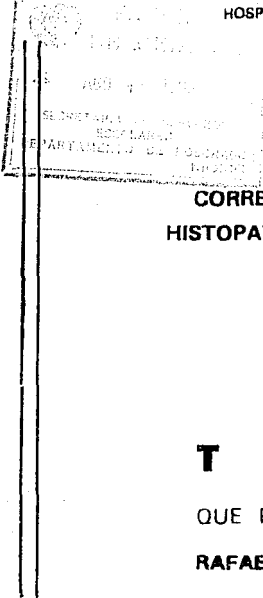


11217
72
zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"



**CORRELACION CLINICA, RADIOLOGICA E
HISTOPATOLOGICA DE TUMORES MAMARIOS
BENIGNOS**

T E S I S

QUE PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO
RAFAEL EDUARDO LARA OVANDO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



MEXICO, D. F.

1993



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

- 1.- INTRODUCCION.**
- 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**
- 3.- PLANTEAMIENTO ESPECIFICO.**
- 4.- OBJETIVO.**
- 5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.**
- 6.- MATERIAL Y METODOS.**
- 7.- RESULTADOS.**
- 8.- DISCUSION.**
- 9.- CONCLUSION.**
- 10.- ANEXOS.**
- 11.- BIBLIOGRAFIA.**

1.- INTRODUCCION.

De la patología benigna de la mama, las más comunes desde el punto de vista anatomopatológico son: la enfermedad fibroquística, el fibroadenoma, lipoma y adenosis. Otras menos comunes son la ectasia ductal, hiperplasia ductal, fibrolipoma. (1).

Como antecedentes de importancia en la patología mamaria, están entre otros: raza, alimentación, menarquia, historia de ciclos menstruales, número de embarazos o neonatos vivos y antecedentes familiares de patología mamaria. (2).

De las patologías citadas la más frecuente es la displasia mamaria (enfermedad fibroquística de la mama, mastitis quística crónica), que si bien con frecuencia se diagnostica en mujeres premenopáusicas, es rara después de la menopausia. Por esta razón se considera que un exceso relativo de estrógenos o una deficiencia de progesterona en la fase lútea del ciclo menstrual pueden ser los responsables. La característica patológica principal de la enfermedad quística de la mama es la formación de crecimiento de quistes microscópicos que derivan de los conductos terminales y acinosos. La displasia mamaria especialmente cuando ocurre por proliferación, se asocia a una mayor incidencia de cáncer mamario.

La mayoría de las pacientes con enfermedad quística se quejan de dolor cíclico y una pesadez vaga en ambas mamas. Estos síntomas se exacerban antes de la menstruación, y llaman la atención las irregularidades mamarias sensibles; masas o quistes. Los quistes pueden ser unilaterales o bilaterales, por lo general son palpables y pueden tener un diámetro de 1-2 cms. La aparición y desaparición de los quistes es común en la displasia mamaria.

El fibroadenoma mamario por lo general es unilateral, firme y con diámetro de 1-5 cms. y no doloroso. Con una incidencia máxima entre la 3a. y 4a. década de la vida. Aparecen más frecuentemente en mujeres de raza negra y ocasionalmente son bilaterales y múltiples en aproximadamente 15%. Generalmente el diagnóstico se realiza durante un examen físico general. Mientras que las características físicas de los fibroadenomas son distintivos, pueden duplicarse como consecuencia del cystosarcoma phyllodes, un sarcoma que posiblemente tenga su origen en los fibroadenomas.

Los lipomas son frecuentes y varían considerablemente de tamaño, aunque el diagnóstico diferencial puede hacerse fácilmente.

Estos tumores suelen encontrarse en los tejidos subcutáneos, pero pueden estar localizados en cualquier cuadrante de la mama. La masa puede ser translúcida fácilmente y la mamografía puede mostrar una masa de densidad grasa.

En general se tiene que hacer diagnóstico diferencial con diversas patologías como: hematomas, abscesos, necrosis grasa y enfermedad de Mondor, entre las más frecuentes. (3,4).

La evaluación de la paciente con enfermedad mamaria comienza con el examen físico, el cual debe ser completo y debe incluir la historia de la enfermedad mamaria; en la cual se define el problema actual, enfermedad mamaria previa, factores de riesgo conocidos, medicamentos que toma actualmente, especialmente anticonceptivos orales y otras hormonas.

Por medio del exámen físico se detecta la patología en forma temprana; el exámen visual y la palpación del mismo se debe valorar en forma ordenada y de tallada con la paciente en posición supina, de pie y sentada. La aspiración con - aguja fina es un método rápido y relativamente no doloroso para distinguir las - masas sólidas de los quistes y puede ser realizada en el mismo momento de la - exploración física, si se dispone del material adecuado y sin necesidad de anes-- tesia. (5,6,7).

La biopsia esta indicada en los siguientes casos:

- a) Si no se obtiene flujo en la aspiración.
- b) Si la masa no desaparece completamente después de extirpar todo el líquido.
- c) Si el fluido obtenido es sanguinolento.
- d) Si el mamograma es sospechoso de Ca.
- e) Si el quiste reaparece después de dos aspiraciones aparentemente satisfactorias.

La citología no debe ser considerada diagnóstica, pues la ausencia de células malignas no debe dejar al médico satisfecho. Un exámen citológico de líquido quístico en ausencia de otras indicaciones para la biopsia es muy raro, de forma que el exámen difícilmente puede ser utilizado como rutina. (8).

Los mamogramas, radiografías de tejidos blandos de mamas, tienen una importancia especial en la detección precoz de patología mamaria, porque ofrecen características únicas. Pueden revelar signos de patología en ausencia de sínto-- mas y por ello es útil para la exploración de mujeres sanas y asintomáticas.

aparentemente. Pueden determinar la naturaleza de una masa palpable, con una exactitud considerable pero no absoluta. Son más útiles para las mujeres mayores cuyas mamas están más gruesas y tienen una menor densidad que la de las mujeres jóvenes. Por lo cual a éstas se les sugiere tomarse ultrasonografía mamaria (USG). Son recomendaciones actuales que toda mujer asintomática debe realizar anualmente junto con el examen físico: 1) si tienen más de 50 años de edad, -- 2) si tienen de 40-49 años de edad y tienen una historia de cáncer en la madre, hermana o hija, 3) cualquier edad si tienen una mama extirpada como consecuencia de cáncer. (9,10,11).

Son contraindicaciones para realizar la mamografía las siguientes:

- 1) Mujeres menores de 18 años.
- 2) Embarazo (la exposición a la radiación no es deseable, las mamas son densas y muy poco probable de proporcionar una imagen satisfactoria.
- 3) Mujer asintomática de menos de 30 años de edad.

La influencia carcinogénica teórica de los mamogramas debido a la radiación a que son sometidos. Se estima que la mamografía puede dar lugar a seis cánceres por cada millón de mujeres al año. (12,13).

Biopsia. La más frecuente de las indicaciones es una masa sugestiva (persistente), o un flujo a través del pezón sugestivo; pero con los métodos actuales para la detección precoz, las lesiones encontradas con las mamografías suponen una indicación que cada día aumenta más.

La toma de la biopsia puede realizarse de acuerdo al caso, con anestesia -

general o local. Las biopsias deben ser realizadas con indicaciones adecuadas, en relación a la consideración del aspecto estético y con exactitud, de tal forma, - que se obtenga un diagnóstico correcto. Recordando ante todo que el diagnóstico definitivo en la patología mamaria lo dará el estudio histopatológico. (14,15).

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existirá correlación entre los hallazgos clínico, radiológico e histopatológico para el diagnóstico de tumores mamarios benignos?

3.- PLANTEAMIENTO ESPECIFICO.

A) Hipótesis.

Sí existe correlación en los estudios clínico, radiológico e histopatológico para el diagnóstico de tumores mamarios benignos.

4.- OBJETIVO.

Demostrar que existe correlación en los estudios clínico, radiológico e histopatológico para el diagnóstico de tumores mamarios benignos.

5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Demostrar que existe correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico.
- 2.- Demostrar que existe correlación entre el diagnóstico clínico y radiológico.
- 3.- Demostrar que existe correlación entre lo descrito en la literatura y el presente estudio.

6.- MATERIAL Y METODOS.

A) Diseño del estudio.

Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, abierto.

B) Definición del universo de trabajo.

Se estudiaron 30 (treinta) pacientes atendidas en la consulta externa de ginecología del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE en el período comprendido del 1º de enero al 15 de septiembre de 1992.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Con nivel α de 0.05 y nivel β de 0.02 y con una diferencia del 30% entre los distintos métodos diagnósticos, se estima un tamaño de muestra de 30 pacientes.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES Y ESTUDIOS EFECTUADOS.

Pacientes femeninas, todas derechohabientes al Servicio, sin antecedentes -- previos de patología mamaria, mayores de 30 años de edad, sin antecedentes farmacológicos, para patología estudiada, sin importar paridad.

A todas se les efectuó examen clínico, estudio mamográfico e histopatológico, en los servicios correspondientes. Todos estos en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Sexo femenino.
- 2.- Mayores de 30 años.
- 3.- Sin antecedentes farmacológicos.
- 4.- Embarazos previos.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1) Pacientes embarazadas.
- 2) Con antecedentes de patología mamaria.
- 3) Con trastornos hematológicos, anemia, trombocitopenia.
- 4) Trastornos de coagulación.
- 5) Con antecedentes de patología mamaria en la familia.
- 6) Que no acepte participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1) Pacientes que deseen abandonar el estudio.
- 2) Pacientes a quienes no se les realice cualquiera de los estudios.
- 3) Pacientes que se embaracen durante el estudio.

7.- RESULTADOS.

Se estudiaron 30 pacientes del sexo femenino con edad ($X_{\pm DE}$) de 34 ± 4 años, peso de 61.2 ± 4.96 kg. (tabla 1), a las cuales se les efectuó exploración física de glándulas mamarias llegando al diagnóstico clínico de tumoración mamaria benigna y posteriormente se efectuó mamografía, toma de biopsia y estudio histopatológico. Obteniéndose una concordancia absoluta del 100% entre mamografía y estudio histopatológico y del 83% de concordancia absoluta entre el diagnóstico clínico e histopatológico y diagnóstico clínico con diagnóstico mamográfico respectivamente. (gráfica 1).

Durante la exploración física de mamas efectuada a las pacientes, el diagnóstico clínico correspondió al 70% de mastopatía fibroquistica y 30% de fibroadenoma. (gráfica 2).

De acuerdo a los sitios de localización de los tumores mamarios benignos, el cuadrante superior externo es el sitio más frecuente de implantación tanto en mama izquierda como derecha. (gráfica 3).

Se observó de acuerdo al diagnóstico radiológico, que el 100% de los estudios efectuados corresponden a tumores mamarios benignos. (gráfica 4).

Se determinó que de acuerdo al diagnóstico histopatológico en esta serie, - la mastopatía fibroquistica ocupa el 57% de los tumores mamarios benignos, el - 40% el fibroadenoma y el 3% el lipoma. (gráfica 5).

8.- DISCUSION.

La patología mamaria benigna es una entidad que se presenta desde la adolescencia hasta la edad premenopáusica, teniendo su mayor incidencia en la 4a. década de la vida; dichos reportes en la literatura concuerdan con los resultados del presente estudio en el cual esta patología se presentó en promedio de 34 -- años de edad. (1,2).

Se observa en el presente estudio que esta patología no esta relacionada -- con la paridad de estas pacientes, dicho hallazgo concuerda con lo reportado por otros autores. (3).

Con respecto al diagnóstico de patología mamaria, existen diversos procedimientos para integrar un diagnóstico de certeza; se ha reportado que desde el -- punto de vista clínico tenemos una certeza diagnóstica del 80%. Mamográfico del 92% e histopatológico del 100%; tanto el diagnóstico clínico como el mamográfico, deben ser comparados contra un standard ideal que en este caso es el estudio histopatológico. Los hallazgos en la presente muestra de pacientes con patología mamaria benigna concuerda con los resultados que reportan otros autores -- en la literatura internacional. (4,5,14).

De acuerdo a los reportes en la literatura de los tumores mamaros benignos, el más frecuente es la mastopatía fibroquistica, lo que concuerda con los -- hallazgos en la presente serie; así como con respecto a los sitios de localización siendo el sitio de localización más frecuente el cuadrante superior externo.(2,5,7)

9.- CONCLUSION.

El diagnóstico clínico esta altamente correlacionado con el diagnóstico mamográfico e histopatológico. De vital importancia es una buena exploración física que día a día, va siendo más certera y ayuda a través de la experiencia clínica, adquirida a través de la exploración rutinaria en nuestras pacientes.

Por medio del presente trabajo, podemos decir que el diagnóstico clínico -- está altamente correlacionado con el diagnóstico mamográfico e histopatológico.

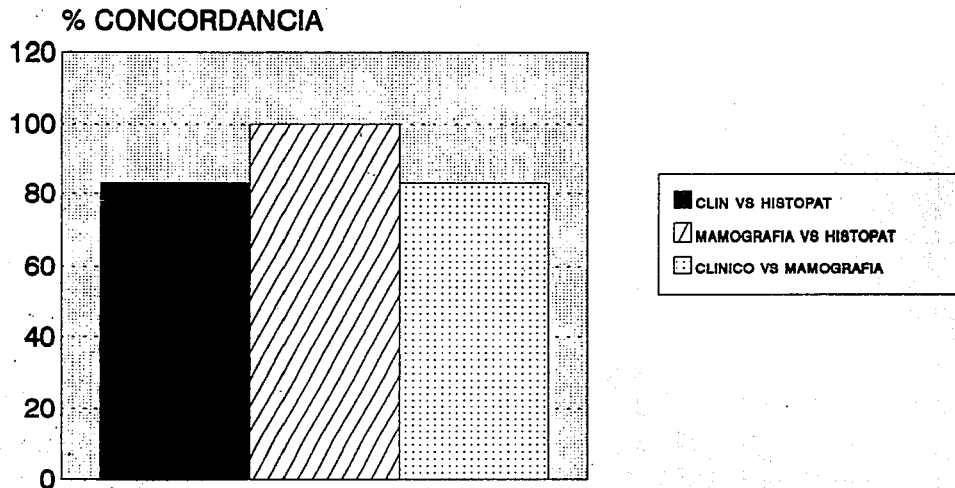
La atención adecuada con calidad y calidez a nuestras pacientes hace posible poder realizar diagnósticos oportunos y certeros. De vital importancia es la exploración física, que día a día, con la experiencia adquirida a través de ellos, hará posible esto.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

- MUESTRA ESTUDIADA $n = 30$ PACIENTES
- SEXO FEMENINO
- EDAD 34 ± 4 (MEDIA \pm DE)

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
CUADRO I.

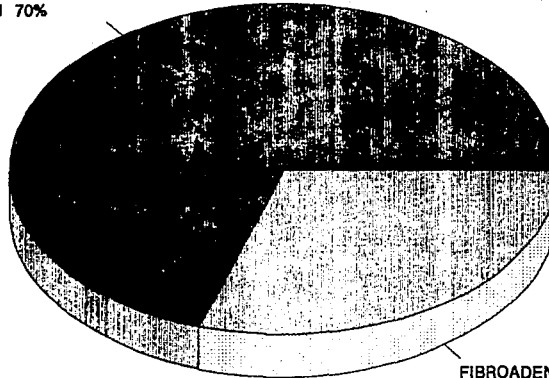
CONCORDANCIA ENTRE LOS METODOS DIAGNOSTICOS



FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
GRAFICA 1.

DIAGNOSTICO CLINICO

MAST. FIBROQUISTICA
21 70%

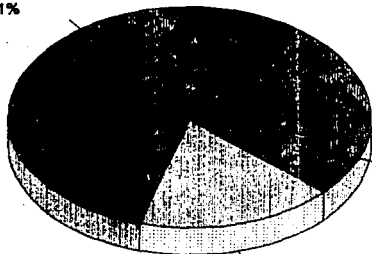


FIBROADENOMA
9 30%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
GRAFICA 2.

SITIOS DE LOCALIZACION

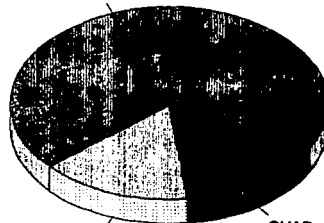
CUAD. SUP. EXT.
71%



CUAD. SUP. INT.
18%

MAMA IZQUIERDA

CUAD. SUP. EXT.
62%



CUAD. SUP. INT.
15%

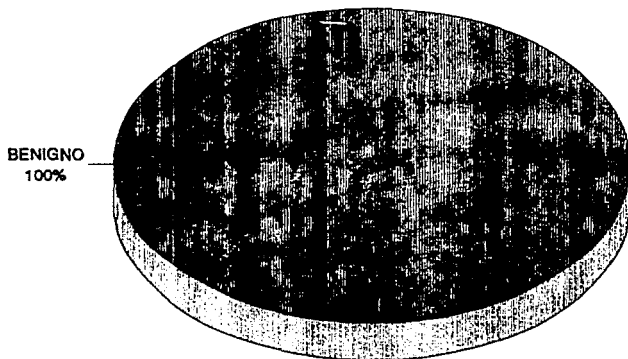
CUAD. INF. EXT.
15%

8%
AREOLA

MAMA DERECHA

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
GRAFICA 3.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

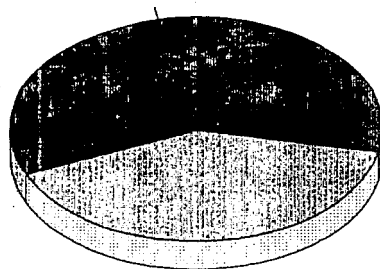


FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
GRAFICA 4.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

MAST. FIBROQUISTICA

17 57%



LIPOMA

1 3%

FIBROADENOMA

12 40%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
GRAFICA 5.

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

- 1.- Donegan W.L. Enfermedades de la mama en Tratado de Ginecología y Obstetricia. Danforth D.N. (Ed.); 1988: 1165-1182 pp.
- 2.- Lynch H.T., Watson P. Epidemiología y factores de riesgo. Clin. Obstétrica y Ginecológica. 1990; 741-749.
- 3.- Satting R.W., Rubin G.L., Webster L.A. Family history and the risk of breast cancer. JAMA 1985; 253-259.
- 4.- Silverbert E., Lubera J.A. Cancer statics; 1989 CA. 39-50.
- 5.- Parson Ed. Diagnosis of breast benign disease. 1990; 203-204.
- 6.- Issacs J.H. How to tell if that breast lump is malignant. Mod. Med. 1988; -- 52-56.
- 7.- Ferzili G., Scott I.J. A simple technique for localizing nonpalpable lesions of the breast. Surg. Gynecol. Obstet. 1991; 172: 147-148.
- 8.- Capece N.R., Gentin S. Accuracy of mammographic alone and in combination with clinical examination and cytology in the detection of breast disease -- benign. Clin. Radiol. 1988; 32-2, 150-153.
- 9.- Monostromi Z., Herman P.G. Limitations in distinguishing malignant from -- benign lesions of the breas by sistematic Review of mammograms. Surg. -- Gynecol. Obstet. 1991; 173, 438-442.
- 10- Kraus J.V., Dolan J.R., Issacs J.H. Detections of localized breast cancer utilizing prospective mammographic criterion. Am J. Obstet. Gynecol. 1988; - -- 158-147.

- 11.- Dowlatshahi K., Jokich P.M. A prospective study of double diagnosis of nonpalpable lesions of the breast. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1991; 172: 121-124.
- 12.- Monsees B., Destovet J.M., Geosell D. Light scanning of nonpalpable breast lesions; reevaluation. *Radiology.* 1988; 167: 352-354.
- 13.- Egon R.L. Breast Imaging: Diagnosis and morphology of breast disease. - -- *Radiology.* 1989; 182: 258-264.
- 14.- Franceschi D., Crowe J. Biopsy of the breast for mammographically detected lesions. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1990; 171: 449-455.
- 15.- Tinnemans J.G.M., Wobbes T. Localization and excision of nonpalpable - - - breast lesions. *Arch Surg.* 1987; 122: 802-805.