



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital de Gineco obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

*[Firma]*  
SPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## MASTOPATIA FIBROQUISTICA

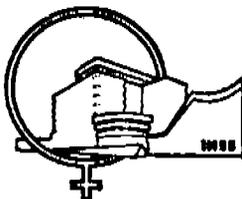
### TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

GINECO OBSTETRA

P R E S E N T A:

**DR. EMILIO ABUD SORIANO**



*[Firma]*

MEXICO, D. F.

*[Firma]*

FEBRERO DE 1996



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.

## INTRODUCCION

La mastopatía fibroquística, es la entidad mamaria más frecuente, benigna, que está caracterizada clínicamente por modulaciones palpables dentro de la glándula mamaria fluctuantes, de tamaño variable y que se relacionan con el ciclo menstrual, decrecen después de la menopausia y acompañan de dolor e hipersensibilidad. (1)

Se considera que aproximadamente 50% de las mujeres en edad reproductiva tienen MFQ con manifestaciones clínicas y 90% la presentan histológicamente. Kramer y Rush (4) estudiaron los senos de mujeres de más de 70 años de edad sin evidencia clínica de la enfermedad. Encontraron que en 89% existía evidencia microscópica de la enfermedad y en 69% había hiperplasia epitelial. Marx y cols. (7) encontraron un rango de edad de la MFQ de 14 a 90 años, Haagensen (3) entre mujeres de 25 a 59 años encontró que 87.1% tenían entre 35 y 50 años de edad. Cole (10) obtuvo resultados similares a los de Haagensen. Los factores de riesgo para mastopatía fibroquística observados, en nuestras enfermedades fueron irregularidades menstruales 42%, pacientes delgadas 23%, senos pequeños 18%, poliquistosis ovárica 15%, y menopausia tardía 10%. Otros autores (14), han establecido como factores de riesgo además de los señalados, raza blanca o judía, estado socio-económico alto, mastodinia cíclica, abortos espontáneos, historia familiar de enfermedades benignas de la mama, incidencia baja de obesidad y hábito de fumar. (Tabla V).

La presente tesis trata de una de las enfermedades más comunes que afectan a la mujer y que curiosamente pasa desapercibida por médicos dedicados a la práctica general.

La mastopatía fibroquística es una respuesta exagerada del tejido mamario, resultante del flujo de las hormonas ováricas, esta respuesta no es uniforme y puede variar considerablemente dependiendo del ambiente hormonal y de la presencia de receptores estrogénicos.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Emilio Abud Soriano

FECHA: 27-09-06

FIRMA: PA Arturo Vázquez Soriano

## **OBJETIVO**

El objetivo del presente estudio, fue el de valorar la eficacia terapéutica de los diferentes fármacos utilizados en el tratamiento de la mastopatía fibroquistica en el Hospital de Gineco-Obstetricia "LUIS CASTELAZO AYALA"

## **MATERIAL Y METODOS**

La captación de las pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquistica se realizó apegándose a los objetivos del protocolo y fue aquellas pacientes de la consulta externa con dicho diagnóstico, del servicio de tumores de mama del Hospital "LUIS CASTELAZO AYALA".

En total se formo un grupo compuesto, por 180 pacientes, que cumplan con los criterios de inclusión en forma retrospectiva recabando los datos de Marzo, Abril y Mayo de 1995, posteriormente se hizo el seguimiento de dichas pacientes hasta obtener el diagnóstico hispotalógico y/o mastrográfico.

Estos datos fueron recabados a través del expediente clínico por el residente de Gineco-Obstetricia del 3er. año.

Otra variable de estudios, fue el tiempo de evolución y la respuesta al tratamiento con diferentes medicamentos.

## RESULTADOS

Se obtuvo un total de 180 pacientes con diagnóstico de Mastopatía fibroquistica y se hizo un seguimiento durante los meses de marzo, abril y mayo de 1995, encontrando que los motivos de consulta fueron:

- Nódulos palpables
- Mastalgia Cíclica
- Sospecha de Malignidad
- Descarga por el Pezón

La edad de presentación donde se hace más evidente la mastopatía fibroquistica queda comprendida entre los 30 y los 55 años de edad, predominando en el 20% de las pacientes el antecedente de historia familiar de cáncer de mama, en el 11% la nuliparidad.

En todas ellas se realizó el diagnóstico por clínica y corroborándose con mastografía en el 78% y con Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) en el 47% y únicamente en el 6.7% se apoyó con la biopsia incisional.

