

11217 74

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



21-IV-81  
Vols: [scribble]

UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA CITOLOGIA  
POR ASPIRACION EN PATOLOGIA MAMARIA

TESIS QUE PRESENTA EL:

DR. EPIFANIO ESPINOSA MORALES

PARA OBTENER EL POSTGRADO CON TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D F.

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

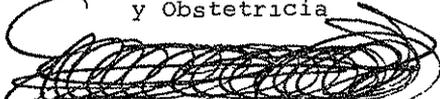
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

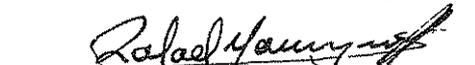
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Profesor Titular del Curso  
de Postgrado en Ginecología  
y Obstetricia



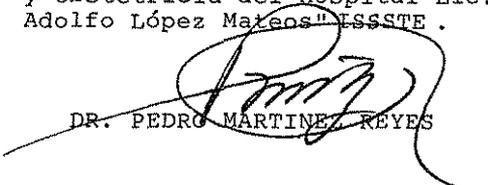
DR. NICOLAS CASANOVA ALVAREZ

Profesor Adjunto del Curso  
de Postgrado en Ginecología  
y Obstetricia



DR. RAFAEL MANZANILLA SEVILLA

Jefe de Servicio de Ginecología  
y Obstetricia del Hospital "Lic.  
Adolfo López Mateos" ESSSTE .



DR. PEDRO MARTINEZ REYES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A S E S O R E S:

DR. DRUSSO VERA GASPAR. MEDICO GINECO-OBSTETRA;  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE -  
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL -  
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS". I.S.S.S.T.E.

DRA. CARMEN COTO. CITOLOGA; JEFE DE SERVICIO  
DE CITOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL "LIC. -  
ADOLFO LOPEZ MATEOS". I.S.S.S.T.E.

DR. PEDRO MARTINEZ REYES. MEDICO GINECO-OBSTE-  
TRA; JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA, FER-  
TILIDAD, REPRODUCCIÓN, CRECIMIENTO Y DESA-  
ROLLO HUMANO DEL HOSPITAL GENERAL "LIC. -  
ADOLFO LOPEZ MATEOS". I.S.S.S.T.E.

DR. MANUEL AYALA RAMOS. JEFE DE SECCION DEL -  
SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL -  
GENERAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS". - - -  
I.S.S.S.T.E.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DEDICO ESTE HUMILDE TRABAJO:

A MI HIJO:

LUIS CARLOS

Realización de un anhelo siempre esperado, motivo de superación y fuente cotidiana de alegrías y satisfacciones.

A MIS PADRES:

EREDIN Y CARLOTA

Por haberme sabido inculcar el deseo de superación y esperando que parte de sus ilusiones se vean realizadas.

A MI ESPOSA:

MARLENE

Por su comprensión y cariño y en reconocimiento a su paciencia y apoyo.

A MIS HERMANOS:

ELVIRA BEATRIZ

CONSUELO EUGENIA y

EREDIN

A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS



A MIS MAESTROS Y AMIGOS, MI GRATITUD POR SIEMPRE:

EL DR. NICOLAS CASANOVA ALVAREZ  
Médico Gineco-Obstetra, Jefe del  
Area Metropolitana del I.S.S.S.T.E.

EL DR. RAFAEL MANZANILLA SEVILLA  
Médico Gineco-Obstetra, Subjefe del  
Area Norte de la Zona Metropolitana  
del I.S.S.S.T.E.

EL DR. JESUS JIMENES MACIAS  
Médico Gineco-Obstetra, Jefe de  
Hospitales Subrogados del I.S.S.S.T.E.

A LA DRA. CARMEN COTO,  
Citologa, Jefe de Citología del Hospital  
General "Lic. Adolfo López Mateos"  
del I.S.S.S.T.E.

A TODOS LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GENERAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" DEL I.S.S.S.  
T.E.

A TODOS MIS COMPAÑEROS RESIDENTES.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	PAG.
RESUMEN .....	1
INTRODUCCION .....	1
MATERIAL Y METODOS .....	5
RESULTADOS .....	14
COMENTARIOS .....	29
CONCLUSIONES .....	32
BIBLIOGRAFIA .....	34

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## R E S U M E N

Se realizó un estudio prospectivo de 30 pacientes estudiados en el Servicio de Ginec Obstetricia del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" entre el 19 de septiembre de 1979 al 28 de febrero de 1980.

Fueron seleccionados 30 casos cuyo diagnóstico clínico correspondía a Patología Mamaria y se les estudió; frecuencia por grupos de edad; edad de la vida sexual activa; número de gestaciones; paridad; correlación entre la imagen citológica y la imagen histológica; tamaño y localización de las tumoraciones; si lactó o no, si recibió anticonceptivos orales o parenterales; tiempo de evolución de la tumoración y quién le diagnosticó la tumoración. Se compararan los resultados obtenidos con estadísticas nacionales y extranjeras.

## I N T R O D U C C I O N

La patología mamaria y dentro de ella especialmente el cáncer, ha adquirido una importancia de primer orden en la sociedad actual, cada día es mayor el número de pacientes que acuden a la consulta del médico preocupadas por la presencia de alteraciones de su mama, bien sean tumoraciones, secrecio-

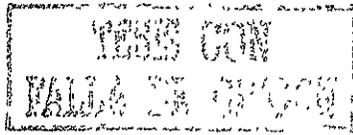
## R E S U M E N

Se realizó un estudio prospectivo de 30 pacientes estudiados en el Servicio de Ginec Obstetricia del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" entre el 19 de septiembre de 1979 al 28 de febrero de 1980.

