

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

48

CAMBIOS ULTRASONOGRAFICOS DE LA
MASTOPATIA FIBROQUISTICA TRATADA CON
BROMOCRIPTINA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A ;

DR. PABLO FRANCO DELGADILLO



IMSS

MEXICO, D. F.

1989

10001



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.

CAMBIOS ULTRASONOGRAFICOS DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA
TRATADA CON BROMOCRIPTINA

DR. PABLO FRANCO DELGADILLO
GINECO - OBSTETRA

MEXICO, D.F.

ASESOR DE TESIS:

DRA. JUDITH ABLANEDO AGUIRRE
MEDICO GINECO OBSTETRA
SERVICIO DE GINECO-ENDOCRINOLOGIA
HGO No. 3, CMR, IMSS.

COLABORADORES:

DR. JUAN FRANCO DELGADILLO
MEDICO NEUROLOGO
SERVICIO DE NEUROLOGIA
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "DR. FEDERICO GOMEZ"
S.S.A.

DR. LUIS ALFONSO RUIZ SOTO
MEDICO GINECO - OBSTETRA
HGO No. 3, CMR, IMSS.

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

PABLO Y FEBRONIA

POR SU AMOR Y APOYO ASI
COMO POR EL GRAN DON QUE
ME LEGARON: EL DE LA VIDA

A MI ESPOSA E HIJO:

MARTHA Y PABLO

POR SU AMOR Y POR SER UN GRAN
INCENTIVO A MI SUPERACION.

A MIS HERMANOS:

CARLOS⁺, EVALIA, JUAN, ANGELES,
ESPERANZA Y MA. DE LOURDES

POR SU COMPAÑIA Y APOYO EN
TODO MOMENTO.

A MI SUEGRA:

MA. DEL CARMEN.

POR SU APOYO Y EJEMPLO DE
TRABAJO Y SUPERACION CONSTANTE.

AGRADECIMIENTOS:

A LA DRA. JUDITH ABLANEDO AGUIRRE
ASESOR DE ESTA TESIS.

AL DR. JUAN FRANCO DELGADILLO
POR EL APOYO ACADEMICO QUE ME BRINDO
EN EL DESARROLLO DE ESTE ESTUDIO, EL
CUAL FUE DE GRAN AYUDA.

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
Justificación	25
Diseño	26
Hipótesis	27
Material y Métodos	28
Análisis Estadístico	29
Análisis de Resultados	30
Gráficas y Tablas	32
Conclusiones	37
Referencias Bibliográficas	38

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

La mastopatía fibroquística (MFQ) es una enfermedad benigna de la mama, bastante frecuente, ya que se señala la padecen 50% de las mujeres en las edades comprendidas de los 13 a los 49 años, con un promedio de 30 años. El dato clínico característico es la presencia de múltiples quistes en el tejido mamario, que generalmente son palpables, bilaterales y asintomáticos y que pueden ser de diferente tamaño desde 2 mm. de diámetro o más. Los quistes pueden desarrollarse rápidamente, aumentar de tamaño y hacerse más sensibles durante la fase premenstrual de cada ciclo. Ocasionalmente, se pueden encontrar manifestaciones de dolor, tensión premenstrual y nodularidad difusa en ambas mamas. (1,2,7,8,9,13,15)

En el desarrollo filogenético del hombre, una glándula apocrina - especializada se transformó en la compleja estructura de la mama. La mama permanece quiescente o con características infantiles cuando no hay todavía función de los ovarios, y comienza a desarrollarse en forma simultánea a dicha actividad. Los estrógenos estimulan el depósito de grasa, la proliferación de estroma y el crecimiento del sistema de conductillos, y más tarde, junto con la progesterona, permite el desarrollo de acinos y lobulillos en la glándula. El árbol mamario en forma cíclica pasa por fases de estimulación y regresión similares a los cambios cíclicos del endometrio. Además de estrógenos y progesterona, otras hormonas como prolactina, somatotropina, corticotropina, andrógenos, hormonas tiroideas e insulina, intervienen de manera importante en la preparación de la glándula mamaria para la galactopoyesis y lactancia, que son funciones fisiológicas. Aún más, factores de índole nerviosa, nutricional y psíquica influyen en el desarrollo, es---

tructuración y función de la mama. Las mastopatías benignas, de las cuales la enfermedad fibroquística es, con mucho, la más común, son resultados de desequilibrio en las proporciones de estrógeno-progesterona o una respuesta inadecuada en la "glándula blanco" a los cambios propios de la estimulación hormonal. Como consecuencia de lo señalado, Stout pensó que prácticamente todas las mujeres mayores de 30 años de edad, independientemente de su historia obstétrica o de la lactancia, mostraban alteraciones de las -- glándulas mamarias en mayor o menor grado. Frantz y col. obtuvieron datos histológicos de enfermedad fibroquística en 54% de 225 estudios de autopsia, en mamas calificadas como normales. (1,2,7,8,9,13,15)

Por ser el ginecólogo el primer médico al que suele acudir la mujer enferma, resulta imprescindible que conozca las diferentes enfermedades de la glándula mamaria. La fibroquística, la más común de las enfermedades benignas, varía mucho en frecuencia, sobre todo en relación con la edad. La incidencia es de 10% en mujeres menores de 21 años: durante los años -- menstruales es de al menos 25% y aumenta hasta 30 a 50% en mujeres premenopáusicas a quienes se hizo necropsia por motivos diferentes a las enfermedades de la mama. (2)

La enfermedad fibroquística es el padecimiento benigno más frecuente de la mama y tiene diversas variedades, con características microscópicas peculiares que han producido confusión durante su estudio. Es importante comparar estas circunstancias con el aspecto microscópico de la mama. Se han utilizado diversas denominaciones en los libros de texto y publicaciones médicas: displasia mamaria, enfermedad quística, mastopatía quística e hiperplasia quística. En un intento aclaratorio, los autores clasifican la enfermedad según los cambios en los tejidos epitelial, ductal y del estroma mamario, en: 1) cambios quísticos; 2) cambio hiperplástico epitelial ductal, y 3) cambio fibrótico. (1,2)

Cambio quístico: esta detèrminación se refiere a circunstancias en las que la arquitectura ductal muestra zonas de cambios variables en las regiones lobulillar, lobular y subareolar de la mama. Se han encontrado microquistes, un cambio ductal frecuente, hasta un 65% de las pacientes con enfermedad fibroquística, que no son palpables y miden menos de 1 mm., están revestidos por una sola capa de epitelio, son asintomáticos y se consideran normales en muchas mujeres. Las dilataciones ductales grandes, por lo general mayores de 3 mm., se denominan macroquistes o enfermedad quística macroscópica y se encuentran en casi 20 a 40% de las pacientes con enfermedad microquística. Suele considerarse parte de la evolución de la enfermedad microquística en mujeres seleccionadas. Los quistes suelen ser bilaterales lo cual se relaciona con su tamaño, que llega a ser de más de --- 1 cm., sobre todo en los últimos años menstruales.