En cuanto al tratamiento a las 180 pacientes recibieron dieta, al 31% se le administró Tamoxifén y únicamente al 2% se le administró Bromocriptina.

Las pacientes que recibieron AINES la sintomatología disminuía temporalmente reapareciendo en el siguiente ciclo.

Las pacientes que recibieron tamoxifén notaron mejoría franca y pudo comprobarse la disminución del tamaño de los nódulos y permaneciendo asintomáticas por más de seis meses.

Las que recibieron bromocriptina no concluyeron el tratamiento por efectos indeseables.

## COMENTARIOS:

Con los datos obtenidos se puede concluir que el 50% de las mujeres en edad reproductiva padecen Mastopatía Fibroquística en forma clínica y el 90% de las mismas lo presentan histológicamente, siendo un 10% para las mujeres menores de 21 años de edad de un 25% en etapa menstrual y del 30 al 50% en mujeres premenopáusicas. Que la BAAF es un excelente recurso a la vez diagnóstico terapéutico, pues permite evacuar un quiste sintomático, y realizar estudio citológico del material obtenido con el fin de descartar una tumoración maligna (2).

Sus principales indicaciones constituyen una masa mamaria quística o sólida, una estructura nodular, área de sistematización o cualquier otro tejido anormal detectado por clínica o estudio de gabinete (2).

Que la Mastografía es el procedimiento diagnóstico radiológico más sensible para descartar carcinoma mamario, aproximadamente 85% inclusive en pacientes asintomáticas lo que se demuestra con nuestro estudio ya que en el 78% ayudó a corroborar el diagnóstico.

En cuanto a la respuesta al tratamiento con los diferentes medicamentos la respuesta fue pobre con los antiinflamatorios no esteroideos, siendo el más utilizado en nuestro medio el naproxén 250mg c/8 hrs por 8 a 10 días durante la fase premenstrual.

El tamoxifén utilizado durante tres meses consecutivos disminuyó el dolor, la hipersensibilidad y nodularidad, con efectos mínimos colaterales a dosis de 20mg diarios por 3 meses, de una respuesta del 85%, su acción es nivel del estradiol compitiendo con los receptores de estrógenos, siendo su efectividad tan rápida que en ocasiones hasta en menos de un mes observa alivio en los síntomas.

Con la bromocriptina no se pudo corroborar su eficacia debido a que durante el tiempo estimado de estudio las pacientes no mostraron mejoría alguna y muchas solicitaron abandonar el tratamiento por efectos indeseables como náusea, vómito, mareo, edema y cefalea.

## CONCLUSIONES:

La mastopatía fibroquística es la patología benigna más frecuente de la mama.

Su etiología es multifactorial y no está bien definida hasta el momento.

El cuadro se caracteriza por triada clínica: Dolor premenstrual, hipersensibilidad mamaria y nodularidad palpable.

La mastografía es útil para descartar patología sospechosa de malignidad o como indicativa de la biopsia.

La biopsia por aspiración con aguja fina, es el método más usado en nuestro hospital, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la mastopatía fibroquística.

La citología es poco específica en el diagnóstico, sin embargo, nos queda la posibilidad de poder descartar patología maligna.

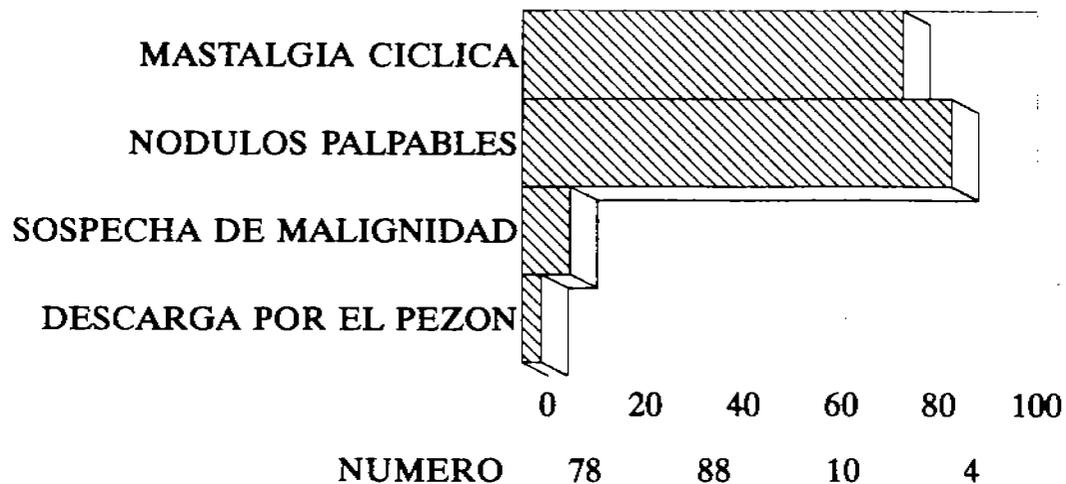
La tendencia en nuestro hospital es la de emplear el medicamento más útil, con menos efectos colaterales y de menor costo.

