

11217 94



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
" LUIS CASTELAZO AYALA #4 "

MASTODINIA Y TERAPIA HORMONAL
DE REEMPLAZO.

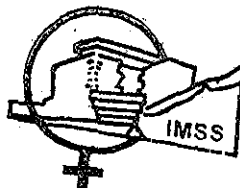
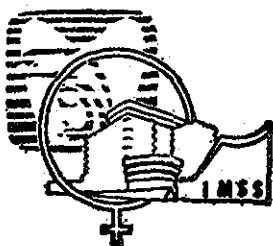
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DRA MARTHA PATRICIA GARDUÑO HERNANDEZ

ASESOR:

DR. SEBASTIAN CARRANZA LIRA



MEXICO, D. F.

2002

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS



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.

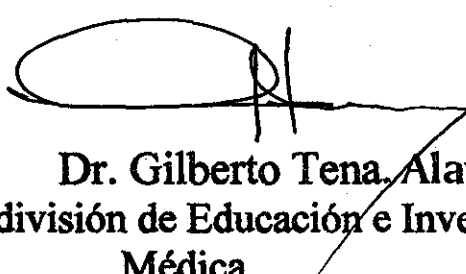
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

“LUIS CASTELAZO AYALA”.

**MASTODINIA Y TERAPIA
HORMONAL DE REEMPLAZO.**



Dr. Juan Carlos Izquierdo.
Director del Hospital.



Dr. Gilberto Tena Alavez
Jefe de la división de Educación e Investigación
Médica.



Dr. Sebastián Carranza Lira.
Coordinador del Servicio de Ginecología Endocrina.
Asesor de Tesis

**AGRADEZCO A ALEJANDRO MI
REGALO DE DIOS.**

MASTODINIA Y TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO.

INDICE.

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Material y métodos.....	4
Resultados.....	5
Discusión y métodos.....	6
Bibliografía.....	7
Tabla I	8
Tabla II	9
Hoja de captación de datos.....	10

Resumen

Objetivo: analizar la presencia de mastodinia en mujeres que reciben distintos tipos de terapia hormonal de reemplazo, y valorar los cambios en el patrón mastográfico.

Material y Métodos: 47 mujeres posmenopáusicas sanas, que no habían recibido ni estaban recibiendo terapia hormonal de reemplazo (THR). Fueron divididas en 3 grupos: Grupo I mujeres histerectomizadas que recibieron estrógenos conjugados equinos 0.625mg/día (n=14). Grupo II mujeres que recibieron estrógenos conjugados 0.625 mg/día y medroxiprogesterona 2.5 mg/día (n=18). Grupo III mujeres que recibieron estrógenos conjugados 0.625mg/día y clormadinona 1 mg/día (n=15). El grado de mastodinia se evaluó con una escala visual análoga de 0 a 10, la paciente marcó el grado de mastodinia, siendo cero ausencia de dolor y 10 dolor extremo. Se midió nuevamente dicho parámetro 3 meses después de haber iniciado la THR. El patrón mastográfico se analizó al inicio y a los 6 meses de tratamiento de acuerdo a los criterios de Wolffe: N1, P1, P2 DY.

Análisis estadístico: La comparación entre los grupos se realizó por medio de la prueba t de student para casos independientes y la comparación entre los valores iniciales y finales en cada grupo por separado por medio de la prueba de la t de student para casos apareados.

Resultados: No hubo diferencia en las variables antropométricas, solo hubo diferencia significativa en la edad al momento de la menopausia entre el grupo I y II ($p < 0.01$) y de igual manera al comparar el grupo I y III ($p < 0.001$). Hubo incremento significativo en la mastodinia en el grupo II ($p < 0.009$) y en el grupo III ($p < 0.02$). No hubo diferencia significativa en cada uno de los grupos en cuanto los patrones mastográficos.

Conclusiones: La mastodinia presentó un incremento en los grupos con progestágeno, y no fue posible encontrar cambios en los patrones mastográficos.

Palabras clave: mastodinia, mastografía estrógenos, progestágenos

Introducción

La glándula mamaria femenina se ve regulada durante la mayor parte de su proceso biológico por la influencia hormonal, de esta depende su integración anatómica, desarrollo, cambios estructurales cíclicos, lactancia e involución a partir del climaterio (1).

