

11242



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LOPEZ MATEOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

CONOCER EL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS QUISTES CON
CARACTERÍSTICAS BENIGNAS POR ULTRASONIDO
CORROBORADO POR CITOLOGIA, EN LA POBLACIÓN
FEMENINA DEL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO
LOPEZ MATEOS

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

RADIOLOGIA E IMAGEN

PRESENTA:

DRA. MARICELA RODRIGUEZ VAREZQUEZ

ASESOR DE TESIS:
DRA. ALMA GILDA VAZQUEZ



ISSSTE

0349891

MÉXICO, D.F.; 2005.



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.

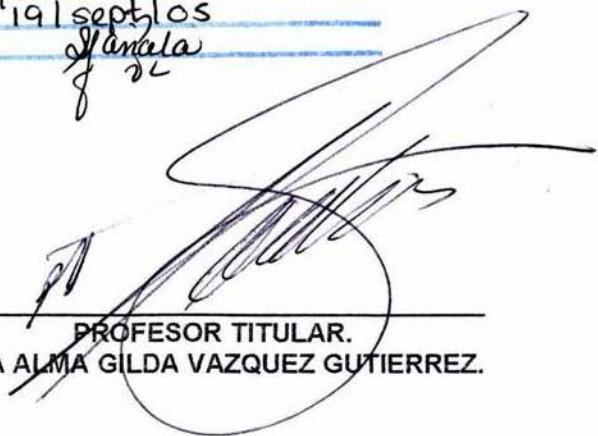
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Asesorías de la UNAN a disponer en sus páginas electrónicas e impreso el contenido de este trabajo investigacional.

NOMBRE: Maricela Rodríguez
Vásquez

FECHA: 19/ sept/ 05

FIRMA: Maricela
R



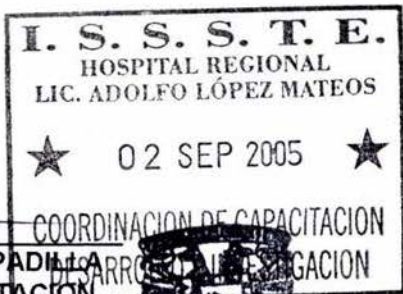
PROFESOR TITULAR.
DRA ALMA GILDA VAZQUEZ GUTIERREZ.



ASESOR DE TESIS
DRA. ALMA GILDA VAZQUEZ
GUTIERREZ.



VOCAL DE INVESTIGACION.
DR. ALDO FABRICIO SANTINI
SANCHEZ.




DR. SERGIO B. BARRAGAN PADILLA
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



JEFE DE INVESTIGACION.



DR. SERGIO PEREZ ARAUZ
JEFE DE ENSEÑANZA.

DEDICATORIA

DRA. ALMA GILDA VAZQUEZ:

POR SU PACIENCIA, POR SU APOYO, POR SU ENSEÑANZA, POR ENSEÑARME A DAR RAZON A LAS COSAS.

DR. ALDO F. SANTINI:

POR SU DEDICACION, CONSEJO Y POR ENSEÑARME EL CAMINO A SEGUIR.

TEC. BEATRIZ LAZARINI:

POR SU APOYO, POR SU ENSEÑANZA, PARA LA REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO

DR. AGUSTIN LUA:

POR SU PACIENCIA, POR SU APOYO, ENSEÑANZA, EJEMPLO Y MOTIVACION.

DR. EDUARDO VERA:

POR SU APOYO, ENSEÑANZA Y EJEMPLO.

RAUL SAAVEDRA:

POR SU COMPRESION, AL APOYO QUE ME A BRINDADO, Y ACOMPAÑARME EN MIS TRIUNFOS Y FRACASOS.

MARICELA GPE. SAAVEDRA R.:

POR SU PACIENCIA, APOYO Y UNA DE LAS RAZONES DE MI VIDA

MIS PADRES:

POR SU APOYO, POR GUIARME POR EL VERDADERO CAMINO Y ENSEÑARME A SER FUERTE EN LA VIDA.

MIS SUEGROS Y CUÑADAS:

POR TODO EL APOYO QUE ME HAN BRINDADO Y CARIÑO.

INDICE

HOJA FRONTAL.....	1
FIRMAS DE AUTORIDADES.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	4
INDICE.....	5
RESUMEN.....	6
SUMMARY.....	8
TITULO.....	10
PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS.....	12
ANTECEDENTES.....	13
OBJETIVOS.....	18
JUSTIFICACION.....	19
DISEÑO.....	20
GRUPO DE ESTUDIO.....	21
CRITERIOS DE INCLUSION.....	22
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	23
RECURSOS.....	24
TABLA DE RESULTADOS.....	25
ANALISIS.....	27
GRAFICAS.....	29
IMÁGENES.....	37
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42

RESUMEN

Se sabe que el carcinoma de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Estados Unidos y la segunda en México, por eso la detección precoz mejora la supervivencia de las pacientes.

El uso del ultrasonido permite la evaluación de masas de contenido líquido que en su mayoría son benignas y no se les da mucha importancia desde el punto de vista clínico.

Los quistes mamarios son lesiones frecuentes en la 4ta y 5ta década de la vida, asociados a displasia fibroquística, de los cuales puede haber macro o microquistes dependiendo del balance entre la secreción y la absorción.

Hasta un 30% de los quistes recurren y es donde entra la punción con aspiración por aguja fina, que es un método diagnóstico de gran interés dada la elevada frecuencia de patología mamaria y la importante tasa de malignidad que se puede diagnosticar, se agrega que es un método sencillo, barato y seguro.

Los quistes son vistos como: áreas anecoicas redondeadas, única o múltiples bien delimitada con bordes regulares y definidos.

El contenido líquido se manifiesta como un fuerte reforzamiento posterior que a los 6 a 12 meses puede evolucionar, con el tiempo unos quistes muestran ecos internos debido a detritus celulares que flotan o están depositados junto a la pared.

Este aumento de espesor hace que su contorno cambie su aspecto, se torna mas irregular, sobre todo cuando aparecen papilomas o vegetaciones en la pared del propio quiste.

El tejido conjuntivo que lo rodea desarrolla una reacción fibrotica que se manifiesta con bandas hiperecogénicas en su interior.

Por lo tanto la importancia de realizar un diagnóstico oportuno en las lesiones que se consideran benignas y poder detectar patología maligna en etapas tempranas es de vital importancia.

Este estudio tiene como objetivo determinar el valor predictivo que presente el ultrasonido corroborado con citología en la detección de patología maligna de mama. Determinar las ventajas y desventajas de este método diagnóstico en los pacientes que acudieron al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del ISSSTE.

Se hizo una revisión ultrasonográfica de las lesiones quísticas mamarias en pacientes referidos al Departamento de Radiología e Imagen, se realizó BAAF y análisis citológico del contenido, observándose;

Cuando la distancia entre la piel y el quiste es de 15mm y el grosor de la pared del quiste es menor a 3 mm y se observan contornos regulares, sin ecos internos con un franco reforzamiento posterior esta lesión tendrá una alta probabilidad de ser benigno.

Al contrario cuando aumenta la distancia piel/quiste, el grosor de la pared aumenta más de 3 mm, presenta ecos internos y disminuye la intensidad del reforzamiento posterior aunado a bordes lobulados no precisos, es altamente sospechoso de malignidad:

Nuestros hallazgos citológicos fueron:

Histiocitos	67%
Metaplasia	21%
Papilomas	7%
Carcinoma lobulillar	3%
Adenocarcinoma	2%

Afectándose con mas frecuencia la mama derecha con la presencia de lesiones quísticas en un 55.7% y la izquierda con un 42.2%.