La mastectomía subcutánea está indicada en caso de que una paciente joven presente un cuadro florido de mastopatía fibroquística, que sea improporcionadamente sintomática y que no fue posible controlar con manejo médico previo y a la que prácticamente le faltan muchos años por padecer la enfermedad.

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## MOTIVO DE LA CONSULTA

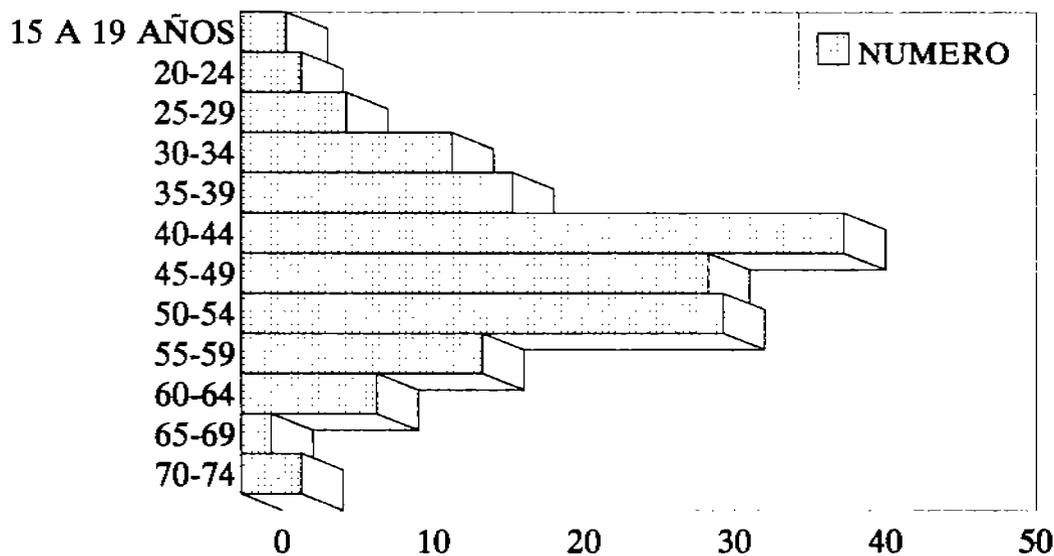
▨ NUMERO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## EDAD DE PRESENTACION