Una denominación algo insólito, "ectasia ductal" se refiere a dilataciones que ocurren característicamente en los conductos colectores terminales del pezón y retroareolares, un suceso particularmente frecuente en mujeres peri y posmenopáusicas. En un estudio del tejido mamario normal - en necropsia: France calculó una frecuencia de 25% de ectasia ductal, que caracteriza por distensión de los conductos terminales y subareolares, con acumulación de material amorfo unido a cuerpos cristalinos, ovals y redondeados que se suponen de origen lípido. Si este material rompe la pared - del conducto, produce un foco inflamatorio que se manifiesta como tumora--- ción palpable de 1 a 3 cm. de diámetro por abajo de la areola o adyacente - a ella. Como parte de esta respuesta inflamatoria puede ocurrir también - fibrósis reactiva en el tejido mamario circundante, que produce retracción cutánea y dificulta la diferenciación entre un proceso benigno y uno maligno.

Cambio hiperplásico epitelial ductal: También pueden presentarse alteraciones hiperplásicas ductales en la mama. Las variaciones de la -- proliferación epitelial ductal secundaria a diversos estímulos pueden originar características neoplásicas, algunas con potencial oncogénico. El epitelio ductal, que suele ser cúbico o cilíndrico, puede presentar transformación metaplásica en epitelio apocrino similar al que se encuentra en otras glándulas, como las de la vulva o la región axilar. Característicamente, estas células son cilíndricas y grandes con núcleos basales, uniformes, pequeños y redondos. El citoplasma es acidófilo y a menudo sobresale de la superficie luminal de la célula.

En ocasiones, la mama presenta multiplicaciones de los acinos de sus lóbulos, que forman un cambio hiperplásico llamado adenosis. Muy a menudo tiene un patrón irregular, pero conserva la arquitectura lobulillar total. Las células suelen ser pequeñas y ovoides, con núcleos de aspecto beningno, sin embargo, son frecuentes las mitosis. Si aparece fibrosis en - una área de adenosis, se desarrolla un nódulo palpable. No obstante, la - adenosis suele ser un proceso asintomático cuyo diagnóstico se hace al microscópio después de biopsia excisional por otros motivos. La fibrosis -- progresiva puede producir distorsión epitelial y dificultar en exceso la valoración patológica en cortes por congelación. Los patrones acinar y lobulillar se distorsionan con un epitelio aplanado y comprimido que puede tener aspecto de invasión e infiltración del tejido parenquimatoso mamario -- circundante. Este tipo de adenosis es más frecuente en los últimos años - menstruales y puede presentar algún grado de involución de la monopáusia.

La papilomatosis: Es una alteración no palpable que presentan - algunas pacientes, no suele constituir una entidad clínica específica y casi siempre cursa asintomática. En estas circunstancias, la proliferación benigna de las células epiteliales ductales superficiales llena parcialmente

te los conductos mamarios pequeños y medianos. Estas células tienen un tamaño uniforme y no muestran signos nucleares o citoplásmicos de malignidad. En ocasiones ocurre algún tipo de degeneración de la masa celular proliferativa, con formación concomitante de histiocitos en su interior. En otras situaciones, como en la adenomiosis, puede ocurrir fibrosis en el grupo central de conductos, que producen separación y compresión. La interpretación patológica en cortes por congelación para excluir la transformación maligna suele ser difícil; por ello, es importante esperar el resultado de cortes permanentes en muchas biopsias mamarias, antes de proporcionar un diagnóstico patológico definitivo.

A diferencia de la papilomatosis general, los papilomas con pedículo único suelen relacionarse con síntomas clínicos como la hemorragia por el pezón o una tumoración palpable. Es característico que estos papilomas intraductales solitarios estén cubiertos por dos capas de células: la interna, formada por células redondas pequeñas similar a las mioepiteliales de los conductos normales, y la externa, cilíndrica alta con núcleos pequeños uniformes y redondeados. El citoplasma suele sobresalir de la superficie luminal, como el cambio metaplásico apocrino. Estas alteraciones se presentan con mayor frecuencia en los últimos años menstruales, pero pueden extenderse a la posmenopausia, con una frecuencia moderada hasta los 65, después de esta edad involucionan algo. Los papilomas intraductales únicos o múltiples producen secreción hemática o serosanguinolenta en 20 a 50% de las pacientes. Suelen encontrarse una tumoración palpable apenas abajo de la areola o de su periferia, sitio más frecuente de papiloma intraductal. Los papilomas múltiples pueden ser bilaterales en 10 a 15% de las pacientes y se localizan más a menudo en la periferia que en el centro; también pueden presentarse como tumoración palpable con secreción sanguinolenta del pezón.

Cambio fibrótico: Pocas veces la fibrósis se presenta como alteración aislada, pero es más frecuente en los años menstruales que en el período posmenopáusicos. Suelen manifestarse como una tumoración palpable in móvil plana, semejante a un botón, firme e irregular de casi 1 a 3 cm. En ocasiones, estas zonas pueden llegar a ser hasta de 3 a 5 cm. El cambio fibrótico en el parénquima parece constituir una respuesta definitiva en las zonas lobulillar o acinar circundantes, a la infiltración linfocítica de un factor irritante, probablemente inflamación ductal. (1,2)

FACTORES ETIOLÓGICOS.

Los factores causales cuya interacción pueden estimular el cambio quístico ductal, han sido motivo de gran especulación y controversia. Se cree que la prolactina es un factor potencial, porque se le han encontrado en concentraciones elevadas en 30% de las pacientes con enfermedad fibroquística. Sin embargo, hasta 60% de las mujeres con esta enfermedad presentan ovulación irregular y deficiencia de la fase luteínica, con concentraciones de progesterona inferiores a las de mujeres con ciclos normales. La hiperprolactinemia parece estar relacionada con la mayor concentración de estrógenos que presentan estas pacientes, y no se considera por sí misma un factor causal. (2,13)

Se han hecho valoraciones cuidadosas en un intento de precisar el estado de exceso de estrógenos y deficiencia de progesterona. Las concentraciones de estrógenos séricos han resultado normales o elevada y las de progesterona, 30% superiores a lo normal en algunas pacientes con enfermedad fibroquística; además, suelen tener una fase luteínica corta. También

se sabe que las hormonas tiroideas aumentan la sensibilidad del tejido mamario a los estrógenos, una observación que ha llevado a algunos investigadores a pensar que la hiperactividad tiroidea pudiera tener relación con la enfermedad fibroquística. Esta teoría, no obstante, es rebatida por la aparición de enfermedad fibroquística en mujeres hipotiroideas.