Fueron seleccionados 30 casos cuyo diagnóstico clínico correspondía a Patología Mamaria y se les estudió; frecuencia por grupos de edad; edad de la vida sexual activa; número de gestaciones; paridad; correlación entre la imagen citológica y la imagen histológica; tamaño y localización de las tumoraciones; si lactó o no, si recibió anticonceptivos orales o parenterales; tiempo de evolución de la tumoración y quién le diagnosticó la tumoración. Se compararan los resultados obtenidos con estadísticas nacionales y extranjeras.

## I N T R O D U C C I O N

La patología mamaria y dentro de ella especialmente el cáncer, ha adquirido una importancia de primer orden en la sociedad actual, cada día es mayor el número de pacientes que acuden a la consulta del médico preocupadas por la presencia de alteraciones de su mama, bien sean tumoraciones, secrecio-



nes o dolor. Este aumento del número de pacientes se acompaña de una mayor precocidad en el descubrimiento de la sintomatología y de un menor tiempo de latencia desde que este descubrimiento se ha efectuado y al momento en que se acude a la visita médica. Esto determina lógicamente un aumento del índice de diagnóstico precoz de cualquier lesión mamaria. La exploración clínica correcta, si bien sigue siendo el mejor medio de diagnóstico del que todo médico puede disponer en cualquier circunstancia, no es sin embargo suficiente para un diagnóstico definitivo.

La citología aplicada al diagnóstico de la patología mamaria representa un método rápido, cómodo, inocuo y concluyente en la gran mayoría de los casos. En este sentido, no se limita el descubrimiento del cáncer, sino que nos proporciona un conocimiento microscópico de la totalidad de las lesiones que puedan existir en la glándula mamaria.

La historia de la citología de la mama cuenta con pocos años, ya que si bien RECLUS en 1908 (1) comenzó a efectuar la punción de los quistes macroscópicos, esta práctica no tenía finalidades histológicas. En 1914 aparece descrito citológicamente el primer caso de carcinoma de mama; fue diagnosticado por NATHAN mediante el estudio de la secreción obtenida por el pezón. (1, 2, 12).

Pero todavía en 1930, el estudio microscópico de las - -

secreciones va más encaminado a búsqueda de hematies, con el fin de diferenciar las serosas de las serosanguinolientas, al intento de establecer diagnóstico histológicos (1, 2).

En esta misma fecha YOUNG comienza a practicar punciones biopsia con estudio histológico del material obtenido. (1).

También en 1930 MARTIN y ELLIS publicaron una serie de 65 pacientes estudiados mediante biopsia por aspiración con -- aguja fina (1, 2, 3, 12)

En 1946 aparecen descritos los criterios citológicos de malignidad por JACKSON y SEVEDANCE, pero no es sino hasta - - 1958 en que PAPANICOLAU y colaboradores ponen a punto la técnica del estudio de las secreciones mamarias, llamando la atención sobre esta nueva forma de diagnóstico. (2, 3, 6)

En los últimos 15 años se han multiplicado los estudios sobre diferentes aspecto de la citología de mama, apareciendo amplios trabajos sobre las relaciones citología-histología y - aquilatando el valor de la primera como medio de diagnóstico - en comparación con el resto de las técnicas utilizadas en la investigación de la enfermedad mamaria.

La duda que dió origen a este trabajo fue:

1. Conocer la utilidad que tiene en nuestro medio la citolog

gía por aspiración.

2. Conocer la signología y sintomatología encontrada en las pacientes con Patología Mamaria.
3. Conocer el grado de certeza de los estudios de citología por aspiración con aguja fina en Patología Mamaria.
4. Comparar los resultados citológicos con los resultados - histológicos de las biopsias mamarias.
5. Conocer la frecuencia del cáncer mamario en la población derechohabiente.
6. Comparar las estadísticas nacionales y extranjeras con - los resultados obtenidos.

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

El trabajo se elaboró mediante la obtención de muestras en 30 pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y -- Obstetricia del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", -- en el período de tiempo comprendido entre el 19 de septiembre de 1979 al 28 de febrero de 1980.

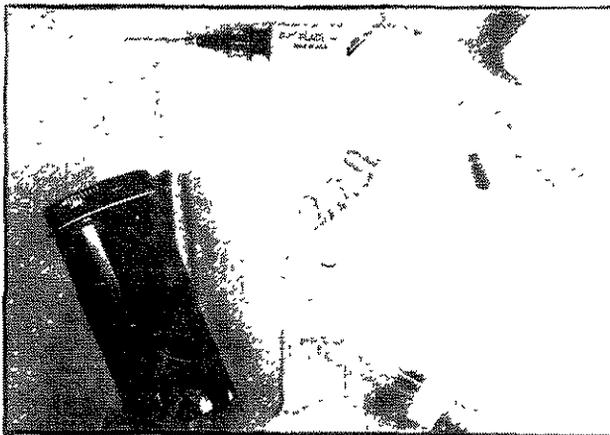
Las pacientes fueron escogidas al azar de la Clínica de Mama, del Servicio de Ginecoobstetricia; estas pacientes estaban programadas para operarse de Biopsia Mamaria Excisional y un día antes de operarse se les practicó nuestro estudio. --La toma de la muestra se realizó cuando la paciente estaba internada en nuestro servicio y en su cama, en decubito ventral se tomó dicho estudio.

Los métodos utilizados para la obtención de muestras de contenido citológico en la mama son realmente sencillos, pudiéndose practicar en forma ambulatoria y estando al alcance -- de todo médico que desee efectuarlos, ya que apenas requiere -- utillaje (figura 1).

