

11217
25
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

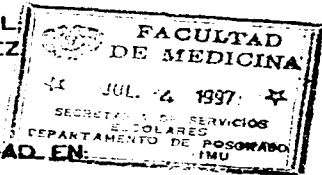
I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

TITULO:

"CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA DEL FIBROADENOMA MAMARIO"

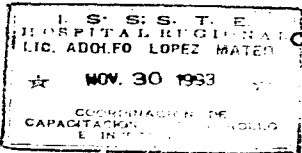
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL
DR. ANDRES RIGOBERTO HERRERA GONZALEZ



PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

[Signature]
DR. RAUL VIZUETT MARTINEZ
COORD. DE CAPACITACION Y
DESARROLLO E INVESTIGACION.

[Signature]
DR. JAIME HERNANDEZ R.
PROFESOR TITULAR DEL
CURSO.



DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
COORD. DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

TESIS CON
FALLA EN
1997





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 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.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

I.S.S.S.T.E.

TITULO:
"CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA DEL FIBROADENOMA MAMARIO"

AUTOR: DR. ANDRES RIGOBERTO HERRERA GONZALEZ.

DOMICILIO: CALLE MONTE # 107.
COL. LAS COLINAS II.
ZACATECAS. ZAC.

ASESOR: 
DRA. MA. DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ.
DR. EFRAIN ALVARADO ALCOCER.

VOCAL DE INVESTIGACION: DR. CARLOS MENESES CAMPOS.


DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION.


DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO.
JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO.

C O N T E N I D O .

- 1. RESUMEN.**
- 2. SUMMARY.**
- 3. INTRODUCCION.**
- 4. MATERIAL Y METODOS.**
- 5. RESULTADOS.**
- 6. DISCUSION.**
- 7. GRAFICAS.**
- 8. BIBLIOGRAFIA.**

RESUMEN.

Dentro de las lesiones mamarias más frecuentes, se encuentra el FIBROADENOMA MAMARIO. Es común en mujeres menores de 25 años de edad, y, generalmente, descubierto por la paciente como una pequeña, móvil e indolora masa mamaria.

En este estudio, se correlaciona el diagnóstico histopatológico con el criterio clínico. Se revisaron 150 pacientes, del periodo comprendido de Enero de 1982 a Diciembre de 1992, con diagnóstico de masa tumoral en mama y, sugestiva de FIBROADENOMA MAMARIO y, sometidas posteriormente, a biopsia excisional, con diagnóstico histopatológico concordante al diagnóstico clínico. De las 150 pacientes, clínicamente, 120 pacientes (80%), presentaron masa tumoral única unilateral. En 15 pacientes (10%), se encontraron masas tumorales múltiples unilaterales. En 10 pacientes (6.6%), se encontraron masas tumorales múltiples bilaterales. Y, en 5 pacientes (3.3%), fueron detectados por mamografía y/o ultrasonografía. El reporte patológico fué de 140 (93.3%), tumores histológicamente benignos, siendo 124 (82.6%) Fibroadenomas, 4 (2.6%) Adenofibromas; 7 (4.6%) contenían calcificaciones y, 5 (3.3%), Fibroadenomas Gigantes. Los restantes 10 (6.6%), fueron excluidos. Y, sólo 1 (0.66%), contenía Carcinoma Lobular In Situ asociado al Fibroadenoma. Se confirma que, la exploración física detallada de una masa tumoral palpable, en una mujer joven, debe de ser aunada a la biopsia excisional para confirmar el diagnóstico clínico y descartar la posibilidad de carcinoma.

PALABRAS CLAVE.- Fibroadenoma mamario. Correlación
clínico - patológica.

S U M M A R Y .

The mammary fibroadenoma are the most common cause of breast lesions in young woman (25 years old rate), these lesions presented as painless, firm and moveable lumps in the breast.

The correlation between clinical and histologic diagnosis is the study propouse.

In a reviewed the clinical and histologic features of fibroadenomas with stromal cellularity in 150 patients to our Institution.

One hundred twenty patients who had lesions with stromal cellularity there was solitary mass in one breast; fifteen patients with multiple lesions in breast; ten patients with bilateral and multiple lesions; in five patients mammography or ultrasonography confirmed the lesions.

RESULTS: In histological studies, 140 benign tumors, 124 fibroadenomas, 4 adenofibroma, calcification in 7, in five giant fibroadenoma. One lobular carcinoma "In situ" with fibroadenoma asociation. Ten studies exclude.

CONCLUSION: The lesion in benign and adequately treated by local excision, to discard the carcinoma asociation in histological report is the propouse studies.

Key word: Mammary fibroadenoma, mammary pathology.

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

El FIBROADENOMA MAMARIO, ocupa el tercer lugar de la patología mamaria, sólo superada por la Mastopatía Fibroquística y, el Carcinoma Mamario. (1,2,3,6,10,12).

Desde hace un siglo y medio, es reconocida la benignidad de los tumores fibroepiteliales de la mama. (10,16,20).

Sir Astley Cooper, fué el primero en reportarlos, designándolos como " Tumores Mamaros Crónicos ", pero el cuadro microscópico diverso de éstas lesiones mamarias, condujo a una clasificación histológica compleja y confusa. Cheatle, estudió éstas lesiones y, las clasificó de acuerdo con la relación de la nueva proliferación de tejido fibroso y la túnica elástica de los conductos y ácinos. Mc Farland, concluyó en denominar éstas lesiones en Fibroma Pericanalicular. Güthert, sugirió que éstas lesiones, se originan en restos embrionarios, presentando, el Fibroadenoma, una estructura intracanalicular y pericanalicular.

Haagensen, divide los tumores en dos grupos, de acuerdo con su estructura microscópica: Adenofibroma y Cistosarcoma Filoides, (término actualmente en desuso). El Adenofibroma, es frecuente y, siempre, Benigno.