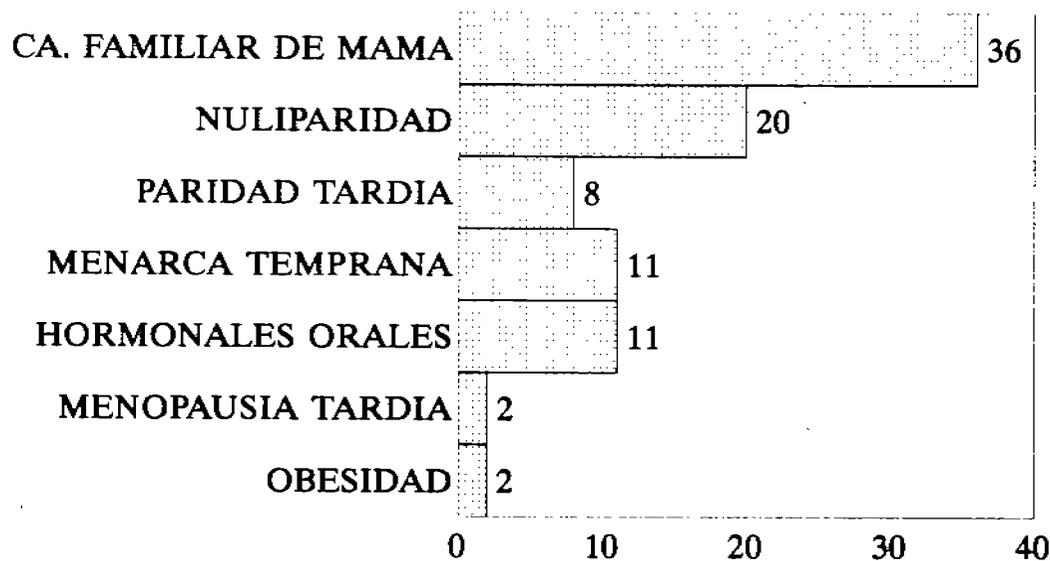


NUMERO	3	4	7	14	18	40	31	32	16	9	2	4
--------	---	---	---	----	----	----	----	----	----	---	---	---

HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## FACTORES DE RIESGO PARA CARCINOMA MAMARIO

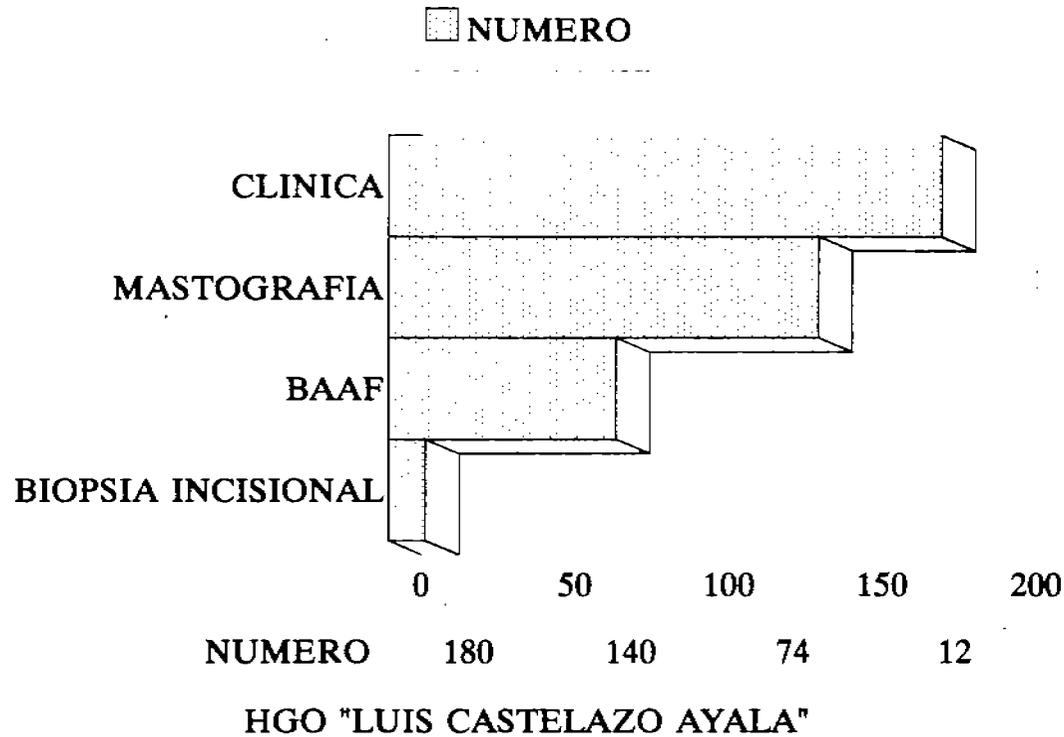


HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## DIAGNOSTICO

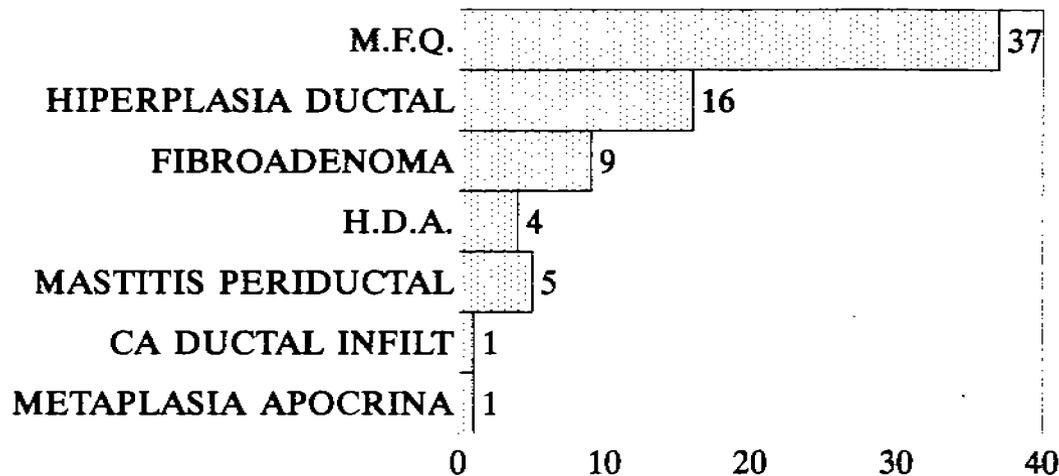
---



# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## RESULTADOS DE LA BAAF

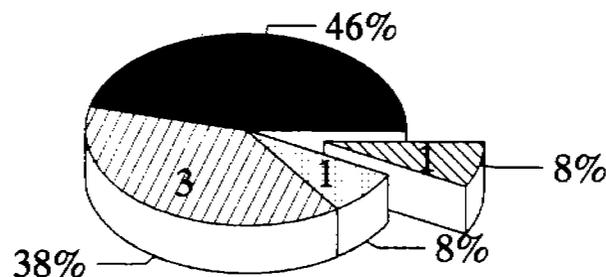