Durante casi 10 años se ha pensado que las metilxantinas son un factor que conduce al desarrollo o exacerbación de la enfermedad fibroquística. Se supone que la ingestión de sustancias como té, café, chocolate, ciertas bebidas de cola y de otro tipo inhibe la actividad de la fosfodiesterasa de monofosfato cíclico de adenosina y monofosfato cíclico de guanosina, sustratos que se acumulan y estimulan el cambio fibroquístico. Se han realizado diversos estudios para valorar esa observación. En general la eliminación de las metilxantinas de la dieta se relaciona con una disminución de 60 a 65% del dolor, la hipersensibilidad, nodularidad mamaria y, en ocasiones, una disminución de la secreción parda o verde oscuro del pezón. Estudios de confirmación con grupo control apoya estas observaciones. Las mujeres que consumían de 30 a 250 mg. de cafeína al día tenían una probabilidad 1.5 veces mayor de presentar enfermedad fibroquística; en las que consumían más de 500 mg. el riesgo aumentó 2.3 veces. (2,3,4,13, - 15).

SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS.

Los dos síntomas más frecuentes de enfermedad fibroquística son dolor e hipersensibilidad mamaria. El primero suele ser bilateral; en un principio, en los cuadrantes superiores externos de ambas mamas. Sólo de 10 a 15% de las pacientes con enfermedad fibroquística que el dolor se ini-

ció de la menstruación y desaparezca al iniciarse ésta. Muchas mujeres -- con enfermedad fibroquística tienen períodos irregulares, dismenorrea moderada y metrorragia. El dolor parece estar relacionado con edema del parénquima mamario y aumento concomitante del volúmen glandular hasta de 15%.

Estos cambios se relacionan con la producción de estrógenos y progesterona. Sin embargo, los síntomas son menos intensos en las multíparas, mujeres con ovulación regular y aquéllas que toman anticonceptivos orales. El dolor mamario en sí, tiene relación con la irritación nerviosa en el tejido conectivo edematoso, específicamente la compresión de conductos - mamarios dilatados y quistes en el tejido. Otras observaciones son una infiltración por células inflamatorias redondas con la enfermedad fibroquística, que contribuyen a la irritación nerviosa. Cerca de 20% de las pacientes con hipersensibilidad mamaria presentan también crecimiento e hipersensibilidad de los ganglios linfáticos axilares. Al valorar otras causas de dolor mamario se debe tener en mente: 1) neuralgia intercostal relacionada con tos, infecciones respiratorias, obesidad o alteraciones en la curvatura de la columna vertebral; 2) distensión de los ligamentos de Cooper en mamas péndulas grandes; 3) costocondritis, y; 4) dolor en cicatrices mamarias. La tercera causa clínica más frecuente es la palpación de una tumoración hipersensible, dura, a veces en placa, que suele localizarse en el cuadrante superior externo de la mama. En algunas circunstancias estos tumores pueden crecer considerablemente durante la fase premenstrual del ciclo y encontrarse en una mama que tiene zonas de engrosamiento múltiples no dominantes llamada "mama pastosa". Se presenta secreción por el pezón en 30% de las pacientes con enfermedad fibroquística que es espontánea o aparece durante la compresión, suele ser de color pardo verdoso o negro y contiene grasa y proteínas, células ductales, células espumosas y eritrocitos. Puede ser útil el frotis de papanicolaou de esta secreción, para descartar

la posibilidad de cáncer. El citólogo debe revisar la preparación del fro-
tis para confirmar una buena calidad. (2,3,4,13,15)

EXPLORACION.

Debe realizarse de manera sistemática e, idealmente, entre siete y nueve días después del inicio de la menstruación. Se debe explorar a la paciente, sentada, con las manos puestas sobre las caderas o detrás de la cabeza, y contrayendo los músculos pectorales. El examinador debe buscar asimetrías, cambios cutáneos, hundimientos o secreción espontánea por el pezón. Sin embargo, es más importante encontrar un pequeño aumento o irregularidad en una región específica de la mama que no tenga contrapartes simétrica. La palpación metódica cuidadosa suele detectar una zona más firme y dura que el tejido circunvecino, que suele ser algo irregular y puede o no ser móvil. A menudo, la compresión produce dolor, sobre todo en la fase premenstrual del ciclo. (2,6)

ASPIRACION CON AGUJA.

Si se cree que una tumoración corresponde a un macroquiste, este método tiene una utilidad particular y puede ir precedido o seguido de mamografía, con base en las indicaciones específicas de este estudio. No obstante, cuando se realiza mamografía posterior a la aspiración, debe posponerse de 7 a 10 días para evitar cualquier distorsión en la placa radio-

gráfica, causada por el escape de un poco de líquido del quiste a partir -- del sitio de punción de su pared, que produce irritación mínima en el parénquima mamario circundante.

En 1930, Martin y Ellis defendieron el método de aspiración con - aguja de tumores mamarios sólidos para efectuar un diagnóstico tisular. - Con el paso del tiempo ha ganado aceptación, hasta convertirse en un procedimiento estándar que no debería faltar en el consultorio.

La técnica es simple y directa y se utiliza una aguja estándar de 1 1/2 pulgadas (3.81 cms.) calibre 22 de pared delgada, con diámetro externo de 0.6 mm. para la punción; sin embargo, cuando el método tiene una certeza casi plena de que se trata de un macroquiste, puede utilizar una aguja de mayor calibre, 18 ó 20. La aguja se acopla a una jeringa de 20 ml., -- con un dispositivo de sostén que permite obtener una aspiración adecuada manejándolo con una mano.

Primero se localiza la tumoración y se sostiene entre los dedos - de la mano no dominante del médico, para a continuación limpiar la piel con alcohol o con una solución de yodopovidona. No suele necesitarse anestesia local, pues la molestia de la inserción es comparable a la de una punción venosa, además de que, en ocasiones, la anestesia dificulta la localización del tumor. Una vez limpia la piel e inmovilizado el tumor, el médico introduce con suavidad y precisión la aguja dentro de éste, en un ángulo adecuado. Es fácil percibir cuando la aguja entra al tumor, por una resistencia inicial que cede a continuación. El médico debe asegurarse de detener la aguja antes de atravesar por completo la tumoración.

A menudo, puede confirmarse la localización mediante un movimiento suave de la aguja mientras se sostiene el tumor entre dos dedos. Una - vez introducida ésta en el tumor, se aspira con la jeringa; cuando se trata de un quiste, de inmediato aparece un líquido que puede variar de seroso a

verdoso y azul oscuro o negro, que debe extraerse por completo, con lo que el médico puede detectar una disminución definida del tamaño del tumor. - Después de extraer el líquido, debe retirarse la aguja y colocarse un vendaje pequeño en el sitio de la punción. A veces el apósito se mancha con un poco de sangre, pero ésta suele ser mínima.