En la actualidad, los tumores en los que, predominan los elementos fibrosos, se les denomina Adenofibromas ó Fibroadenomas ó Fibromas. (2,5,6,10). Si, el estroma es mixomatoso, se denominan Mixomas. (10,13,14). Si, es muy celularizado y quístico, Cistosarcomas. (10,13). Y, si aparentan crecer dentro de espacios de tipo canalicular: Adenofibromas Intracanaliculares. (2,6,9,10,12,13,14,16). En un grupo de 402 pacientes estudiadas por Haagensen, entre 1932 y 1972, se presentó una paciente con Fibroadenoma por cada cuatro con Carcinoma. Siendo, el tumor más frecuente

en pacientes menores de 25 años. Aunque, se han documentado casos de presentación en mujeres postmenopáusicas. (10,12,14,16). Su origen, se relaciona con la estimulación estrogénica de los tejidos mamarios, respondiendo al intenso estímulo del crecimiento, al que está expuesta la mama, durante el embarazo, pero sin observarse que, éste crecimiento sea nócivo. (1,6,7,9,12,15,16). Histológicamente, se distingue una estructura epitelial y estroma. (2,3,6,9,12). La evolución natural del Fibroadenoma, corresponde a un tumor pequeño e indoloro que, una mujer joven descubre en forma accidental, sin ocurrir secreción por el pezón. En la mayoría, el tumor crece en forma lenta, tardando de 6 a 12 meses en duplicar su tamaño. (1,10,12,21). El crecimiento puede detenerse al alcanzar unos 2.0 a 3.0 cms., de diámetro y, permanece invariable por el resto del tiempo. En ocasiones, el Fibroadenoma se origina en la tercera ó cuarta década de la vida, pero no se forman ni crecen en la menopausia. El Fibroadenoma que se origina en los últimos años de la vida menstrual, crecen y adquieren un tamaño grande. Es frecuente que, los Fibroadenomas, sean múltiples y, se formen al mismo tiempo ó en sucesión en una ó en ambas mamas. (1,2,6,7,9,12).

El patrón de crecimiento presenta dos variantes:

1).- FIBROADENOMA MASIVO DE LA JUVENTUD.

Este tumor se descubre en la pubertad ó pocos años después se origina como, una lesión solitaria en una mama y, adquiere un tamaño másivo, ó puede haber tumores múltiples en ambas mamas. De los cuales, uno ó dos adquieren gran tamaño, siendo encapsulados a simple vista y, su estructura microscópica, corresponde a Fibroadenomas. Al escindirse por completo, no recidivan y, tampoco, dan metastásis. (1,2,6,7,9,12,19)

2).- FIBROADENOMAS SUSCESIVOS MULTIPLES QUE OCUPAN TODA LA EXTENSION DE LA MAMA.

Corresponden a la tendencia del tejido mamario a formar Fibroadenomas másivos pero benignos, a partir de la adolescencia. En éstas pacientes, comienzan a aparecer en la pubertad, en ambas mamas, crecen sin cesar y, pueden adquirir gran tamaño. (1,2,6,7,9). Al escindirise, están bien encapsulados y, su cuadro microscópico, corresponde al Fibroadenoma Benigno Común, pudiendo recidivar al quedar restos de tejido mamario. (1,2,4,6,7,9,10,12,18,19).

La palpación del fibroadenoma, demuestra ser una masa pequeña, móvil e indolora, con un tamaño promedio de 2.0 a 3.0 cms.. Los Fibroadenomas mayores de 6.0 cms., se denominan FIBROADENOMAS GIGANTES. (7,9).

En pacientes jóvenes, ocasionalmente, se necrosan y, posteriormente, se calcifican, de forma áspera, reconocidos en las radiografías como una masa densa grande. (3,5,8). Puede encontrarse en forma oculta, en el 25% de todas las mamas y, en el 9% de las mamas normales. (20,21).

Mastográficamente, se observa en el 58%, como una lesión redonda, oval, lisa, radiodensa, en la paciente joven. (1,5,7,11,21). Los fibroadenomas calcificados, sufren degeneración mixomatosa. En la mayor parte, las calcificaciones presentan hallazgos típicos de benignidad sin problemas en el diagnóstico.

Calcificaciones tempranas en un fibroadenoma, se localizan en la periferia del tumor; siendo fácilmente reconocidas, cuando la grasa contigua permite la clara visualización de los márgenes del tumor y la localización excéntrica de las calcificaciones. Cuando las calcificaciones se incrementan en un fibroadenoma, la mayoría de los granos calcificados adoptan una forma irregular, grande, pero, aunque algunas de éstas calcificaciones parecen completamente raras, ellas son demasiado grandes para ser confundidas con calcificaciones malignas. Cuando las calcificaciones del fibroadenoma han

existido por largo tiempo, presentan la configuración característica de "palomita de maíz", patognomónica de éste tumor. Finalmente, los fibroadenomas sustituidos por calcificaciones son típicamente benignos, aunque son indistinguibles de hematomas calcificados ó de quistes lipídicos de un estadio final de necrosis grasa.(22). Sonográficamente, se observa en el 84%, como una masa sólida, redonda, oval, de contorno liso, con ecos internos suaves, de distribución uniforme y atenuación acústica. (1,2,5,7,11,20,21). Su relación con Carcinoma Mamario Lobular, es en el 0.7%. (10,12,14). Las microcalcificaciones, hacen sospechar Carcinoma. Mientras que, las imágenes grasas de calcificaciones, orientan al diagnóstico de Fibroadenoma. (3,5,8,14,16,20,21). Para Haagensen, patológicamente es una masa bien circunscrita, encapsulado, de superficie blanca ó parda, con estroma conectivo proliferante, con multiplicación de conductos y ácinos. El Fibroadenoma Mamario NO Evoluciona a Carcinoma. (10).

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

Se estudiaron 150 pacientes del Servicio de Clínica de Mama, del Hospital Regional " LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS ". I.S.S.S.T.E., del periodo comprendido de Enero de 1982 a Diciembre de 1992.

Todas las pacientes presentaban una masa tumoral pequeña, móvil, indolora, con un tamaño promedio de 2.0 a 3.0 cms., clínicamente sugestivos de Fibroadenoma, con biopsia excisional y, diagnóstico histopatológico correlacionado con el Diagnóstico Clínico.

Todas las pacientes contaron con una Hoja de Recolección de Datos, consistentes principalmente en los siguientes:

- * Nombre.
- * Edad.
- * Sexo.
- * Antecedentes Heredofamiliares: Familiares con Antecedentes de Tumores Mamaros ó Tumores Malignos.
- * Antecedentes Ginecoobstétricos: Uso de hormonales.
- * Padecimiento Actual: Tumor ó Tumores Mamaros.
- * Diagnóstico preoperatorio.
- * Diagnóstico Postoperatorio.
- * Localización Anatómica.
- * Resultado Histopatológico.
- * Asociación con otras patologías.

R E S U L T A D O S .

Se estudiaron 150 pacientes de la Consulta Externa del Servicio de Clínica de Mama del Hospital Regional " LIC.ADOLFO LOPEZ MATEOS ", del I.S.S.S.T.E., y las cuales presentaron masa tumoral mamaria, distribuidas de la siguiente forma:

- 120 pacientes con Masa Tumoral Unica Unilateral.
- 15 pacientes con Masas Tumorales Múltiples Unilaterales.
- 10 pacientes con Masas Tumorales Múltiples Bilaterales.
- 5 pacientes con Masa Tumoral detectadas por Mamografía & Ultrasonografía. (Gráfica 1).