Las biopsias se realizaron utilizando material desecha-- ble, aguja y jeringa; la aguja que se utilizó fue de calibre -- 22 con su correspondiente jeringa de lo ó 20 cc. (Fig. 2). Es importante que el vacío conseguido al tirar del émbolo sea lo más perfecto posible, de ahí la conveniencia de utilizar -- --

jeringas de material plástico en las que la adaptación del émbolo al cuerpo es más perfecta que en las de cristal (figuras 3 y 4).

El diámetro de la aguja no debe de exceder de 0.6mm y sólo en condiciones muy especiales el uso de agujas más gruesas.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las características que capacitaron a esta técnica como un método útil y práctico para el estudio de las lesiones de mama, se basan en su sencillez y posibilidad de efectuarla -- ambulatoriamente, en no producir dolor a la paciente y por lo tanto, no necesitar ningún tipo de anestesia, en no determinar hemorragias e impedir la posibilidad de activaciones o siem-- bras metástásicas de un nódulo tumoral maligno. Aunado a -- ello, se consigue un diagnóstico de relación directa con la -- histología. Pues bien, todo esto se puede conseguir con es-- te diámetro de aguja, mientras que si lo aumentamos, si bien -- es cierto que podremos obtener mayor cantidad de material para el estudio, también es cierto que produciremos dolor manifiesto al efectuar la punción, pequeñas hemorragias, se puede impu-- tar la posibilidad de diseminación y será necesario la utiliza-- ción de mayor utillaje.

La punción se efectúa con la aguja montada sobre la je-- ringa y el conjunto sostenido firmemente con una mano, con los dedos de la otra inmovilizamos la tumoración y a continuación-- atravesamos decididamente la piel y tejido subcutáneo hasta -- llegar a ella.

En el momento en que la aguja se pone en contacto con el tumor apreciamos sus características de dureza por transmisión a través de la jeringa, este hecho tiene su valor práctico, -- pues la experiencia nos avisará en este momento de la posibili-- dad de encontrarnos ante un quiste y no una tumoración sólida,

Fig. No. 7

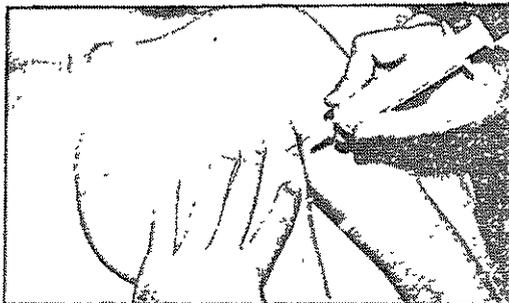


Fig. No. 8



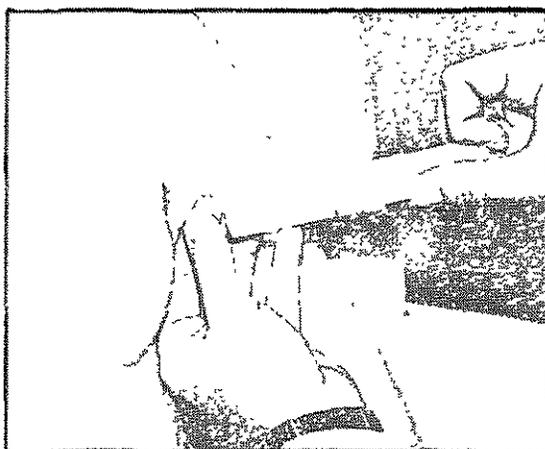
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

aún antes de haber efectuado una aspiración.

Al llegar a la tumoración introducimos la aguja en ella a una profundidad variable dependiendo del tamaño de la misma y, una vez dentro, aspiramos con fuerza mantenida sobre el -- émbolo. En este momento, dependiendo de las características de la jeringa y si disponemos o no de un ayudante, podemos -- optar por dar posibilidades diferentes: una, mantener la presión sobre el émbolo hasta sacarlo fuera del cuerpo de la jeringa; otra, llegado un momento en que la presión es difícil de resistir, si no disponemos de un aplicador especial, concebido para este fin, pedimos al ayudante que retire el cuerpo de la jeringa de la cabeza de la aguja mientras nosotros mantenemos la presión. Con cualquiera de los dos métodos, referidos naturalmente a punciones de masas sólidas, conseguimos el mismo fin, liberar el vacío y almacenar el material -- aspirado en la aguja y el émbolo.

Esta maniobra la repetimos varias veces sin llegar a des-- prender la aguja de la masa tumoral, pero variando la profun-- didad y dirección de la misma. Es muy conveniente el volver a puncionar a otras veces en diferentes lugares de la tumora-- ción, con el fin de asegurarnos la mayor cantidad posible de -- material y al obtenerlo de diferentes zonas, ya que pueden -- existir varios tipos de lesiones dentro de una misma masa tumo-- rañ.

Fig. 29 5



TESTS CON  
FALLA DE ORIGEN

Gracias a la inocuidad del método y a la falta de molestias en la paciente podemos repetir estas punciones con absoluta libertad.

Una vez retirada la aguja, siempre unida al cuerpo de la jeringa, introducimos el émbolo de nuevo y presionamos sobre él con fuerza para que el paso del aire al salir a través de la aguja impulse el material en ella retenido y lo deposite en un porta objetos limpio colocado a pocos milímetros de la punta de la aguja, inmediatamente teñimos con una solución fijadora.

Si se trata de un quiste sentiremos al contacto de la aguja con la pared del quiste una sensación de menor dureza que para el caso de los tumores sólidos. Esta especial sensación nos anima a penetrar más profundamente hasta llegar a notar que hemos atravesado la cápsula. Es entonces cuando aspiramos lentamente y obtenemos el líquido contenido en el quiste, que se nos muestra de un color variable, generalmente verdoso y con diferentes grados de fluidez.