Hay desacuerdo respecto al método de análisis de líquido del quiste. Algunos médicos recomiendan desecharlo cuando se encuentra totalmente transparente y libre de partículas visibles, por ser mínima la posibilidad de encontrar imágenes citológicas. Los autores consideran que todas las muestras obtenidas deben enviarse a estudio citológico, para tener registro de la aspiración y, a menudo, obtener información importante respecto a la citología de los conductos así sea benigna: por ejemplo, cambios hiperplásicos sin atipia.

En el caso de una tumoración dura, la aguja se introduce y extrae un poco varias veces, en tanto se mantiene la aspiración con la jeringa, lo que permite que entre líquido tisular a la luz de la aguja, aunque no llegue a observarse dentro de la jeringa. Después de efectuar algunos movimientos dentro del tumor, se concluye la aspiración con la aguja colocada en el tumor, pues así se permite equilibrar la presión dentro de la aguja y la jeringa. Después de que esto ocurre, se retira la aguja de la mama y se coloca un pequeño apósito. Se hace un frotis en una laminilla plana, de manera similar a la de una biopsia de médula ósea. Debe recalcarse que la fijación y preparación de la laminilla, debe efectuarse después de consultar con el citólogo y el patólogo, dado que se requiere un método de fijación y preparación de alta calidad, para un buen análisis patológico.

La aspiración con aguja de quistes y tumores sólidos es útil para distinguir entre dichas características, pero no puede confiarse en ella en tumoraciones muy pequeñas o con cambios mamarios imprecisos. La tumoración

deberá ser palpable y susceptible de fijarse, entre los dedos del médico.

Farable ha informado de los resultados de múltiples estudios y ha contribuido mucho al desarrollo de esta técnica. Deben acatarse las siguientes instrucciones para el tratamiento óptimo de tumores quísticos de mama durante la aspiración: (2,3,4,10,13,15)

- A.- Debe desaparecer por completo el tumor después de la aspiración.
- B.- El líquido del quiste no debe ser sanguinolento.
- C.- El tumor no debe reaparecer en el mismo sitio después de la aspiración, ni de inmediato ni el mes que sigue éstas.

Ultrasonografía: El ultrasonograma ofrece la ventaja de ser método no invasivo, evita las radiaciones de las mastografías que pueden ser un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer mamario y evita la cirugía innecesaria. Como puntos importantes en el diagnóstico ultrasonográfico se determina el límite de eco y quistes de la mastopatía fibroquística; como todos los quistes tienen sus bordes regulares, lisos, de forma redondeada, generalmente ovales o semiovales, pero patrón ecográfico diferente de los quistes únicos ya que la sombra posterior en cola de renacuajo y las sombras laterales no se observan típicamente, pues debido a los múltiples quistes pequeños que se desarrollan en toda la glándula, varios comparten las mismas paredes formando una trampa en panal de abeja, con trayectos eco refrigerantes separados por zonas ecolúcidas, es decir, la imagen característica de la mastopatía fibroquística: Zonas ecolúcidas pequeñas, dispersas, alternando con zonas de fibrosis difusa en todo el tejido mamario, por lo general bilateral.

Se sabe que la mastopatía fibroquística tiene una comprobada mejoría cuando se usa la bromocriptina para su tratamiento registrándose disminución hasta de 50% del tamaño de las lesiones en relación al inicio del tratamiento, disminución del número de las lesiones quísticas y disminución

cualitativa del grado de fibrosis. (7)

MAMOGRAFIA.

Esta técnica tiene utilidad clínica demostrada en circunstancias contemporáneas de cuidados médicos mamarios. La elevada frecuencia de enfermedades benignas originó el gran número de alteraciones mamográficas relacionadas con ellas y a pesar de que permite descubrir hasta 85% de los tumores cancerosos muchos signos mamográficos relacionados con enfermedades benignas pueden simular el cáncer.

Los signos frecuentes de enfermedad benigna son: 1) una imagen de tumoración en la placa radiográfica, 2) un aumento asimétrico de la densidad mamaria; 3) microcalcificaciones, y; 4) una dispersión particular o incongruencia entre la edad de la paciente y la densidad de el parénquima mamario.

Estas observaciones se basan en nuestras tisulares obtenidas mediante biopsia excisionales y muestra 75 a 90% de resultados benignos cuando se investigan signos mamográficos anormales.

El parénquima mamario tiende a ser muy denso entre los 20 y 50 años y después es sustituido por grasa, un cambio que permite en el estudio mamográfico. Con frecuencia se utiliza el término "displasia" en radiología, cuando en realidad se hace referencia a alteraciones de los conductos y no es un dato radiográfico específico, sino el nombre histológico que deberá ser exclusivo de la interpretación del patólogo. En la mama densa pueden pasar inadvertidas algunas tumoraciones predominantes o verse modificada su imagen por estroma denso, macroquistes u otras alteraciones de la enfermedad fibroquística que dificultan la interpretación de la mamografía y producen resultados falsos negativos hasta en 10 a 15%. Por tanto, deberá considerarse que una tumoración palpable, más aún en una paciente con te

jido parenquimatoso denso, es motivo de alarma incluso con mamografía normal. La decisión de hacer una biopsia excisional debe tomarse sobre bases clínicas.

Las pacientes con enfermedad fibroquística temprana suelen presentar pequeñas áreas de mayor densidad en la placa mamográfica, irregulares y diseminadas con diferente densidad, después suelen observar zonas oscuras entre otras grises o blanquecinas y también pudiera haber microcalcificaciones notorias, aisladas y múltiples que se localizan en el estroma intra o periductal o en lobulillos enteros. Desafortunadamente también pueden localizarse algunas calcificaciones dentro de tumores malignos, lo que produce confusión diagnóstica. Las calcificaciones que se observan en enfermedades benignas constituyen una reacción específica ante un proceso proliferativo epitelial, alguna retención de material de secreción o lesión celular con necrosis. Si bien la mamografía es útil para valorar algunos tipos de cambios fibroquísticos, no se le puede considerar de precisión absoluta. así, la biopsia excisional aún es el procedimiento diagnóstico definitivo en caso de mamografía anormal o tumoración mamaria que despierta inquietud o en el caso particular en que la mamografía se ha interpretado como normal. (2,15)

TRATAMIENTO.