Los resultados obtenidos de la Historia Clínica, el 55% (N-83), presentaron antecedentes familiares de enfermedad mamaria de tipo benigno; el 11% (N-16), presentaron antecedentes de carcinoma mamario; el 34% (N-51), desconocían sus antecedentes. (Gráfica 2,3).

El 80% (N-120), NO presentaron antecedentes de enfermedad mamaria previa y, el 20% (N-30), presentaron antecedentes positivos. (Gráfica 3.A).

El 38% (N-57), presentaron antecedentes positivos de lactancia, pero sin recordar tiempo exacto de la misma. Y, el 62% (N-93), sin lactancia. (Gráfica 3.B).

El antecedente de uso de hormonales fué positivo en el 61% (N-92), Y, en el 39% (N-58), fué negativo, con un tiempo de uso promedio de 6 meses. (Gráfica 3.C).

Los resultados relacionados con la edad, se distribuyeron de la siguiente forma:

- De 10 a 19 años =2% (N-4).
- De 20 a 29 años =82% (N-124).
- De 30 a 39 años =3% (N-5).
- De 40 a 49 años =7% (N-10).
- De 50 a 60 años =6% (N-7).

El tiempo de detección del tumor fué, en el 97% (N-145), menor a un año. Y, en el 3% (N-5), mayor a un año. (Gráfica 4).

El tamaño del tumor encontrado en el 95% (N-142), fué de 2.0 a 3.0 cms.; en el 3% (5), de 5. 0 cms., Y, en el 2% (N-3) de 1.5 cms. (Gráfica 5).

El 90% (N-135), tenían bordes regulares. Y, en el 10% (N-15), presentaron bordes irregulares. (Gráfica 6).

La consistencia del tumor, en el 95% (N-142), fué de tipo firme. Y, en el 5% (N-8), fué de tipo blando. (Gráfica 7).

En el 88% (N-132), la tumoración se caracterizó por ser móvil. Y, en el 12% (N-18), se encontró fija. (Gráfica 8).

La localización del tumor, en el 65% (N-98), se encontró en la mama derecha. En el 25% (N-38), se presentó en la mama izquierda. Y, en el 10% (N-14), fué bilateral. (Gráfica 9).

La tumoración presentó, un crecimiento lento en el 60% (N-103), de los casos. En el 25% (N-35), se presentó mastodinia ligera. Y, en el 15% (N-12), se presentó un curso asintomático. (Gráfica 10).

Los reportes histopatológicos, fueron los siguientes:

- 140 Tumores Benignos:

124 Fibroadenomas. (82.6%).

1 Fibroadenoma asociado a Carcinoma In Situ.

4 Adenofibromas Gigantes (2.6%).

7 Fibroadenomas con Calcificaciones. (4.6%).

5 Fibroadenomas Gigantes. (3.3%).

- 10 Se excluyeron. (Gráfica 11).

D I S C U S I O N .

En los Estados Unidos de Norteamérica, el Fibroadenoma Mamario, ocupa el tercer lugar dentro de la patología mamaria, sólo superado por la mastopatía fibroquística y el carcinoma. En el Hospital Regional "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", del I.S.S.S.T.E., se estudiaron 150 pacientes del periodo comprendido de Enero de 1982 a Diciembre de 1992, donde ocupa también el tercer lugar como causa de consulta, hospitalización y de cirugía. Correspondiendo ésta cifra con los reportes de la literatura internacional. Haagensen, reporta de 1936 a 1972, 402 pacientes con fibroadenoma mamario, de la Universidad de Columbia de Nueva York, U.S.A.; la edad de mayor incidencia se encuentra comprendida entre los 20 y los 45 años, con un mayor predominio, 43.8%, en edades de 20 a 35 años. Aunque, puede presentarse en adolescentes con edad menor a los 20 años y, en mujeres, postmenopáusicas. En nuestro estudio, la edad de mayor incidencia fue entre los 20 y 29 años de edad, (82%), correspondiendo al reporte de los autores comentados. En mujeres en edades mayores de 50 años, la incidencia fue también baja, del 6%, pero de importancia en el diagnóstico diferencial con carcinoma. En esta revisión, se reportó un caso de Carcinoma Mamario In Situ asociado a Fibroadenoma, en una paciente de 60 años. La realización del diagnóstico de fibroadenoma en mujeres jóvenes, no presenta dificultad para el diagnóstico clínico, ya que su característica de ser una lesión bien circunscrita, fácilmente delimitada, de forma redonda ú oval, discoide, ó lobulada, de consistencia firme, sólida, ocasionalmente blanda, de gran movilidad, y de lento crecimiento, permite realizar su diagnóstico temprano y oportunamente. Sólo, en aquellos casos que presentan fibroadenomas gigantes ó

fibroadenomas múltiples, el diagnóstico puede dificultarse al producir cambios en la morfología de la mama, como sería la fijación a tejidos subyacentes por la proliferación de fibroblastos en la periferia del tumor que ocasiona retracción del pezón, causaría confusión para el diagnóstico clínico. El diagnóstico diferencial deberá realizarse siempre con la Mastopatía Fibroquistica y el Carcinoma Mamario, en donde la característica principal sería la presencia de contenido líquido para el primero y, en el segundo caso, la presencia de calcificaciones.

En pacientes menores de 35 años, la Ultrasonografía es de gran ayuda en el diagnóstico clínico del fibroadenoma, caracterizado por observar una masa sólida, redonda, oval, de contorno liso, con ecos internos suaves, con una distribución uniforme y con presencia de atenuación acústica, estableciendo el diagnóstico entre lesiones quísticas ó sólidas.

En pacientes mayores de 35 años de edad, la mastografía representa gran ayuda diagnóstica, caracterizada por la presencia de una lesión redonda, oval, lisa, radiodensa. Además, permite diferenciar entre una lesión benigna y una lesión maligna.

Otros estudios de gabinete como serían la Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética, es discutible su utilización ya que la especificidad y sensibilidad de los mismos no incrementan el diagnóstico de fibroadenoma sobre la mastografía y la ultrasonografía, además, en el caso de la resonancia magnética, no permite diferenciar entre una lesión benigna de una lesión maligna. Aunado a lo anterior, el costo elevado de los mismos, no permite su empleo en forma rutinaria.

En aquellos casos en que el diagnóstico clínico no se ha establecido el uso de la biopsia por aspiración con aguja fina nos permite realizar un estudio citológico que, nos orienta hacia la presencia de carcinoma ó de mastopatía fibroquistica. Cuando se reporta una lesión quística, se

evita realizar una cirugía innecesaria. y, en caso de una lesión sólida, se debe de realizar biopsia excisional. No existe seguridad de que un carcinoma se forme primariamente de un fibroadenoma, aunque el componente epitelial del fibroadenoma está sometido a los mismos estímulos biológicos que el epitelio mamario en general, pudiendo anticiparse que carcinoma se origine, a veces, en el interior de un fibroadenoma. Para Haagensen, los reportes de existencia de fibroadenoma y carcinoma lobulillar in situ, no es un carcinoma verdadero sino sólo un tipo benigno de proliferación epitelial que, predispone al carcinoma. Por lo tanto, la formación de un carcinoma verdadero dentro de un fibroadenoma es raro.