La patología maligna encontrada se localizó en la mama izquierda.

SUMMARY

They you is known that the mamma carcinoma is the first cause of death for cancer in women in United States and the second in Mexico, for that reason the detection precocious improvement the survival of the patients.

The use of the ultrasound allows the valuation of content masses I liquidate that in your majority they are benign and not you them dá a lot of importance from the clinical point of view.

The mammary cysts are frequent lesions in the 4ta and 5ta decade of the life, associated to displasia fibroquistica, of which you can have macro or microquistes depending on the balance between the secretion and the absorption.

Until 30% of the cysts they appeal and you is where the punction enters with suction for fine needle that is a method I diagnose of great given interest the high frequency of mammary pathology and the important rate of malignancy that you can diagnose you, you is added that you is a plain, cheap method and insurance.

The cysts are seen as: areas rounded, only or multiple anecoicas very defined with regular and defined borders.

The content liquidates you is manifested as a strong later reinforcement that at the 6 to 12 months can evolve, with the time some cysts show interior echoes due to cellular detritus that float or they are deposited next to the wall.

This increase of thickness makes that your contour transfers your aspect, you restitution but abnormal, mainly when papilomas or vegetations appear in the wall of the own cyst.

The conjunctival tissue that surrounds it develops a reaction fibrotica that is manifested with bands hiperecogénicas in your interior.

Therefore the importance of carrying out an I diagnose oportune in the lesions that are considered benign and to be able to detect malignant pathology in early stages is of vital importance.

This study has as objective to determine the value predictivo that presents the ultrasound corroborated with cytology in the detection of malignant pathology of mamma. To determine the advantages and drawbacks of this method diagnoses in the patients that went to the Hospital Regional Atty. Adolfo López Kills you, of the ISSSTE.

A revision ultrasonográfica of the mammary cystic lesions was made in patients referred to the Department of Radiology and Image, you was carried out BAAF and analysis citologico of the content, being observed: When the distance between the skin and the cyst is of 15mm and the grosor of the wall of the cyst you is smaller to 3 mm and

regular contours are observed, without interior echoes with a frank later reinforcement this lesion will have a high probability of being benign.

On the contrary when the distance piel/quiste, the grosor of the wall increases you increases but of 3 mm, you presents interior echoes and you diminishes the intensity of the later reinforcement joined to borders non precise lobulados, you is highly suspicious of malignancy: Our discoveries citológicos were DOS POINTS Histiocitos 67% Metaplasma 21% Papilomas 7% Carcinoma lobulillar 3% Adenocarcinoma 2% being Affected with but frequency the right mamma with the presence of cystic lesions in 55.7% and the left with 42.2%.

The opposing malignant pathology was located in the left mamma.

TITULO

CONOCER EL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS QUISTES CON
CARACTERISTICAS BENIGNAS POR ULTRASONIDO CORROBORADO POR
CITOLOGIA. EN LA POBLACION FEMENINA DEL HOSPITAL REGIONAL LIC.
ADOLFO LOPEZ MATEOS

PROBLEMA

¿Tiene valor predictivo el ultrasonido en la detección de malignidad de los quistes que presentan características de benignidad? Corroborando por citología en la población femenina que acude al servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateo.

HIPÓTESIS

Si es posible detectar malignidad en citología de líquido extraído por punción guiada por ultrasonido a los quistes de mama.

ANTECEDENTES:

QUISTES MAMARIOS

Son lesiones frecuentes entre la 4ª y 5ª década de la vida. Raros en pacientes menores de 30 años.

Es la causa más frecuente de consulta en pacientes premenopáusicas. Son masas de aparición más o menos repentina e indolora.

Se considera una anomalía en el proceso de involución, que ocurre (como en el fibroadenoma) en los lóbulos mamarios (10).

Aunque algunos autores consideran que se debe a la presencia de epitelio metaplásico apocrino, que llevaría a la obstrucción de la salida del líquido del lóbulo con la consiguiente dilatación quística.

Otra teoría sostiene que hay dos clases de quistes, dependiendo de la concentración de sodio (Na) / potasio (K) en el fluido que contienen, y se puede medir y diferenciar por su pH: los que están revestidos por epitelio apocrino que secretan activamente K y los que tienen un epitelio plano, que actúan más como una membrana (15).

Esto sugeriría que la progresión de micro a macroquiste depende del balance entre secreción y absorción, como también de algún proceso obstructivo que aumentaría la presión causando la dilatación en los lóbulos mamarios.

Poco se sabe de la etiología de este proceso quístico; algunas observaciones indirectas los asocian con estrogenismo (16) y otras con niveles elevados de prolactina (17). Ambas teorías carecen de pruebas.

RIESGO DE CANCER

Fue Haagensen CD (18) describió primero que las mujeres con quistes mamarios, tenían un riesgo mayor de tener cáncer, específicamente si había más de un quiste, en cuyo caso el riesgo subía a 3.0%.

Sin embargo, en el estudio de Dupont Page (6) solo se encontró un riesgo de 1.3%, que aumentaba a 3.0%, cuando había historia familiar.

En términos prácticos, con este riesgo tan bajo (cuando no hay historia familiar) en la práctica se considera una entidad sin riesgo de cáncer.

Otros autores han tratado de ver el potencial maligno de los quistes estudiando su contenido, midiendo proteasas (19), esteroides, hormonas trofoblásticas, factores de crecimiento y beta-glucuronidasa (20-21), pero los resultados no han sido concluyentes.

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y RECOMENDACIÓN

La aspiración con aguja fina sirve como diagnóstico y tratamiento (20) . La masa debe desaparecer inmediatamente después de la punción. Si no desaparece hay que manejarlo como masa y se debe reseca.

El líquido no debe ser hemático; si lo es, se debe enviar a estudio citológico.

RECURRENCIA

Hasta un 30% de los quistes recurren (23) y esto no tiene ninguna connotación de riesgo. Su tratamiento debe ser nuevamente la aspiración. Muy rara vez se necesitan más de tres punciones (21). Si hay angustia de la paciente, se debe reseca para tranquilidad de ella.

SECRECION POR EL PEZON

Para considerarse anormal sólo se debe tener en cuenta cuando es espontánea. La mayoría de las veces, independientemente del tipo de secreción, es de etiología benigna. Las secreciones producidas por manipulación (compresión) del pezón, no tienen significado clínico (9).

Es una causa poco frecuente de consulta. Haagensen la reporta en 3% de toda la consulta de mama. Ha sido comunicada secreción por el pezón en 10% de 2.685 mujeres que llegaron rutinariamente a chequeos médicos. En el Guy's Hospital representa 6.6% de todas las consultas de mama.

Además, es una causa de preocupación no sólo por sus posibles implicaciones diagnósticas, sino por las molestias personales y sociales que puede causarle a la paciente. Esto hace que consulten más fácil por la secreción que por masa.

Cuando la secreción por el pezón está acompañada de masa, se debe estudiar la masa en primer término, pasando la secreción a un segundo plano.

Clasificación:

Las secreciones se pueden clasificar en tres grupos.

1. Fisiológica: cuando no es espontánea, es bilateral, ocurre por múltiples ductos, es serosa y generalmente producida por estimulación manual, sexual, drogas (hormonas, tranquilizantes).
2. Galactorrea: es una clase de secreción con característica lechosa, bilateral, espontánea y generalmente secundaria a tumores de hipófisis.

