



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

101
3ej-

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General Tacuba
I. S. S. S. T. E.

Datos histopatológicos en pacientes con
mastopatía fibroquística con tratamiento
médico previo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL
Para obtener el Título de
GINECOBSTETRA
presenta

DRA. MARTHA QUINTERO ARRIAGA



Director de Tesis:
Dr. Francisco Javier Guerrero Carreño
Jefe de Obstetricia

ISSSTE México, 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

I	INTRODUCCION-----	1
	Generalidades-----	3
	Anatomía de la mama-----	3
	Histología de la mama-----	6
	Mastopatía fibroquística-----	7
II	MATERIAL Y METODOS-----	15
III	RESULTADOS-----	18
IV	CONCLUSIONES-----	28
V	BIBLIOGRAFIA-----	31

INTRODUCCION

La mastopatía fibroquística es una patología de la mama, descrita por primera vez en 1840.

La paciente que se presenta a la consulta con datos de mastopatía fibroquística, tales como, tumoración mamaria, mastodinia o secreción a través del pezón, puede mostrar gran ansiedad, particularmente si la masa mamaria ha sido detectada súbitamente por la paciente. Afortunadamente la mayoría de las masas mamarias corresponde a quistes mamarios o a alguna área de mastopatía fibroquística.

Toda paciente que presenta alguna tumoración mamaria, desea que se diagnostique si tiene cáncer mamario, o no. Para realizar el diagnóstico se cuenta con las características clínicas, con la mamografía, con la xeromamografía, con la termografía y con la biopsia mamaria.

Una vez que se realiza el diagnóstico de mastopatía fibroquística y se descarta cáncer mamario, la paciente desea saber si en el futuro presentará cáncer mamario.

Se ha descrito en la literatura que, pacientes con mastopatía fibroquística tienen un riesgo de 1 a 3 veces más de padecer cáncer mamario, especialmente

si la paciente cuenta con antecedente familiar de cáncer ginecológico y si además se reporta en una biopsia mamaria, hiperplasia epitelial con atipia. Por esto, es necesario detectar dentro de las pacientes - con mastopatía fibroquística, a aquellas con mayor posibilidad de presentar cáncer mamario. Una vez detectada ésta población, ofrecerles métodos de seguimiento adecuados, mientras se encuentran bajo tratamiento médico.

GENERALIDADES
ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA

Para comprender los cambios que se incluyen dentro de la categoría de enfermedades mamarias benignas es aconsejable realizar una breve revisión de la anatomía e histología de la glándula mamaria.

La glándula mamaria, en número de dos en el humano, tiene forma cónica protuberante; es de consistencia blanda, lobulada, es firme y como acordonada a causa del tejido glandular. En el centro de la glándula se encuentra el pezón rodeado por la areola. Se extiende desde la segunda a la sexta costillas y del esternón hasta la axila; está adosada a la aponeurosis profunda, que cubre el músculo pectoral mayor.

El tejido glandular de la mama está constituido por 15-20 lóbulos dispuestos radialmente en dirección al pezón. Cada lóbulo tiene su propio conducto excretor y está constituido por múltiples ramificaciones, separado de otros lóbulos por capas de tejido conectivo fibroso y grasa, que siguen un trayecto vertical a través de la mama, fijando la pared profunda de la aponeurosis subcutánea a la piel.

Los lóbulos están formados por múltiples lobulillos conectados por tejido areolar, vasos sanguíneos y conductos; a su vez los lobulillos están constituidos por conjuntos de alveolos que también se abren a múl-

tinles conductos galactóforos. Estos pequeños conductos se unen para formar conductos mayores y finalmente se forma un conducto simple para cada lóbuló, un conducto galactóforo principal que tiene su propia salida en el pezón. (6, 7, 8)

IRRIGACION: La mayor parte de la irrigación sanguínea de la mama proviene de las ramas perforantes, de la arteria mamaria interna. Las ramas perforantes, atraviesan la pared torácica cerca del borde del esternón y recorren el músculo pectoral mayor y menor para llegar a la glándula mamaria.