Esta descripción corresponde a la función típica de un quiste, pero no todos los casos son iguales, pudiendo encontrar cápsulas duras, con un marcado componente de fibrosis y de gran espesor que en el primer momento nos inducen a pensar en la existencia de un tumor sólido. En estos casos sólo si profundizamos lo suficiente, incluso atravesando la tumoración - -

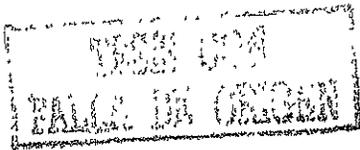
y aspirando inmediatamente después, obtendremos el material -  
necesitado para el estudio.

Aparentemente es un hecho paradójico y en la práctica -  
bastante irritante, debido a la evidencia del diagnóstico clí-  
nico que no podemos confirmar y, sumando a esto la particula-  
ridad de estas tumoraciones de ser las que mejor se prestan -  
a las punciones múltiples.

La explicación radica en las características histológi-  
cas de diferentes tipos de Frotis en relación al lugar donde -  
se ha efectuado la punción, así encontramos casos de "Frotis  
Sucios" con abundantes detritos celulares y sustancias de  
fondo sero-hemorrágica, en los que el estudio minucioso de to-  
do el Frotis no nos muestra el suficiente número de células -  
no destruidas que nos permita concretar su malignidad o benigni-  
dad.

Nos hallamos ante el caso de una punción profunda en un  
carcinoma que ha sufrido fenómenos de necrobiosis en su parte  
central. En estos casos debemos efectuar la punción en las  
zonas periféricas del tumor, en las más superficiales, casi de  
forma tangencial.

El resto de las tumoraciones no presentan característi-  
cas especiales y únicamente debemos tener siempre en cuenta la  
necesidad de procurarnos la mayor información posible de las -



diferentes zonas del tumor mediante punciones repetidas a - -  
distinto nivel.

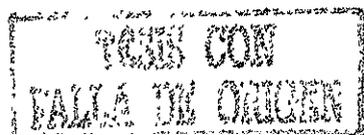
## R E S U L T A D O S

De un total de 30 biopsias por aspiración de la mama -- practicadas, había material de 26 tumoraciones sólidas, 3 formaciones quísticas y 1 absceso mamario. De las 30 biopsias -- por aspiración se consideraron benignos 20 (80%), todos fueron confirmados por biopsias excisional.

De las 30 biopsias por aspiración, se diagnosticaron 5 -- cánceres mamarios (10%), todos confirmados por biopsia excisional y a esta pacientes se les practicó mastectomía radical.

5 muestras tomadas por aspiración fueron inadecuadas para diagnóstico, pero correspondieron a tumoraciones benignas (10%).

De las 30 pacientes, 4 eran núbiles; 16 tumoraciones correspondieron a glándula mamaria izquierda y 14 a glándula -- mamaria derecha. De los cánceres mamarios 3 correspondieron a mama izquierda y 2 a mama derecha. En todos los cuadrantes de ambas glándulas mamarias se encontraron las tumoraciones; el tamaño de la tumoración vario de 5 centímetros a 8 centímetros. De las 30 pacientes, 18 lactaron a sus hijos por más de 2 meses; y 7 pacientes llevaron control de la fertilidad con hormonales orales y de acumulación por más de 6 meses; el tiempo de evolución de las tumoraciones mamarias varió de 15 días a 10 años y de 10 de las 30 pacientes, - - -



mediante el autoexamen mamario, se descubrieron dichas tumora-  
ciones mamarias y 20 de éstas pacientes su médico les diagnos-  
ticó la tumoración mamaria. (5)

TABLA 1

RESULTADOS EN LESIONES BENIGNAS  
Y MALIGNAS MAMARIAS

RESULTADOS DE LAS  
ASPIRACIONES EN  
LESIONES:

MALIGNAS

BENIGNAS

%

NORMALES			
INSATISFACTORIOS		5	10
DISPLASIA GRADO II	20		80
MALIGNOS		5	10

TOTAL ESTUDIOS

30

100 %

TABLA 2

TUMORACIONES SOLIDAS	26
FORMACIONES QUISTICAS	3
ABSCESO MAMARIO	1
T O T A L	30

TABLA 3

SITIO Y LOCALIZACION DE TUMORACIONES  
MAMARIAS MALIGNAS Y BENIGNAS :

MAMA DERECHA	16
MAMA IZQUIERDA	14
T O T A L	30

TABLA 4

SITIO Y LOCALIZACION DE TUMORACIONES  
MAMARIAS MALIGNAS

MAMA DERECHA	2
MAMA IZQUIERDA	3
T O T A L	5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD EN CANCER MAMARIO Y EN DISPLASIA MAMARIA GRADO II.

EDAD	CANCER MAMARIO	DISPLASIA GRADO II	TOTAL
10-20		2	2
21-30		4	4
31-40	1	6	7
41-50		5	5
51-60	2	2	4
61-70		1	1
71-80	2		2
TOTAL			25

\* 5 muestras inadecuadas para diagnóstico.