3. Patológica: espontánea.

Se ha encontrado una gran correlación entre el tipo de secreción y la causa.

EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DE LA MAMA

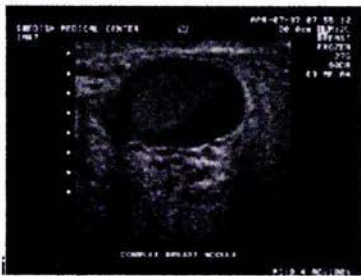
El ultrasonido se utiliza como un examen complementario para determinar la naturaleza de una masa encontrada por palpación o por mamografía. Además, puede ser utilizado para detectar derrame de silicona, en análisis de mamas densas, pacientes menores de 35 años, como apoyo para intervencionistas (drenajes, biopsias, marcamosos)

El ultrasonido mejora la especificidad del diagnostico en la mayoría de los nódulos y permite mejorar la definición de los contornos en lesiones nodulares o regionales. El doppler a color y el uso de agentes de contraste incrementa la especificidad del ultrasonido y es particularmente útil en la evaluación de la vascularización de masas. El diagnostico por ultrasonido es útil en detectar condiciones benignas como inflamación, traumatismo y ectasia ductal.



Quiste de mama. El quiste mamario es la causa más común de masas en mujeres entre los 35 y 50 años de edad. Los quistes ocurren cuando el fluido no puede ser absorbido bien sea por obstrucción de ductos terminales extralobulillares o proliferación epitelial intraductal.

Quiste Mamario simple: El ultrasonido puede mostrar el número, tamaño y características internas de la masa para determinar si es un quiste. El quiste es usualmente bien definido redondo u ovalado, solitario o múltiple. El tamaño puede cambiar con el ciclo menstrual. Desplaza tejido adyacente, presenta una pared delgada de bordes bien definidos que en su interior es anecoico, con reforzamiento posterior y sombras acústicas posteriores.



Masa mamaria compleja

Quiste Complejo: El quiste complejo muestra ecos internos de baja intensidad que puede ser causado por cristales de colesterol, pus, sangre o leche de cristales de calcio. La transmisión sonora usualmente se incrementa, reforzamiento posterior y sombra acústica laterales.



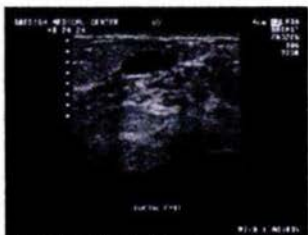
Absceso mamario

Absceso de la Mama: Los síntomas clínicos incluyen fiebre, dolor, sensibilidad a la palpación, aumento en el número de glóbulos blancos. La localización más común es en el centro del área subareolar. El absceso es masa de contornos irregulares, ecogénica heterogénea que según el tiempo de evolución puede ser bien definido o mal definido, anecoico con bajos niveles de ecos, con reforzamiento posterior

Tumor Phyllodes: Esta condición es un fibroadenoma gigante, ocurre en el 3% de todos los fibroadenomas. Usualmente ocurre en mujeres de mayor edad, como una masa de crecimiento rápido. La masa es grande, algunas veces incluye toda la mama. Un pequeño porcentaje puede convertirse en maligna. Por ultrasonido los márgenes son bien definidos con una textura hipoeoica. Los ecos internos pueden ser finos o gruesos con un efecto variable en el eco posterior.

Necrosis Grasa: La necrosis grasa ocurre en un pequeño porcentaje de mamas biopsiadas, posterior a cirugías o posterior a tratamientos con radiación.

Puede ser encontrado en varios sitios, pero el más común es en la región areolar o cerca del sitio de biopsia. Su apariencia es firme, levemente fija con retracción de la piel en la mitad de los casos. La masa puede mostrar calcificaciones. Por ultrasonido esta aparece hipoeoica / anecoica con mala definición de los márgenes. Sombra acústica puede o no estar presente.



Quiste Ductal

Ectasia Ductal: Esta lesión presenta apariencia variable, es alargada y llena de líquido. Se observa como una imagen tubular típica hipoeoica.

OBJETIVOS

- ❖ Determinar el valor predictivo del ultrasonido en el diagnóstico de malignidad en quistes de mama, en la población femenina valorada en el servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.
- ❖ Valorar la certeza diagnóstica del ultrasonido, para determinar la benignidad o malignidad de los quistes de mama.
- ❖ Conocer las características ultrasonográficas de los quistes que presentaron malignidad, estableciendo clasificación de los hallazgos.
- ❖ Conocer si el uso de anticonceptivos es una causa de mayor incidencia de presentación de quistes mamarios.
- ❖ Brindar una opción terapéutica a las pacientes que presentan lesiones quísticas de tamaño significativo.
- ❖ De acuerdo al reporte citológico establecer una clasificación de los hallazgos ultrasonográficos encontrados en la punción de los quistes de mama

JUSTIFICACIÓN

El interés por realizar la siguiente investigación se deriva de la escasez de literatura y registros de la benignidad o malignidad de los quistes de mama y la necesidad que se tiene para establecer criterios y diagnósticos encaminados a la valoración adecuada de los mismos. Además nos permitirá mejorar las técnicas diagnósticas en Radiología para reducir en forma significativa los costos de exámenes, y manejo de estos mismos. Lo que permitirá consolidar un modelo de procedimiento eficiente y de calidad en la atención hacia las mujeres que tengan dicho padecimiento.

DISEÑO

1. Formas tradicionales en las que se llevan a cabo los estudios de ultrasonido y toma de muestra de estudio citológico.
2. Viabilidad del valor predictivo del ultrasonido en el diagnóstico de benignidad o malignidad de los quistes mamarios.
3. Pacientes de consulta externa de la unidad de adscripción.

GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo problema

- Pacientes del sexo femenino con quistes de mama.
- Pacientes con quistes de mama asociado con mastalgia, con dimensiones de 1cm o mayor.
- Pacientes con antecedentes familiares de quistes mamarios.
- Pacientes con edad entre 25 a 50 años.
- Pacientes que tengan el antecedente del uso de anticonceptivos.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes del sexo femenino con presencia de quistes de mama mayores de 1cm o más centímetros.

Pacientes con antecedentes familiares de quistes mamarios.

Pacientes del sexo femenino con edad entre 25 a 50 años.

Pacientes que tengan lesiones quísticas y que presenten mastalgia.

Descripción general del estudio

El presente estudio se realizara con autorización de los pacientes, a los cuales se les realizara un interrogatorio y después se realizara ultrasonido y posteriormente se realizara la toma de citología por medio de técnica convencional, Marcando con número de expediente, nombre, fecha de realización, características del líquido de la muestra. Después se corroborara primero los datos obtenidos por el ultrasonido (tamaño del quiste, grosor de la pared) y se compararan los resultados de cada uno de ellos, Marcando la correlación entre los dos estudios.

La punción aspiración con aguja fina es tan poco dolorosa que también se realiza sin ningún tipo de anestesia.



Técnica de toma citológica en la mama

RECURSOS

Recursos humanos.

Personal médico adscrito al Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Regional. Lic. Adolfo López Mateos.

Médicos residentes de segundo y tercer año en Radiología e Imagen.

Personal técnico especializado en mama adscrito al Departamento de Radiología e Imagen.

Medico citólogo del Departamento de Patología.

Recursos Físicos.

Equipo necesario para el desarrollo de la investigación

Ultrasonido: Aloka serie 4600.

Transductores: Transductores lineal de 5 Mhz y 7 Mhz

Cámara digital: FUJI film 2.0 pixeles

Computadora: A 907 Acer

Jeringas de 20ml.