Una vez realizado el diagnóstico clínico de fibroadenoma el tratamiento recomendado es la biopsia excisional. Solicitándose al patólogo la realización de cortes congelados inmediatos de una pequeña biopsia en cuña en todo presunto fibroadenoma, sin importar la experiencia del cirujano y el patólogo para realizar el diagnóstico macroscópico. Estas lesiones son refractarias a la radioterapia y al tratamiento hormonal. En pacientes menores de 25 años, con lesiones pequeñas, menores de 2.0 cms., el seguimiento de la evolución de la lesión y la biopsia por aspiración con aguja fina, permiten tener el diagnóstico de certeza además de pronosticar el comportamiento del fibroadenoma. Puesto que, en ocasiones, éstas lesiones desaparecen. En aquellos casos, en que las pacientes son mayores de 25 años, es necesario realizar biopsia excisional del tumor, ya que se incrementan las posibilidades de asociarse a un carcinoma.. Cuando aparece un nuevo fibroadenoma, posterior a la excisión en pacientes jóvenes, lo razonable es mantener su vigilancia, si el tumor no crece demasiado puede permanecer estacionario sin requerir de tratamiento. En pacientes mayores de 25 años, es necesario realizar una nueva extirpación, al ocurrir carcinoma con una frecuencia mayor significativa. El tipo

de biopsia excisional recomendada es la excisión local radial periareolar ó incisión periférica curva, inferior a la mama. En aquellos casos que se presenta una recidiva, la excisión se realizará de acuerdo al tamaño de la tumoración.

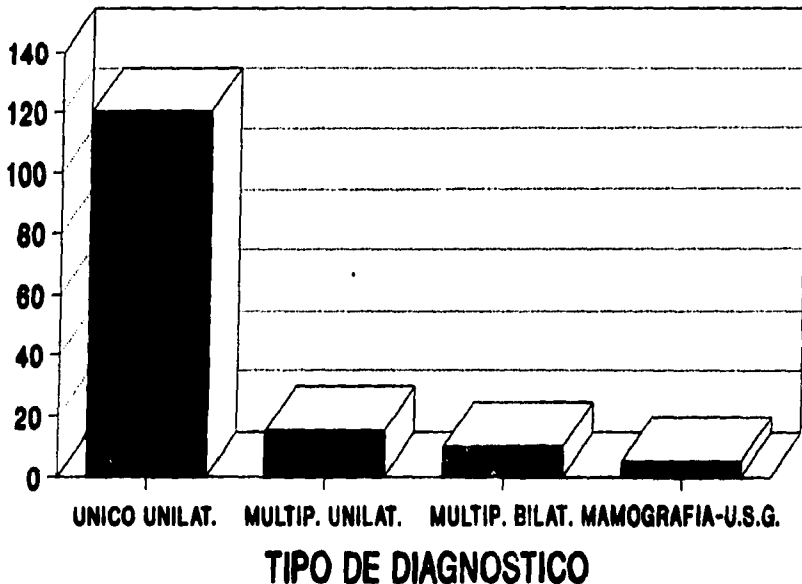
C O N C L U S I O N .

De acuerdo a los resultados obtenidos, concluimos que los hallazgos en una mujer joven, con edad entre los 20 a 30 años (82%), con presencia de masa tumoral mamaria de 2.0 a 3.0 cms., de bordes regulares, con una consistencia firme (95%) y, móvil (88%), nos proporciona la certeza del diagnóstico clínico de FIBROADENOMA MAMARIO, y siempre debe realizarse biopsia excisional para la reafirmación histopatológica.

FIBROADENOMA MAMARIO

PACIENTES

(n=150)

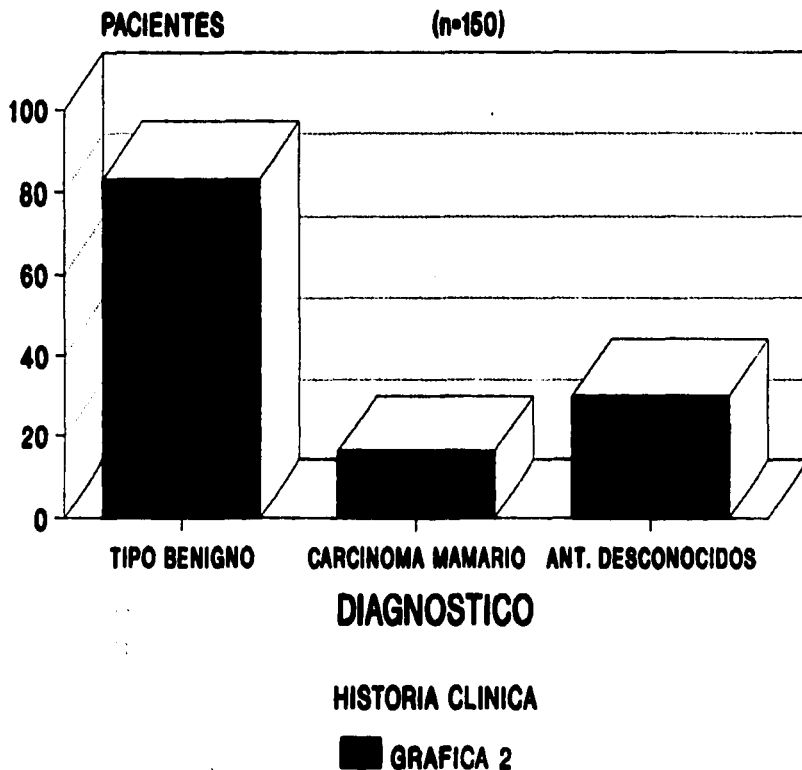


MASA TUMORAL

■ GRAFICA 1

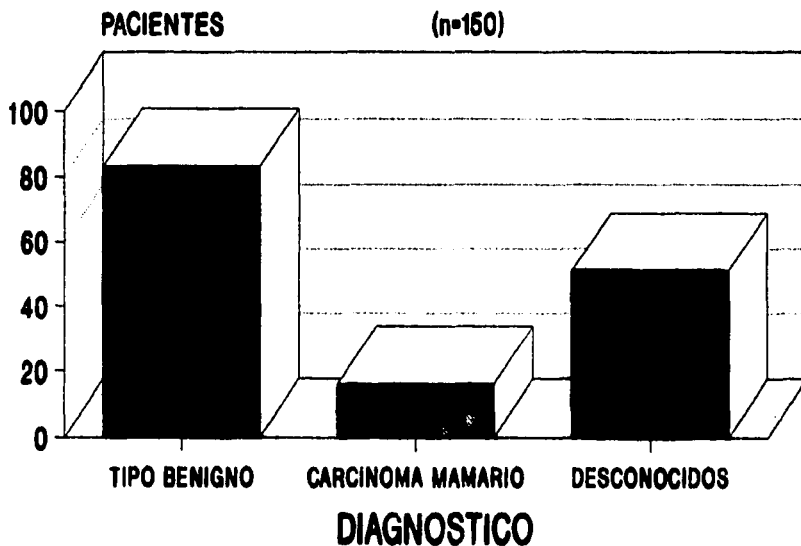
FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