La mastodinia se presenta en el 42 a 56% de las mujeres y ocurre mas frecuentemente entre los 20 y 45 años, aunque puede aparecer en edades más tempranas (2). Cooper, en 1886, señalo que la mastodinia era un síntoma neurótico; sin embargo, su etiología no está aclarada. Histológicamente no se encuentran alteraciones y el dolor se ha explicado por la presencia de edema premenstrual en el parénquima mamario, distensión del estroma y aumento de la irritabilidad de las terminaciones nerviosas de la mama(3)

En pacientes menores de 20 años o mayores de 60 años se presenta en menos del 10%, mientras que en pacientes premenopáusicas ocurren en el 89% de los casos y en las posmenopáusicas en un 11% (4).

Durante el ciclo menstrual tanto los estrógenos como la progesterona estimula en la época premenstrual, dilatando canalículos y alvéolos. Esto se asocia a cambios en el volumen y morfología celular de la glándula mamaria, la actividad mitótica demuestra un aumento en la fase tardía de la fase lútea, indicando una máxima proliferación epitelial que ocurre después del pico de estrógenos y progesterona (5).

El mecanismo por el cual los progestágenos afectan la proliferación in vivo en la mama no es del todo claro. Los estudios in vitro sugieren que las progestinas pueden inducir transcripción de genes específicos involucrados bien directa o indirectamente en el control del ciclo celular (5). La relación estrógeno-progestágeno alterada, hiperprolactinemia, ingesta abundante de grasa o metilxantinas. Dentro de todos esos factores el más aceptado es la predominancia de estrógeno sobre la progesterona con elevación consecuente de la prolactina, lo que crea un círculo vicioso, con deficiencia luteínica ovárica y en la que intervienen factores neurohormonales como el stress, sobre todo en la paciente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

premenopáusica, por lo que debe considerarse en esta etapa como resultado de una alteración hormonal.

En la mujer posmenopáusica la mastodinia se ha asociado a aumento de los receptores estrógenos y progesterona, hiperprolactinemia o por transformación de andrógenos en estrógenos, como resultado de tratamiento con estrógenos o por exceso de ingesta de metilxantinas (6).

Un importante grupo de mujeres manifiesta molestias, dolor y tensión mamaria en la fase lútea del ciclo, la mastodinia es un síntoma muy frecuente, que de forma aislada no suele tener, a pesar de ser molesto, alguna trascendencia (7).

Con el uso de terapia hormonal de reemplazo (THR) uno de los síntomas que refieren las mujeres que la reciben es la mastodinia, esta se asocia en la mayoría de los casos al uso de progestágenos, y en caso en que es intensa condiciona el abandono de la terapia (8, 9).

El objetivo del estudio fue analizar la presencia de mastodinia en mujeres que reciben distintos tipos de terapia hormonal de reemplazo. Y valorar los cambios en el patrón mastográfico.

Material y Métodos.

Se estudiaron 47 pacientes posmenopáusicas mayores de 40 años sin patología mamaria previa que acudieron a la consulta externa del hospital. Todas ellas no habían recibido ni estaban recibiendo THR. En todas se evaluó edad, edad al momento de la menopausia, peso, talla, perímetro de la cintura, perímetro de la cadera, se calculo el índice de masa corporal (peso en kg/talla en m²) y el índice cintura cadera (perímetro de la cintura en cm/perímetro de la cadera en cm).

Las 47 pacientes quedaron divididas en 3 grupos: Grupo I, mujeres histerectomizadas que recibieron estrógenos conjugados equinos 0.625mg/día (n=14). Grupo II, mujeres que recibieron estrógenos conjugados 0.625 mg/día y medroxiprogesterona 25 mg/día (n=18). Grupo III, mujeres que recibieron estrógenos conjugados 0.625mg/día y clormadinona 1 mg/día (n=15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

premenopáusica, por lo que debe considerarse en esta etapa como resultado de una alteración hormonal.