NUMERO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## RESULTADOS DE LA BIOPSIA INCISIONAL



■ M.F.Q.

▨ FIBROADENOMA

▤ MASTITIS PERIDUCTAL

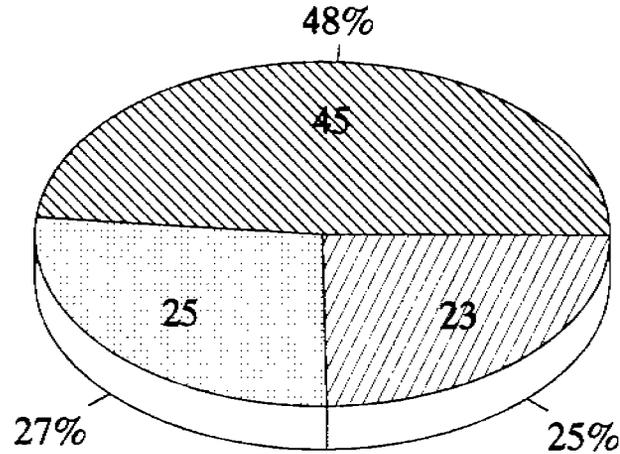
▧ CARCINOMA DUCTAL INF.

HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

FRECUENCIA POR RAZA EN MUJERES MENORES DE 25 AÑOS

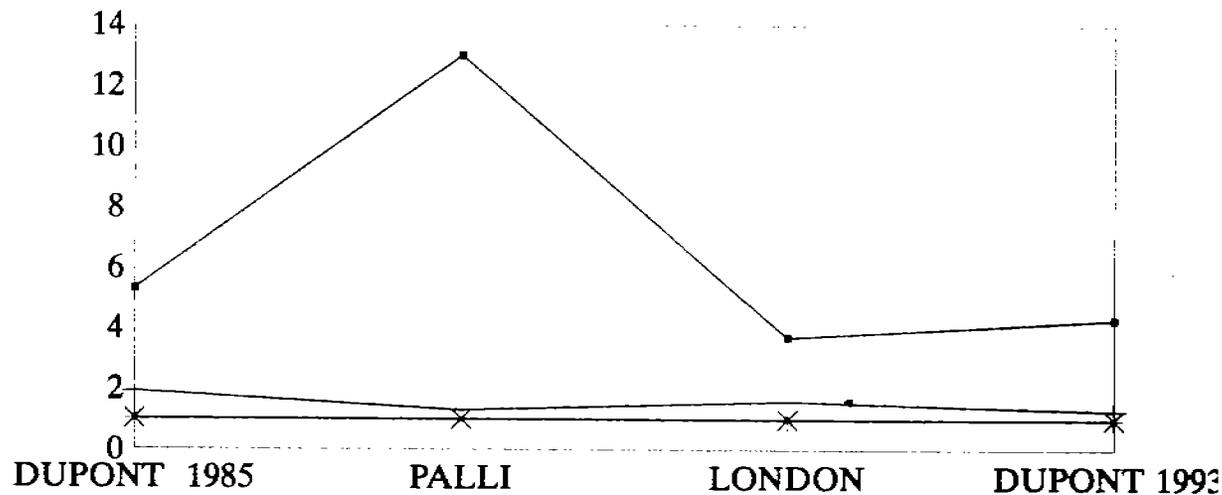
- INDIAS
- ANGLOSAJONAS
- HISPANICAS



BARTOW AS. CANCER 1987;60:2751-2760

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## RIESGO DE CANCER DEL SENO