FIBROADENOMA MAMARIO



FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

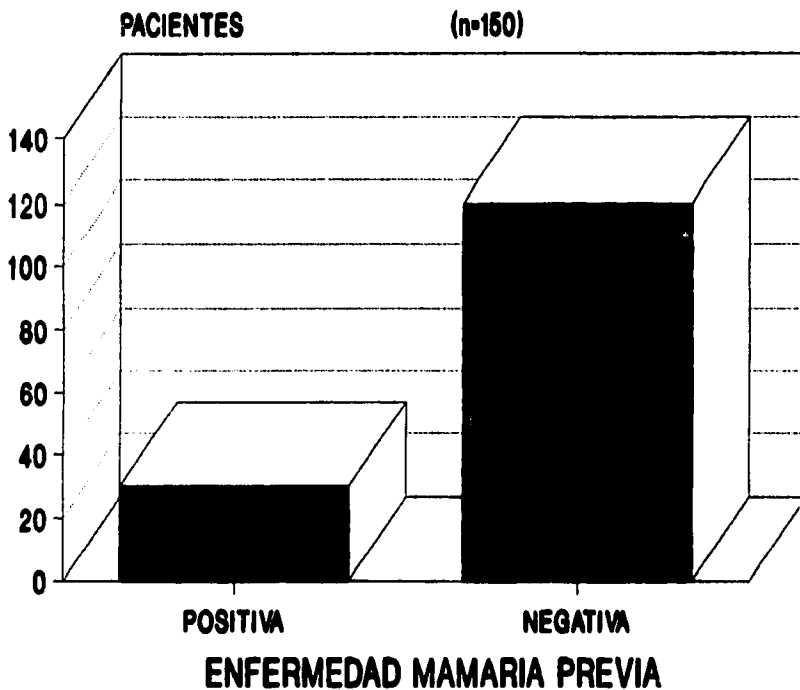
FIBROADENOMA MAMARIO ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MAMARIA