En la mujer posmenopáusica la mastodinia se ha asociado a aumento de los receptores estrógenos y progesterona, hiperprolactinemia o por transformación de andrógenos en estrógenos, como resultado de tratamiento con estrógenos o por exceso de ingesta de metilxantinas (6).

Un importante grupo de mujeres manifiesta molestias, dolor y tensión mamaria en la fase lútea del ciclo, la mastodinia es un síntoma muy frecuente, que de forma aislada no suele tener, a pesar de ser molesto, alguna trascendencia (7).

Con el uso de terapia hormonal de reemplazo (THR) uno de los síntomas que refieren las mujeres que la reciben es la mastodinia, esta se asocia en la mayoría de los casos al uso de progestágenos, y en caso en que es intensa condiciona el abandono de la terapia (8, 9).

El objetivo del estudio fue analizar la presencia de mastodinia en mujeres que reciben distintos tipos de terapia hormonal de reemplazo. Y valorar los cambios en el patrón mastográfico.

Material y Métodos.

Se estudiaron 47 pacientes posmenopáusicas mayores de 40 años sin patología mamaria previa que acudieron a la consulta externa del hospital. Todas ellas no habían recibido ni estaban recibiendo THR. En todas se evaluó edad, edad al momento de la menopausia, peso, talla, perímetro de la cintura, perímetro de la cadera, se calculo el índice de masa corporal (peso en kg/talla en m²) y el índice cintura cadera (perímetro de la cintura en cm/perímetro de la cadera en cm).

Las 47 pacientes quedaron divididas en 3 grupos: Grupo I, mujeres histerectomizadas que recibieron estrógenos conjugados equinos 0.625mg/día (n=14). Grupo II, mujeres que recibieron estrógenos conjugados 0.625 mg/día y medroxiprogesterona 25 mg/día (n=18). Grupo III, mujeres que recibieron estrógenos conjugados 0.625mg/día y clormadinona 1 mg/día (n=15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El grado de mastodinia se evaluó con una escala visual análoga de 0 a 10, la paciente marcó el grado de mastodinia, siendo cero ausencia de dolor y 10 dolor extremo. Se midió nuevamente dicho parámetro 3 meses después de haber iniciado la THR.

El patrón mastográfico se analizó al inicio y a los 6 meses de tratamiento de acuerdo a los criterios de Wolfe:

Patrón N1: Parénquima compuesto principalmente por grasa. Cantidades mínimas de densidades radiográficas. Trabeculación presente. No hay ductos visibles.

Patrón P1: Parénquima principalmente grasa, con ductos prominentes ocupando menos del 25% del volumen mamario. El patrón ductal aparece como densidades lineales o nodulares, y tiende a formar un área triangular, por detrás del área del complejo areola-pezones, con el apex en el pezón.

Patrón P2: ductos prominentes ocupan del 25% al 100% del volumen mamario.

Patrón DY: caracterizado por regiones irregulares "parecidas a sabanas" de densidad radiográfica alta y que ocupan gran parte de la glándula existen depósitos aislados e irregulares de grasa. No hay ductos visibles.

Análisis estadístico: La comparación entre los grupos se realizó por medio de la prueba t de student para casos independientes y la comparación entre los valores iniciales y finales en cada grupo por separado por medio de la prueba t de student para casos apareados.

Resultados

Al comparar los grupos en cuanto a edad, peso, talla, índice de masa corporal, cintura, cadera, índice de cintura cadera y edad de la menopausia, solo hubo diferencia significativa en la edad al momento de la menopausia entre el grupo I y II ($p < 0.01$) y de igual manera al comparar el grupo I y III ($p < 0.001$). (Tabla I)

En el análisis de cada grupo por separado al comparar los valores iniciales y finales hubo incremento significativo en la mastodinia en el grupo II ($p < 0.009$) y en el grupo III ($p < 0.02$) (Tabla II).

El grado de mastodinia se evaluó con una escala visual análoga de 0 a 10, la paciente marcó el grado de mastodinia, siendo cero ausencia de dolor y 10 dolor extremo. Se midió nuevamente dicho parámetro 3 meses después de haber iniciado la THR.