Lidocaina al 2%

Guantes estériles

Gel

Isodine.

Jeringas de insulina

TABLA DE RESULTADOS

	Edad	AC	Duración	Tamaño del quiste	Piel/Quiste	Pared	C. Líquido	Reporte Citológico	Cantidad
1	45	Si	3 años	20 x 11 Derecho	18 mm	1 mm	Seroso	Histiocitos, PMN	2 ml
2	45	Si	3 años	19 x 10 Izquierdo	15 mm	1.5 mm	Seroso	Histiocitos y detritus cel.	3 ml
3	46	No	0	20 x 12 Derecho	23 mm	2 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina e histiocitos	3 ml
4	42	No	0	11 x 11 Derecho	11 mm	3 mm	Verdoso	Histiocitos espumosos ++	1 ml
5	50	Si	6 años	21 x 19 derecho	16 mm	1.6 mm	Seroso	Histiocitos espumosos ++	5 ml
6	44	Si	3 años	13 x 11 Izquierdo	18 mm	2.1 mm	Blanco-amarillo	Histiocitos espumosos +++	1ml
7	50	Si	2 años	12 x 11 Izquierdo	16 mm	1.3 mm	Blanco-hemático	Histiocitos espumosos +++	2 ml
8	49	Si	3 años	11 x 11 Derecho	13 mm	2.2 mm	Citrino	Histiocitos espumosos +++	1 ml
9	40	Si	1 año	10 x 11 Derecho	12 mm	2.9 mm	Seroso color café	Cel de metaplasia apocrina	1 ml
10	40	Si	4 años	25 x 19 Izquierdo	11 mm	4 mm	Seroso color café	Histiocitos, PMN	5 ml
11	36	Si	3 años	21 x 19 derecho	19 mm	3 mm	Verdoso	Histiocitos y detritus cel.	5 ml
12	44	Si	4 años	10 x 11 Izquierda	20 mm	2 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina e histiocitos	1 ml
13	49	No	0	20 x 18 Derecha	10 mm	2.2 mm	Seroso	Histiocitos, PMN, Macrófagos	4 ml
14	46	No	0	19 x 19 Derecha	13 mm	2.5 mm	Seroso	Material proteináceo acelular	4 ml
15	48	Si	3 años	10 x 10 Derecha	14 mm	1.5 mm	Seroso	Papiloma quístico	1 ml
16	40	No	0	10 x 11 Izquierda	14 mm	3.1 mm	Hemorrágico	Carcinoma lobulillar	1 ml
17	45	No	0	40 x 35 Izquierda	11 mm	2.4 mm	Seroso	Metaplasia apocrina, Histiocitos	5ml
18	38	No	0	10 x 11.7 Derecha	17 mm	1.5 mm	Seroso	Histiocitos esoumosos	1 ml
19	50	No	0	18 x 11 Derecha	16 mm	1.5 mm	Seroso	Histiocitos espumosos +++	1 ml
20	50	No	0	13 x 16 Derecho	18 mm	1.7 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina	1 ml
21	47	Si	2 años	10 x 12 derecha	11 mm	2.1 mm	Seroso	Histiocitos espumosos +++	1 ml
22	39	Si	2 años	12 x 9 Derecha	10 mm	2.3 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina	1 ml
23	39	No	0	14 x 9 Izquierda	17 mm	1 mm	Seroso	Histiocitos, PMN	1 ml
24	46	No	0	12 x 8 Derecho	8 mm	1 mm	Seroso	Histiocitos y detritus cel.	1 ml
25	46	No	0	20 x 15 Izquierda	11 mm	2.2 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina e histiocitos	2 ml
26	49	No	0	29 x 16 Izquierda	12 mm	1.5 mm	Citrino	Histiocitos, PMN, Macrófagos	3 ml
27	40	No	0	30x16 derecha	11 mm	1.2 mm	Café-seroso	Material proteináceo acelular	5 ml
28	40	No	0	22x19 Izquierda	11 mm	1.7 mm	Seroso	Papiloma quístico	3 ml
29	50	Si	4 años	18 x 11 Derecha	14 mm	3 mm	Seroso	Cel de metaplasia	1 ml
30	50	Si	3 años	13 x 16 Derecho	15 mm	4 mm	Seroso	Metaplasia apocrina, Histiocitos	1 ml

31	46	No	0	20 x 12 Derecho	23 mm	1.1 mm	Seroso	Histiocitos esoumosos	2 ml
32	46	Si	4 años	19 x 19 Derecha	16 mm	1.5 mm	Seroso	Material proteinaceo acelular	4 ml
33	42	No	0	11 x 11 Derecho	12 mm	2.1 mm	Verdoso	Histiocitos espumosos ++	1 ml
34	41	No	0	10 x 11 Derecho	13 mm	2 mm	Seroso color café	Cel de metaplasia apocrina	1 ml
35	41	No	0	25 x19 Izquierdo	16 mm	2.5 mm	Seroso color café	Histiocitos. PMN	5 ml
36	46	No	0	12 x 8 Derecho	8 mm	1 mm	Seroso	Histiocitos espumosos +++	1 ml
37	46	No	0	20 x 15 Izquierda	18 mm	2.2 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina	2 ml
38	49	Si	5 años	11 x 11 Derecho	16 mm	1.8 mm	Citrino	Histiocitos espumosos +++	1 ml
39	40	No	0	30x16 derecha	11 mm	1.2 mm	Café-seroso	Hiestiocitos espumosis	5 ml
40	40	No	0	22x19 Izquierda	11 mm	1.7 mm	Seroso	Histiocitos	3 ml
41	44	Si	2 años	10 x 11 Izquierda	18 mm	3.2 mm	Seroso	Cel de metaplasia apocrina e histiocitos	1 ml
42	38	Si	3 años	10 x 11.7 Derecha	18mm	2.2 mm	Seroso	Histiocitos esoumosos	1 ml
43	45	Si	5 años	40 x 35 Izquierda	17 mm	1.5 mm	Seroso	Metaplasia apocrina, Histiocitos	5 ml
44	44	Si	4 años	13 x 11 Izquierdo	13 mm	2.5 mm	Blanco-amarillo	Histiocitos espumosos +++	1ml
45	39	Si	3 años	12 x 9 Derecha	12 mm	3 mm	Seroso	Histiocitos	1 ml
45	39	Si	3 años	14 x 9 Izquierda	15 mm	1 mm	Seroso	Histiocitos	1 ml
47	36	Si	2 años	21 x 19 derecho	16 mm	2 mm	Verdoso	Histiocitos y detritus cel.	5 ml
48	49	Si	3 años	29 x 16 Izquierda	11 mm	4 mm	Citrino	Histiocitos	2 ml
49	49	No	0	21 x 19 derecho	14 mm	3 mm	Seroso	Histiocitos espumosos ++	5 ml
50	45	Si	3 años	20 x 11 Derecho	11 mm	1 mm	Seroso	Histiocitos	3 ml
51	45	No	0	19 x 10 Izquierdo	18 mm	1.2 mm	Seroso	Histiocitos	2 ml
52	50	No	0	12 x 11 Izquierdo	16 mm	2 mm	Blanco-hemático	Histiocitos espumosos +++	2 ml
53	40	Si	3 años	10 x 11 Izquierda	16 mm	3.1 mm	Turbio	Carcinoma lobulillar	1 ml
54	49	No	0	20 x 18 Derecha	14 mm	2.4 mm	Seroso	Histiocitos, PMN, Macrofagos	4 ml
55	47	Si	3 años	10 x 12 derecha	16 mm	1.6 mm	Seroso	Histiocitos espumosos +++	1 ml
56	48	No	0	10 x 10 Derecha	11 mm	1.2 mm	Seroso	Papiloma quístico	1 ml
57	42	No	0	22x12Izquierda	11 mm	1.3 mm	Seroso	Histiocitos	2 ml
58	45	No	0	15 x 10 Izquierda	18 mm	4 mm	Café-seroso	MFQ, Papiloma intraductal -adenosis	3 ml
59	45	No	0	18 x 14 Izquierda	22 mm	3 mm	Café-seroso	Atipia M-I comp. Adenoma canalicular	2 ml
60	40	Si	2 años	16 x 12 Izquierda	16 mm	3 mm	Seroso	Histiocitos	2 ml
61	43	No	0	15 x 10 Izquierda	14 mm	2 mm	seroso	Histiocitos	2 ml