■ GRAFICA 3

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

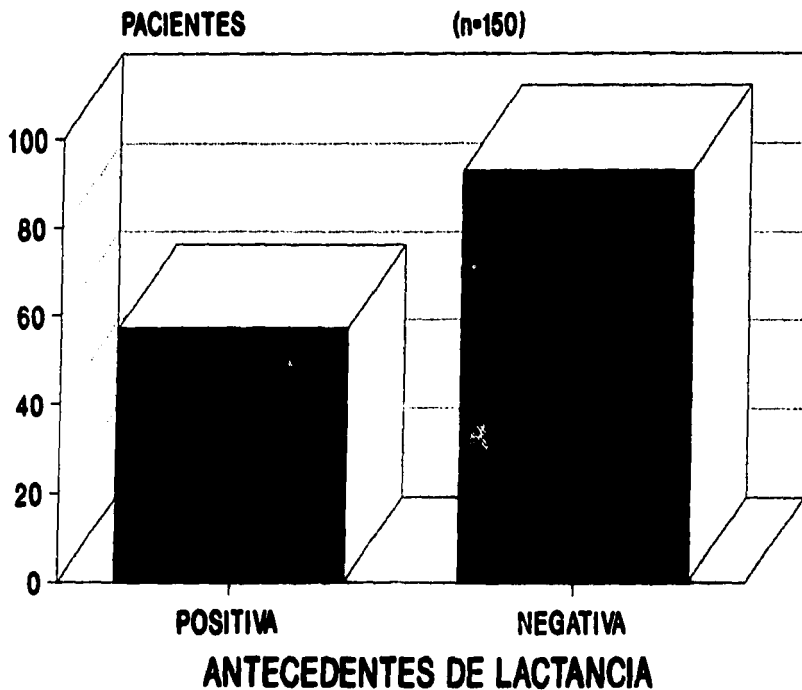
FIBROADENOMA MAMARIO



■ GRAFICA 3-A

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

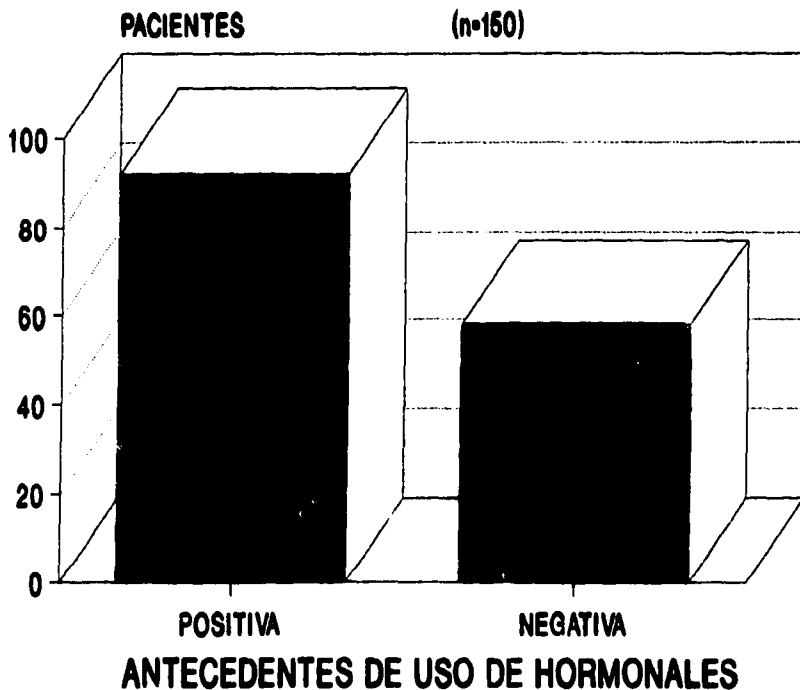
FIBROADENOMA MAMARIO



■ GRAFICA 3-B

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

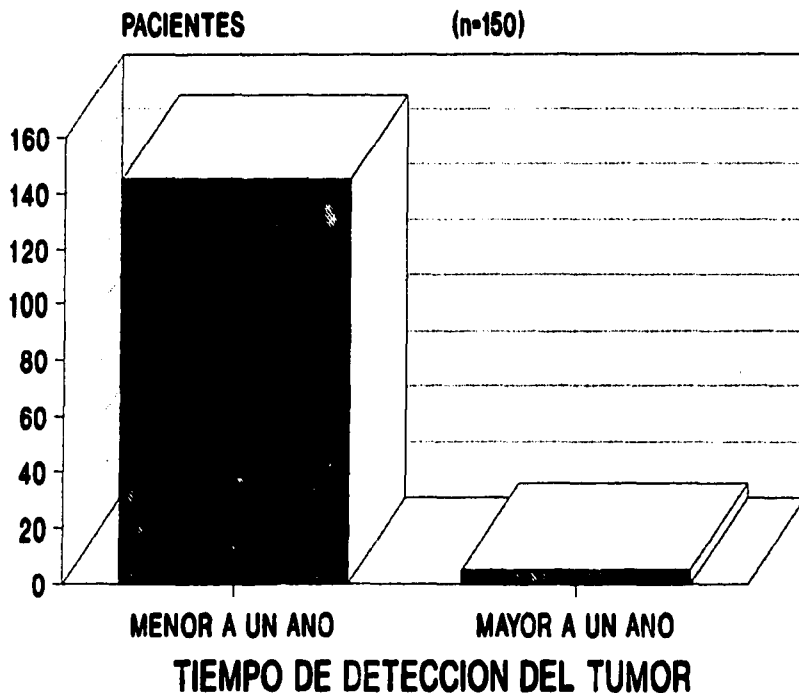
FIBROADENOMA MAMARIO



GRAFICA 3-C

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

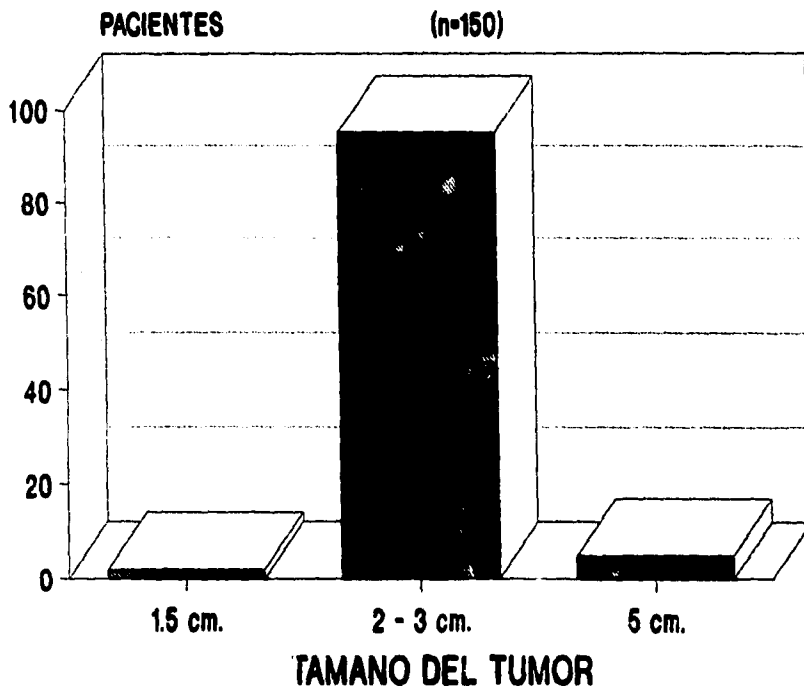
FIBROADENOMA MAMARIO



■ GRAFICA 4

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

FIBROADENOMA MAMARIO

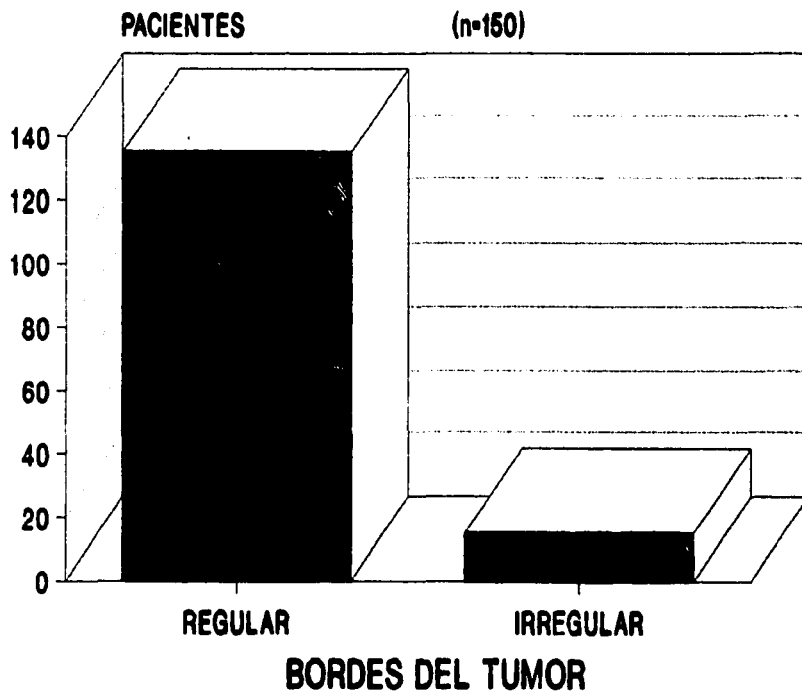


GRAFICA 5

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

FIBROADENOMA MAMARIO

