL	325	100.0%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

MFQ= Mastopatía fibroquística. FA- Fibroadenoma
CA= Cáncer. M= Mastitis. H= Hipertrofia bilateral
NG= Necrosis grasa.

CUADRO No. 3

CONSUMO DE METILXANTINAS
EN PACIENTES SANAS Y CON
MFQ

TIPO	SANAS	%	ENFERMAS	%
TE				
CAFE	55	34%	84	57%
CHOCOLATE				
REFRESCO DE COLA				

Fuente: cédula de recolección de datos.

CUADRO No. 4

FRECUENCIA DE CONSUMO DE
HORMONALES CON TUMOR MAMARIO

TIPO	CON TUMOR	SANAS	TOTAL
ORALES	83 (25%)	29 (8.9%)	112 (34%)
INYECTABLES	14 (4.3%)	5 (1.5%)	19 (5.8%)

Fuente: cédula de recolección de datos.

CUADRO No. 5

TIEMPO DE EMPLEO DE HORMONALES

TIPO	TIEMPO DE EMPLEO	NUMERO
HORMONALES ORALES	MENOS DE 1 AÑO	12 (13%)
E INYECTABLES	MAS DE 1 AÑO	85 (87%)

Fuente: cédula de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DATOS CLINICOS PRESENTES EN PACIENTES
CON TUMOR Y SANAS

DOLOR	SANAS	TUMOR	TOTAL
SI	90 (27%)	119 (36%)	209 (64%)
NO	72 (22%)	44 (13%)	116 (36%)
TOTAL	162 (49%)	163 (50%)	325 (100%)
COLORACION PATOLOGICA			
SI	0	1 (0.3%)	1 (0.3%)
NO	162 (49.8%)	162 (49.8%)	324 (99.7%)
TOTAL	162 (49.8%)	163 (50%)	325 (100%)
PEZON RETRAIDO			
SI	0	1 (0.3%)	2 (0.6%)
NO	162 (49.8%)	162 (49.8%)	324 (99.7%)
TOTAL	162 (49.8%)	163 (50%)	325 (100%)
UMBILICACION			
SI	2 (0.6%)	0	2 (0.6%)
NO	160 (49.2%)	163 (50.1%)	323 (99.3%)
TOTAL	162 (49.8%)	163 (50.1%)	325 (100%)
SECRECION			
SI	5 (1.5%)	1 (0.30%)	6 (1.8%)
NO	157 (48.3%)	162 (49.8%)	319 (48.1%)
TOTAL	162 (49.8%)	163 (50.1%)	325 (100%)

Fuente: cédula de recolección de datos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO No. 7

LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE
LAS TUMORACIONES MAMARIAS

TIPO	MAMA DERECHA					MAMA IZQUIERDA			
	CSE	CSI	CIE	CII	PA	CSE	CSI	CIE	CII
MPFQ	20	4	1	20		20	1	70	4
FA		15		2		1	1		1
CA	2								
NA	1								
M					1				
H									
TOTAL	23	19	1	22	1	21	1	61	5= 163

Fuente: cédula de recolección de datos.

MPFQ= Mastopatía fibroquistica. FA= Fibroadenoma.
CA= Cáncer. NA= Necrosis grasa. M= Mastitis.
H= Hipertrofia bilateral. CSE= Cuadrante superoexterno.
CSI= Cuadrante superior interno. CIE= Cuadrante inferior
externo. CII= Cuadrante inferior interno.

CUADRO No. 8

MAMOGRAFIA Y ULTRASONIDO EN EL
DIAGNOSTICO DE TUMORES MAMARIOS

ENTIDAD	No. DE ESTUDIOS QUE SUGIRIERON EL DIAGNOSTICO	
	MAMOGRAFIA	ULTRASONIDO
MPFQ	38 (23.3%)	138 (84.6%)
FA	5 (3.0%)	18 (11.0%)
CA	3 (1.8%)	3 (1.8%)
NA	0	0
M	0	0
H	0	0
TOTAL	46 (28.1%)	159 (97.4%)
TOTAL DE MAMOGRAFIAS REALIZADAS	163 (100%)	
TOTAL DE ULTRASONIDOS REALIZADOS	163 (100%)	

Fuente: cédula de recolección de datos.

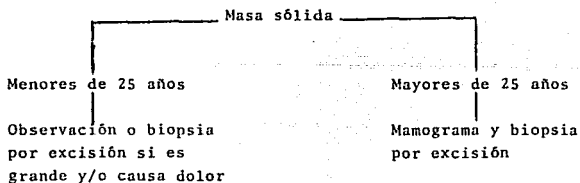
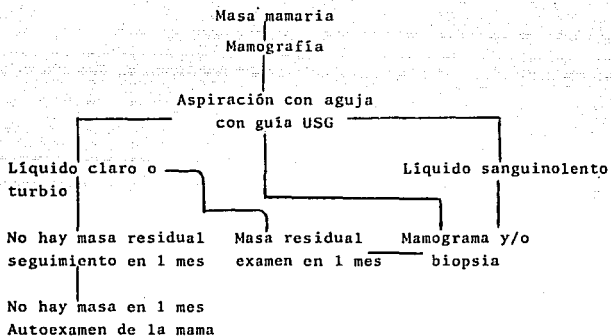
MPFQ- Mastopatía fibroquística. FA= Fibroadenoma.