ANALISIS

EDAD

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
	0	27	34	61

ANTICONCEPTIVOS

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
Si	0	14	15	29
No	0	13	19	32
Total	0	27	34	61

LOCALIZACION

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
Derecha	0	12	22	34
Izquierda	0	15	12	27
Total	0	27	34	61

CANTIDAD

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
1-2 ml	0	19	21	40
3-4 ml	0	2	9	11
5 ml	0	6	4	10
Total	0	27	34	61

DISTANCIA PIEL/PARED

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
< 10 mm	0	0	2	2
10-14 mm	0	15	18	33
≥ 15 mm	0	12	14	26
Total	0	27	34	61

TAMAÑO DE LA PARED

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
1-2 mm	0	12	20	32
3 mm	0	13	11	24
4 mm	0	2	3	5
Total	0	27	34	61

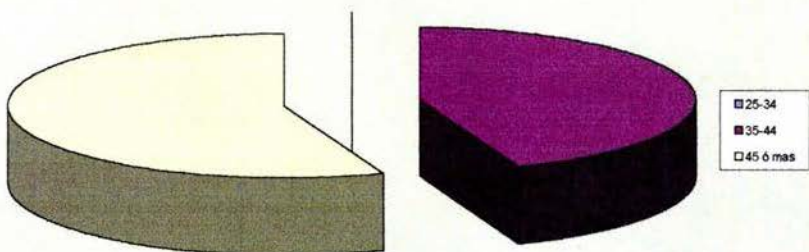
CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO

	25-34	35-44	45 ó mas	Total
Seroso	0	15	25	40
Seroso/Café	0	6	3	9
Citrino	0	2	5	7
Hemático	0	0	1	1
Verde	0	4		4
Total	0	27	34	61

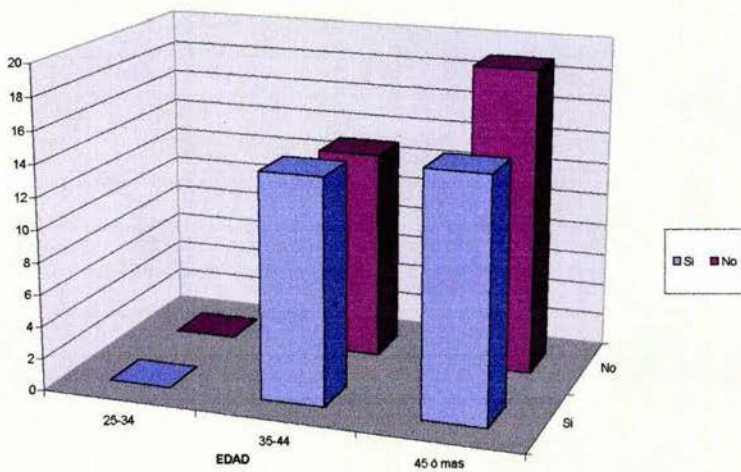
DX FINAL

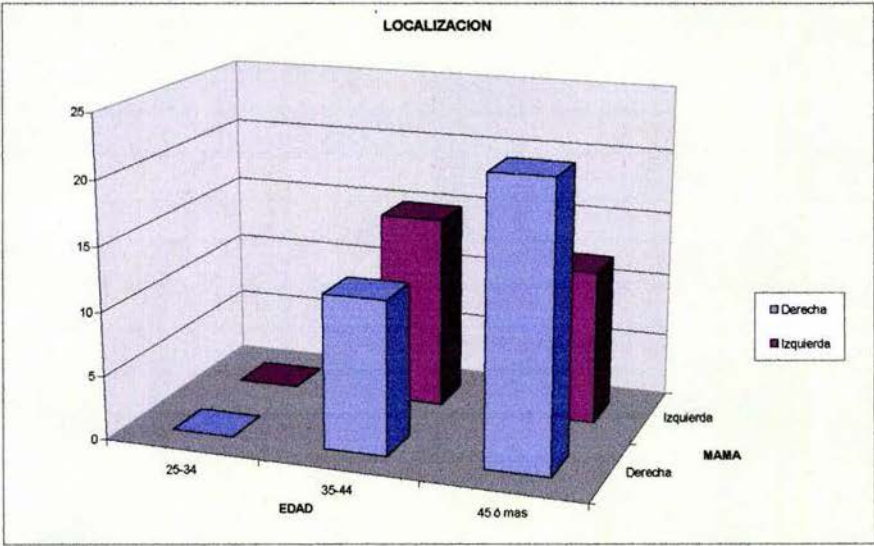
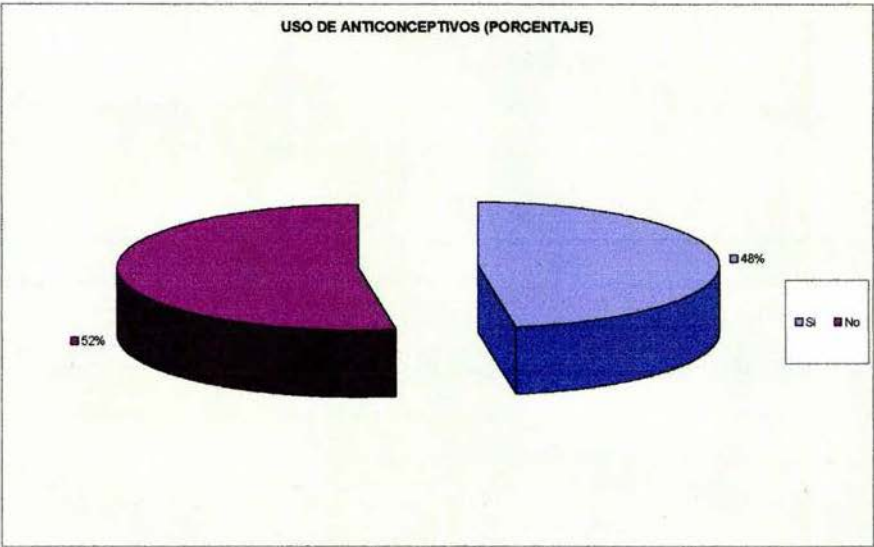
	25-34	35-44	45 ó mas	Total
Histiocitos	0	19	22	41
Metaplasia	0	5	8	13
Papiloma Q	0	1	2	3
Carcinoma L	0	2	0	2
Adenoma C	0	0	1	1
Papiloma I	0	0	1	1
Total	0	27	34	61

