

11217
162
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL " LUIS CASTELAZO AYALA "

"ANALISIS CLINICO-PATOLOGICO DE
628 CASOS DE FIBROADENOMA MAMARIO"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL

DR. JORGE VILLAVICENCIO CASTAÑEDA

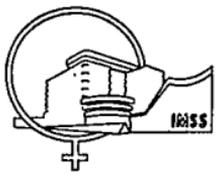
[Handwritten signature]

Director de Tesis: DR. RICARDO ROMERO JAIME

Servicio: ONCOLOGIA

Depto: TUMORES DE MAMA

[Handwritten signatures]



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE

1991



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 está 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.

. INDICE .-

1.- AGRADECIMIENTOS	1
2.- HISTORIA.....	2
3.- INTRODUCCION	3
4.- MATERIAL Y METODOS	6
5.- RESULTADOS	7
6.- DISCUSION	14
7.- RESUMEN Y CONCLUSIONES	29
8.- BIBLIOGRAFIA	31

. AGRADECIMIENTOS .-

- A MIS PADRES, HERMANOS Y MAMAMECHE
CON MUCHISIMO CARINO.

- AL Dr. GUZMAN NAVARRO POR LA CONFIANZA
QUE DEPOSITO EN MI.

- A LOS DRES: LUIS CASTAÑEDA, VELASCO
ALMEIDA, WULFOVICH, DEL REGIL, DERGAL,
CERVANTES, KATZ, SANCHEZ ACUÑA, SENTIES,
LOPEZ RANGEL, TORREBLANCA, BAILON, RIOS
MONTIEL, ROMERO JAIME, ROJAS, MACIAS,
JIMENEZ CORDERO, HERNANDEZ ESCORSA, ASI
COMO AL LIC. DAVID GILLEN, POR SU INIERES Y
APOYO EN MI FORMACION COMO MEDICO Y ESPECIALISTA.

HISTORIA

. HISTORIA .-

EL FIBROADENOMA MAMARIO FUE RECONOCIDO DESDE HACE MAS DE 150 AÑOS POR SIR ASTLEY COOPER, QUIEN LO DENOMINO "TUMOR MAMARIO CRONICO", POSTERIORMENTE, CHEATLE LOS CLASIFICO DEACUERDO A LA RELACION ENTRE PROLI-FERACION EPITELIAL Y TEJIDO FIBROSO. Mc-FARLAND LOS DENOMINO FIBROMAS PERICANALICULAR-RES. GÜTHERT ENCONTRO QUE LA ESTRUCTURA INTRACANALICULAR Y PERICANALICULAR COEXISTIA EN TODOS LOS TUMORES. POR SU PARTE, HAAGEN-SEN LOS SENALO COMO "ADENO-FIBROMAS". (1)

LOS LIBROS DE TEXTO MEDICOS CONTIENEN SECCIONES DEDICADAS A ENFERMEDADES MAMARIAS BENIGNAS, PERO NINGUNO ES TAN COMPLETO COMO EL CLASICO DE HAAGENSEN "DISEASES OF THE BREAST", PUBLICADO POR VEZ PRIMERA EN 1957.

INTRODUCCION

INTRODUCCION .-

ESTA ES CON MUCHO, LA NEOPLASIA BENIGNA MAS FRECUENTE DE LA MAMA EN MUJERES MENORES DE 25 ANOS. EN UN GRUPO DE 402 PACIENTES ESTUDIADAS POR HAAGENSEN, 25% PRESENTABAN MENOS DE 25 AÑOS Y SOLO 2.5% ERAN DE EDAD POSTMENOPAUSICA. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACION DEL TUMOR ES DE 33 ANOS. (1)

LOS FIBROADENOMAS SON INDOLOROS, DE CRECIMIENTO LENTO Y SIN MODIFICACIONES RELACIONADAS CON EL CICLO MENSTRUAL. LA PACIENTE SUELE DESCUBRIRLOS INCIDENTALMENTE. SI BIEN SE HA SUGERIDO ALGUNA RELACION ENTRE LA FORMACION DEL FIBROADENOMA Y LA CONCENTRACION DE ESTROGENOS CIRCULANTES, ESTE FENOMENO NO HA SIDO BIEN ESTUDIADO, SIN EMBARGO SU APARICION DURANTE LA PUBERTAD Y LA EDAD ADULTA TEMPRANA SUGIEREN UNA FUERTE RELACION CON LOS CAMBIOS HORMONALES QUE OCURREN EN ESTA ETAPA DE LA VIDA DE LA MUJER. ASI MISMO LOS CAMBIOS QUE SE SUSCITAN

DURANTE LA GESTACION Y LA LACTANCIA O BIEN CON LA ADMINISTRACION DE HORMONAS EXOGENAS PARECEN JUSTIFICAR ESTA HIPOTESIS. DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOLOGICO PUEDEN DISTINGUIRSE UNA ESTRUCTURA EPITELIAL Y UN COMPONENTE ESTROMAL.