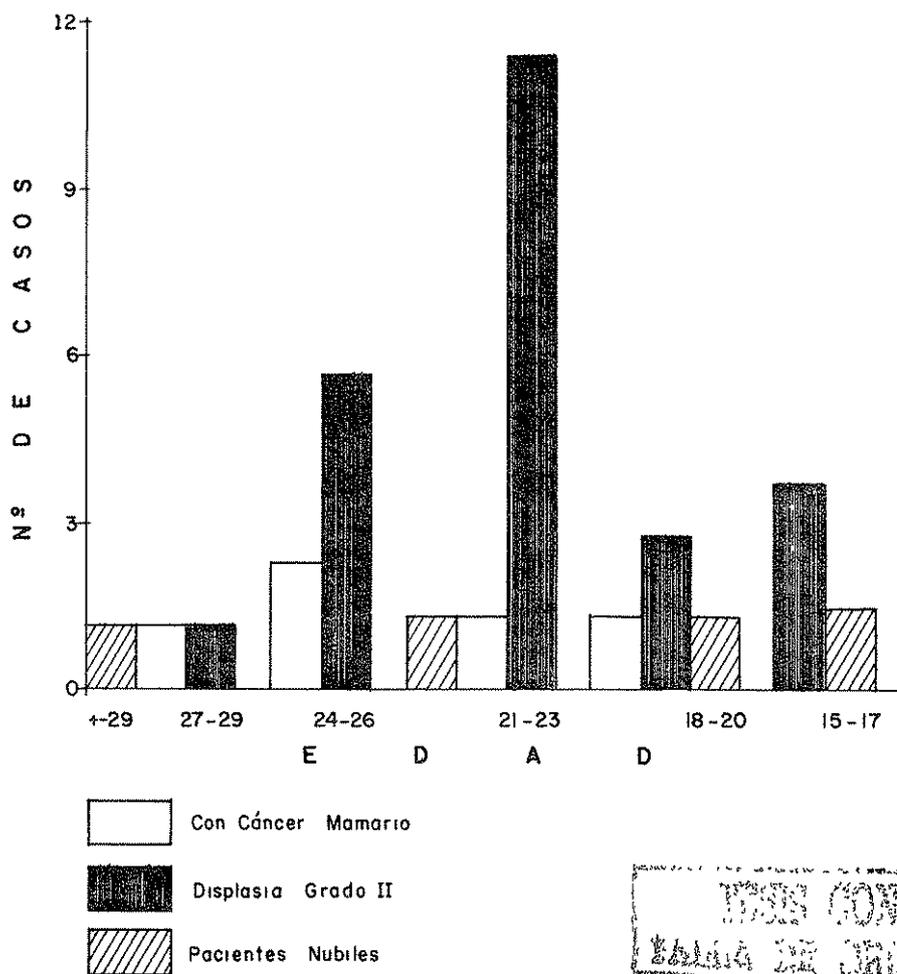
CUADRO 2

TIEMPO DE EVOLUCION DE LAS TUMORACIONES  
MAMARIAS MALIGNAS

TIPO DE CANCER	TIEMPO	OBSERVACIONES
COMEDO CARCINOMA	3 meses	Tráumatismo mamario leve.
ADENOCARCINOMA - DUCTAL INFILTRAN- TE POCO DIFEREN- CIADO	1 año	Retracción de - pezón.
CISTOSARCOMA FI- LOIDES MALIGNO	1 año	Retracción de pezón.
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE POCO DIFERENCIADO.	15 días	Dolor mamario importante
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE POCO DIFERENCIADO.	2 meses	Tumoración ma- maria importan- te.