GRUPOS DE EDAD

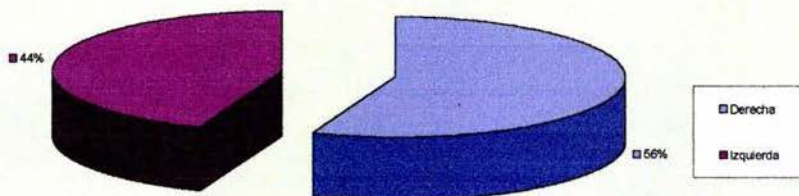


USO DE ANTICONCEPTIVOS

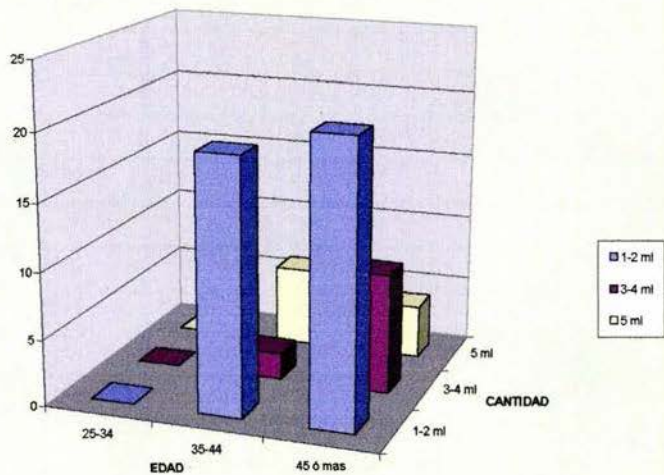


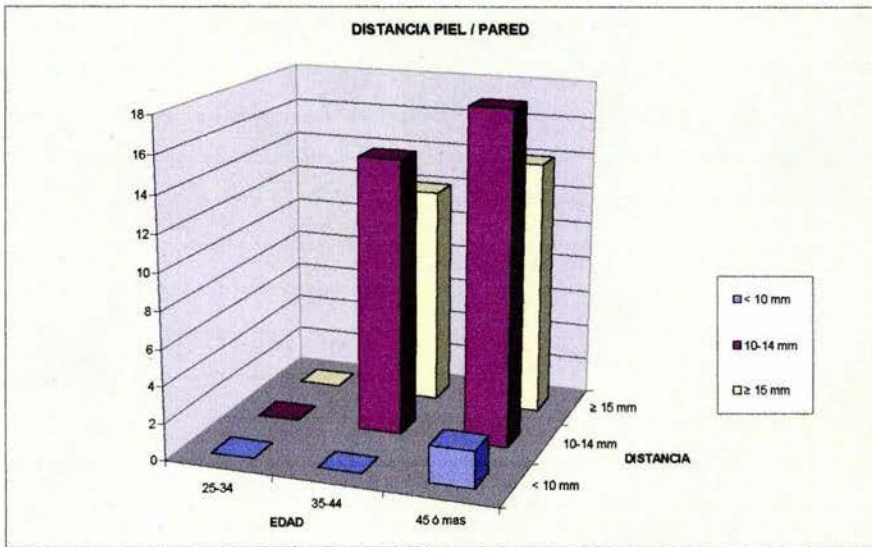
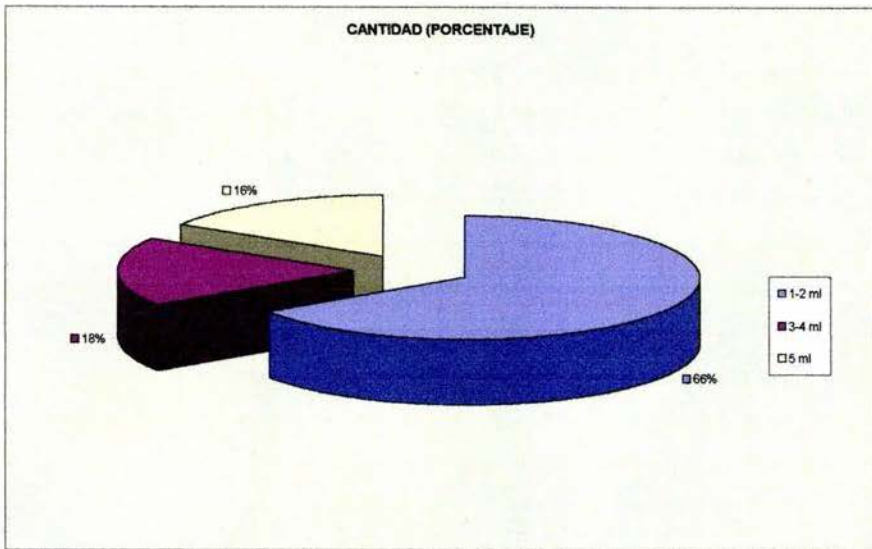


LOCALIZACION (PORCENTAJE)