El patrón mastográfico se analizó al inicio y a los 6 meses de tratamiento de acuerdo a los criterios de Wolfe:

Patrón N1: Parénquima compuesto principalmente por grasa. Cantidades mínimas de densidades radiográficas. Trabeculación presente. No hay ductos visibles.

Patrón P1: Parénquima principalmente grasa, con ductos prominentes ocupando menos del 25% del volumen mamario. El patrón ductal aparece como densidades lineales o nodulares, y tiende a formar un área triangular, por detrás del área del complejo areola-pezones, con el apex en el pezón.

Patrón P2: ductos prominentes ocupan del 25% al 100% del volumen mamario.

Patrón DY: caracterizado por regiones irregulares "parecidas a sabanas" de densidad radiográfica alta y que ocupan gran parte de la glándula existen depósitos aislados e irregulares de grasa. No hay ductos visibles.

Análisis estadístico: La comparación entre los grupos se realizó por medio de la prueba t de student para casos independientes y la comparación entre los valores iniciales y finales en cada grupo por separado por medio de la prueba t de student para casos apareados.

Resultados

Al comparar los grupos en cuanto a edad, peso, talla, índice de masa corporal, cintura, cadera, índice de cintura cadera y edad de la menopausia, solo hubo diferencia significativa en la edad al momento de la menopausia entre el grupo I y II ($p < 0.01$) y de igual manera al comparar el grupo I y III ($p < 0.001$). (Tabla I)

En el análisis de cada grupo por separado al comparar los valores iniciales y finales hubo incremento significativo en la mastodinia en el grupo II ($p < 0.009$) y en el grupo III ($p < 0.02$) (Tabla II).

No hubo diferencia significativa en cada uno de los grupos en cuanto los patrones mastográficos.

Discusión

La mastodinia se presenta en el 42 a 56% de las mujeres entre los 20 y 45 años, aunque puede aparecer en edades más tempranas (2). El dolor se ha explicado por la presencia de edema premenstrual en el parénquima mamario, distensión del estroma y aumento de la irritabilidad de las terminaciones nerviosas de la mama (3). Durante el ciclo menstrual tanto los estrógenos como la progesterona estimula en la época premenstrual, dilatando canalículos y aivéolos (5). Un importante grupo de mujeres manifiesta molestias, dolor y tensión mamaria en la fase lútea del ciclo, muchas veces asociado a dieta rica en grasa o metilxantinas (7).

Con el uso de THR uno de los síntomas que refieren las mujeres que la reciben es la mastodinia. Esta se asocia en la mayoría de los casos al uso de progestágenos, y cuando es intensa condiciona el abandono de la terapia (8, 9). En este estudio se corroboró lo reportado en la literatura en cuanto al incremento o aparición de la mastodinia sobre todo en los grupos que recibieron progestágenos (9). Pero no en lo concerniente a los cambios en los patrones mastográficos, que bien pudo deberse al tamaño de muestra (10)

Conclusiones

La mastodinia presentó un incremento en los grupos con progestágeno, y no fue posible encontrar cambios en los patrones mastográficos.

No hubo diferencia significativa en cada uno de los grupos en cuanto los patrones mastográficos.

Discusión

La mastodinia se presenta en el 42 a 56% de las mujeres entre los 20 y 45 años, aunque puede aparecer en edades más tempranas (2). El dolor se ha explicado por la presencia de edema premenstrual en el parénquima mamario, distensión del estroma y aumento de la irritabilidad de las terminaciones nerviosas de la mama (3). Durante el ciclo menstrual tanto los estrógenos como la progesterona estimula en la época premenstrual, dilatando canalículos y alvéolos (5). Un importante grupo de mujeres manifiesta molestias, dolor y tensión mamaria en la fase lútea del ciclo, muchas veces asociado a dieta rica en grasa o metilxantinas (7).

Con el uso de THR uno de los síntomas que refieren las mujeres que la reciben es la mastodinia. Esta se asocia en la mayoría de los casos al uso de progestágenos, y cuando es intensa condiciona el abandono de la terapia (8, 9). En este estudio se corroboró lo reportado en la literatura en cuanto al incremento o aparición de la mastodinia sobre todo en los grupos que recibieron progestágenos (9). Pero no en lo concerniente a los cambios en los patrones mastográficos, que bien pudo deberse al tamaño de muestra (10).