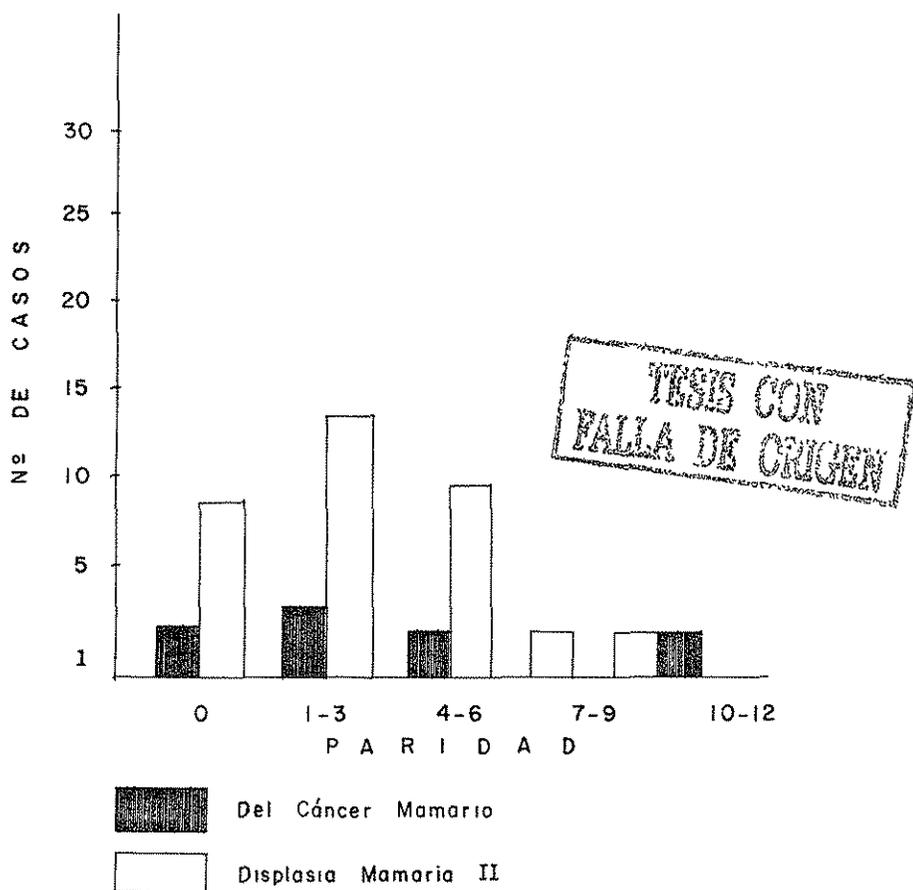
TIEMPO DE  
FALLA DE ORIGEN

## GRAFICA 1

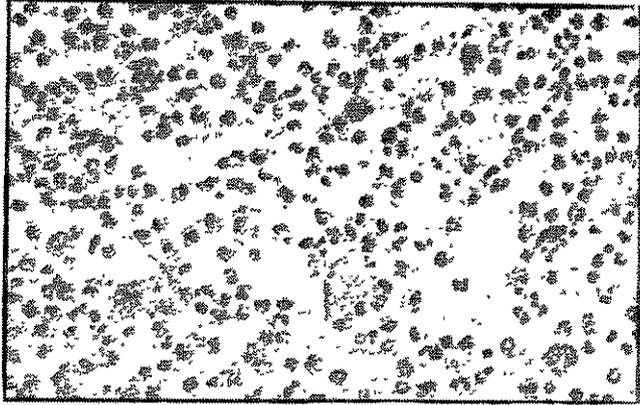
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE INICIO  
DE VIDA SEXUAL ACTIVA

GRAFICA II

DISTRIBUCION EN GRUPOS DE PARIDAD



11. N. 5



W. prof. cognata se muestra en aspecto  
citológico de un absceso y abstrac-  
tes elementos inflamatorios.

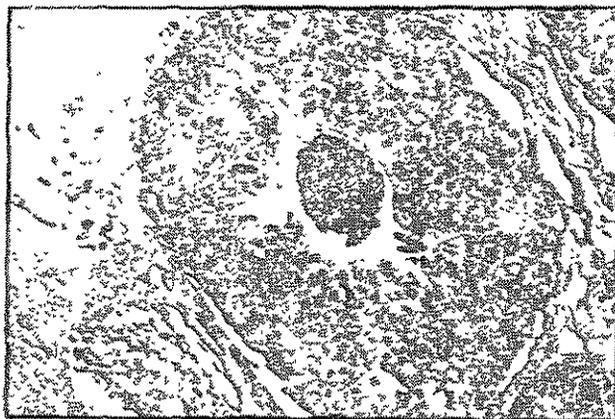
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fig. N° 6



Conoid carcinoma

Fig. N° 7

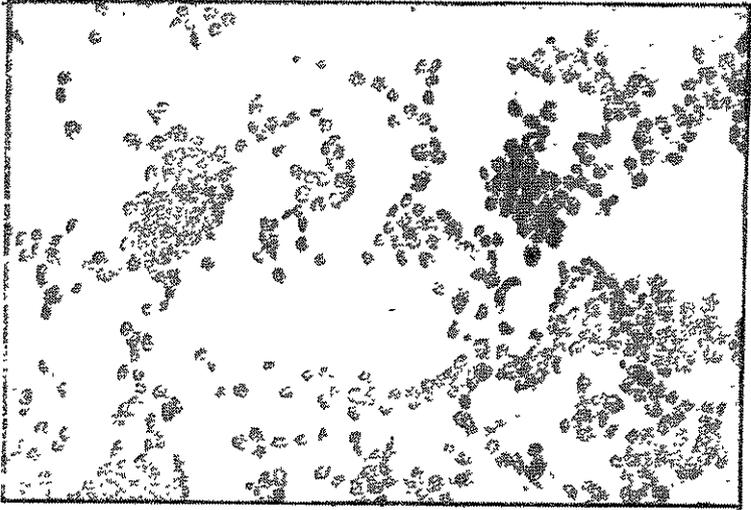


Conoid carcinoma

se aprecia en el centro de la célula, en  
 forma de un punto negro.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

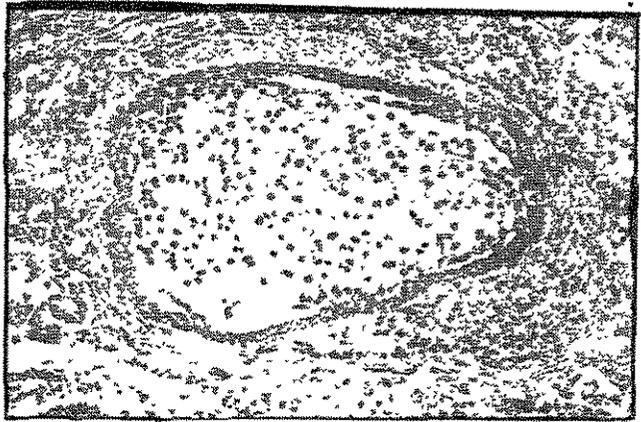
Fig. 10. P



La morfología de los granos muestra una gran variedad, el diagnóstico más seguro se da por la forma de crecimiento de los granos, algunos se agrupan y otros se dispersan, el número de granos en un tubo de polen...

TEMA CON  
 ETIQUETA DE ORIGEN

Fig. 10 - 9



aspecto celular. Se lo in questo punto,  
dentro de células esponosas en  
su base.

TEJID CON  
FALLA DE ORIGEN



Fig. 13. 10

Tumor formado, en su totalidad, de elementos epiteliales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fig. N° 1'

Aspecto citológico de un tumor filloides en el que destaca la actividad nuclear.