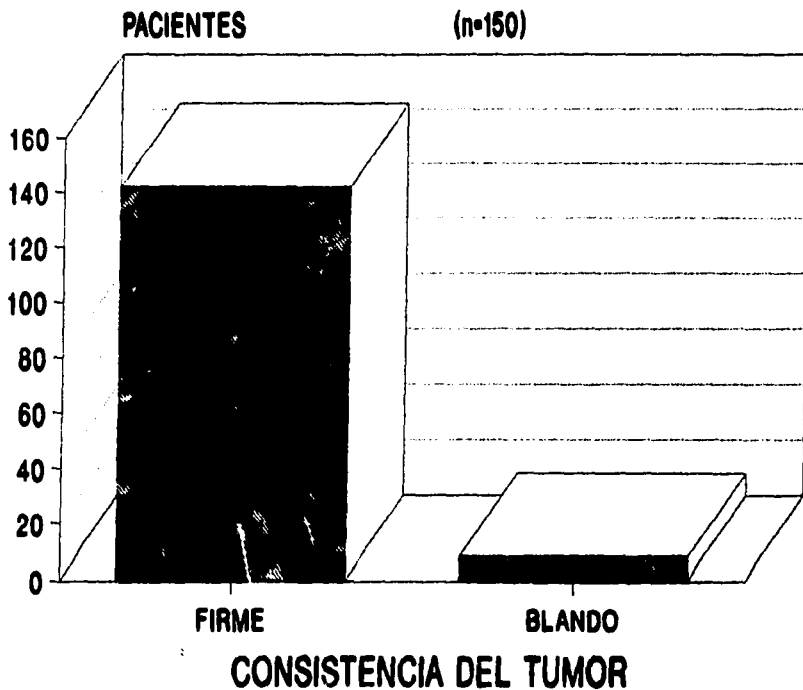
26



■ GRAFICA 6

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

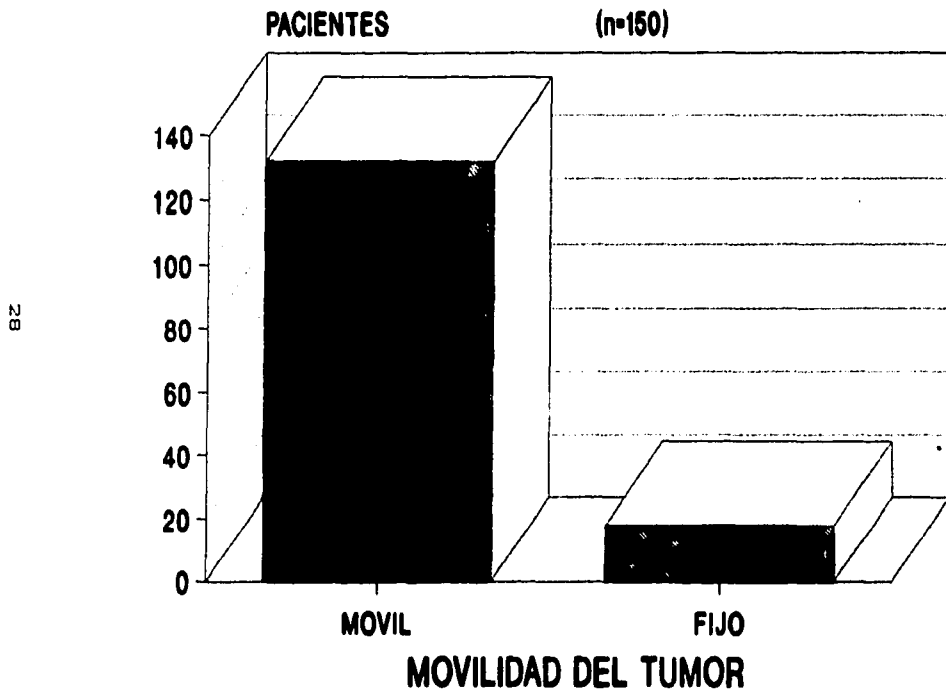
FIBROADENOMA MAMARIO



GRAFICA 7

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

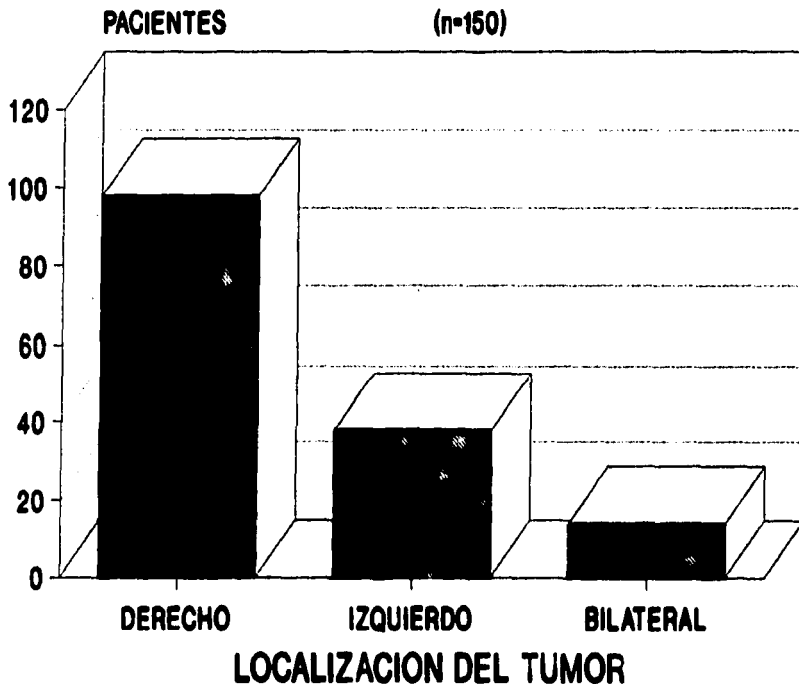
FIBROADENOMA MAMARIO



■ GRAFICA 8

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

FIBROADENOMA MAMARIO



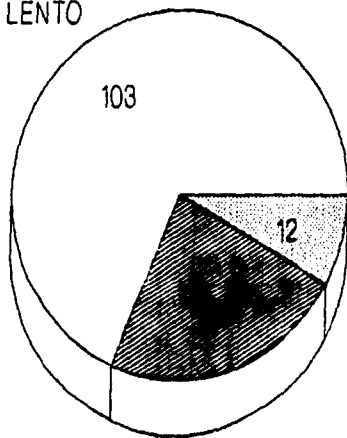
■ GRAFICA 9

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

FIBROADENOMA MAMARIO

CRECIMIENTO LENTO
69%

n = 150



ASINTOMATICOS
8%

MASTODINEA LEVE
23%

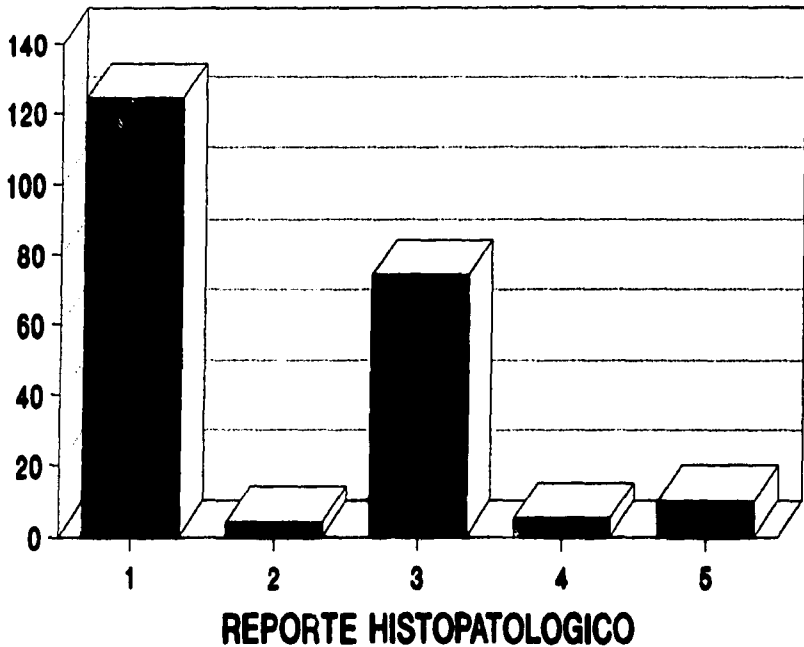
CUADRO CLINICO
GRAFICA 10

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

FIBROADENOMA MAMARIO

PACIENTES

(n=150)