Conclusiones

La mastodinia presentó un incremento en los grupos con progestágeno, y no fue posible encontrar cambios en los patrones mastográficos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Doglioti L, Orlandi F. The endocrine basis of benign breast disease disorders. *World J Surg* 1989;13:674-9.
- 2 - Timonen S, Procope BJ. Premenstrual syndrome and physical exercise. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971;50:331-4.
- 3.- Smith RJ. Dolor Torácico: Macbride Blacklow. Signos y síntomas. Editorial Interamericana , México. 5 Ed. 1973:150-4
- 4.- Gateley CA, Mansel RE. Management of the painful and nodular breast. *Br Med Bull* 1991;47:284-94.
- 5.- Documento del Dr. Pablo Berdum. Centro Médico de Especialidades Insalud de Zaragoza. Jpardoberdum@yahoo.com
- 6 - Bataluchi, Mastalgia 1-3. <http://www.tuxnet.net.mx/patatuchi/mastalia.htm>
- 7.-Minton JP, Foecking MK. Cyclic Nucleotides and Breast Disease. *Surgery*, 1979;86:105-9.
- 8.- Prece PE, Richards AR, Hughes LE. Mastalgia and total body water. *Br Med J* 1975;4:498-500.
- 9.- Carranza LS. Terapia hormonal de reemplazo. México:McGraw-Hill Interamericana. 2000.
- 10.- McNicholas MM, Heneghan JP, Milner MH, Tunney T, Hourihane JB. Pain and increased mammography density in women receiving hormone replacement therapy a prospective study. *AJR Am J Roentgenol* 1994;163:311-5.

Tabla I. Datos generales en tres grupos de pacientes

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Edad (años)	51.6 ± 5.5	53.8 ± 5.2	55.9 ± 3.9
Peso (kg)	68.5 ± 14.2	65.0 ± 9.8	67.1 ± 14.2
Talla (m)	1.5 ± 6.68	1.5 ± 4.8	1.5 ± 7.8
Indice de masa corporal	29.1 ± 4.8	28.4 ± 4.3	28.5 ± 4.5
Cintura	88.2 ± 4.3	87.2 ± 9.1	86.6 ± 14.6
Cadera	103.0 ± 9.4	103.5 ± 6.5	102.7 ± 11.9
Indice cintura cadera	0.85 ± 0.08	0.84 ± 0.06	0.85 ± 0.18
Edad al momento de la menopausia	41.0 ± 6.3+	46.9 ± 5.5+	48.7 ± 4

+ = p < 0.01 = p < 0.001

Grupo I estrógenos conjugados equinos 0.625mg/día (n=14).

Grupo II estrógenos conjugados 0.625 mg/día y medroxiprogesterona 2.5 mg/día (n=18) Grupo III estrógenos conjugados 0.625mg/día y clormadinona 1 mg/día (n=15).

Tabla II. Mastodinia inicial y final, según el grupo

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Mastodinia inicial	0.75 ± 1.1	0.80 ± 1.0+	0.33 ± 0.89
Mastodinia final	1.6 ± 2.4	2.5 ± 2.5+	1.3 ± 1.9

+ = $p < 0.009$ = $p < 0.02$

Grupo I estrógenos conjugados equinos 0.625mg/día (n=14).

Grupo II estrógenos conjugados 0.625 mg/día y medroxiprogesterona 2.5 mg/día (n=18). Grupo III estrógenos conjugados 0.625mg/día y clormadinona 1 mg/día (n=15).

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

Hoja de captación de datos mastodinia.

Nombre _____ Edad _____

Afiliación _____ Teléfono _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC _____

Cintura: _____ Cadera: _____ ICC: _____

Edad al momento de ma menopausia _____

Esquema de tratamiento: Secuencial, continuo, semicontinuo, trimestral.
Progestágeno: Clormadinona, medroxiprogesterona, noretisterona.

Mastodinia basal

Fecha _____

0 _____ 10

Mastodinia final

Fecha _____

0 _____ 10