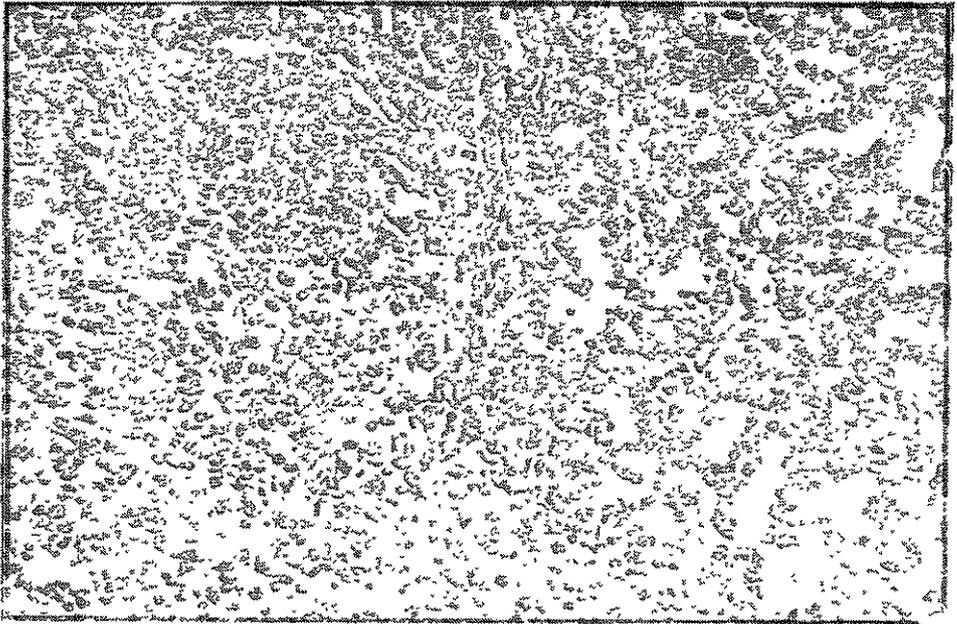
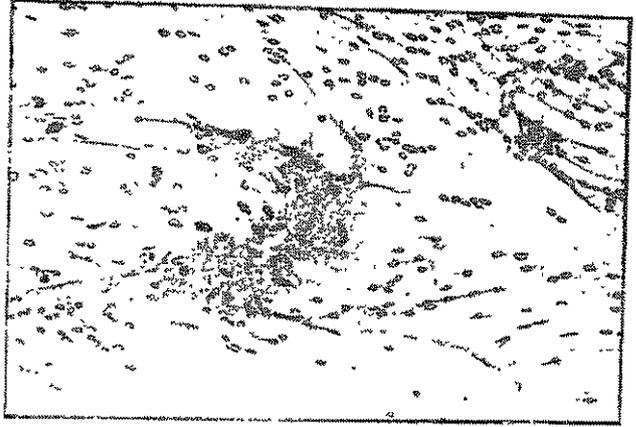


Fig. N° 2

TESIS EN  
FALLA DE ORIGEN

Fig. N° 13



Aspirado de un ganglio axilar, notándose el núcleo de células en el tracto.

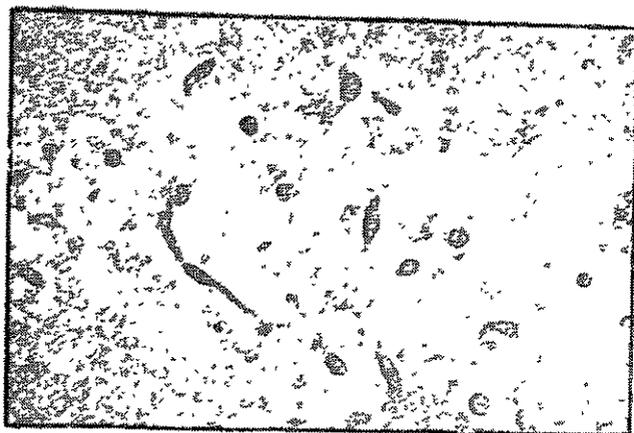


Fig. N° 14. Tesis con falla de origen.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## C O M E N T A R I O

A pesar de que la biopsia por aspiración se ha venido - utilizando desde 1930 en algunos centros de E.E.U.U., y en -- Suecia, (1,2,4) todavía no ha alcanzado la amplia popularidad que merece. Quizás ésta ha sido una consecuencia del énfasis que se ha puesto en la "sistemática de cada institución". Así se establece siempre una competencia con la biopsia histológica habitual en detrimento de la biopsia por aspiración. - No obstante, como contrapartida, la mayor aplicabilidad de la biopsia por aspiración con aguja fina, reside en la posibilidad de utilizarla ya en ocasión de efectuar la primera visita al paciente. (6, 7, 13, 14, 15)

Debe recurrirse a la biopsia quirúrgica en las lesiones mamarias siempre que al clínico le preocupe la tumoración, independientemente de los resultados de la biopsia por aspiración o de la mamografía. (6) Sin embargo, el examen de las lesiones mamarias mediante la biopsia por aspiración presenta muchas ventajas. Psicológicamente el saberse portadora de -- una lesión no diagnosticada en la mama es causa de gran ansiedad en la gran mayoría de mujeres; por lo tanto, es obvia la -- importancia de un indicador fiable de la verdadera naturaleza de las lesiones antes de la intervención quirúrgica. (2) En todas las mujeres con mastopatía fibroquística, la biopsia -- por aspiración es un excelente método coadyacente para el --

**ESTA TESIS NO SE  
DE LA BIBLIOTECA**

control evolutivo, pudiendo evitarse gracias a él procedimientos quirúrgicos adicionales. El material obtenido en la biopsia por aspiración, en una mujer joven con un fibro adenoma -- "evidente" puede revelar un carcinoma (8). En pacientes neoplásicas de edad avanzada y debilitadas, el tiempo que se precisa para realizar la biopsia preoperatoria por congelación -- puede eliminarse si se dispone de una biopsia por aspiración -- considerada como inequívocadamente maligna. (10,11).