LA PALPACION DEL FIBROADENOMA DEMUESTRA QUE ES UN TUMOR LISO, INDOLORO, MOVIL Y DE CONSISTENCIA DE CAUCHO, QUE SE DESLIZA ENTRE LOS DEDOS DEL EXAMINADOR. PUEDE HABER FIBRO-ADENOMAS MULTIPLES EN UNA O AMBAS MAMAS EN CASI EL 15% DE LAS PACIENTES. (5)

EL FIBROADENOMA JUVENIL, UNA VARIANTE DE ESTE TUMOR, TIENE CRECIMIENTO RAPIDO EN ADOLESCENTES, SOBRE TODO ENTRE LOS 12 Y 16 AÑOS DE EDAD Y PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL. ESTA LESION MAMARIA PUEDE ALCANZAR PROPORCIONES ENORMES, A VECES DE HASTA 10-19cm DE DIAMETRO, EN ESTAS PACIENTES; ES MAS FRECUENTE EN MUJERES DE RAZA NEGRA. EL TRATAMIENTO ES QUIRURGICO, CONSERVANDO TANTO TEJIDO MAMARIO NORMAL COMO SEA POSIBLE. EL DIAGNOSTICO DIFE-

-RENCIAL INCLUYE LA HIPERTROFIA VIRGINAL Y EL CISTOSARCOMO FILODIO. (2)

ALGUNOS FIBROADENOMAS SUFREN INFARTO, INDEPENDIENTEMENTE DE SU TAMANO (3) Y OTROS HIALINIZACION SOBRE TODO EN LAS PACIENTES DE EDAD AVANZADA. EN RARAS OCASIONES SE ASOCIA A CARCINOMA MAMARIO FUNDAMENTALMENTE EL LOBULI-LLAR.

LA IMPORTANCIA DE ESTA ENTIDAD CLINICA EN CUANTO A EDAD DE PRESENTACION, ES QUE SE PUEDE PRESENTAR EN ETAPAS TAN TEMPRANAS COMO A LOS 10 AÑOS Y TAN TARDIAS COMO A LOS 85 AÑOS.

MATERIAL Y METODOS

. MATERIAL Y METODOS .-

SE ANALIZARON LOS EXPE-
-DIENTES DE 628 PACIENTES, EN EL PERIODO COM-
-PRENDIDO DE JULIO/85 - JULIO/90, EVALUANDO
LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA" DEL INSTITU-
-TO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL., Y QUE FUERON
REMITIDAS AL SERVICIO DE ONCOLOGIA, DEPARTAMENTO
DE TUMORES DE MAMA, CON DIAGNOSTICO DE FIBROADE-
-NOMA MAMARIO Y A LAS CUALES SE LES MANEJO
QUIRURGICAMENTE POR MEDIO DE BIOPSIA ESCISIONAL.

= EN TODOS LOS PACIENTES SE TABULARON
LOS SIGUIENTES PARAMETROS:

- . EDAD
- . LOCALIZACION ANATOMICA
- . SEXO
- . RESULTADO HISTOPATOLOGICO
- . DX. PREOPERATORIO
- . ASOCIACION CON
OTRAS PATOLOGIAS
- . DX. POSTOPERATORIO

RESULTADOS

RESULTADOS .-

LAS PACIENTES MAS JOVENES

TENIAN 13 AÑOS Y LA DE MAYOR EDAD 68 AÑOS.

LA FRECUENCIA MAXIMA SE PRESENTO DURANTE LA TERCERA DECADA DE LA VIDA, ALCANZANDO EL 41%, LE SIGUIERON EN ORDEN DE FRECUENCIA LAS PACIENTES COMPRENDIDAS EN LA CUARTA DECADA, CON 27% Y LAS DE LA SEGUNDA DECADA CON 17%. PACIENTES INCLUIDAS EN LA QUINTA DECADA DE LA VIDA REPRESENTARON EL 11%. A PARTIR DE LOS 50 AÑOS, LOS CASOS FUERON RELATIVAMENTE POCOS, CON 4% EN LAS 2 DECADAS SIGUIENTE. (TABLA No. 1)

626 CASOS CORRESPONDIERON A PACIENTES FEMENINAS, OBSERVANDOSE UNICAMENTE 2 CASOS DE FIBROADENOMAS EN PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. (GRAFICA No. 1)

LA FRECUENCIA FUE DISCRETAMENTE MAYOR EN LA GLANDULA MAMARIA DERECHA EN 50% DE LAS

PACIENTES EN RELACION A LA MAMA IZQUIERDA QUE PRESENTO UNA INCIDENCIA DE 42%. LAS PACIENTES CON FIBROADENOMAS BILATERALES CORRESPONDIERON AL 8% DE LOS CASOS. (GRAFICA No. 2)

EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO EN 87.4% DE LAS PACIENTES FUE DE FIBROADENOMA MAMARIO EXCLUSIVAMENTE O EN ASOCIACION CON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE LA MAMA. EN 12.6% DE LAS PACIENTES EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO FUE DE CARCINOMA MAMARIO, RESULTANDO FIBROADENOMA EN EL ACTO QUIRURGICO Y ESTOS FUERON CORROBORADOS EN EL ESTUDIO HISTO-PATOLOGICO. UNICAMENTE EN 2 PACIENTES (.4%) CON DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE FIBROADENOMA, EN EL ESTUDIO HISTO-PATOLOGICO SE IDENTIFICARON COMO CARCINOMAS DUCTALES INFILTRANTES. (TABLA No. 2)

ASI PUES, EL DIAGNOSTICO SE CORROBORO EN 87% DE LAS PACIENTES Y FUE ERRONEO EN 13% (GRAFICA No. 3) .

FIBROADENOMA MAMARIO

RESULTADO

EDAD

EDAD	NUMERO	%
10 - 19	107	17
20 - 29	259	41
30 - 39	168	27
40 - 49	70	11
50 - 59	17	3
60 - 68	7	1
TOTAL	628	100

TABLA I

FIBROADENOMA MAMARIO

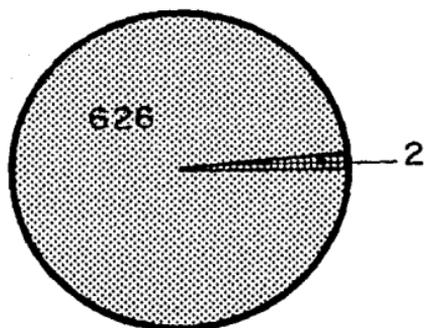
DIAGNOSTICO

Dx PREOPERATORIO	NUM.	%	REPORTE HISTOPATOLOGICO	NUM.	%
FIBROADENOMA MAMARIO	516	82.2	FIBROADENOMA	514	81.8
			CARCINOMA MAMARIO	2	.4
CARCINOMA MAMARIO	79	12.6	FIBROADENOMA	79	12.6
MASTOPATIA FIBROQUISTICA Y FIBROADENOMA	33	5.2	FIBROADENOMA Y MASTOPATIA	33	5.2
TOTAL	628	100.0		628	100.0

TABLA 2

FIBROADENOMA MAMARIO

SEXO



TOTAL 628 CASOS



FEMENINO

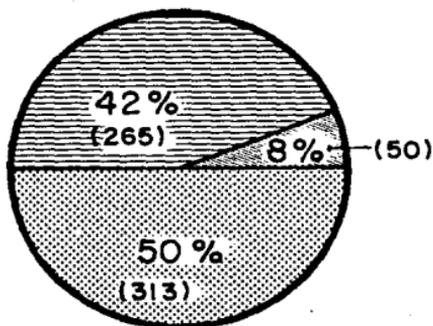


MASCULINO

GRAFICA I

FIBROADENOMA MAMARIO

LADO AFECTADO



TOTAL 628 CASOS



DERECHO



IZQUIERDO

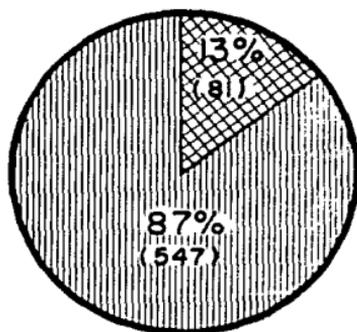


BILATERAL

GRAFICA II

FIBROADENOMA MAMARIO

DIAGNOSTICO



TOTAL 628 CASOS



DIAGNOSTICO CORROBORADO



INCONGRUENCIA CLINICO-PATOLOGICA

GRAFICA III

DISCUSSION

DISCUSION .-

EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA, EL FIBROADENOMA MAMARIO OCUPA EL TERCER LUGAR DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y SOLO LO SUPERAN LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA Y EL CARCINOMA (1). EN NUESTRO PAIS, TOMANDO COMO MODELO EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, OCUPA EL SEGUNDO LUGAR EN FRECUENCIA, SOLO SIENDO SUPERADO POR LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA. SIN EMBARGO COMO CAUSA DE INTERNAMIENTO Y DE CIRUGIA CORRESPONDE AL PRIMER LUGAR. EN EFECTO, DE JULIO/85 A JULIO/90, FUERON DETECTADOS EN EL HOSPITAL 628 PACIENTES CON FIBROADENOMA MAMARIO.

ESTA CIFRA ES CONSIDERABLEMENTE ALTA SI LA COMPARAMOS CON LA REPORTADA POR HAAGENSEN QUIEN DE 1936 A 1972, EN LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA DE NUEVA YORK (USA), FUE CONSULTADO POR 402 PACIENTES CON FIBROADENOMA. ESTA

FRECUENCIA TAN ELEVADA EN NUESTRO HOSPITAL OBEDECE A RAZONES DEMOGRAFICAS NO COMPARABLESEN LA ACTUALIDAD, Y ADEMAS HAY QUE CONSIDERAR QUE NUESTRO HOSPITAL SE CONCENTRAN PRACTICAMENTE TODAS LAS PACIENTES DE LA ZONA SUR DEL VALLE DE MEXICO, ESTADOS CIRCUNVECINOS E INCLUSIVE ALGUNAS PACIENTES REMITIDAS DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA. EN LA PROVINCIA DE QUEBEC, CANADA, EN UN ESTUDIO EFECTUADO POR EL NATIONAL STUDY OF BREAST CANCER SCREENING, ENTRE 8512 MUJERES ENTRE LOS 40 Y 59 ANOS DE EDAD, DESCHENNES Y COLABORADORES ENCONTRARON UNA PREVALENCIA DE 8.3:1000 PACIENTES CON FIBROADENOMA MAMARIO. (4)

PARA HAAGENSEN LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA ESTA COMPRENDIDA ENTRE LOS 20 Y LOS 45 AÑOS DE EDAD. NO OBSTANTE SI ANALIZAMOS SU TABLA PODEMOS APRECIAR QUE EL 43.8% CORRESPONDEN A PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS Y EL 34.8% A

PACIENTES DE 35 A 45 AÑOS DE EDAD. PARA FERNANDEZ CID Y COLABORADORES, LA EDAD DE APARICION PARA ESTE TIPO DE NEOPLASIAS CORRESPONDE A LA TERCERA DECADA DE LA VIDA, AUNQUE NO DEJA DE RECONOCER QUE PUEDE PRESENTARSE EN ADOLESCENTES MENORES DE 20 AÑOS Y EN JUJERES DE EDAD AVANZADA. (5)

EN NUESTRO ESTUDIO, LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA FUE ENTRE LOS 20 Y 29 AÑOS (41%), ES DECIR, MUY SIMILAR A LA DE LOS AUTORES ANTERIORMENTE MENCIONADOS. UN PORCENTAJE BAJO PERO DE IMPORTNACIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON EL CARCINOMA MAMARIO CORRESPONDE A LAS PACIENTES DE MAS DE 50 AÑOS DE EDAD (4%), ES DECIR LAS MUJERES POSTMENOPAUSICAS., ESTAS EN LA SERIE DE HAAGENSEN CORRESPONDIERON A 2.5% Y EN LAS ENFERMAS ESTUDIADAS POR EL NATIONAL STUDY OF BREAST CANCER SCREENING (4) ESTE PORCENTAJE CORRESPONDE AL 0.83%, CONSIDE-

-RABLEMENTE MAS BAJO QUE EL REPORTADO POR NOSOTROS Y POR HAAGENSEN.

OTRO DATO DE SUMO INTERES PATOLOGICO, CORRESPONDE A LA PRESENCIA DE 2 FIBROADENOMAS EN JOVENES MASCULINOS, QUE CORRESPONDE A 1:314 FIBROADENOMAS. CIFRA BAJA EN RELACION A LA QUE SE PRESENTA EN EL SEXO FEMENINO PERO INTERESANTE DESDE EL PUNTO DE VISTA PATOLOGICO POR SU RAREZA, PUES NI HAAGENSEN NI PEREZCID EN SUS SERIES MENCIONAN ESTA PATOLOGIA.

ASHIKARI, EN UNA SERIE DE 169 PACIENTES, TAMPOCO ENCONTRO ALGUN CASO DE FIBRADENOMA EN VARONES. (6)

EN CUANTO AL LADO AFECTADO, EN LA GRAFICA No. 2 PODEMOS APRECIAR UN DISCRETO PREDOMINIO DEL LADO DERECHO, SIN EMBARGO EL VALOR DE PROBABILIDAD ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO ($P:.001$). ESTE DATO TAMBIEN ES DE UNA GRAN IMPORTANCIA PORQUE HASTA EL MOMENTO NO SE HABIA SENALADO QUE HUBIESE UN PREDOMINIO DEL LADO

DERECHO SOBRE EL IZQUIERDO Y POR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA, MUCHO MAYOR QUE LA DE OTROS AUTORES CON GRAN EXPERIENCIA COMO HAAGENSEN Y ASHIKARI (1,6) TIENE GRAN SIGNIFICACION.

EL DIAGNOSTICO DEL FIBROADENOMA EN MUJERES JOVENES NO REVISTE MAYOR PROBLEMA COMO LO PODAMOS APRECIAR EN LA TABLA II, EN LA QUE SE APRECIA UN DIAGNOSTICO PREOPERATORIO , CONFIRMADO POR HISTO-PATOLOGIA DEL 87%. EL FIBROADENOMA ES UNA LESION BIEN DELIMITADA, REDONDEADA, DISCOIDE O LOBULADA, DE CONSISTENCIA SOLIDA O LIGERAMENTE BLANDA O ELASTICA. EN LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS CON FRECUENCIA SON DE CONSISTENCIA MUY SIMILAR A LA DEL CARCINOMA MAMARIO, ESTO SE DEBE A QUE ALGUNOS DE ELLOS SE ENCUENTRAN CALCIFICADOS. OTRA DE SUS CARACTERISTICAS ES SU GRAN MOVILIDAD, ATRIBUIBLE A LA FALTA DE PROLIFERACION FIBROBLASTICA EN LA PERIFERIA DEL TUMOR A DIFERENCIA DEL CARCINOMA QUE PRODUCE UNA GRAN REACCION DESMOPLAS-

-TICA. ESTO TAMBIEN IMPIDE QUE SE PRODUZCAN RETRACCIONES DE PEZON, DE LA PIEL O SU FIJACION A TEJIDOS SUBYASCENTES, COMO SUCEDE EN EL CARCINOMA. TAMBIEN SU LENTO CRECIMIENTO EN ALGUNAS DE LAS PACIENTES PERMITE DIFERENCIARLOS DEL CARCINOMA. TUMORES GRANADES COMO EL FIBROADENOMA GIGANTE O LOS FIBROADENOMAS MULTIPLES PUEDEN OCASIONALMENTE PRODUCIR CAMBIOS EN LA MORFOLOGIA DE LA MAMA Y OCASIONAR POR LO TANTO CIERTA ACONFUSION EN EL DIAGNOSTICO. EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES QUISTICAS RESULTA EN OCASIONES DIFICIL, PORQUE AMBOS SON DE BORDES BIEN CIRCUNSCRITOS Y DE CONSISTENCIA SIMILAR, NO OBSTANTE ESTO PUEDE DIFERENCIARSE MEDIANTE UNA CITOLOGIA POR ASPIRACION, YA QUE DE TRATARSE DE UN QUISTE SE OBTENDRA LIQUIDO Y EN CASO CONTRARIO PODRA ESTABLECERSE EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE FIBROADENOMA.

EN PACIENTES DE 30 AÑOS O MAS, RESULTA GRAN AYUDA DIAGNOSTICA EL ESTUDIO MASTOGRAFICO,

E INCLUSIVE PUEDE PROPORCIONAR ALGUNOS SIGNOS QUE NOS SON DE UTILIDAD PARA DETERMINAR SI SE TRATA DE UNA LESION BENIGNA O BIEN MALIGNA.

EN EL CASO DEL FIBROADENOMA, LAS LESIONES SON REDONDAS CON BORDES REGULARES, PRESENTANDO UN "HALO DE SEGURIDAD", NO SE OBSERVA RETRACION DEL PEZON, DE LA PIEL O DENSIDADES ASIMETRICAS CON MICROCALCIFICACIONES. POR EL CONTRARIO, EN EL CANCER LAS LESIONES SON DE BORDES DIFUSOS, IRREGULARES, ESPICULADOS O ESTRELLADOS, CON INFILTRACION HACIA LOS TEJIDOS VECINOS Y POR SU GRAN FORMACION DESMOPLASTICA FRECUENTEMENTE RETRAEN LA PIEL, EL PEZON O DISTORSIONAN EL TEJIDO MAMARIO, PUEDEN PRESENTAR MICROCALCIFICACIONES. EN MUJERES MENORES DE 30 AÑOS ANTE UNA LESION BIEN DELIMITADA Y MOVIL PUEDE PRESUMIRSE QUE SE TRATE DE UN FIBRADENOMA. OTROS ESTUDIOS COMO SON LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA Y LA RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR ADEMAS DE SER SUMAMENTE COSTOSOS, NO REPRESENTAN MAYOR UTILIDAD E INCLUSO, EN EL

CASO DE LA RESONANCIA MAGNETICA, LAS IMAGENES ENCONTRADAS SON MUY VARIABLES, AL GRADO QUE DIFICULTAN LA DIFERENCIACION DE LESIONES BENIGNAS O MALIGNAS. (9) LA SONOGRAFIA ES UN BUEN PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO ENTRE LESIONES SOLIDAS Y QUISTICAS, PERO NO ES DE GRAN AYUDA PARA INTENTAR DETERMINAR CARACTERISTICAS DE BENIGNIDAD O BIEN DE MALIGNIDAD.

ASI PUES, EL DIAGNOSTICO MAS EFICAZ SERA EL HISTOPATOLOGICO PARA LO CUAL SIEMPRE SERA RECOMENDABLE SOLICITAR UN ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, DE PREFERENCIA TRANSOPERATORIO, PUES INDEPENDIEN-
-TEMENTE DE LA EXPERIENCIA DEL CIRUJANO O DEL PATOLOGO, EN NO POCAS OCASIONES CUANDO SE PRE-
-SUPONE DEL ASPECTO MACROSCOPICO COMO UN FIBRO-
-ADENOMA, RESULTA EN UN CARCINOMA, CON TODAS LAS IMPLICACIONES QUE ESTO CONLLEVA.

MICROSCOPICAMENTE EL FIBROADENOMA MAMARIO POSEE AUMENTO VARIABLE DE TEJIDO EPITELIAL Y ESTROMAL, CON DOS PATRONES DE CRECIMIENTO:

1) INTRACANALICULAR 2) PERICANALICULAR.

TAMBIEN SE LES HA CLASIFICADO DEACUERDO A SU TAMAÑO. LAS ESTRUCTURAS EPITELIALES SON DE ORIGEN LOBULAR Y PRESENTAN CAMBIOS SE-
-CRETORIOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, ESTOS CAMBIOS PUEDEN OCASIONAR UN CRECIMIENTO RAPIDO DEL TUMOR, PARTICULAMENTE EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION, PUDIENDO ORIGINAR, ADEMAS DE LOS CAMBIOS OCASIONADOS POR EL EMBARAZO, CAMBIOS QUISTICOS, METAPLASIA APOCRINA, ADENO-
-SIS ESCLEROSANTE, EPITELIOSIS, HIPERPLASIA LOBULAR ATIPICA Y EVENTUALMENTE CARCINOMA (6, 7). EN NUESTRA CASUISTICA, UNICAMENTE DOS CARCINOMAS DUCTALES FUERON DETECTAADOS, POR OTRA PARTE, ES MAS FRECUENTE QUE SE PRESENTEN CARCINOMAS LOBULARES IN SITU QUE DUCTALES.

EL COMPONENTE ESTROMAL DEL FIBROADENOMA OCASIONALMENTE PUEDE PRESENTAR UNA ESTRUCTURA MIXOMATOSA, PRINCIPALMENTE EN MUJERES JOVENES.

EN PACIENTES DE MAYOR EDAD TIENDEN A HIALI-

-NIZARSE Y OCASIONALMENTE UN FIBROADENOMA CON ESTROMA CELULAR PROFUSO PODRIA DIFICULTAR LA DISTINCION DE UN CISTOSARCOMA FILOIDES, AUNQUE LA CELULARIDAD VARIA EN ESTAS DOS LESIONES Y EN ESTE ULTIMO SON FRECUENTES LOS QUISTE.

EL INFARTO ESPONTANEO PUEDE PRESENTARSE EN EL FIBROADENOMA, PERO LA COMPLICACION NO ES COMUN. EN NUESTRO GRUPO ESTUDIADO NO OBSERVAMOS ESTA PROBABILIDAD.

EL FIBROADENOMA JUVENIL AUNQUE SE PRESENTA EN UN NUMERO REDUCIDO DE PACIENTES, CRECE RAPIDAMENTE Y ALCANZA DIMENSIONES QUE PUDEN LLEGAR HASTA 12cm. (8). EN NUESTRA CASUISTICA, DE 107 PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS, SOLO EL 2.1% PUDIERON CONSIDERARSE DE TIPO JUVENIL, SI BIEN NINGUNO DE ELLOS ALCANZO LAS DIMENSIONES YA REFERIDAS. EL FIBROADENOMA GIGANTE INTRACANALICULAR SE HA REPORTADO COMO LA ACAUSA MAS COMUN DE DEFORMIDAD MASIVA Y ALARGAMIENTO DEL SENO EN MUJERES ADOLESCENTES, SU INCIDENCIA

ES BAJA, HAAGENSEN EN SU SERIE DE 402 PACIENTES, UNICAMENTE ENCONTRO 7 PACIENTES CON ESTA PATOLOGIA ENTRE LOS 12 Y LOS 16 ANOS, EN TODOS LOS CASOS FUE SUFICIENTE LA ESCISION PARA LOGRAR LA CURACION (1,10)

UN HALLAZGO FRECUENTE AL EFECTUAR LA BIOPSIA POR FIBROADENOMA ES LA MASTOPATIA FIBRO-QUISTICA, SI BIEN EN NUESTRA SERIE UNICAMENTE LA OBSERVAMOS EN EL 5% DE LAS PACIENTES. LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA TIENDE A PRESENTARSE ENTRE LOS 36 Y LOS 56 AÑOS DE EDAD, AUNQUE EL RANGO INCLUYE MUJERES JOVENES Y POSTMENOPAU-SICAS EN LAS QUE LA FRECUENCIA PUEDE LLEGAR HASTA EL 70% (11), LA ASOCIACION DE ESTA PATOLOGIA CON EL FIBROADENOMA PUEDE SER DE HASTA 63% (11).

EN MUJERES DE MENOS DE 25 AÑOS, LOS FIBROADE-NOMAS SE PRESENTAN CON CIERTA FRECUENCIA, LAS LESIONES MALIGNAS SON POCO FRECUENTES POR NO DECIR EXCEPCIONALES Y CONSECUENTEMENTE NO

SE JUSTIFICA UNA BIOPSIA SI NO EXISTE UN TUMOR FRANCO, FURNIVAL, EN UN GRUPO DE 70 MUJERES ENTRE LOS 17 Y 25 AÑOS DE EDAD, OBSERVO UNA CONDUCTA DE VIGILANCIA, A 23 DE ELLAS HUBO DE EFECTUARLES BIOPSIA, ENCONTRANDO UN PORCENTAJE ELEVADO DE FIBROADNOMA, UNA PROPORCION MENOR DE LESIONES HIPERPLASTICAS SIN ATIPIAS (12), OCASIONALMENTE LA HIPERPLASIA ATIPICA SE PRESENTA DENTRO DEL MISMO FIBRADENOMA; LACOMBE REPORTO 7 CASOS DE FIBROADENOMAS QUE SE CARACTERIZARON POR UNA HIPERPLASIA O PROLIFERACION EXHUBERANTE DENTRO DEL LUMEN DE LOS DUCTOS, HISTOLOGICAMENTE SON SIMILARES A LOS DESCRITOS POR AZZOPARDI Y QUE EL DENOMINO "ARGYROPHILIC CELLS IN FIBROADENOMA OF THE BREAST", ESTAS CORRESPONDEN AL MICROSCOPIO A UNA HIPERPLASIA EPITELIAL ATIPICA DE CELULAS CLARAS, DIFERENTE DEL CARCINOMA LOBULILLAR IN-SITU. EL TRATAMIENTO DE ESTAS LESIONES ES LA LUMPECTOMIA. LA IMPORTANCIA DE ESTAS LESIONES RADICA EN QUE SU

DESCONOCIMIENTO PUEDE LLEVAR A COMETER EL ERROR DIAGNOSTICO DE CONSIDERAR A UN CARCINOMA DESARROLLADO DENTRO DE UN FIBROADENOMA DEL SENO (13).

OTRO HECHO QUE INDUDABLEMENTE EXPLICA LA ETIOLOGIA DE LOS FIBROADENOMAS, RADICA EN QUE PRESENTAN RECEPTORES ESTROGENICOS POSITIVOS POR ARRIBA DE 10fmol/mg, TANTO EN EL CITOPLASMA COMO EN EL NUCLEO. EN EFECTO, NARDELI, ESTUDIANDO LOS RECEPTORES HORMONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD BENIGNA DEL SENO, EN MASTOPATIA CON QUISTES GRANDES Y EN FIBROADENOMAS, UNICAMENTE ENCONTRO EN ESTOS ULTIMOS LOS RECEPTORES ESTROGENICOS ELEVADOS, NO ASI LOS RECEPTORES DE PROGESTERONA QUE UNICAMENTE LOS ENCONTRO ELEVADOS EN EL CITOPLASMA MAS NO EN EL NUCLEO (PgR 43.5-50 fmol/mg EN EL CITOPLASMA CONTRA 0.2-10 jmol/mg EN EL NUCLEO). (14)

EL REPORTE DE CARCINOMA MAMARIO LOBULILLAR IN SITU, INTRADUCTAL IN SITU O INVASORES DENTRO DEL FIBROADENOMA ES UNA ENTIDAD SUMAMENTE RARA.

OZZELLO Y GUMP, EN 1985, REPORTARON 38 PA--
-CIENTES EN LAS CUALES NO SE HABIA SOSPECHADO
CARCINOMAS LOBULILLARES EN FIBROADENOMAS, LAS
COMPARARON CON OTRAS 56 DESCRITAS EN LA LITERA-
-TURA Y LLEGARON A LA CONCLUSION DE QUE TANTO
LA CONDUCTA BIOLOGICA Y CLINICA FUE SIMILAR
A LA DE AQUELLOS TUMORES LOCALIZADOS FUERA
DE LOS FIBROADENOMAS Y CONSECUENTEMENTE EL
TRATAMIENTO DEBE REALIZARSE DE ACUERDO A LA
ETAPA CLINICA. OTRO HECHO DE INTERES RADICA
EN QUE AUN Y CUANDO SE TENGA LA CERTEZA DE
QUE SE TRATE DE UN FIBROADENOMA LA LESION EXTIRPA-
-DA, CABE LA POSIBILIDAD DE QUE EN SU SENOS
CONTENGA UN CARCINOMA LOBULILLAR Y ESTO DEBE
TENERSE PRESENTE, SOBRE TODO EN PACIENTES CON
EDADES SUPERIORES A LOS 30 ANOS. (15)

FINALMENTE, EL TRATAMIENTO, AUNQUE PAREZCA
POR DEMAS OBVIO SENALARLO, ESTE ES QUIRURGICO,
REALIZANDO LA ESCISION DE LA TUMORACION, A
TRAVEZ DE INCISIONES CIRCUNDANDO LA MAMA.

DEBE TENERSE EN CUENTA LA POSIBILIDAD DE

UN CISTOSARCOMA FILIODES, PUES EN ESTE CASO DEBE EFECTUARSE UNA BIOPSIA EN CUNA CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO Y POSTERIORMENTE PROCEDER A LA ESCISION DEL MISMO, DEJANDO MARGENES AMPLIOS.

POR OTRA PARTE, NUNCA DEBE OLVIDARSE EL ESTUDIO HISTO-PATOLOGICO PARA CORROBORAR O BIEN RECTIFICAR EL DIAGNOSTICO.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

RESUMEN Y CONCLUSIONES .-

DEL DEPARTAMENTO DE TUMOR-
RES MAMARIOS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRI-
-CIA "LUIS CASTELAZO AYALA", SE ANALIZARON
628 PACIENTES CON FIBROADENOMA MAMARIO. LA
EDAD DE MAYOR INCIDENCIA ESTUVO COMPRENDIDA
ENTRE LOS 20 Y 29 AÑOS CON 41% DE LOS CASOS.

EN LAS ADOLESCENTES ESTA FRECUENCIA CORRES-
-PONDIO A 17% Y EN LAS POSTMENOPAUSICAS AL
4%. RESULTO UNA RAREZA ENCONTRAR 2 FIBROADENOMAS
EN VARONES. ESTADISTICAMENTE FUE SIGNIFICATI-
-VA LA MAYOR FRECUENCIA EN MAMA DERECHA QUE
EN LA IZQUIERDA, LESIONES BILATERALES SE PRESEN-
-TARON EN 8% DE PAS PACIENTES. EL DIAGNOSTICO
DE CERTEZA FUE DE 87%. DENTRO DE LAS PATOLOGIAS
AGREGADAS, OBSERVAMOS LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA
EN UN 5% Y DOS CARCINOMAS IN SITU, EN LOS MARGENES
DEL FIBROADENOMA. ESTE HALLAZGO NOS OBLIGA A

PENSAR EN ESTA ENTIDAD, SOBRE TODO EN LAS PACIENTES DE MAS DE 30 AÑOS. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ESCISION DE LA LESION CON ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA .-

- 1.- HAAGENSEN, C.D. DISEASES OF THE BREAST.
ED. 3, PHILADELPHIA, USA, W.P. SAUNDERS
CO. 1986.
- 2.- WULSIN, J.H., LARGE BREAST TUMORS IN ADO-
-LESCENT FEMALES. ANNALS OF SURGERY, 152:
151-159, 1960.
- 3.- LUCEY, J.J. SPONTANEOUS INFARCTION OF THE
BREAST. J. CLIN. PATHOL. 28:937-943, 1975.
- 4.- DESCHENDS, L., JACOBS, FABIA, J. ET.AL.
BREAST FIBROADENOMAS IN MIDDLE-AGED WOMAN
CAN J. SUR. 28:372-4, 1985,
- 5.- FERNANDEZ CID, F.A. PATOLOGIA MAMARIA.
1a ED. SALVAT EDITORES S.A. BARCELONA
ESPANA. 1982.

- 6.- ASHIKARI, R., FARROW, J.H., O'HARA, J.
FIBROADENOMAS IN THE BREAST OF JUVENILES.
SURG GYNECOL OBSTET, 132:259-262, 1971.
- 7.- SNEIGE, N. BENIGN NEOPLASMS OF THE BREAST
THE CANCER BULL. 40:9-13, 1988.
- 8.- AZZOPARDI, J.G. PROBLEMS IN BREAST PATHOLOGY
1a ED. W.B. SAUNDERS CO. PHILADELPHIA,
USA, 39-56, 1979.
- 9.- STELLING, C.B., POWELL, D.E., MATTINGLY, S.S.
FIBROADENOMAS: HISTOPATHOLOGIC AN IMAGING
FEATURES. RADIOLOGY. 162:399-407, 1987.
- 10.- DAVIS, C., PATEL, V. SURGICAL PROBLEMS IN
THE MANAGEMENT OF GIANT FIBROADENOMA OF
THE BREAST. AM. J. OBSTET GYNECOL, 152:
1010-5, 1985.
- 11.- VORHERR, H. "FIBROQUISTIC BREAST DISEASE:
PATHOMORPHOLOGY, CLINICAL PICTURE AND
MANAGEMENT" AM. J. OBSTET GYNECOL 154:161
-179, 1986.

- 12.- FURNIVAL, CM., IRWIN J.R., GRAY,G.M. BREAST DISEASE IN YOUNG WOMEN. WHEN IS BIOPSY INDICATED?. MED J. AUST. 2:167-9, 1983.
- 13.- LACOMBE,M.J. LOMBART-BOSCH, A., LECLUSE, Y. ET AL. FIBROADENOMA OF THE BREAST WITH ATYPICAL CLAR-CELL EPITHELLIAL, HIPERPLASIA. ANN PATHOL. 6:37-44, 1986.
- 14.- NARDELLI,G.B., LAMAINA,V., SILIOTTI,F. STEROID RECEPTORS IN BENIGN BREAST DISEASE , GROSS CYSTIC DISEASE AND FIBROADENOMA CLIN EXP. OBSTET GYNECOL. 14:10-5, 1987.
- 15.- OZZELLO,L. GUMB,F.E. THE MAGEMENT OF PATIENTS WITH CARCINOMAS IN FIBRADENOMATOUS TUMORS OF THE BREAST. SURG GYNECOL OBSTET. 160: 99-104, 1985.