La rama de la arteria axilar, la arteria torácica inferior se origina en la segunda porción de la arteria axilar, cruza la axila hasta la pared torácica y el borde libre del músculo pectoral mayor. Se le denominó arteria mamaria externa pero su tamaño es variable y no es infrecuente que falte.

La rama pectoral de la arteria toracoacromial descende, entre el músculo pectoral mayor y menor. Recorre el pectoral mayor y algunas de sus ramas llegan a la superficie profunda de la glándula mamaria.

La arteria subescapular, rama de la arteria axilar, irriga el músculo dorsal ancho y envía varias ramas al serrato mayor. No es una fuente importante de irrigación a la glándula mamaria, pero en su recorrido se halla en íntima asociación con los grupos de ganglios

linfaticos centrales y escapulares.

DRENAJE LINFATICO: Las mamas estan provistas de una rica red de vasos linfáticos separados en dos planos, constituyendo un plexo superficial o subareolar y un plexo profundo o anoneurotico. Ambos plexos proceden de los espacios interlobulares y de las paredes de los espacios interlobulillares, asi como de las paredes de los conductos galactoforos.

El plexo superficial actúa como colector de los linfáticos procedentes de la porción central de la glándula de la piel del pezón y de la areola, se dirige hacia la axila desembocando en primer lugar en el grupo ganglionar inferior. Los ganglios pectorales anteriores en número de 4-6 se hallan situados en el borde de los músculos pectorales y junto a la arteria torácica lateral. A continuación la linfa se dirige a los ganglios axilares centrales, situados en el vértice de la axila, lugar en que confluye la vena axilar y la vena subclavia.

El plexo profundo anoneurotico se extiende a través de los músculos pectorales, hasta alcanzar los ganglios linfaticos de Rotter, situados por detras del músculo pectoral mayor, para progresar hacia los ganglios subclavios. Este trayecto recibe el nombre de vía linfatica de Grossman. El resto del plexo se extiende en sentido medial siguiendo a la arteria mamaria inter-

na para alcanzar los ganglios mamarios internos y posteriormente , los ganglios mediastínicos.

Existen vías de drenaje procedentes de la porción inferior y media de la mama. Una de ellas es la llamada vía paramamaria de Gerota, que atraviesa los linfáticos abdominales para dirigirse a los ganglios hepáticos o subdiafragmáticos.

Otra es la vía transmamaria que a través de los linfáticos superficiales se dirige a la mama contra lateral y a la axila del lado opuesto. (6,8)

INERVACION: En la dermis de la areola y de la región periférica de la mama, Miller y Kasahara encontraron una cantidad extraordinaria de terminaciones libres, del tipo Ruffini y bulbos terminales de Krause. (13)

La piel de la parte superior de la mama está inervada por la tercera y cuarta ramas del plexo cervical. La parte inferior de la mama está inervada por los nervios intercostales torácicos, cuyas ramas laterales emergen entre las digitaciones de los músculos serratos, en la línea axilar anterior e invaden la piel lateral de la mama. (6)

HISTOLOGIA: Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas, apócrinas modificadas. El tamaño, la histología y la anatomía dependen de la edad y el sexo.

Están compuestas de conductos excretores rodeados por estroma de tejido conectivo.

El epitelio que reviste los conductos galactóforos depende del calibre de éstos. Una sola capa de células cilíndricas en los conductos de pequeño calibre y varias capas de éstas en los conductos mayores.

Las últimas porciones de los conductos principales que desembocan en el pezón están revestidos por epitelio plano estratificado.

El tejido conectivo laxo intralobular se compone de gran cantidad de fibroblastos, una sustancia fundamental abundante y escasas fibras de colágena. El tejido conjuntivo interlobular contiene fibroblastos, numerosas fibras de colágena y cantidades variables de tejido adiposo.

El epitelio está constituido por células de núcleo oval y citoplasma pálido, que se dispone en una sola hilera aunque la situación a distintos niveles de los núcleos ofrece una imagen de pseudoestratificación. El cambio de un tipo de epitelio a otro se realiza a un nivel de los senos galactóforos.