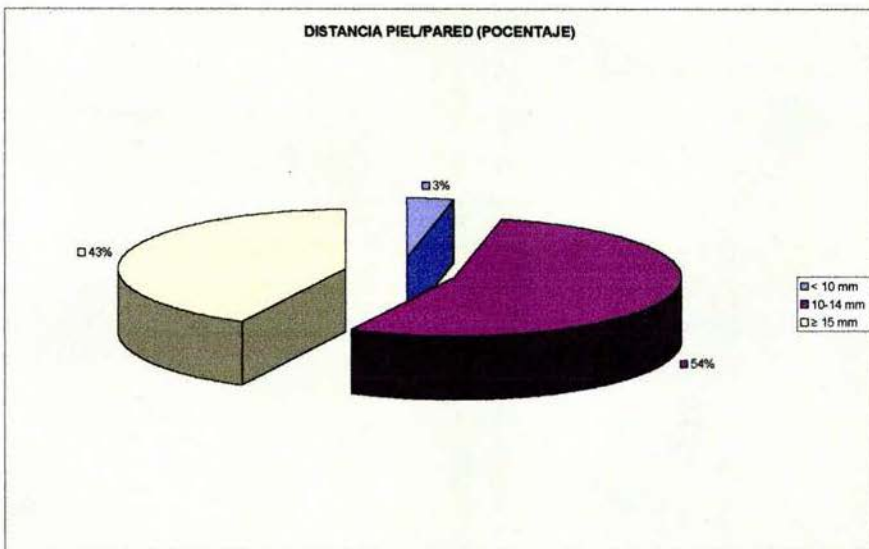


CANTIDAD DE MATERIAL / EDAD

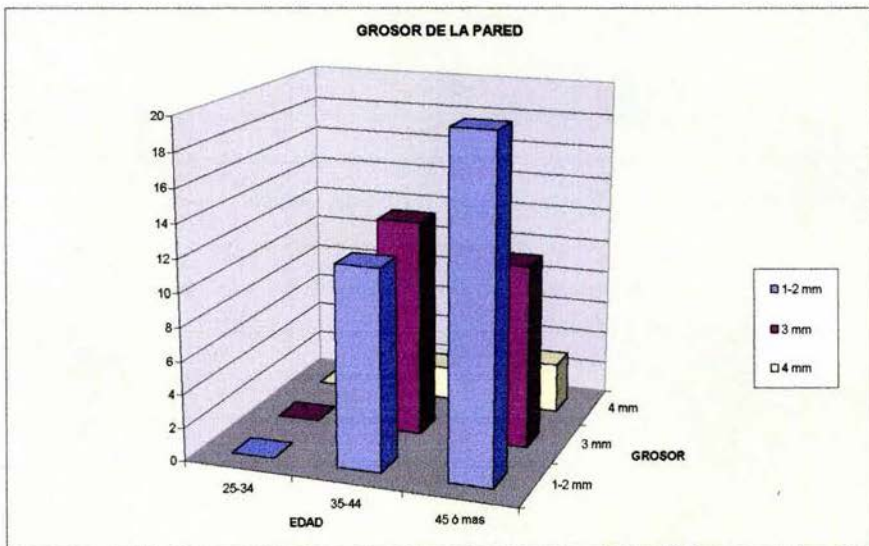




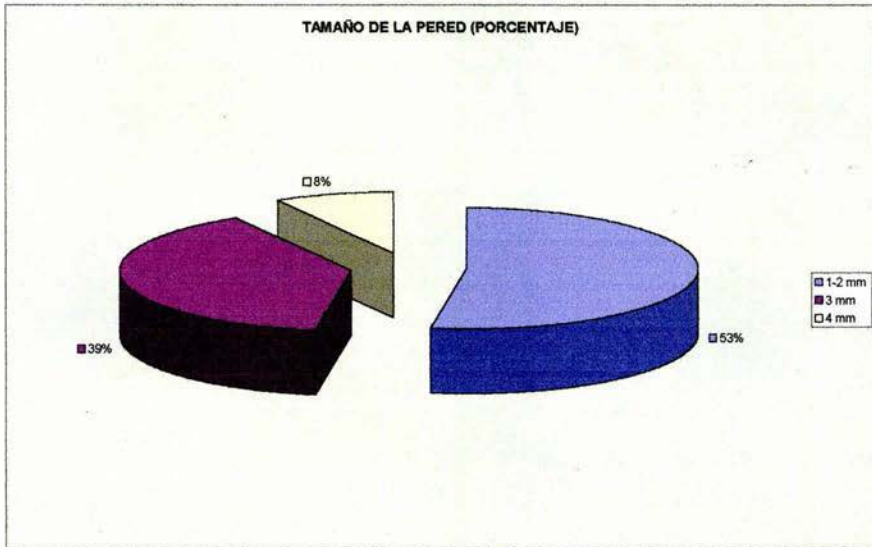
DISTANCIA PIEL/PARED (POCENTAJE)



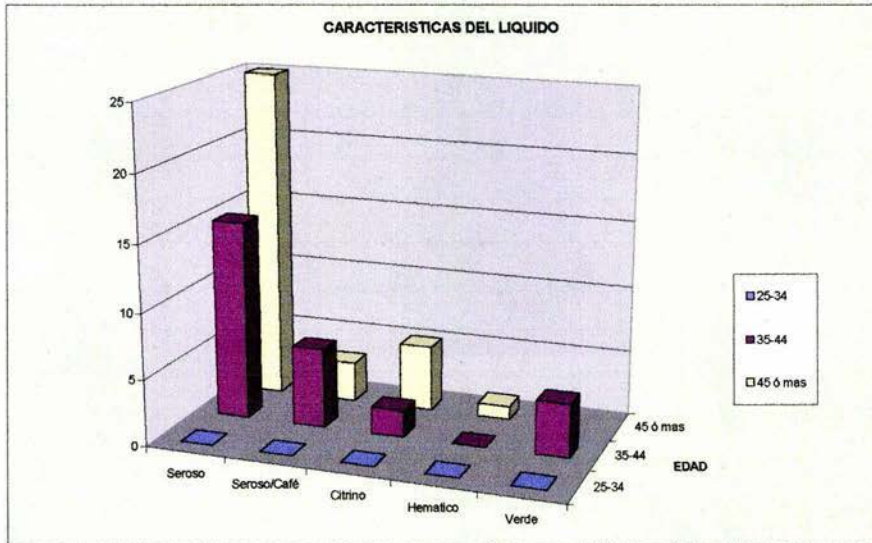
GROSOR DE LA PARED



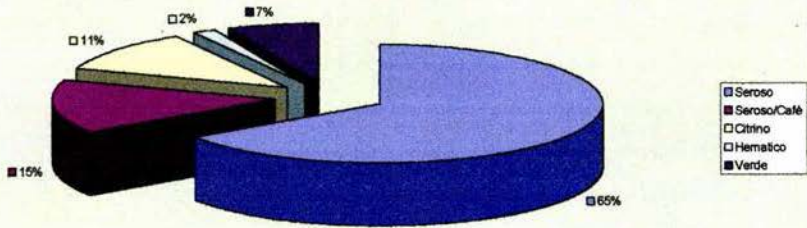
TAMAÑO DE LA PERED (PORCENTAJE)



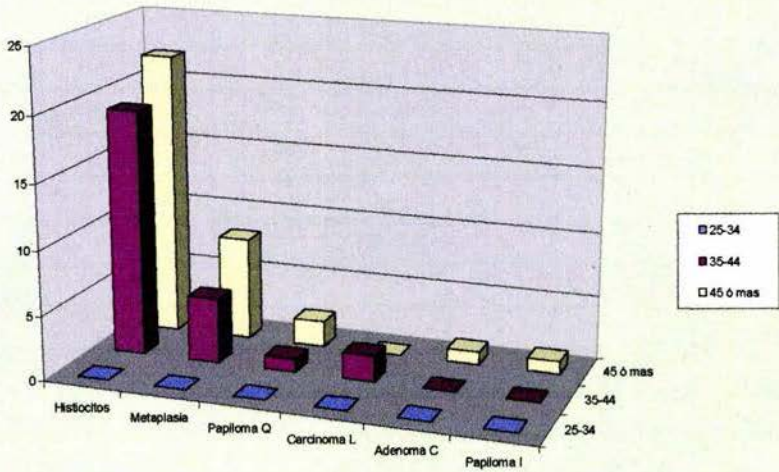
CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO



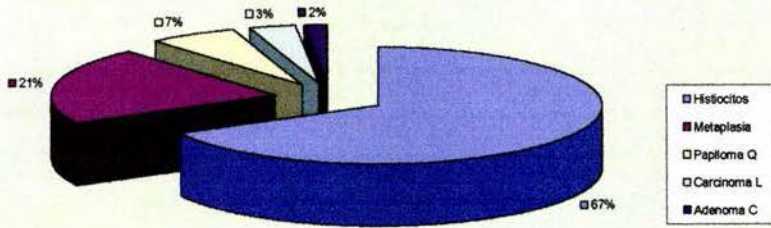
CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO (PORCENTAJE)