CA= Cáncer. NA= Necrosis adiposa. M= Mastitis.

H= Hipertrofia bilateral.

ANEXO I.

FLUJOGRAMA:



ANEXO II.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

. FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre _____

Edad _____

Domicilio _____

. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Familiares con afección mamaria SI () NO () Abuela ()

Madre () Hija () Hermana () Tipo _____

. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Exposición a cancerígenos SI () NO () Hidrocarburos Policíclicos () Dimetilbenzotricina () Metilxantinas: Café SI () NO () Te SI () NO () Chocolate SI () NO () Refresco de cola SI () NO ().

. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca ___ FUM ___ Edad en el primer embarazo ___

Embarazo SI () NO () Lactancia SI () NO () Gesta _____

Anticonceptivos SI () NO () Orales () Inyectables ()

Tiempo de empleo _____ Menopausia SI () NO () Edad de presentación _____ FUCV _____ Resultado _____

. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

CA CU SI () NO () CA de Endometrio SI () NO () CA de Mama Opuesta SI () NO ()

. PADECIMIENTO ACTUAL.

• Exploración Física.

Mamas: Tamaño: Derecha ___ Izquierda ___ Forma: Der. ___ Izq. ___

Coloración: Der. ___ Izq. ___

Dolor: SI () NO () Mama der. () Mama izq. ()

Pezón: Normal SI () NO () Retracción () Umbilicación ()

Ulceración () Secreción SI () NO () Serosa () Láctea ()

Purulenta () Sanguinolenta () Serosanguinolenta ()

Presencia de Masa(s): Número: Una () Dos () Tres () Cuatro y más ()

Tamaño: Menor de 1 cm () de 1 a 2 cm () De 2 a 4 cm () Más de 4cm ()

Consistencia: Blanda () Firme () Dura () Movilidad SI () NO ()

Adherida a Plano: Superficial () Estroma () Profundo ()

Localización:

DERECHA

IZQUIERDA

• Laboratorio, gabinete, tratamiento y Diagnóstico Final.

mamografía SI () NO () Resultado _____

VSG SI () NO () Resultado _____

Biopsia SI () NO () Resultado _____

Cultivo SI () NO () Resultado _____

Tratamiento Médico () Quirúrgico ()

Diagnóstico Final _____

Bibliografía.

S.l.

- 1.- S.L. Robbins/R.S. Cotran. Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana, Ed. Tercera, pag. 1145 a - 1167. 1987.
- 2.- D.N. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana, cuarta edición 1987, pag. 1162 a 1183.
- 3.- Núñez Maciel Eduardo, A.M.H.G.O. No. 3 I.M.S.S./Ginecología y Obstetricia/ Méndez Otero Editor/Cuarta edición 1988 pag. 779 a 820.
- 4.- Bernal Bastidas, Sergio y Cols./"Carcinoma Mamario"/Ginecología y Obstetricia de México Rev. 1987,55² 11-22, Vol. 55, Agosto 1987, pag. 218-220.
- 5.- Rodríguez Peral, Jorge/"Autoexamen y Diagnóstico Oportuno del Cáncer Mamario"/Ginecología y Obstetricia de México/ Vol. 55, Dic. 1987, pag. 329-332.
- 6.- Steven R. Pollei, Md and Cols/"Occult Breast Cancer, Ple-nalence and Radiographic Detectability"/ Radiology / Vol. 163. núm. 2, pag. 459-461. Mayo 1987 3.
- 7.- Selinger H. Andrew Md and Cols/ Physician Compliance With Mamography Guidelines: A Retrospective Chart Review"/ - Family Medicine, Vol. 21, No. 1, January-February 1989, pag. 56-58.
- 8.- "Valor de la Mastografía y Xeromastografía en Tumoraciones Malignas"/Bernal Bastidas, Sergio y Cols/ Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 55, Enero 1987. Pag. - 27-29.
- 9.- Elaine B., Scoth Md and Cols/ "Fibrocystic Breast Disease" Family Medicine, Vol. 36, No. 4, Oct. 1987, pag. 119-125.
- 10.- Stockdale Frank E. Dr. /"Cáncer de Mama"/ Oncología 13, Vol. 5 9/1987.
- 11.- La Salud de la Mujer en México/ Cifras Comentadas. Programa NI. "Mujer, Salud y Desarrollo"/ Sistema Nacional de Salud, Méx. 1990, SSA, BPS, OMS, pag. 81-100.
- 12.- Cañedo Dorantes Luis/Investigación Clínica/ Primera Edición 1987, Editorial Interamericana.
- 13.- Bases Esenciales de Salud Pública/ Vega Franco Leopoldo/ Prensa Médica Mexicana/ Séptima reimpresión 1989.