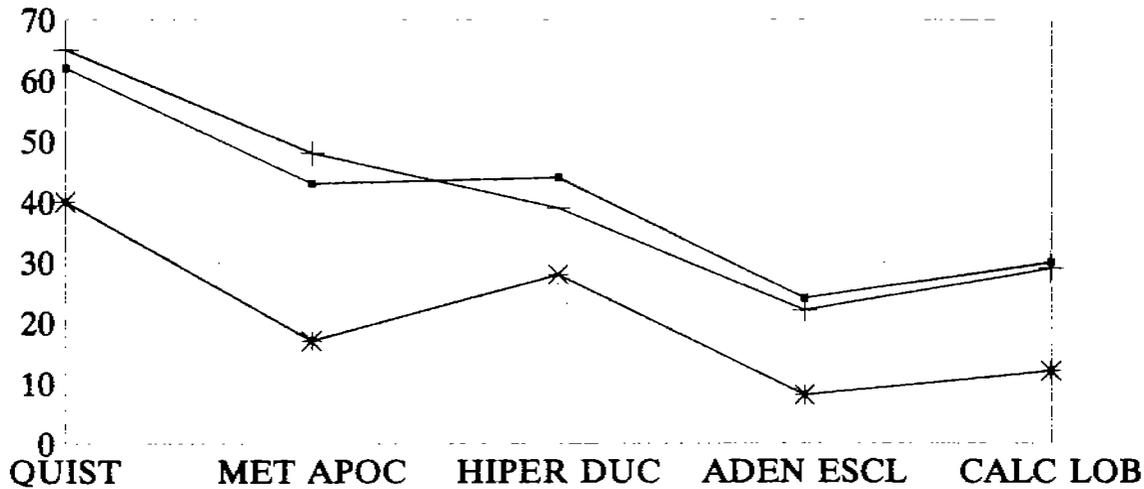


• H.D.A. + H.D. SIN ATIPIAS \* NO PROLIFER

DUPONT DW, 1993;71:1258-1265

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## HISTOPATOLOGIA

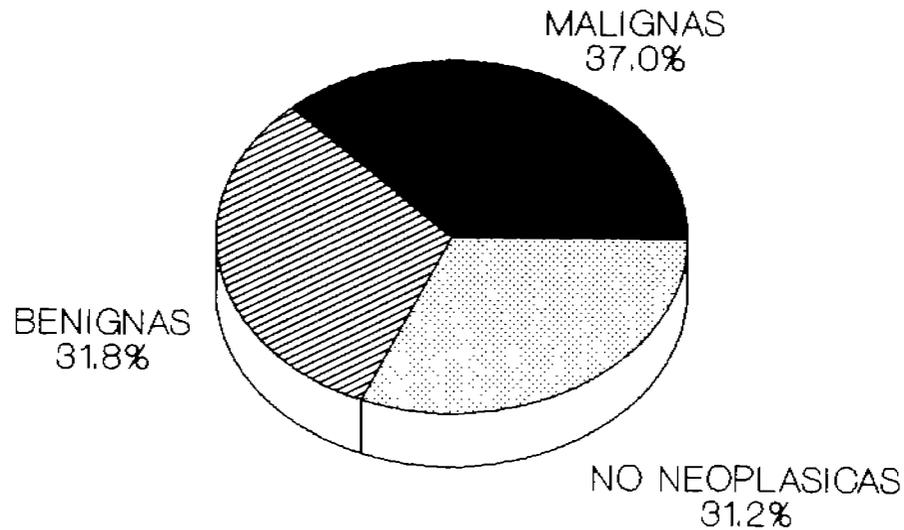


— ANGLOSAJONAS — HISPANICAS \* INDIAS

BARTOW AS. CANCER, 1987;60:2751-2760

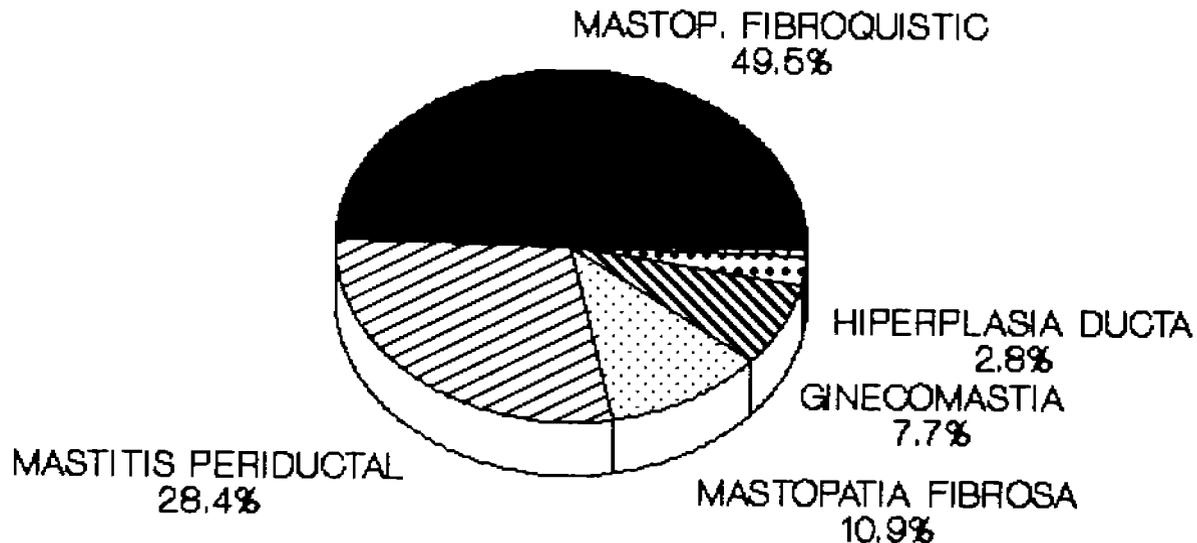
# PATOLOGIA MAMARIA

## TIPO HISTOLOGICO



# PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA

## TIPO HISTOLOGICO

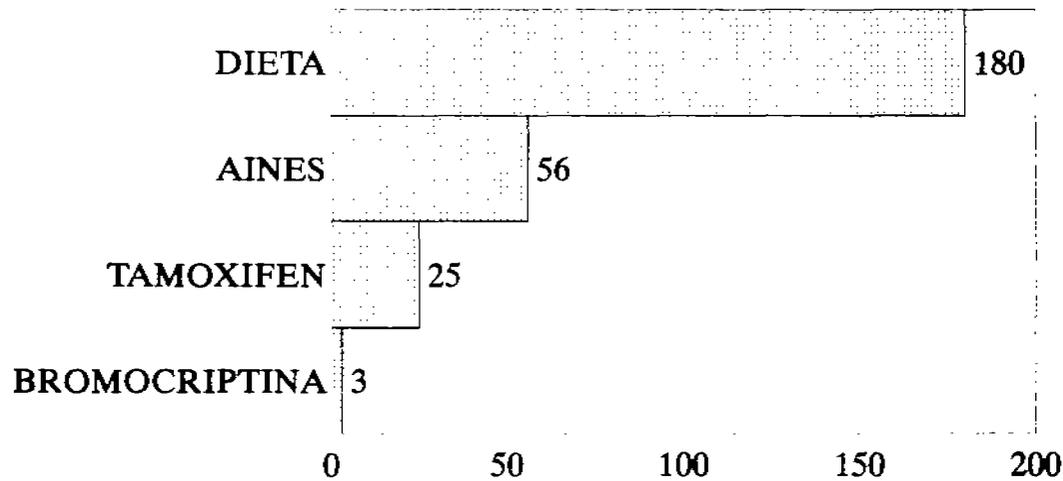


FH. ESCORZA. H. LUIS CASTELAZO AYALA

# MASTOPATIA FIBROQUISTICA

## TRATAMIENTO

■ NUMERO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HARRIS, RJ., HELLMAN, S., HENDERSON, CI., KINNE, WD. BREAST DISEASE PHILADELPHIA, LIPPINCOTT, USA. 3A ED. 1987.
2. MYHRE. E. IS FIBROCYST BREAST DISEASE A PREMALIGNANT STATE? ACT OBSTET GYNEC SCAND SUPPL. 123: 189-191, 1984.
3. HAAGENSEN, CD. DISEASE OF THE BREAST. PHILADELPHIA, SAUNDERS, USA 1986.
4. KRAMER, DR., SIMONS, M., DAVIS, JB. MAMMARY DUCT PROLIFERATION IN THE ELDERLY: A HISTOPATHOLOGY STUDY. CANCER 31:130, 1970.