Por debajo del epitelio cilíndrico se observa otra hilera de células con núcleos elongados, consideradas como mioepiteliales. Los acinos están tapizados por una sola capa de células de núcleo ovalado y citoplasma pálido. (11 20)

MASTOPATIA FIBROQUÍSTICA

CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGIA: La enfermedad fibroquística fué descrita desde 1840. Se eligió el término mastopatía benigna para describir una gran variedad de lesiones benignas que muestran una proliferación de los componentes epiteliales y no epiteliales de la mama.

Son sinónimos: enfermedad fibroquística, displasia mamaria benigna, mastoatía benigna y mastitis crónica quística.

Clinicamente las mastoatías fibroquísticas aparecen con frecuencia como lesiones pseudotumorales y en tales casos se las debe considerar en el diagnóstico diferencial cáncer mamario.

El término de displasia mamaria o enfermedad fibroquística es impreciso y engloba una gran variedad de padecimientos. Los cambios en el epitelio mamario producidos en la mastopatía fibroquística, se encuentran con tanta frecuencia en mamas sanas, que quizá sean variantes histológicas normales.

Geesickerr, clasificó a las displasias mamarias como: mastodinia, adenosis o enfermedad de Shimmel Bush y mastopatía fibroquística o enfermedad de Reclus.

Se puede considerar que son diferentes grados del padecimiento en los cuales, los signos y síntomas se hacen más aparentes, consistiendo en fibrosis, adenosis y aparición de quistes; dependiendo de los que aparezcan más intensamente se da el nombre del padecimiento.

EPIDEMIOLOGIA: La enfermedad fibroquistica es la lesión más frecuente de la mama. Es común en mujeres de 30 a 50 años de edad y rara vez aparece en las mujeres posmenopáusicas, lo cual hace pensar que ésta afección tiene cierta relación con la actividad ovárica. (8,9)

FISIOPATOLOGIA: Se acenta que las alteraciones producidas en la mastopatía fibroquistica, tienen probablemente un origen hormonal. (2,9)

Estrógenos y progesterona: Se ha considerado al predominio de estrógenos sobre la progesterona como el causante de enfermedad fibroquistica. La progesterona --contrarresta los efectos proliferativos de los estrógenos permitiendo la diferenciación epitelial y reduciendo las mitosis. Así se ve que las pacientes con síndrome premenstrual, en las que hay predominio de estrógenos, la enfermedad fibroquistica de la mama se presenta más frecuentemente.

Por otro lado en las pacientes con enfermedad

fibroquística los niveles de estrógenos se encuentran elevados o normales, mientras que en la fase lútea, la progesterona se encuentra disminuida en un tercio de lo normal. La fase lútea se encuentra acortada y los niveles de estradiol en el tejido mamario se han encontrado elevados. (4,9,12)

También se ha encontrado que pacientes con enfermedad fibroquística presentan cuerpo lúteo deficiente, y algunas otras, presentan anovulación.

Prolactina: En una tercera parte de las pacientes con enfermedad fibroquística, los niveles de prolactina se han encontrado elevados. Este aumento se ha explicado por el incremento en los niveles de estrógenos y deficiencia lútea de progesterona. Los estrógenos aumentan la secreción de prolactina hipofisaria.

Melis y cols., observaron niveles elevados de prolactina de 30 a 40 ng/ml de plasma en el 15% de las pacientes con enfermedad fibroquística. Peters y colaboradores, encontraron niveles de 15 a 30 ng/ml en el 39% de las pacientes, sin embargo es generalmente aceptado que los niveles séricos de prolactina son normales en pacientes con enfermedad fibroquística. (9)

Hormonas tiroideas: Se ha pensado que en el hipertiroidismo hay mayor sensibilidad del tejido mamario

a los estrógenos. Sin embargo se han encontrado pa-
cientes con enfermedad fibroquística que padecen hipotiroidismo, por lo que se ha recomendado como tratamiento para la enfermedad fibroquística, las hormonas tiroideas. A pesar de los estudios, todavía se desconoce si las hormonas tiroideas son protectoras o promotoras de la enfermedad fibroquística. (1,9)

Metilxantinas: La ingesta de metilxantinas (té, café, chocolate, refresco de cola) se ha asociado con el desarrollo de la enfermedad fibroquística. Se ha declarado que las metilxantinas alteran el ciclo adenosínfosfato y guanosínmonofosfato, en el tejido mamario y que esto causa enfermedad fibroquística. Después de la eliminación de la dieta de las metilxantinas, el 60% de las pacientes experimentan desaparición de todos los nódulos mamarios, del dolor y de la tensión mamaria.