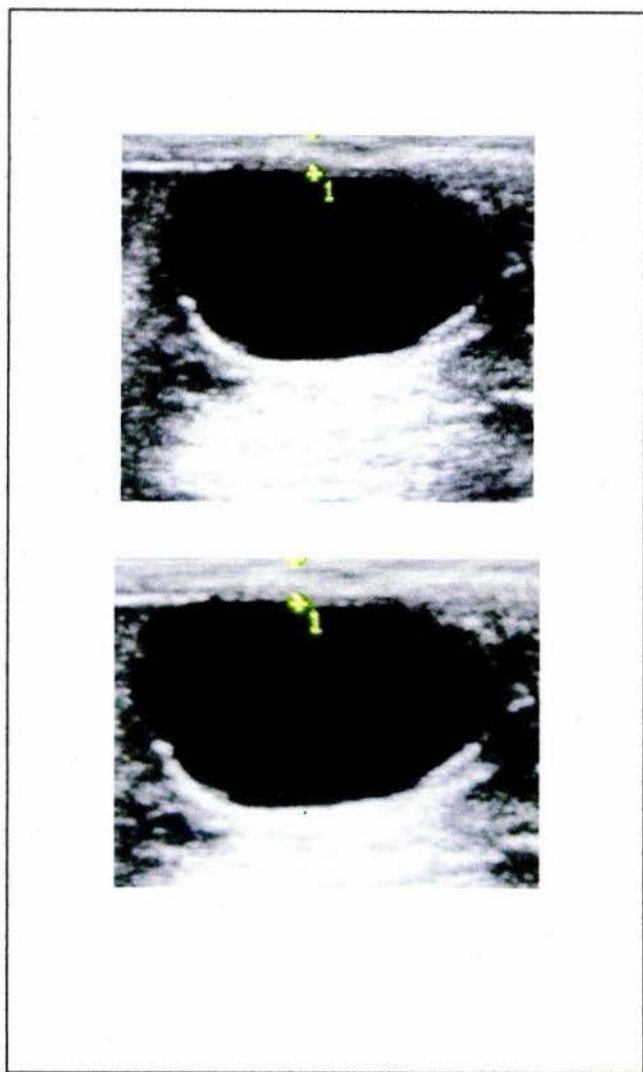


DIAGNOSTICOS FINALES

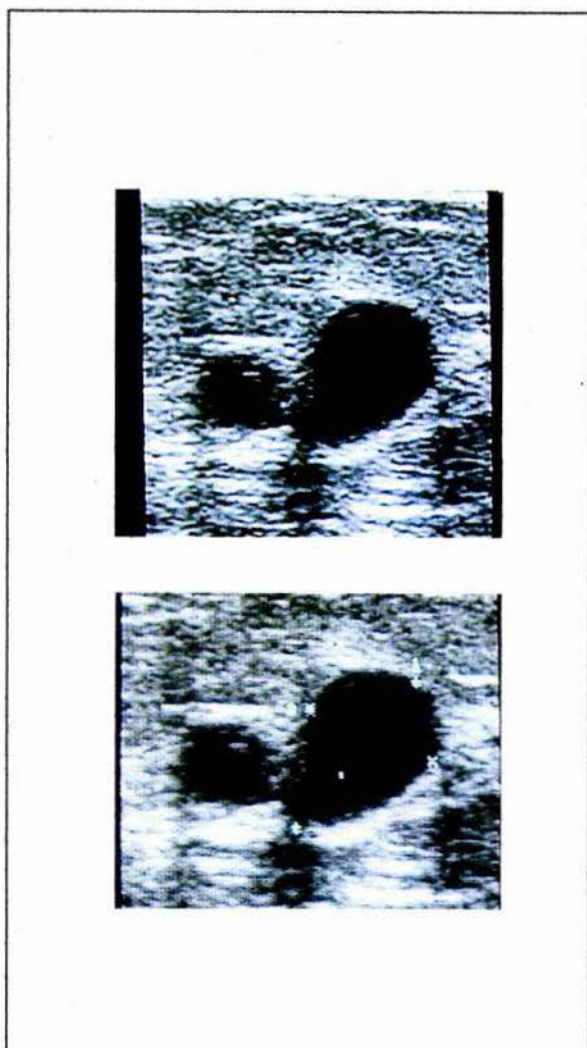


DIAGNOSTICO FINAL (PORCENTAJE)

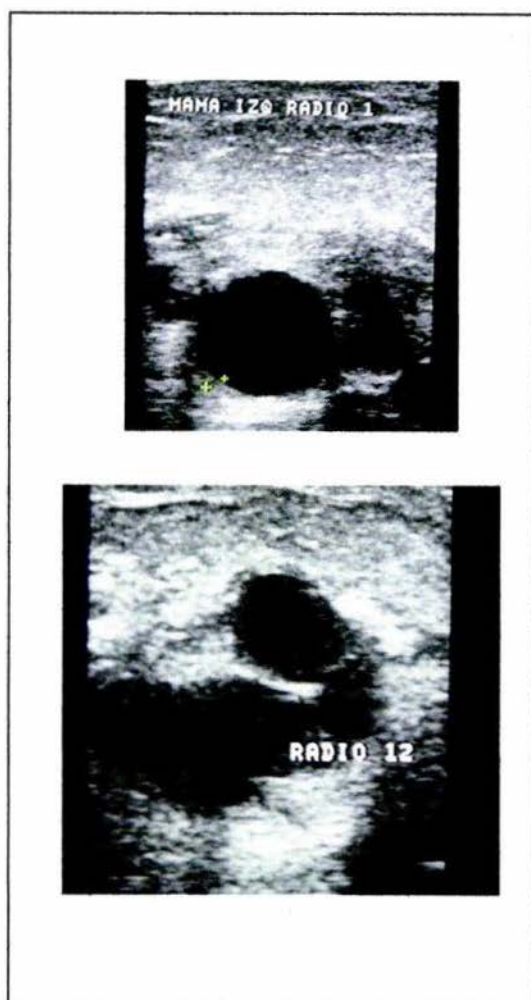




Quiste simple de mama, corroborado por citología solo refiere histiocitos y polimorfonucleares



Quiste simple de mama con contenido seroso, que al realizarse estudio citológico se encuentra papiloma intraquístico



Quiste de bordes irregulares con disminución de la atenuación del reforzamiento posterior que corroborado por citología es un carcinoma lobulillar

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



**Material obtenido de las lesiones quísticas,
Mama derecha y mama izquierda**

CONCLUSION

El contenido quístico en la mayoría de los casos fue seroso 75%, seroso/café 15%, citrino 11%, verdoso 7% y hemático en un 2%.

Los quistes aislados y con aspecto benigno, sin formas complicadas, con reporte citológico sin atipias o cambios evidentes proliferativos, corresponden con un riesgo menor de cáncer de mama.

Los quistes múltiples, con alta intensidad de proliferación epitelial, distorsión arquitectónica son considerados con un factor de riesgo mayor y nos lleva a recomendar la repetición de control anual.

La asociación de hallazgos de papilomas intraquísticos, atipias, e hiperplasias adyacentes se debe considerar como un incremento en el factor de riesgo para cáncer de mama.

Se debe realizar un control regular cada 6 meses con punción y aspiración, en pacientes con antecedentes o previos reportes con hallazgos de proliferación celular o papilomas, con la certeza de hacer un diagnóstico precoz, ya que nuestras pacientes con hallazgos de papilomas diagnosticado, en un periodo de un año, habían sido sometidas a un procedimiento de aspiración sin hallazgos importantes previamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Love S, Sue R, Silen W. Fibrocystic "Disease" of the breast: a non disease? New England Journal of Medicine, 1962; 307: 1.010.
2. Kramer WM, Rush B. Mamary duct proliferation in the elderly: Histopatologic study. Cancer, 1973; 31:130-137.
3. Davis HH, Simons M, Davis JB. Cystic disease of the breast: relationship to carcinoma. Cancer, 1974; 17: 957-78.
4. Fechner RE. Benign breast disease in women on estrogen therapy . Cancer, 1970; 29: 566.
Clinical Endocrinology and Metabolism, 1977; 44: 771.
5. Walsh P. et al. Serum estradiol 17 Beta and prolactin concentrations during luteal phase in woman with benign breast disease. European Journal of Cancer and Clinical Oncology, 1984; 20: 1.345.
6. Dupont W. Page D. Risk factors for breast cancer in woman with proliferative breast disease. New England Journal of Medicine, 1985; 312: 146-151.
7. Cyslak D, Wong CH. Mammographic changes in post-menopausal women undergoing hormonal replacement therapy . American Journal of Roentgenology, 1993; 161: 1.177.
8. Vetto et al. Use of the triple test for palpable breast lesions yields high diagnostic acuracy and cost savings. American Journal of Surgery, 1995; 169: 519. 708.