La frecuente aparición de enfermedades mamarias benignas, en particular la fibroquística, con formación de macroquistes relacionada con variaciones amplias en los síntomas, ha dado lugar a una variedad de tratamiento que van desde medicamentos exclusivamente sintomáticos o alteracio--

nes importantes en la dieta, hasta medicamentos que intentan modificar los mecanismos fisiológicos que intervienen en la génesis de la enfermedad fibroquística. en general lo tipos de tratamiento se pueden clasificar en: 1) esteroides diferentes a los sexuales; 2) esteroides sexuales y 3) inhibidores de esteroides sexuales.

Antes de empezar el tratamiento, el médico debe valorar cuidadosamente los síntomas: los mínimos de unos cuantos días de duración al mes - no requiere un plan de tratamiento que modifique mayormente la producción hormonal fisiológica regular. Por supuesto, se debe estudiar cuidadosamente a la paciente, y descartar carcinoma y otras causas de dolor mamario o de la pared toráica en el diagnóstico. Una vez establecido un plan de -- tratamiento, se debe tener un método cuidadoso de vigilancia y dar a la paciente recomendaciones específicas sobre autoexploración e interpretación de los síntomas, incluyendo un registro escrito diario que resulta particularmente útil. Se debe comentar con la paciente el motivo del tratamiento, e investigar que espera ella de esto. ¿Podrá la paciente realizar una actividad cotidiana aceptable y cumplir obligaciones con comodidad mediante una disminución de 50% en sus síntomas?. En algunas circunstancias, un cambio mínimo produce mejoría notoria sin modificaciones físicas importantes. Básicamente todos los tratamientos están dirigidos a modificar la evolución de la enfermedad fibroquística y disminuir la nodularidad mamaria, y pueden requerirse de tres a cuatro meses para ver pruebas de mejoría y alivio e los síntomas. (2,4,15)

TRATAMIENTO SIN ESTEROIDES SEXUALES.

Hay muchas opciones que deben tenerse en mente al planear el tratamiento. En primer lugar, debe recomendarse a la paciente utilizar un -- sostén cómodo, bien ajustado y que levante el órgano. Se dispone de mu--- chos en la actualidad y el hecho de que mantengan elevado el órgano disminu ye la tensión en los ligamentos de sostén y la respuesta inflamatoria y el edema concomitante en el parénquima mamario, y se relacionan con los sínto mas de tracción en la arquitectura lobulillar. Se recomienda tratamiento con diuréticos cuando los síntomas de mastalgia cíclica son mínimos durante varios años. Un diurético leve, como la clorotiacida o la clortalidona, - puede ayudar a disminuir los síntomas leves a moderados, pero no beneficia ni mejora de manera sostenida los síntomas más intensos. La utilización - de diuréticos ha dado resultados diversos y no se puede esperar que produzca una disminución constante y repetida de los síntomas en todas las muje-- res con molestias leves a moderadas. (2,4,15)

DIETA.

Se ha recomendado modificaciones dietéticas, sobre todo la dismi nución de las metilxantinas. Minton señaló en 1984, que esta disminución modificaría la concentración aumentada de monofosfato cíclico de adenosina y fosfato cíclico de guanosina que se sabía estaban presentes en mujeres -- con enfermedad fibroquística micro y macroquística. Estos aumentos no se encontraron en mujeres con tejido mamario normal. Se supuso que las metil

xantinas inhibían la fosfodiesterasa de los monofosfatos cíclicos de adenosina y de guanosina, aumentando la concentración tisular de estas dos sustancias. Después de esta observación, Minton y cols, informaron de la desaparición de los síntomas en un 65% de 20 pacientes que ecitaron las metilxantinas durante uno a seis meses. Sin embargo, en un estudio hospitalario que incluyó 634 mujeres con enfermedad fibroquística y un grupo control de 1066, se demostró relación positiva entre la enfermedad y el consumo de cafeína. Las mujeres que ingerían hasta 250 mg. de cafeína al día tuvieron 1.5 veces más riesgo de enfermedad fibroquística, en tanto que las que ingerían más de 500 mg. al día tuvieron un aumento de 2.3 veces. La correlación es particularmente alta en mujeres con hiperplasia lobular atípica, adenosis esclerosante y papilomatosis ductal.

Logan tiene una perspectiva un poco diferente porque considera -- que el grado de respuesta a la disminución de metilxantinas en la dieta tiene relación con el grado de consumo previo. Este autor cree que el consumo elevado de cafeína y tabaco tiende a producir una reacción más fuerte a la disminución de metilxantinas. A pesar de la controversia, parece razonable recomendar a las pacientes con enfermedad fibroquística moderar la ingestión de metilxantinas. Es asombroso la mejoría que suele producirse, y a veces tan duradera como con la restricción dietética. (2,4,11,15)

VITAMINAS.

Se usan para disminuir cambios físicos y estigmas sintomáticos -- relacionados con la enfermedad fibroquística ha dado resultados diversos y en algunos lugares se enfrenta a una oposición notoria. D'Incerti, Bonini

con la idea de que la vitamina A inhibe la actividad de los estrógenos, la utilizó con metilacetoprogesterona en 14 pacientes y observó disminución importante de los síntomas. En una valoración más reciente, Bond y cols. informan de una disminución completa o parcial de los síntomas mamarios y disminución clínica de la tumoración en 9 de 12 pacientes que recibieron -- 150 000 unidades internacionales de vitamina A por vía oral al día durante meses. Si bien debe hacerse una cuidadosa vigilancia de signos de toxicidad cutánea y de mucosas, no se observó efecto tóxico hepático en estas pacientes.

En 1983 Leis informó del beneficio potencial de la vitamina E en pacientes con enfermedad fibroquística, porque pensaba que ésta vitamina -- podría modificar la esteroidegénesis suprarrenal. Los estudios posteriores de que se informó en 1984 a 1985 no confirmaron la tesis de Leis. Ernester y cols. informaron que un estudio doble ciego aleatorio para valorar los efectos de 600 unidades internacionales de vitamina E en mujeres con enfermedad fibroquística mamaria y después de dos meses no encontraron diferencia entre el grupo con vitamina E (n=37) y el grupo con placebo (n=36) -- con respecto a signos mamarios o disminución potencial de la mastalgia premenstrual y concluyeron que el tratamiento con vitamina E durante dos meses no tenía beneficios. De manera similar, London y cols. trataron 128 mujeres con enfermedad fibroquística en un estudio doble ciego con grupo control, utilizando 150, 300 y 600 unidades internacionales diarias de vitamina E durante dos meses. Las pacientes fueron exploradas después de dos meses por medios clínicos y mediante ultrasonografía y termografía sin poder encontrarse signos objetivos de beneficios con el tratamiento. De particular interés fué la observación de que no se modificó la concentración sérica de estradiol, progesteronas, sulfato de dehidroepiandrosterona y testosterona. La conclusión resumida fué que el del alfa tocoferol no parece --

ser benéfico en las pacientes con enfermedad fibroquística mamaria. (2,4, 11,15)

ANALGESICOS.

Los salicilatos, el acetaminofén y el ibuprofén alivian temporalmente los síntomas leves, pero no son particularmente útiles en pacientes - con dolor moderado o intenso. (2,4,15)

TRATAMIENTO CON ESTEROIDES SEXUALES.

En algunos casos, éste ha sido útil para la disminución de síntomas mamarios en pacientes en enfermedades fibroquísticas.

ANTICONCEPTIVOS ORALES.

Se sabe que producen alivio de los síntomas en un 70 a 90%. Dado que el tejido mamario es sensible a los estrógenos que lo estimulan, resulta lógico utilizar una píldora con dosis bajas de éstos y una relativamente alta de progesterona para lograrlo. Por ejemplo, una píldora con -- 0.02 mg. de etinilestradiol y 1 mg. de acetato de noretidrona es muy eficaz si logra 88% de disminución de los síntomas en pacientes que la utilizan

durante tres a seis meses. La eficacia del medicamento se basa en la disminución de la producción ovárica de estradiol y la modulación de los receptores de estrógenos mamarios por el componente progestágeno de la píldora. Si bien obtienen buenos resultados durante el tratamiento, 30 a 40% de las pacientes tienen recidiva de los síntomas al suspender aquél. (2,4,11,15)

Progestágenos y progesteronas se han utilizado también en algunas pacientes, y por supuesto que su beneficio tiene relación con el antagonismo contra los receptores de estrógenos del tejido mamario. El acetato de medroxiprogesterona fué beneficioso en 80 a 85% de las pacientes, utilizado solo. El tratamiento suele consistir en 10 mg. de acetato de medroxiprogesterona de los días 15 a 25 del ciclo menstrual. No todas las pacientes obtienen una disminución demostrable del dolor y las molestias en el primer ciclo y el uso continuo durante tres a cuatro meses suele producir una mejora notoria, con disminución del dolor y reblandecimiento de los nódulos. Si no hay reacción, la dosis de acetato de medroxiprogesterona puede aumentarse hasta 5 ó 10 mg. de los días cuatro a 25 del ciclo, tratamiento muy eficaz, a pesar de presentarse hemorragia por privación, inconveniente que en algunos pacientes pueden corregirse añadiendo etinilestradiol, 0.02 a 0.04 mg. diarios. Tal vez un esquema satisfactorio sea la administración de 10 mg. de acetato de medroxiprogesterona de los días 10 a 25 de cada ciclo. Aunque se ha confirmado la eficacia del tratamiento cuando se continúa durante 12 a 16 meses, son problemáticos los efectos secundarios de la progesterona, como depresión, aumento de peso y alteraciones de las lipoproteínas séricas de alta y baja densidad. También es un inconveniente que 30 a 40% de las pacientes que suspenden el tratamiento necesitan algún otro por recidiva de los síntomas. (2,15)

ANTIESTROGENOS.

No es de extrañar que se haya intentado utilizar medicamentos antiestrogénicos para tratar la enfermedad fibroquística. En 1980 Nezhad, - Asch y Greenblatt informaron que el danazol (17, alfa norestisterona), derivado androgénico, eliminó la nodularidad mamaria en 47% de pacientes que tomaron 200 mg. diarios durante seis meses y 75% de las que tomaron 46 mg. en ese mismo período. La base de este efecto es fisiológica, pues el danazol produce una disminución notoria de la concentración de hormonas folículoestimulante y luteinizante, con disminución concomitante de la producción de estradiol y de la estimulación mamaria. El danazol produce efectos secundarios, como amenorrea, en 50% de las pacientes, además de bochornos, cefalalgias, piel grasosa, acné o hirsutismo, que dificultan su utilización durante períodos prolongados, una situación desafortunada, ya que se tiene informes frecuentes de los distintos beneficios del uso del danazol. (2,11, 15).

Tamoxifen: Ha crecido el interés por sustancias que se oponen al efecto de los estrógenos, con base en el uso de tamoxifen durante tres meses consecutivos en pacientes con enfermedad fibroquística con quistes y nodularidad, en las que disminuyeron síntomas como dolor, hipersensibilidad y nodulaciones más definidas, dolorosas a las palpaciones bien definidas no se modificaron mayormente. Los efectos secundarios son mínimos y hay informes de efecto útil durante menos de dos meses después de terminar el tratamiento.

Bromocriptina: (2-Bromo-ergocriptina) es un derivado ergótico semisintético y agonista dopaminérgico. Esta es la droga de elección para la supresión experimental y clínica de la PRL, y su eficacia tanto en hiper

prolactinemia como en normoprolactinemia ha sido ampliamente demostrada. - Schultz fué el primero en usar Bromocriptina en el llamado "Mal benigno del pecho". Sus excelentes resultados en 15 pacientes con mastalgia severa y tensión premenstrual sin signos de mal orgánico han sido confirmados. Estos resultados aunque de interés en la observación de un gran número de pacientes con mastodinia y tensión premenstrual, deben ser consideradas separadamente de aquellos obtenidos con bromocriptina en el manejo de el mal -- orgánico. En efecto, mientras los dolores y tensión premenstrual, son sin tomas comunes y frecuentes de mastopatía fibroquística, no son patognomónicos de dicha enfermedad, sin embargo, la bromocriptina es también efectiva en formas orgánicas de enfermedad benigna de la mama; su uso en la mastopatia fibroquística fué reportado primero por Martin Comin, quien obtuvo una regresión de macroquistes en 5 y 7 pacientes con 5 mg. diarios por tres meses. Posteriormente Mussa y Dogliotti reportaron mejoría objetiva y subje tiva en casi 23 pacientes con enfermedad benigna de la mama, tratada con bro mocriptina, 7.5 mg. diarios administrada continuamente por 3 meses.

Después de esto las siguientes pacientes tratadas por estos autores han sido incrementadas; su informe posterior concierne a 150 pacientes tratadas continuamente con bromocriptina, 7.5 mg. diarios por tres meses, - resultando en mejoría subjetiva y objetiva en cerca del 80%. (16)

Sin embargo, se podría postular que un tratamiento largo podría - resultar en cambios morfológicos detectables por imagen. Los efectos a -- largo plazo de el tratamiento con bromocriptina son notables. Algunos autores informan que cerca de el 75% de las pacientes respondieron en los -- tres primeros meses del tratamiento y permanecieron asintomáticas después - de 9 a 12 meses después de haber suspendido el medicamento. (16)

Los efectos colaterales (pirosis, gastralgia, vomito e hipotensión ortostática) ocurren en los primeros 10 a 15 días y pueden ser minimizados

por una pequeña dosis inicial.

La bromocriptina no conduce a cambios en el ciclo menstrual, sin embargo, esta frecuentemente es capaz de restablecer el patrón ovulatorio. No han sido demostrado efectos teratógenos.

El mecanismo terapéutico de bromocriptina en la mastopatía fibroquística es aún incierto. La restauración de tonos dopaminérgicos alterados pueden reducir la reserva hipofisiaria de PRL y ser efectiva para aumentar la secreción de progesterona en mujeres con insuficiencia lutea y ligera elevación de PRL.

CIRUGIA.

Esta sigue siendo un recurso diagnóstico importante en las pacientes con enfermedad fibroquística. Además de que en muchos casos resulta inevitable, proporcionar información relevante que permiten una valoración cuidadosa del riesgo en la paciente. (2,10,11,15)

MAMOGRAFIA.

Esta técnica tiene utilidad clínica demostrada en circunstancias contemporáneas de cuidados médicos mamarios. La elevada frecuencia de enfermedades benignas originó el gran número de alteraciones mamográficas relacionadas con ellas y a pesar de que permite descubrir hasta 85% de los tumores cancerosos muchos signos mamográficos relacionados con enfermedades benignas pueden simular el cáncer.

Los signos frecuentes de enfermedad benigna son: 1) una imagen de tumoración en la placa radiográfica, 2) un aumento asimétrico de la densidad mamaria; 3) microcalsificaciones, y; 4) una dispersión particular o incongruencia entre la edad de la paciente y la densidad de el parénquima mamario.

Estas observaciones se basan en nuestras tisulares obtenidas mediante biopsia excisionales y muestra 75 a 90% de resultados benignos cuando se investigan signos mamográficos anormales.

El parénquima mamario tiende a ser muy denso entre los 20 y 50 años y después es sustituido por grasa, un cambio que permite en el estudio mamográfico. Con frecuencia se utiliza el término "displasia" en radiología, cuando en realidad se hace referencia a alteraciones de los conductos y no es un dato radiográfico específico, sino el nombre histológico que deberá ser exclusivo de la interpretación del patólogo. En la mama densa pueden pasar inadvertidas algunas tumoraciones predominantes o verse modificada su imagen por estroma denso, macroquistes u otras alteraciones de la enfermedad fibroquistica que dificultan la interpretación de la mamografía y producen resultados falsos negativos hasta en 10 a 15%. Por tanto, deberá considerarse que una tumoración palpable, más aún en una paciente con le

J U S T I F I C A C I O N

La mastopatía fibroquística es una enfermedad benigna de la mama, bastante frecuente, ya que se señala la padecen 50% de las mujeres en las edades comprendidas entre 13 y 49 años, con un promedio de 30 años. Puede presentar la forma de hiperplasia simple, adenosis, mastitis crónica quística con metaplasia apocrina y papilomatosis canalicular.

En este tipo de pacientes el riesgo de cáncer aumenta hasta 2 veces en relación a la población general, cuando la hiperplasia se acompaña de atipias (5%).

Se han invocado factores hormonales con un desequilibrio estrógeno-progestacional en la génesis de esta enfermedad.

En el 20% de las pacientes puede haber hiperprolactinemia leve a moderada.

Se ha informado que la mastopatía fibroquística tiene una comprobada mejoría cuando se usa la bromocriptina aún con niveles basales normales de prolactina.

Asimismo se ha establecido un criterio de mejoría ultrasonográfica de algunas publicaciones que así lo aseveran. (16)

Por lo tanto el objetivo de nuestro estudio es valorar los cambios ecosonográficos más frecuentemente encontrados en la mastopatía fibroquística antes y durante el tratamiento con bromocriptina, por lo que se realizó una revisión de los expedientes, del archivo clínico de 70 pacientes diagnosticadas y tratadas en la consulta externa del servicio de ginecología endocrina del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 "Centro Médico la Raza".

D I S E Ñ O

El presente trabajo corresponde a un estudio retrospectivo con búsqueda de los cambios ultrasonográficos de la mastopatía fibroquistica tratada con bromocriptina mediante la revisión de los expedientes del Archivo Clínico del Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3, CMR, IMSS.

H I P O T E S I S

- H 1 Si hay mejoría ultrasonográfica en las pacientes con mastopatía fibroquística tratada con bromocriptina.
- H 2 No hay mejoría ultrasonográfica en las pacientes con mastopatía fibroquística tratadas con bromocriptina.
- H 3 No fueron concluyentes los hallazgos ultrasonográficos encontrados en las pacientes con mastopatía fibroquística tratada con bromocriptina.

MATERIAL Y METODO

Para el presente trabajo se realizó una revisión retrospectiva - de expedientes de pacientes que asistieron a la consulta del servicio de -- endocrinología - ginecológica de el Hospital de Ginecología y Obstetricia - No. 3 Centro Médico "La Raza", de enero de 1987 a enero de 1988.

Se seleccionaron únicamente las pacientes que tuvieron diagnóstico de mastopatía fibroquistica, tratadas con Bromocriptina a dosis de 2.5 a 7.5 mg. día a dosis fraccionadas y progresivas, durante 12 meses sin importar edad y en las que se les había realizado un ecosonograma inicial y uno o dos control con intervalo de 6 meses, utilizando un aparato de ultrasonido modelo MS - 50 Kontron.

ANALISIS ESTADISTICO

Una vez obtenidos los datos se sometieron a análisis
estadístico para medida de tendencia central.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se revisaron un total de 70 expedientes. Las edades de las pacientes oscilaron entre 14 y 41 años, con un promedio de 30.5 años.

Los antecedentes gineco-obstétricos, incluyen menarca con promedio de 12.9 años, los ciclos menstruales en 10 pacientes (14.2%) con intervalos de 40 a 90 días y 60 pacientes (84.2%) con ciclos de 28 a 30 días.

Dentro de los antecedentes obstétricos, 48 pacientes (68.6%) habían tenido embarazos y 22 pacientes (31.4%) eran nuligestas. De éstas, 8 pacientes (11.33%) no habían estado expuestas al embarazo y 14 (20.00%) tuvieron esterilidad. (Tabla No. 1)

Todas las pacientes tenían mastalgia de más de 6 meses de evolución, cíclica premenstrual o continua de intensidad variable y a la exploración mamaria áreas de tejido de mayor consistencia, hipersensible, nodular o difuso, predominantemente bilateral y también con predominio en los cuadrantes superoexternos.

Se observó que 34 pacientes (48.5%) presentaron telorrea como componente de la mastopatía fibroquística.