■ GRAFICA 11

1. FIBROADENOMA
2. ADENOFIBROMA
3. CALCIFICACIONES
4. QUISTES
5. EXCLUIDOS

FUENTE: H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- FARROW H.J.; ASHIKARI H.: BREAST LESIONS IN YOUNG GIRLS.
SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA; 1969; 49(2).
- 2).- FEKETE P.;PETREK J.;MAJMUDAR B.;SOMEREN A.;SANDBERG W.:
FIBROADENOMAS WITH STROMAL CELLULARITY: A
CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 21 PATIENTS.
ARCH PATHOL LAB MED.; 1987; 111:427-32.
- 3).- STELLING B.C.;POWELL E.D.;MATTINGLY S.S.: FIBROADENOMAS:
HISTOPATHOLOGIC AND MR IMAGING FEATURES.
RADIOLOGY; 1987; 162: 399-407.
- 4).- HINDLE H.W.;ALONSO J.L.;CONSERVATIVE MANAGEMENT OF
BREAST FIBROADENOMAS. AM J OBSTET GYNECOL; 1991;
164:1647-51.
- 5).- PILLSBURY S.G.;LINK S.J.;ROUX S.: IMPROVED MAMMOGRAPHIC
ACCURACY. AM J OBSTET GYNECOL; 1991; 164: 1643-6.
- 6).- PIKE M.A.;OBERMAN A.H.:JUVENILE (CELULAR) ADENOFIBROMAS.
A CLINICOPATHOLOGIC STUDY.
THE AMERICAN JOURNAL OF SURGICAL PATHOLOGY.
1987; 11(3): 184-90.
- 7).- MIES C.;ROSEN P.P.: JUVENILE FIBROADENOMA WITH ATYPICAL
EPITHELIAL HYPERPLASIA. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGICAL
PATHOLOGY. 1987; 11(3): 184-90.
- 8).- COLE-BEUGLET C.;SORIANO Z.R.;KURTZ B.A.;GOLDBERG B.B.:
FIBROADENOMA OF THE BREAST: SONOMAMMOGRAPHY CORRELATED
WITH PATHOLOGY IN 122 PATIENTS. AMERICAN ROENTGEN RAY
SOCIETY. 1983; 140: 369-75.

- 9).- BEREAN K.;TRON V.A.;CHURG A.;CLEMENT P.B.: MAMMARY FIBROADENOMA WITH MULTINUCLEATED STROMAL GIANT CELLS. AM J SURG PATHOL; 1986; 10(11): 823-27.
- 10).- HAAGENSEN C.D.; INFLAMMATORY CARCINOMA. DISEASE OF THE BREAST. PHILADELPHIA, W.B. SAUNDERS. 1986; 808-14.
- 11).- SYMONDS A.D.;COPELAND E.B.;DRANE A.;KAPLAN N.G.;GRAHAM R.R.: PATHOLOGIC CORRELATION IN MAMMOGRAPHICALLY DIRECTED BREAST. BIOPSIES. ARCH PATHOL LAB MED; 1992;116: 28-31.
- 12).- DOROSEVICH A.E.;GOLUBEV O.A.: BREAST FIBROADENOMA. THE MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS, MORPHOGENESIS AND PROGNOSIS. ARCH PATHOL; 1991; 53(5): 74-77.
- 13).- CARNEY J.A.;TOORKEY B.C.:MYXOID FIBROADENOMA AND ALLIED CONDITIONS (MYXOMATOSIS) OF THE BREAST. A HERITABLE DISORDER WITH SPECIAL ASSOCIATIONS INCLUDING CARDIAC AND CUTANEOUS MYXOMAS. AM J SURG PATHOL; 1991;15(8):713-21.
- 14).- OBERMAN H.A.;MARKEY B.A.: NONINVASIVE CARCINOMA OF THE BREAST PRESENTING IN ADENOSIS. MOD PATHOL;1991;4(1):31.
- 15).- MECHTERSHEIMER G.;KRUGER K.H.;BORN I.A.;MOLLER P.: ANTIGENIC PROFILE OF MAMMARY FIBROADENOMA AND CYSTOSARCOMA PHYLLOIDES. A STUDY USING ANTIBODIES TO STROGEN AND PROGESTERONE RECEPTORS AND TO A PANNEL OF CELL SURFACE MOLECULES. PATHOLRES PARCT;1990;186(4):427-38.
- 16).- ACCURSO A.;DONOFRIO V.;INSABATO L.;MOSELLA G.: ADENEPITHELIOMA OF THE BREAST. A CASE REPORT. TUMORI;1991; 76(6): 606-10.

- 17).- PETERS U.;SCHOENEQQ W.D.;MINOQUILLON C.;HADIJUANA J.;LICHTENEGGER W.A.: FIBROMATOSIS OF THE BREAST. GEBURTSHILFE-FRAUENHEILKD; 1992;52(7):434-5.
- 18).- BROOKS M.D.;EBBS S.R.;COLLETA A.A.;BAUM M.: DESMOID TUMORS TREATED WITH TRIPHENYLETHYLENES. EURO J CANCER ; 1992;28A (6-7): 1014-8.
- 19).- ZAHAROPOULOS P.;WONG J.Y.: FINE-NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY IN FIBROMATOSES. DIAGN-CYTOPATHOL; 1992;8(1):73-8.
- 20).- BASSET W.L.;BUNNELL H.D.;JAHANSHAHI R.;GOLD H.R.;ARNDT D.R.;LINSMAN J.: BREAST CANCER DETECTION: ONE VERSUS TWO VIWS. RADIOLOGY; 1987;165:95-97.
- 21).- CIATTO S.;CATALIOTTI L.;DISTANTE V.:NONPALPABLE LESIONS DETECTED WITH MAMMOGRAPHY: REWIEW OF 512 CONSECUTIVE CASES. RADIOLOGY;1987;165:99-102.
- 22).- SICKLES A.E.:BREAST CALCIFICATIONS: MAMMOGRAPHIC EVALUATION. RADIOLOGY; 1986; 160: 289-293.