Los nodulos y ganglios linfáticos superficiales persistentes requieren siempre un diagnóstico. La biopsia por aspiración en estos casos ha demostrado ser fácil y de gran exactitud (94%). En los pacientes con afectaciones malignas ya conocidas, la aspiración es un método preciso para detectar -- metastasis (Figura 5). La aspiración puede ser útil en los tumores ocultos, preparando el campo para otros procedimientos antes de la hospitalización. (4, 6,8).

Aunque los autores poco familiarizados con el procedimiento han subrayado la posibilidad de complicaciones secundarias a la biopsia por aspiración con aguja, casi no existen informes bien comprobados en la literatura; los informes citados de -- forma imprecisa se refieren a complicaciones observadas -- tras biopsias practicadas con aguja de VIM SILVERMAN de gran -- calibre. En nuestros casos no hemos observado signos de deseminación tumoral con este método (10). Con respecto a la deseminación local de células tumorales a lo largo del trayecto --

de la punsión, no encontramos clínicamente en ningún caso hubiera producido y señalado que en su revisión de la literatura no ha encontrado publicado ningún caso concreto de extensión local de la tumoración provocada por la biopsia por aspiración con aguja fina (Calibre 18.27)

En conclusión se ha demostrado que la biopsia por aspiración con aguja fina es un procedimiento diagnóstico de gran importancia con experiencia y esmero, los resultados son fáciles de interpretar y exactos; esto puede evitar intervenciones quirúrgicas importantes. La biopsia por aspiración con aguja fina debería ser utilizada por todos los clínicos, practicándola siempre que sea posible durante la primera visita del paciente.

Nuestros resultados obtenidos estadísticamente en comparación a estudios realizados en el extranjero son semejantes y, a nivel nacional, no hay ningún trabajo realizado, por lo que no fue posible hacer la comparación persistente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C O N C L U S I O N E S

- I La frecuencia del cáncer mamario y de la masto--  
patía fibroquística, encontrados en la población  
femenina es mayor probablemente a una insuficient  
te detección.
  
- II El cáncer mamario se presentó en nuestro estudio  
después de la tercera década de la vida.
  
- III La mastopatía fibroquística y toda displasia ma-  
maria grado II, se presentó después del inicio -  
de la menorquía.
  
- IV El inicio de la vida sexual activa temprana y la  
paridad aparentemente no tuvieron relación con -  
la presencia de la patología mamaria que presen-  
taron las pacientes.
  
- V La citología mamaria por aspiración con aguja fin  
na dió un 90% de resultados positivos-en nuestro  
estudio- y únicamente dió un 10% de insuficient  
es para diagnóstico, pero estos casos correspond  
dieron a displasias grado II.
  
- VI Todas los cánceres mamarios de nuestra serie - -

fueron diagnosticados por citología mamaria - -  
(100%) y no se encontró ningún caso de cáncer  
mamario como insuficiente para diagnóstico.

VII Todas las muestras deben ser estudiadas por per  
sonal bien entrenado para un mejor diagnóstico  
citológico.

VIII A toda paciente con patología mamaria se le debe  
practicar de primera intención una citología ma-  
maria por aspiración.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

1. AZUA J. DE  
Diagnóstico Citológico en Patología Mamaria  
Publicaciones Médicas Espaxs, 1-30, 1979.
2. CALANDRA, D y COL.  
Punción con aguja fina en el diagnóstico citológico  
de los tumores de la mama.  
Prensa Med. Argentina 57, 2111, 2112. 1971.
3. CRILE G. JR. C. BETTER:  
Use of Aspiration Biopsy Cytology.  
Consultant 14:37-49, 1974.
4. FRABLE WG:  
Thin-Needle Aspiration Biopsy: A personal  
Experience With 469 cases.  
AM Clin Pathol 65:168-182, 1976.
5. Fuente de Datos Estadísticos Proporcionados por  
el Archivo del Hospital General "Lic. Adolfo López  
Mateos" del I.S.S.S.T.E.
6. HAAGENNSEN, C.D.:  
Enfermedades de la Mama  
Editorial Beta S. R. 506, 1973.



7. KLINE TS, Neal HS:  
Role of needle Aspiration Biopsy in Diagnosis  
of Carcinoma of the Breast.  
Obstat, Ginecol, 46:89-92, 1975.
8. KLINE TS, Neal HS:  
Needle Aspiration Biopsy wy bother?  
Acta Cytol 20:324-327, 1976.
9. KLINE TS, Neal HS, HOLROYDE EP:  
The Diagnosis of Subcutaneous Nodules and  
Lymph nodes bu Needle Aspiration Biopsy.
10. MARTIN HE ELLISEB:  
Biopsy buneedle Puncture and Aspiration.  
Ann Surg: 92:169-181, 1976.
11. Taylor, HB, AND COLL.  
Well-Diff Erntianted Carcinoma of the Breast  
Cancer, 25, 687-693, 1970.
12. TILKE S, KLINE Y HUNTER S. NEAL.  
Biopsia por Aspiración con Aguja:  
Valoración Crítica.  
JAMA DE MEXICO 200-204  
Marzo 1978- Volumen 3.



- 13. ZAJICEK J.: Aspiration Biopsy Cytology:  
I Cytology of Supradiaphragmatic Organs.  
Monogr. Clin Cytol 4:1-211, 1974.
  
- 14. ZAJOCEK J., FRANZEN, S., JAKOBSSONP:  
Aspiration Biopsy of Mamary Tumors in  
Diagnosis and Reserarch. A critical Review  
of 2200 cases.  
Acta Cytol., 11, 169-175, 1967.
  
- 15. ZAJDELA A., GHOSSEIN NA, PILLERON JP, Et Al:  
The Valve of Aspiration Cytology in the  
Diagnosis of Breast Cancer.  
Experience at the Fondation Curie.  
Cancer 35: 499-506, 1975.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN