

11217

109 29

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST GRADO
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

UN TRATAMIENTO MEDICO EN LA
MASTOPATIA FIBROQUISTICA

TESIS DE POST GRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DRA. XIOMARA ROMERO PELAEZ

ASESOR: DR. EDUARDO RUIZ PINEL



ISSSTE

México, D. F. 1989

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
I. PROPOSICION	1
1. Enunciado	2
2. Contenido de la Tesis	3
3. Propósitos, importancia y justificación	4
4. Procedimientos y técnicas empleadas	6
II. DEMOSTRACION	7
1. Antecedentes	8
A. Fisiopatología	11
B. Clasificación clínica y sintomatología	13
C. Métodos complementarios de Diagnóstico	14
a. Ultrasonografía	14
b. Mastografía	14
c. Biopsia por aspiración con aguja	14
D. Tratamiento	16
a. Diuréticos	16
b. Analgésicos	17
c. Danazol	17
d. Bromocriptina	17
e. Vitamina E	18
f. Anticonceptivos orales	18
g. Cirugía	19

	PAGINA
2. Material	20
3. Métodos	21
4. Resultados	23
5. Comentarios	30
III. CONCLUSIONES	32
IV. RESUMEN	34
V. NOMINA BIBLIOGRAFICA	36
VI. ANEXOS	41

PROPOSICION

ENUNCIADO

La utilización de Naproxen y furosemida (NFK), como una alternativa eficiente de bajo costo y de menor toxicidad para el tratamiento de la Mastropatía Fibroquística.

CONTENIDO Y LIMITES DE LA TESIS

En la actualidad, la Mastopatía Fibroquistica es una enfermedad diagnosticada mas frecuentemente en nuestro medio y se reconoce su importancia como factor de riesgo para el desarrollo de Cáncer mamario.

Así, se han propuesto distintos tratamientos para su control que varían en costo y efectividad, así como en efectos secundarios indeseables.

En este trabajo, se propone la utilización de un tratamiento de bajo costo y con pocos efectos secundarios que podría ser de gran utilidad para el control de ésta enfermedad.

PROPOSITOS, IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION

La glándula mamaria, en la mujer, es un órgano que constantemente se encuentra expuesto a sufrir cambios en su estructura física conforme a los que se lleva a cabo en su aspecto funcional: cambios hormonales cíclicos y ocasionalmente por embarazo, que una mujer normal puede desarrollar a lo largo de su vida.

Sabemos que en estos cambios, ocasionalmente puede surgir una mutación y un cambio proliferativo mamario ocasional o cíclico que puede convertirse en algo permanente, autónomo y capaz de desarrollarse más que el resto de células normales, nulificándolas finalmente y ocasionando metas tesis a otros lugares de la economía que acabaran por matar al organismo como un todo.

Aún no sabemos qué pueda causar esta mutación fatal en los órganos y sistemas de la economía humana; sin embargo, y específicamente con respecto a la glándula mamaria, sabemos que existen ciertos factores que predisponen estos cambios y que se reconocen como factores de riesgo.

La Mastopatía Fibroquistica (MFQ) en la glándula mamaria femenina, se ha comprobado que debe considerársela como un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer mamario

y, como tal, debe ser sujeto de detección y tratamiento adecuado.

En este trabajo de tesis se propone la utilización de un tratamiento a base de una combinación Analgésico-Diurético que pudiera considerarse con buenos resultados, de bajo costo y con pocos efectos colaterales indeseables.

PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS EMPLEADOS

Se estudiaron pacientes derecho-habientes del ISSSTE con enfermedad benigna de la mama, diagnosticadas clínica e histológicamente de Mastopatía Fibroquistica, elaborándose un plan de estudio y seguimiento para ser sometidas al régimen de tratamiento médico propuesto y evaluar la respuesta al final de un periodo de seis meses.

Las respuestas obtenidas, se compararon con la experiencia publicada en la literatura mundial con objeto de obtener un criterio de análisis de los resultados obtenidos en nuestro hospital.

DEMOSTRACION

1. ANTECEDENTES

La MFQ es primariamente un trastorno de la mujer en edad reproductiva, su incidencia disminuye en forma importante después de la menopausia (1).

La enfermedad fibroquística de la mama se puede clasificar de acuerdo a los cambios histológicos en el epitelio, los conductos y el estroma de la glándula mamaria en:

1. Cambios quísticos
2. Hiperplasia epitelial
3. Cambios fibróticos
4. Proliferación atípica (2).

1. CAMBIOS QUISTICOS: La formación de microquistes, se ha notado en el 65% de las pacientes con enfermedad quística. Estos no son palpables y se caracterizan por ser menores de 1 mm. los mayores de 3 mm. se han llamado macroquistes (3).

2. HIPERPLASIA EPITELIAL DUCTAL: Los cambios hiperplásicos se caracterizan por adenosis. Si la fibrosis se desarrolla en el área de adenosis, aparece un nódulo palpable. En la papilomatosis, una entidad no palpable, única o múltiple, produce una descarga sanguinolenta serosanguinolenta. (4)

3. CAMBIOS FIBROTICOS: Se manifiestan por una masa palpable, no móvil, plana, firme e irregular de aproximadamente 1 a 3 cms. Estos cambios son más frecuentes en la edad reproductiva que en la etapa postmenopausica. (5)

4. PROLIFERACION ATIPICA: (displasia epitelial) es considerada como una lesión precancerosa. Un proceso histológico transicional para Carcinoma in situ. (6)

La enfermedad mamaria benigna ha sido reconocida como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer mamario en la mujer. Blank y cols. demostraron que el cáncer mamario varía con respecto a la atipia e hiperplasia vista en la MFQ; el riesgo de asociación entre cáncer y MFQ es de 1.5 a 3 veces, y para desarrollar carcinoma es de 3%. (7,8)

Las pacientes con riesgo de padecer cáncer mamario se pueden identificar con base en la presentación de hiperplasia atípica mamaria y el antecedente familiar de cáncer mamario (9,10,11).

El cáncer mamario ocupa el 2o. lugar de mortalidad en mujeres en México. (12) En la Clínica de Mama del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez del ISSSTE, 8 decada 10 mujeres (80%), que acuden a la consulta por enfermedad benigna de la mama presentaron Mastopatía Fibroquistica

durante 1987-88. ^a

a. Comunicación Personal.

A. FISIOPATOLOGIA

Según Vorherr, la MFQ está determinada por la predominancia de los estrógenos, deficiencia de la progesterona y aumento de la prolactina. La Progesterona contraresta los efectos proliferativos de los estrógenos y da lugar a la diferenciación epitelial y reducción de la mitosis. (2,13).

Los estrógenos aumentan la retención de agua en el tejido conectivo (edema interlobular), mientras que la progesterona modula los efectos locales del estrógeno y facilita la excreción renal de sodio y agua, antagonizando la acción de la aldosterona en la nefrona distal. (14)

En las pacientes con MFQ, se ha encontrado niveles séricos de estrógenos normales o aumentados y la progesterona disminuida con una fase lútea acortada. El incremento en los niveles de prolactina (PRL) se ha explicado por una predominancia de los estrógenos y una deficiencia lútea de la progesterona: Los estrógenos aumentan la secreción de PRL pituitaria, por lo tanto se ha sugerido que la PRL tiene una importancia patógena en la MFQ. (15)

La MFQ es probable que se desarrolle en pacientes con hipertiroidismo debido a que las hormonas tiroideas inducen a una hipersensibilidad del tejido mamario a los estrógenos. (16)

Se ha encontrado, aunque no se ha demostrado que la ingestión de estimulantes del SNC como las metilxantinas (café, chocolate, té y cola) se asocian con el desarrollo de MFQ, estimulando el AMP cíclico y el monofosfato de guanosina en el tejido mamario, favoreciendo de este modo la enfermedad fibroquistica. (17)

B. CLASIFICACION CLINICA Y SINTOMATOLOGIA

El término de mastalgia cíclica, se aplica al dolor mamario premenstrual recurrente, mientras que el dolor mamario sin ningún patrón discernible en el tiempo se define como mastalgia no cíclica. (18)

La mastalgia cíclica es el síntoma mamario más común en la práctica general y en las pacientes de clínica de mama^b: Se caracteriza por dolor bilateral, sensibilidad y turgencia mamaria en la última parte del ciclo menstrual y se alivia al empezar la menstruación. (18)

La mastalgia está relacionada con la irritación nerviosa en el tejido conectivo edematoso. Aproximadamente el 20% de las pacientes con hipersensibilidad mamaria, también tienen agrandamiento y sensibilidad de los ganglios linfáticos axilares. (18)

b. Archivo Clínico.
Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez
ISSSTE 1988.

C. METODOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

a. ULTRASONOGRAFIA

El ultrasonido es particularmente útil para diferenciar las masas sólidas de las quísticas, las palpables de las no palpables. Por otro lado, para hacer un seguimiento mensual y asegurar su simetría y falta de crecimiento. Actualmente, el ultrasonido es la técnica más usual para el seguimiento de las pacientes con MFQ y aún para la detección del carcinoma. (20)

b. MASTOGRAFIA

La mastografía está indicada en pacientes mayores de 35 años: Para pacientes menores de 35 años, debe realizarse el ultrasonido. Sólo en las pacientes con antecedentes de cáncer mamario (madre-hermana) es aconsejable antes de los 35 años. La Mastografía debe realizarse una semana después de la menstruación (menos edema y menos cambios tisulares). En toda paciente con una mastografía o hallazgos clínicos sospechosos, está indicada la biopsia por aspiración. (21)

c. BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA

Está indicada en pacientes con tumor mamario (quistes,

nódulos, áreas induradas), definidos por clínica, mamografía o ultrasonido.

El líquido quístico contiene proteínas, hormonas (PRL, estrógenos, andrógenos, HGC, HG, FSH, LH), glucosa, minerales, colesterol. Además, el epitelio alveoloductal es capaz de sintetizar andrógenos y estrógenos a partir de la pregnenolona. (19)

Dependiendo del tipo de estadio de la enfermedad fibroquística, el contenido quístico puede ser lácteo, cremoso, seroso, amarillento, verde oscuro, verde claro, oscuro, sero-sanguinolento. La reacción inflamatoria abacteriana del proceso quístico, da lugar a los cambios de color. (19).

D. TRATAMIENTO

El tratamiento médico se proporciona con el propósito de detener la progresión de la MFQ y aliviar el dolor y la hipersensibilidad mamaria. El objetivo a largo plazo es revertir los cambios fibroquísticos cuando esto es posible. Debe obtenerse una respuesta terapéutica valorable en los siguientes 3 a 6 meses de iniciado el tratamiento.

Se han utilizado para el tratamiento de la MFQ: diuréticos, hormonas tiroideas, progestágenos (derivados de la progesterona), andrógenos (Danazol), antiestrógenos (tamoxifen), antiprolactina (Bromocriptina), vitaminas (A, B1, B6 y E) y abstinencia de metilxantinas (té, café, chocolate). (22)

a. DIURETICOS

Se han sugerido para el tratamiento de síntomas mínimos como la mastalgia cíclica. Estos pueden ayudar a reducir los síntomas leves y moderados. El uso de éstos ha producido una variedad de resultados y no debe esperarse que produzcan una reducción constante de los síntomas en mujeres con malestar leve o moderado. (23)

b. ANALGESICOS

Según Drukker, los analgésicos tales como los salicilatos, acetaminofén, e ibuprofen, alivian los síntomas leves temporalmente pero no son particularmente útiles para pacientes con dolor severo. (23)

c. DANAZOL

La base terapéutica para el danazol, es su efecto en el hipotálamo, hipófisis y ovario, resultando en una supresión de la función ovarica. Disminuye la secreción de la FSH y LH bloqueando el efecto de dichas hormonas en el tejido ovarico. Los efectos colaterales incluyen: piel grasosa, acné, hirsutismo, hipertensión, disfunción hepática, cefalea y edema. (24)

d. BROMOCRIPTINA

Asumiendo, que la prolactina tiene un papel en el desarrollo de la MFQ, el tratamiento antiprolactina con bromocriptina se ha aplicado y se sostiene que tiene un 60 a 80% de éxito. La bromocriptina tiene ciertos efectos colaterales como nauseas, vómitos, edema, hipotensión, úlcera péptica, cefaleas y alucinaciones en 50 a 60% de las pacientes. (25)

e. VITAMINA E

La base terapéutica de la vitamina E para el tratamiento de la MFQ, es su función como antioxidante. La vitamina E inhibe la oxidación de los constituyentes celulares por lo tanto regula la síntesis de proteínas específicas y enzimas requeridas en la diferenciación de los tejidos. Con la dosis - recomendada de 600 unid/día se ha reportado como benéfica en 85% de las pacientes con MFQ. (2,26)

f. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Las pacientes que toman contraceptivos orales están protegidas para el desarrollo de la MFQ. El tratamiento de la MFQ con contraceptivos orales tiene una tasa de éxito de 70 a 90%. (26)

En algunas mujeres, que utilizan los contraceptivos, el tejido mamario es muy sensible a los estrógenos, por lo tanto se puede usar una preparación con un bajo contenido de estrógenos y un alto contenido de progestina.

El tratamiento racional para el uso de ésta píldora, es reducir la secreción ovarica de estrógenos. (2,26)

g. . CIRUGIA

Para las pacientes con alto riesgo de cáncer mamario, con hallazgos sospechosos, o mujeres con MFQ resistente al tratamiento y mastodinia severa, se recomienda una mastectomía subcutánea o reductora bilateral. Sin embargo casi todas las pacientes de alto riesgo, rechazan esta opción y solicitan un seguimiento estrecho. (26)

2. MATERIAL

Se estudiaron 100 pacientes del sexo femenino, seccionadas en la consulta de Clínica de Mama del C.H. DR. Fernando Quiroz Gutierrez del ISSSTE, con enfermedad benigna de la mama, en el periodo comprendido de enero a junio de 1988.

De este grupo de pacientes 54 incluyeron en el esquema terapéutico de: Naproxen a dosis de 750 mgs/día, Furosemda a razón de 40 mgs/día y sales de potasio, con el objeto de reducir los efectos indeseables de la furosemda.

3. METODO

Se elaboró una hoja de captación de datos que incluía: edad, estado menstruante, paridad, lactancia, uso de anovulatorios, inicio y características de la patología referida por la paciente, resultados en pruebas de diagnóstico, inicio de tratamiento, dosificación, efectos colaterales, evaluación de respuestas en:

Muy buena : (desaparición de signos y síntomas).

Buena : (desaparición de síntomas).

Sin respuesta: (persistencia tanto signos como de síntomas).

Entre los criterios de inclusión se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: pacientes derecho-habientes que sin tratamiento previo se les halla diagnosticado NFQ por medio de ultrasonografía, mastografía, punción-biopsia, biopsia escisional e incisional, determinación de prolactina, progesterona, estradiol, y cuadro clínico sugestivo.

Se tomó como criterio de exclusión a todas aquellas pacientes que no cumplieron con los requisitos de los criterios de inclusión, así como las tratadas, previamente con cualquier tipo de tratamiento.

Como criterios de eliminación se tomaron en cuenta

los siguientes parametros:

- a. Abandono del tratamiento
- b. Necesidad de tratamiento múltiple.
- c. No autorización de la paciente.

Los tratamientos fueron administrados dos semanas previas al periodo menstrual. El tratamiento comenzó en el 10. día de la 2ª fase del ciclo menstrual y se continuó hasta el término del sangrado catamenial, para posteriormente dar dos semanas de descanso sin tratamiento, comenzando nuevamente el ciclo al 14 día.

Las pacientes fueron sometidas a un control clínico mensual por el término de seis meses, valorandose la remisión del dolor, e hipersensibilidad mamaria, así como los posibles efectos secundarios.

Al término del ensayo, se valoró también la reducción del tamaño de los quistes pre-existentes o desaparición de los mismos.

4. RESULTADOS

De las 100 pacientes estudiadas, 75 presentaron MFQ, y las restantes otro tipo de enfermedad como papilomatosis, Fibroadenoma mamario, ectasia ductal, quistes y fistulas.

De las 75 pacientes en sólo 54 se pudo aplicar el tratamiento propuesto. Del grupo de pacientes que presentó MFQ, incluidas en el estudio, se observó que la mayor población se encontró entre 21 y 50 años. Siendo mayor la incidencia en el grupo de 21 a 30 años de edad. (Gráfica 1).

Analizando los resultados en relación a paridad, lactancia y uso de anovulatorios, se encontró que predominó la población con 2 embarazos a término. En cuanto a lactancia y uso de anovulatorios, se obtuvieron cifras de 57.3% y 42.7% respectivamente. (Gráficas 2, 3 y 4).

La respuesta obtenida con el empleo del tratamiento propuesto, fué la siguiente:

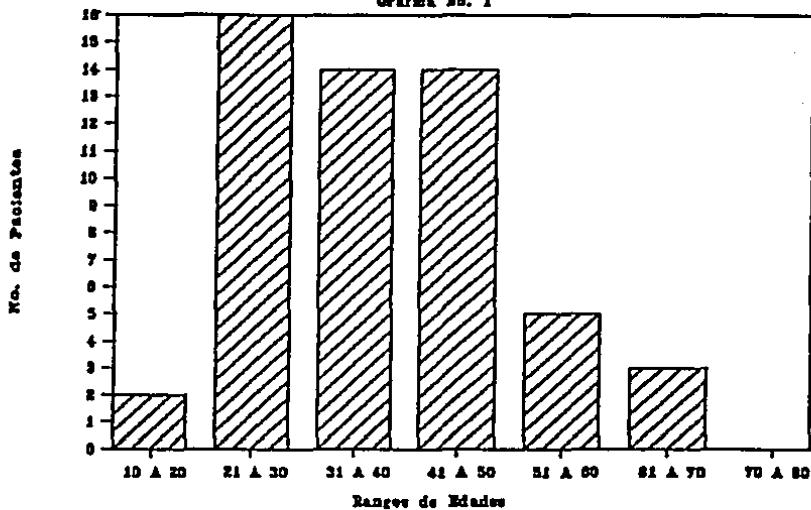
- | | | |
|-------------------|---------|---------------------------|
| a. Muy Buena: | (35.2%) | 16 pacientes |
| b. Buena: | (55.5%) | 31 pacientes |
| c. Sin respuesta: | (9.3%) | 7 pacientes. (Gráfica 5). |

No se presentó complicación alguna en las pacientes

estudiadas. Como efectos secundarios se observó en dos pacientes: gastritis, debido al naproxen, y en otras tres diferentes, mareos y vértigos atribuibles al diurético, pero que en ningún momento les obligó a abandonar el tratamiento.

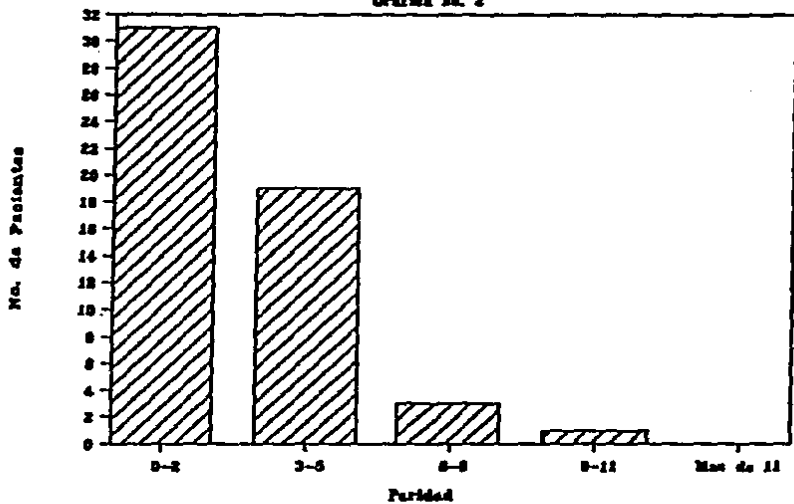
Distribucion por Edades

Grafica No. 1

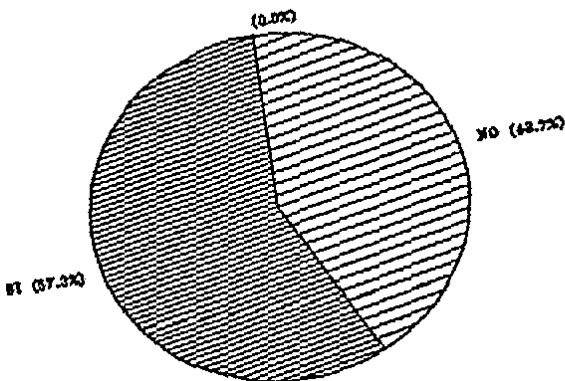


Paridad

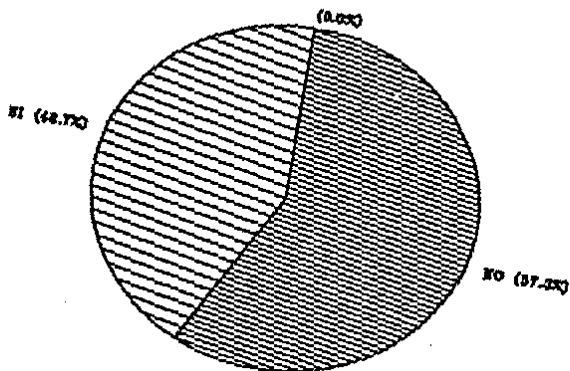
Grafica No. 2



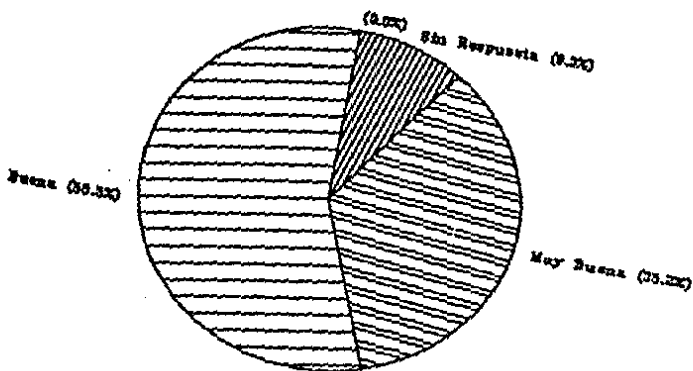
Lactancia
Gráfica No. 3



Uso de Anticonceptivos
Gráfica No. 4



Tipo de Respuesta
Gráfica No. 5



5. COMENTARIOS

La dificultad de un tratamiento quirúrgico para la Mastopatía fibroquística por lo difuso de los cambios patológicos, ha llevado a ensayar múltiples tratamientos farmacológicos no hormonales como diuréticos, antiinflamatorios, complejos vitamínicos, medidas locales y dietéticas. Posteriormente, se han utilizado diversos tratamientos como sustancias estrogénicas, hormonas androgénicas y progestágenos, entre otros.

El presente estudio se realizó con el fin de valorar la eficacia del tratamiento médico de la Mastopatía Fibroquística a base de naproxen, furosemida y sales de potasio, confirmandose el efecto sobre síntomas como el dolor y la tensión mamaria.

La lactancia pareció no afectar favorable ni desfavorablemente la presencia de la MFQ; Asimismo, los anticonceptivos no tuvieron un efecto protector relevante.

Las determinaciones planeadas de hormonas (Prolactina) PRL, (Progesterona) PG, (Estradiol) E2, no fue posible realizarlas por factores técnicos en el laboratorio del hospital.

Los efectos secundarios encontrados son los típicos de los fármacos en estudio y en ningún caso fueron intensos o de carácter permanente.

La enfermedad Fibroquística mamaria, con sus múltiples variables, continúa siendo un reto para el médico. Su aspecto inofensivo y el complejo sintomático multifacético, junto con datos de exploración física variables, requieren conocimiento y experiencia clínica del médico que atiende estos problemas.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En la revisión se encontró que la mayor frecuencia (81.48%) de la Mastopatía Fibroquistica ocurre en las pacientes de 21 a los 50 años de edad, y es aún más frecuente (57.4%) en pacientes nuligestas y con baja paridad.

SEGUNDA: La lactancia pareció no afectar favorablemente ni desfavorablemente la presencia de la MFQ; asimismo, los anticonceptivos no tuvieron un efecto protector relevante.

TERCERA: El tratamiento con naproxen-furosemida (NFK) es un esquema terapéutico efectivo, de bajo costo y con mínimos efectos colaterales en el manejo de la MFQ; considerando globalmente los resultados clínicos obtenidos con el tratamiento propuesto, la respuesta fué satisfactoria en 91.7%, de las 54 pacientes sometidas a dicho esquema terapéutico.

R E S U M E N

La Mastopatía Fibroquistica (MFQ), es sin duda la enfermedad mamaria benigna más frecuente y la incidencia de carcinoma en estas pacientes, está aumentando con respecto a la población general.

Se estudiaron 75 pacientes cuyo diagnóstico de MFQ, se realizó por exploración clínica, ultrasonografía o mamografía, así como determinación de prolactina, progesterona y estradiol en sangre. Las pacientes fueron sometidas a control clínico mensual, siendo tratadas durante seis meses con naproxen, furosemda y sales de potasio (NFK), siendo la vía de administración oral a dosis de 750 mgs/día el naproxen, 40 mgs/día de furosemda, y una tableta de sales de potasio para contrarrestar los efectos de la furosemda, administrandose dichos medicamentos 15 días antes del período menstrual.

Se confirmaron efectos muy favorables sobre el dolor y la tensión mamaria, así como la reducción de los nódulos en algunos casos.

NOMINA BIBLIOGRAFICA

1. Devitt J E: Benign Disorders of the breast in older women. *Sur Gynecol Obstet* 1986; 162:340-342.
2. Vorherr H: Fibrocystic Breast Disease: Pathophysiology, pathomorphology, clinical picture, and management. *Am. J Obstet Gynecol* 1986:161-179.
3. Drukker B H, Mendonca W C: Fibrocystic change and Fibrocystic disease of the breast. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1987; 14:685-702.
4. Thorkild R, Tobiassen T: Patient characteristic and age-dependent sub population in severe Fibrocystic Breast-disease- the Hjorring project. *Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl)* 1984; 123:151-155.
5. De Ward F, et al: Epidemiology and preventions: Workshops report. *Eur J Cancer clin oncol* 1988; 24 (1): 45-48.
6. Day N E, Chamberlain J: Screening for breast cancer: Workshop Report. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1988;24, 1:55-59.
7. Dupont W D Page D L: Risk factors for breast cancer in woman with proliferative, breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312:146-151.
- 8.- Myhre E: Is fibrocystic breast disease a pre-malignant state? *Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl)* 1984; 123:189-191.
9. Anonimus: Cystic disease of the breast. *The lancet* 1985; 253-254.

10. Berg, J W : Clinical implications of risk factors for breast cancer. Cancer 1984; 53:589-591.
11. Ginecología y obstetricia temas actuales Drukker B H, Mendonca W C, 1987 Interamericana España. Traductor: Félix García Ruiz 1987 (3) 594-607.
12. Secretaría de Salud: Registro Nacional de Cáncer. México, D.F. 1987.
13. Rose D P , Lahti H, Laakso K, et al: Serum and Breast duct Breast duct fluid, prolactin and estrogen levels in Healthy Finish and american woman and patients with Fibrocystic Disease. Cancer 1986; 57: 1550-1554.
14. Carlstrom K Doberl A, Gershagen S, Rannevik G, Rasmussen T Tobiasen T: Elevated peripheral levels of androgens and of some steroid sensitive plasma, proteins in patients with severe Fibrocystic Breast Disease. Acta Obstet Gynecology scand (suppl) 1984; 123: 157-158.
15. Lipnick R, Speizer F, Bain C, Willet W, Rosner B, Stampfer M et al.: A case-control Study of Risk indicators Among Women with Premenopausal and early postmenopausal Breast Cancer. Cancer 1984; 53: 1020-1024.
16. Hutter R V Goodbye to Fibrocystic Disease N. Engl. J. Med 1985; 312: 179-81.
17. Blichert Toft, M, Boolsen S W : Clinical approach to women severe mastalgia and the Therapeutics possibilities. Acta Obst Gynecool Scand (Suppl) 1984; 123: 185-188.

18. Sutton GL, O' Malley V P: Treatment of ciclical mastalgia with low dose short term Danazol. Brit Clin Practice 1986; 402:68-70.
19. Doberl A, Tobiassen T, Rasmussen T.: Treatment of recurrent cyclical mastodinia in patients with Fibrocystic Disease. Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl) 1984; 123: 177-184.
20. Tobiassen T, Tasmussen T, Doberl A, Rannevik G: Danazol treatment of Severely Symptomatic Fibrocystic Breast Disease and long term follow-up The Hjørring project. Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl) 123:159-176, 1984.
21. Corenblum B Taylor P. et al: Seguimiento a largo plazo de mujeres hiperprolactinémicas tratadas con Bromocriptina. Fertility and Sterility 1983; 40:596-599.
22. Hinton G P, Bishop H M, Holliday H W, et al: A Double blind controlled trial of Danazol and Bromocriptine in the management of server cyclical Breast Pain. Brit y Clin Practice. 1986; 40:326-330.
23. López-Rosales C, Castellanos-Rodríguez J, García MRC: Tratamiento de la Mastopatía Fibroquistica con Bromocriptina. Gin Obst Mex. 1985; 53: 233-236.
24. Miranda H, Serrano J, Díaz R. Tratamiento de las enfermedades benignas de la mama con Danazol. Reinreso de Rev. H0sp. Gral. 1981: 44(1).
25. Mansel R E : Revisión del papel de la Bromocriptina en la enfermedad mamaria sintomática. Forums 1982; 3 (1): 61-67.

26. Leal del Rosal J: Utilidad de la Bromocriptina en el tratamiento de la enfermedad fibroquística mamaria. Investigación médica internacional 1986; 12 (4): 315-320.

A N E X O S

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ G."

CLINICA DE MAMA

IDENTIFICACIONNOMBRE _____ EDAD _____ N^o. CEDULA _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____ CESAREA _____

LACTANCIA _____ ANOVULATORIOS _____ CONSENTIMIENTO _____

CUADRO CLINICO

INICIO _____

CARACTERISTICA _____
_____EVOLUCION _____
_____EXPLORACION FISICA

NODULO

SI

NO

LOCALIZACION _____

TAMARO _____

DOLOR _____

CONSISTENCIA _____

BORDES _____

AREA INDURADA

SI

NO

AREA DE RENITENCIA

SI

NO

ESCURRIMIENTO

SI

NO

AXILA

SI

NO

METODOS DE DIAGNOSTICOFUNCION BIOPSIASINOBIOPSIA ASPIRACIONSINOMASTOGRAFIASINOULTRASONIDOSINOHORMONALES

PROGESTERONA () PROLACTINA ()

ESTRADIOL () OTROS ()

TRATAMIENTOMEDICAMENTOSDOSESDURACION DEL TRATAMIENTOEFFECTOS INDESEABLESRESULTADOSMUY BUENOSBUENOSSIN RESPUESTACOMENTARIOS