5. DAVIS, HH., SIMONS, M. DAVIS, JB. CYSTIC DISEASE OF THE BREAST RELATION SKIP TO BREAST CARCINOMA. CANCER, 17:957, 1964.
6. FRANTZ, VK., PICKREN, JW., AUCHINCLOSS, HJR. INCIDENCE OF CHRONIC CYST DISEASE IN SO-CALLED NORMAL BREAST. CANCER, 4:762-768, 1951.
7. MARS, E., SCHULTZ, H. MAECKER, R. KLINISCHE BEWERTUNG DER EPITHELPROLIFERATION IN GUTARTIGEN MAMMA TUMOREM UN MASTOPATHIEN, BRUNS BEITH KLIN CHIR. 217:220-231, 1969.
8. OBERMAN, HA., FRENCH, AJ. CHRONIC FIBROCYSTIC DISEASE OF THE BREAST. SURG GINAEC OBSTET, 112:647-652, 1961.
9. PILNIX, S., LEIS, HP. CLINICAL DIAGNOSIS OF BREAST LESIONS. IN THE BREAST ED. BY GALLAGER, HS., LEIS, HP., SYNDERMARCK, URBAN, JA. SAINT LOUIS, 1978.
10. COLE, P., ELWOOD, M., KAPLAN, SD. INCIDENCE RATE AND RISK FACTORS OF BENIGN NEOPLASMAS. AM J EPIDEMIOLOG, 108:112, 1978.
11. HISLOP, TG., ELWOOD, JM. RISK FACTORS FOR BENIGN BREAST DISEASE. A 30 YEARS COHORT STUDY. CAN MED ASSOC. J. 124:283, 1981.
12. DUPONT, DW., PAGE, LD. RISK FACTORS FOR BREAST CANCER IN WOMAN WITH PROLIFERATIVE BREAST DISEASE. N. ENGL J MED, 321:146-151, 1985.
13. BERKOWITZ, GS., KELSEY, JL., LIVOLSI, VA., ET AL. RISK FACTORS FOR FIBROCYSTIC BREAST DISEASE AND ITS HISTOPATHOLOGIC COMPONENTES. JNCI, 75:43, 1985.

14. BRIGTH, RA., MORRISON, AS., BRISSON, J. ET AL. HISTOLOGIC AND MAMMOGRAPGIC SPECIFICITY OF RISK FACTORS FOR BENIGN BREAST DISEASE. CANCER 64:653-657, 1989.
15. MC GONNIGLE, KF., HUGGINS, RG. ORAL CONTRACEPTIVES AND BREAST DISEASE. FERTIL AND STERILITY, 54:799-819, 1991.
16. ANDERSON, JT, BATTERSBY, S., KING, BR, ET AL. ORAL CONTRACEPTIVE USE INFLUENCES RESTING BREAST PROLIFERATION. HUM PATHOL, 20:1139-1144, 1989.
17. CHRISTOV. K., CHEW, LM., YJUNG, BM, ET AL. PROLIFERATION OF NORMAL BREAST EPITELIAL. CELLS AS SHOW BY IN VIVO LABELING WITH BROMODEOXIURIDINE. AM J PATHOL, 138: 1371-1377, 1991.
18. POTTEN, CS., WATSON, R.J. WILLIAMS, GT. ET AL. THE EFFECT OF AGE AND MENSTRUAL CYCLE UP ON PROLIFERATIVE ACTIVITY IN THE NORMAL HUMAN BREAST. BR J CANCER, 58:163-170, 1988.
19. SHINZABURO, N., YAMAMOTO, H., IMAJI, H. ET AL. INABILITY OF MEDROXIPROGESTERONE ACETATO TO DOWN REGULATE ESTROGEN RECEPTOR LEVEL IN HUMAN BREAST CANCER. CANCER 65: 1375, 1990.
20. SISMOND, P., GIAI. M. BIGLIA, N. BENIGN BREAST DISEASE AN UPDATE CLIN EXP OBSTET GYNEC, 17:55-116, 1990.