La fisiopatología de la enfermedad fibroquística, envuelve una reacción estromal inicial. La enfermedad florida está evidenciada por la proliferación del tejido conectivo y epitelial, mientras que en la enfermedad crónica predominan los cambios regresivos glanduloepiteliales. (9)

En la enfermedad inicial hay una reacción estromal como consecuencia del predominio estrógeno, en el tejido conectivo se presenta edema, prolifera --

ción fibroblástica y fibrosis del tejido conectivo intra y perilobular.

En la enfermedad fibroquística florida, hay una estimulación estrogénica epitelial, y en el tejido glandular hay proliferación intraductal e hiperplasia lobular.

En el curso de la enfermedad crónica hay un proceso involutivo que se caracteriza por atrofia lobulilloalveolar, esclerosis y formación de quistes.

CUADRO CLINICO: Clínicamente pueden reconocerse tres fases de la enfermedad fibroquística. Fase 1) inicia en mujeres de 20 a 30 años de edad, sus ciclos menstruales pueden estar acortados, existe mastodinia premenstrual, en ocasiones de una semana de duración. En la fase 2) la mujer se encuentra entre los 30 a 40 años de edad, predominan la nodularidad y la paciente puede palpar varias placas fibroquísticas mamarias, existe dolor y tensión mamaria, que puede presentarse de 2 a 3 semanas antes de la menstruación. En la fase 3) que se presenta en mujeres de 40 años y más, hay dolor mamario y tensión, que en ocasiones llega a convertirse en un síntoma permanente y debilitante.

Otro síntoma reportado por la paciente con mastopatía fibroquística, es la secreción por el pezón que es uni o bilateral, de color verde, café, amari-

llo o azul. (7,9)

DIAGNOSTICO:

Mamografía; Radiologicamente la mastopatía fibroquística se observa como un patrón denso (DY), según la clasificación de Wolfe. Un patrón DY es indicativo de profusa proliferación de tejido conectivo. Inicialmente la enfermedad fibroquística muestra pequeñas áreas densas, mientras que los cambios epiteliales y nodulares son reflejados en la mamografía, por manchas oscuras en áreas de tejido blancas densas. En general la mamografía es creíble en un 80% de exactitud para el diagnóstico de cáncer mamario.

Sonografía; Es una técnica que complementa a la mamografía. En la mastopatía fibroquística la sonografía revela áreas ecodensas, heterogeneas, nodule-fibrosas y masas anecoicas cuando hay quistes. En la actualidad, la sonografía es más útil para el seguimiento de la paciente con enfermedad mamaria fibroquística y de ayuda para descubrir un carcinoma en una mama radiologicamente densa. (8,9)

Xeromamografía; Es una nueva técnica radiológica, que según algunos autores aventaja a la mamografía. Algunas ventajas de la xeromamografía son; permitir la visualización de toda la pared torácica; las adenopatías se observan con más precisión y es muy útil en mamas densas y voluminosas.

Termografía: La termografía es un método de exploración, que transforma en imágenes visibles las radiaciones infrarrojas, después de ser emitidas por la superficie corporal, con la que encuentran varios tipos de datos; la disposición morfológica del patrón vascular de cada mama y piel torácica, lo que permite comparar ambas mamas; y muestra las variaciones de la temperatura cutánea medida en décimas de grado.

Biopsia por aspiración: La biopsia por aspiración fina está indicada en pacientes con masas mamarias, una estructura nodular, una área mamaria densa dura, alguna otra área tisular anormal que se haya definido por clínica, por mamografía o por ultrasonido.

Microscópicamente se encuentran células del epitelio ductal, de borde delgado, citoplasma escaso, un núcleo levemente hiper cromático, en ocasiones, se presenta metaplasia acocrina. Cuando están presentes los quistes las células características que se presentan son las células espongosas; son células grandes bien delimitadas, con núcleos centrales o periféricos redondos u ovals que a veces se ven picnóticos y un citoplasma característico con vacuolas y gránulos diversos. Estas células muestran una configuración semejante a la de los macrófagos, se cree que son células epiteliales modificadas. (11,20)

Biopsia excisional: Las biopsias excisionales se realizan para extirpar una tumoración bien definida.

El estudio realizado tiene como objeto detectar a pacientes con mastopatía fibroquística que tienen mayor riesgo para cáncer mamario tomando en consideración los datos clínicos, y los datos histopatológicos.

Se pretende valorar la utilidad de la biopsia por aspiración para obtener los datos histopatológicos, en pacientes con mastopatía fibroquística en las cuales se ha hecho el diagnóstico por clínica, radiográficamente y ultrasonográficamente, y las cuales ya han recibido tratamiento médico previo.

II MATERIAL Y METODOS

El estudio fué realizado de julio de 1990 a noviembre de 1991, en el Hospital Tacuba del ISSSTE en el servicio de Ginecobstetricia. Se seleccionaron a pacientes que acudieron a la consulta externa con el diagnóstico de mastopatía fibroquística, el cual ha**ba** sido realizado por clínica, mamografía o por ultrasonido, y que ya habían recibido tratamiento médico. Se les realizó biopsia por aspiración del sitio donde ha**ba** alguna tumoración palpable, o de alguna área de mayor densidad. Se prepararon uno o varios frotis dependiendo de la cantidad de material aspirado, los cuales fueron enviados al servicio de patología, donde se fijaron y tñieron con la técnica de Papanicolaou y posteriormente fueron estudiados microscópicamente.

La técnica de la biopsia por aspiración utilizada, fué la siguiente:

1) Se utilizaron agujas desechables calibre 22 y 23 de 2.5 cm de longitud, jeringas de plástico desechables de 20 ml, torundas con alcohol, gasas estériles portaobjetos y fijador en alcohol.

2) Se palpa la lesión y se estima su distancia del punto superficial de entrada.

3) Se esteriliza la piel con alcohol o tinctura de yodo y se cubre la zona con gasa esteril.

4) Se coloca la aguja a la jeringa.

5) Se sostiene el blanco con una mano, entre el dedo índice y el pulgar.

6) Sacogiendo la trayectoria más corta, se introduce la aguja delicada y profundamente en el tejido subcutáneo y luego en el "blanco". Se debe percibir un cambio en la consistencia de los tejidos.

7) Con la aguja dentro de la lesión se mueve el extremo de la aguja con desplazamientos cortos para desprender las células del tejido mamario. Ejerciendo presión negativa sobre el émbolo de la jeringa se efectúa la aspiración.

8) Sin suprimir la presión negativa, se reintroduce la aguja en el "blanco", retirando la aguja, aproximadamente de 2 a 5 mm. volviendo a reinsertarla en un ángulo ligeramente distinto. No debe retirarse la aguja más allá de los bordes de la lesión. Es necesario introducir la aguja en el "tejido blanco" por lo menos tres veces.

9) Antes de sacar la aguja, se vuelve el émbolo a su posición inicial,

la presión negativa.

10) Se preparan uno o varios frotis dependiendo de la cantidad de material aspirado.

PREPARACION DE LOS FROTIS

1) Al terminar la aspiración, se desconecta la aguja de la jeringa, se aspira aire en la jeringa. Se reconecta la aguja a la jeringa.

2) Se exprime con cuidado una gota de material aspirado, sobre un extremo del portaobjeto, Se agpira aire en la jeringa. Se coloca otro portaobjeto sobre el anterior, extendiendo el material para obtener una distribución uniforme. Se debe efectuar la preparación de los frotis con cuidado para impedir el aplastamiento de las células.

3) Se aplica el fijador en aerosol. (16)

III RESULTADOS

El total de biopsias tomadas fué de 50, - todas las pacientes tenían el diagnóstico de mastopatía fibroquistica y todas habían recibido tratamiento médico. Todas las biopsias fueron tomadas en el consultorio, en la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia.

La edad promedio de las pacientes a las que se incluyó en el estudio fué de 37 años, con una edad mínima de 17 años y una máxima de 58. La distribución por edades fue la siguiente: de 10 a 19 años dos pacientes. De 20 a 29 años 7 pacientes. De 30 a 39 años de edad 17 pacientes. De 40 a 49 años de edad, - 16 pacientes. De 50 a 60 años de edad se presentaron - 8 pacientes. La mayoría de las pacientes correspondieron al grupo de edad entre los 30 a 50 años. (tabla I)

Dentro de los antecedentes de importancia en las pacientes, se encontró que solo 8 tenían antecedentes de cáncer en línea directa (hermana o madre)

La edad de presentación de la menarca fué en la mayoría de las pacientes, a los 12-13 años de edad. En 7 pacientes la menarca se presentó a los 10-11 años y en 8 pacientes a los 14-16 años de edad (tabla No. 2)

Dentro de las 50 pacientes, el ritmo menstru al fué regular en 44 pacientes y solo en 6 el ciclo - era irregular. Se encontró también que 46 pacientes te nían vida sexual activa, y solo cuatro fueron núbiles

En cuanto a la sintomatología los datos prin- cipales por los que las pacientes acudieron a la con sulta fueron: mastodinia, tumoración detectada por la paciente o el Médico y secreción mamaria.

La mastodinia fué el dato mas frecuente y se presentó en 41 pacientes, cuatro pacientes acudieron por tumoración detectada por ellas mismas, dos acu- dieron por alteraciones en una mamografía tomada para detección oportuna de cáncer y tres acudieron con se creción a través de pezón (tabla No. 3)

Las 50 pacientes habían recibido tratamiento Médico; los tratamientos recibidos por las pacientes fueron Navroxen, Bromocriptina y clormadinona.

La mayoría de las pacientes contaban con ma- mografía, la cual había permitido hacer diagnóstico - diferencial con cáncer mamario: en 15 pacientes se ha bía realizado ultrasonido mamario. Se encontró que en ninguna paciente se había realizado biopsia por aspi- ración o biopsia excisional.

linfocitocitario, células con citoplasma abundante vacuolado (células espumosas). Los datos citológicos compatibles con fibroadenoma fueron, células epiteliales agrupadas en roseta y elementos inflamatorios.

En las muestras insuficientes para diagnóstico, se encontró material amorfo de aspecto proteiforme, eritrocitos o material anofilo.

Comparando los datos obtenidos por citología y el tipo de tratamiento médico recibido, se encontró lo siguiente: en tres pacientes en las que el diagnóstico citológico fué fibroadenoma dos habían recibido naproxen y una había sido tratada con bromocriptina. De las 2. pacientes en las que el reporte citológico correspondió a mastitis aguda una había sido tratada con bromocriptina y otra con naproxen. Dentro del grupo de pacientes en que el reporte citológico correspondió a magtopatía fibroquistica, 6 recibían tratamiento con bromocriptina, 13 con naproxen y 10 con clomadinona. (tabla 5)

En tres pacientes en las que el diagnóstico citológico fué fibroadenoma, se realizó biopsia excisional corroborándose el mismo diagnóstico. En las 2 pacientes en las que se diagnóstico mastitis aguda inespecifica, se dió tratamiento con antibiotico y solo una de ellas presentó mejoría.

En ninguna paciente se presentó complicaciones después de tomar la biopsia por aspiración.

Dentro de los tratamientos utilizados se encontró, que 18 pacientes estaban recibiendo tratamiento con clormadinona; 20 pacientes recibían tratamiento con naproxen; 12 pacientes eran tratadas con bromocriptina. De las 18 pacientes tratadas con clormadinona, - 16 como máximo 3 meses de tratamiento y solo 2 pacientes tenían 6 meses de tratamiento. De las pacientes tratadas con naproxen 14 recibieron tratamiento durante 3 meses y 6 pacientes habían recibido tratamiento durante 6 meses. De las pacientes tratadas con bromocriptina 7 habían sido tratadas por 3 meses, 4 habían recibido tratamiento por 6 meses y solo una había recibido tratamiento durante un año. (tabla 4)

Los datos reportados de las biopsias por aspiración fueron los siguientes; las 50 biopsias fueron negativas a células neoplásicas. En 34 reportes los datos fueron compatibles con mastopatía fibroquística, correspondiendo al 68% de todas las muestras.

Se reportaron 8 muestras como insuficientes para realizar un diagnóstico. En dos pacientes el reporte citológico correspondió a mastitis aguda inespecífica. En 4 pacientes los datos citológicos correspondieron a fibroadenoma; en 3 pacientes se encontraron datos que no mostraban alteración alguna. Ninguna muestra evidenció datos de atipia epitelial.

Los datos citológicos que fueron compatibles con mastopatía fibroquística fueron los siguientes; células epiteliales, elementos inflamatorios de tipo

EDAD DE LAS PACIENTES

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
10-19 años	2	4%
20-29 años	7	14%
30-39 años	17	34%
40-49 años	16	32%
50-60 años	8	16%
T O T A L	50	100%

TABLA I

EDAD DE LA MENARCA

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
10 años	2	4%
11 años	5	10%
12 años	12	24%
13 años	23	46%
14 años	4	8%
15 años	3	6%
16 años	1	2%
T O T A L	50	100%

TABLA II

SINTOMATOLOGIA

SINTOMA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MASTODINIA	41	82%
TUMOR MAMARIO	6	12%
SECRECION POR PEZON	3	6%
T O T A L	50	6%

TABLA III

DATOS CITOLOGICOS

DX CITOLOGICO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	34	68%
FIBROADENOMA	3	6%
MASTITIS AGUDA	2	4%
SIN ALTERACION	3	6%
MATERIAL INSUFICIENTE	8	16%
T O T A L	50	100%

TABLA IV

DATOS CITOLOGICOS EN RELACION
AL TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO

DATOS CITOLOGICOS	T R A T A M I E N T O		GLORMADINONA
	BROMOCRIPTINA	NAPROXEN	
FIBROADENOMA	1	2	0
MASTITIS AGUDA	1	1	0
SIN ALTERACION	0	1	2
MATERIAL INSUFICIENTE	4	3	1
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	6	13	18
T O T A L	12	20	18

TABLA V

TIEMPO DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	3 MESES	6MESES	12 MESES
GLORMADINONA	16	2	0
NAPROXEN	14	6	0
BROMOCRIPTINA	7	4	1
T O T A L	37	12	1

TABLA VI

En el estudio realizado encontramos que la edad de presentación de la mastopatía fibroquistica, - fué con mayor frecuencia en el grupo de 30-35 años- correspondiendo al 66% de las pacientes, lo que - concuerda con los hallazgos reportados por otros estu- dios.

Dentro de las características clínicas encontra- mos que el síntoma principal fué la mastodinia, re- portada por el 82% de las pacientes, esto hace que la paciente acuda para revisión médica lo que permitirá - realizar un diagnóstico temprano, así como iniciar el- tratamiento oportunamente.

Los resultados obtenidos de la biopsia por as- piración corroboraron el diagnóstico de patología ma- maria benigna, que ya se tenía en todas las pacientes. En el 100% de las pacientes se había descartado cáncer mamario por los datos clínicos, mamográficos y ultraso- nográficos, si a esto se agrega los datos histopatolo- gicos, la exactitud en el diagnóstico será mayor.

Valorando el total de muestras reportadas como insuficiente para diagnóstico, notamos que el porcen- taje es elevado comparado con reportes en la literatura por lo que es necesario un buen manejo de la técnica de la biopsia por aspiración para que el número de mu- estras insuficientes, sea menor.