El ultrasonograma inicial nos reportó tejido mamario con zonas de mayor refingencia sónica, áreas anecoicas de tamaño variable, calcificaciones o simplemente hallazgos de mastopatía fibroquística en 65 casos, 5 ultrasonidos fueron normales. (Cuadro 1)

Se practicó el primer ultrasonograma de control (2o eco) a los 6/12 en 55 casos, 10 se excluyeron de el estudio; 5 por abandono y 5 por cambios inespecíficos no valorables entre el 1er. y 2o. ultrasonograma. (Cuadro No. 2)

De los 55 casos, 37 (67%) no mostraron cambios, 2 casos (3.6%) empeoraron y 16 casos (29.4%) presentaron datos que podemos interpretar como mejoría. (Tabla y cuadro No. 2)

El tercer ultrasonido (ó 2o eco de control) se practicó únicamente en 24 casos, correspondiendo 7 de ellos a pacientes que habían presentado mejoría desde el 2o ecosonograma y en quienes persistía la mejoría; los 17 ecosonogramas restantes correspondieron a 15 pacientes que no habían mostrado cambios en el 1er. eco de control y 2 que habían empeorado. De estos permanecieron sin cambios 13 estudios, 3 mostraron mejoría y uno deterioro. (Cuadros 2 y 3)

C U A D R O S

Y

T A B L A S

CUADRO No. 1

**HALLAZGOS ECOSONOGRÁFICOS EN 65 CASOS EN ECOSO
NOGRAMA INICIAL EN LOS QUE SE CORROBORO
MASTOPATIA FIBROQUISTICA**

a) Zonas de mayor refrigerancia sónica (fibrosis)	5
b) Areas anecoicas menores de 1 cm. (microquistes)	8
c) a más b (Fibrosis y microquistes)	28
d) Areas anecoicas mayores de 1 cm. (macroquistes)	4
e) Areas anecoicas de tamaño no especificado (quistes)	7
f) Calcificaciones	3
g) Datos de M.F.Q. (reporte ecográfico)	10
T O T A L	65

TABLA No. 1

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
EMBARAZOS	48	68.6 %
NULIGESTAS NO EXPUESTAS A - EMBARAZO	8	11.33%
NULIGESTAS POR ESTERILIDAD	14	20.00%
T O T A L	70	100.00%

TABLA No. 2

**DATOS QUE SE INTERPRETARON COMO
MEJORIA EN EL ULTRASONIDO
(1er. ECO CONTROL)**

1.- Normalización del ecosonograma	4
2.- Disminución del número de micro- quistes o desaparición de los -- mismos.	11
3.- Disminución de la fibrosis.	1
	<hr/>
T O T A L	16

HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN LOS ECOSONOGRAMAS DE CONTROL

2o. ULTRASONIDO 6/12, 3er. SONIDO 12/12

CUADRO No. 2

	2o. ULTRASONIDO 1er. CONTROL		3er. ECO (2o. CONTROL)	
	No. CASOS	PORCENTAJE		
SIN CAMBIOS	37/65	67	15/37*	17/39
PEOR	2/65	3.6	2/2	
MEJOR	16/65	29.4	7/16	
T O T A L	55/66	100.0	24.55	

CUADRO No. 3

	3er ULTRASONIDO 2o. CONTROL		1er. ULTRA- SONIDO
	No. CASOS	PORCENTAJE	
PERSISTE MEJORIA	7/7		
MEJORIA RESPECTO AL 2o. ULTRASONI DO	3/17 10/17	41	34.8%
SIN CAMBIOS	13/17	54.9	60.3
EMPEORARON	1/17	4.1	4.9
T O T A L	21		

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

1. En relación a edad de presentación de la mastopatía fibroquística se encontraron 8.5% de casos menores de 21 años, 68,57% de 21 a 35 años, y - 22.85% de 35 a 41 años de edad (rango de 14 a 41 años), lo que aparentemente refleja mayor frecuencia en nuestro medio en pacientes más jóve--nes comparando con lo reportado en la literatura. (2)
2. La mayoría de pacientes en nuestro estudio no tuvo problemas de esterilidad ni insuficiencia de cuerpo luteo, de acuerdo a sus antecedentes e e interés en la fertilidad; únicamente el 20% tuvo problemas de esterilidad, lo que cuestiona la insuficiencia real o relativa de progesterona que se invoca como probable génesis del problema.
3. De acuerdo a los hallazgos clínicos y ecosonográficos la mayoría de --nuestras pacientes presentaban un grado intermedio evolutivo de mastopatía fibroquística (proliferación epitelial más microquistes).
4. Hubo mejoría ecosonográfica en aproximadamente 30% de los casos a los 6 meses y 35 a 40% de los casos a los 12 meses de tratamiento con bromo--criptina.
5. La mayor parte de las pacientes que mejoraron lo hicieron a expensas del componente quístico (microquistes) lo que sugiere que la bromocriptina mejora el drenaje mamario a través de vasos venosos y/o linfáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. B. Greenblatt: Enfermedad fibroquistica de la mama. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 389-396.
2. Bruee H.: Enfermedad fibroquistica mamaria. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, 1987. Vol. 3, 591-607.
3. E. Chan: Aspectos psicosociales de las mastopatías. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 475-483.
4. David H.: Tratamiento primario del cáncer mamario. Clin. Obstet. Gynecol. 1983, Vol. 2, 451-458.
5. Douglas J.: Frecuencia del cáncer de la mama. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 413-419.
6. Douglas J.: Anamnesis, exploración física y examen de los senos por la propia mujer. Clin. Obstet. Ginecol. 1982, Vol. 2, 383-388.
7. F. García: Imágenes ultrasonográficas de la mastopatía fibroquistica tratada con bromocriptina.. Ginecología y Obstetricia de México. 1986, Vol. 54, 274-277.
8. G. Francis: Neoplasias benignas e inflamaciones de la mama. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 397-311.
9. James R.: Anatomía y embriología de la mama. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 377-381.
10. John H.: Biopsia y tratamiento quirúrgico del carcinoma mamario. Ginecología y Obstetricia Actualidades, 1987, Vol. 3, 617-637.
11. Mary E.: Tratamiento médico del cáncer mamario. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 421-428.

12. Marc J.: Detección mamográfica del cáncer mamario. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 421-428.
13. Janet R.: Enfermedades benignas de la mama diferentes a la fibroquística. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, Vol. 3, 607-615.
14. Toshiji K.: Detección ultrasonográfica del cáncer mamario. Clin. Obstet. Gynecol. 1982, Vol. 2, 437-450.
15. Vorherr: Fibrocystic breast disease Pathophysiology, pathomorphology clinical picture, and management. Am. J. Obstet. Gynecol, 1986, Vol. 154, 161-79.
16. L. Doglioth: Current Status of Hormonal-Therapy of fibrocystic Breast Diseasi. Hormonal Therapy 1986, Vol. 34, 350-363.