Valorando los datos histopatológicos obtenidos por la biopsia por aspiración encontramos que solo un 68% de las muestras, fueron compatibles con el diagnóstico de mastopatía fibroquística, mientras que en el 16% de las pacientes se encontro que los datos histopatológicos correspondieron a otro diagnóstico, tal comb, fi broadenoma mamario y mastitis inespecífica, esto sugiere que en todas nuestras pacientes deberiamos contar con da tos histopatológicos para mayor exactitud en el diagnóstico de mastopatía fibroquística.

Comparando los datos histopatológicos reportados con el tratamiento que la paciente recibió, notamos que los cambios producidos por la mastopatía fibroquística - persisten independientemente del tratamiento médico esta blecido.

En el grupo de estudio encontramos que por antecedentes heredofamiliares, 8 pacientes que corresponden al 16% de las pacientes son de alto riesgo para cánc er mamario, dentro de éste grupo en ninguna paciente se reportaron datos de atipia epitelial, y puesto que ningu na paciente presentó complicaciones después de realizar le la biopsia por aspiración, concluimos que debemos v contar con datos histopatológicos en pacientes detectadas como de alto riesgo para cánc er mamario por sus ante cedentes de cánc er ginecológico dentro de su familia.

El estudio realizado muestra que los datos histo-

patologicos en las pacientes con mastopatía fibro -
quística, permitirá confirmar el diagnóstico. Además
la biopsia por aspiración es un método que no deja ci
catriz, es un método barato ya que el material nece
sario está disponible en cualquier consultorio; no ne
cesita hospitalización y la técnica es fácil de rea-
lizar, y puesto que es mejor aceptado psicológicamente
por la paciente, es recomendado como un buen método
de seguimiento para pacientes con mastopatía fibroquís-
tica.

V BIBLIOGRAFIA

- 1.- Angeli Dogliori L., Thyroid hormone levels in human breast disease, *Obstet Gynecol* 1985; 64: 331-335.
- 2.- Bassler R., Patología de las enfermedades benignas de la mama, Sandorama 1985.
- 3.- Bibbo M. Scheiber, M Cajulis Kleber, Cytology of clinically occult malignant y premalignant breast lesion *Acta Cytol* 1988;595-613.
- 4.- Botija Botija J. Estado hormonal en las mastopatias fibroquísticas, *Toxo Gim Pract Act.* 1985; 45:39-44.
- 5.- Botella Llusia, *Endocrinología de la mujer*, 1982:99 442-578.
- 6.- Clemente C. O. Grays, *Anatomy of the human body*, 2a Ed., Filadelfia 1985.
- 7.- Gonzalez Merlo, *Ginecologia*, 5a Ed., 1988: 595-614.
- 8.- Haagensen C. D., *Enfermedades de la mama*, 3a Ed. 1987
- 9.- Helmuth Vaherr MD., *Fibrocystic breast disease, pathophysiology, clinical picture and management.* *Am J. Obstet Gynecol* , Jan 1986: 154:1: 161-179.
- 10.-Hisham Hamed, Andrew Cody, Follow-up of patients which aspired breast cysts is necessary, *Arch Surgery*

feb 1983:124:253-255.

- 11.- Koss Leopold C., Woyke S., Olszewski, Biopsia por aspiración, 1a Ed. 1988:69-84.
- 12.- Marchesoni D., Gangeni M., Hormonal investigations in benign breast disease, endocrinology of cystic breast disease 1983:145-148
- 13.- Miller M. R. Kashara, The cutaneous innervation of the human female breast, Anat Rec. 1985; 135-153
- 14.- Netter Frank A., Sistema reproductor, Colección Ciba 1982; I; 245-247.
- 15.- Oertel C., Fine needle aspiration; a personal view, Lab Med, 1982;13:343-347.
- 16.- Pitkin R. M., Senthil J., Clinicas obstetricas y ginecologicas, 1989:4:771-785.
- 17.- Robin Utañow, Laurence Galblum, Fine needle aspiration in diagnosis and management of solid breast lesions, Am J. of surgery: 146:nov 1984:653-657.
- 18.- Vorher H., Breast aspiration biopsy with multihole needles for histologic and cytologic examination, Am J. Obstet Gynecol 1985:151:70-76.