



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CORRELACIÓN DIAGNOSTICA EN RELACIÓN A
FACTORES DE RIESGO, HALLAZGO RADIOLÓGICO
E HISTOPATOLÓGICO EN NÓDULO MAMARIO
PALPABLE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARÍA HONORINA PATRICIA MARTÍNEZ LÓPEZ

ASESOR

AMALIA VÁZQUEZ GARCÍA

MÉXICO., D.F.

2000



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).

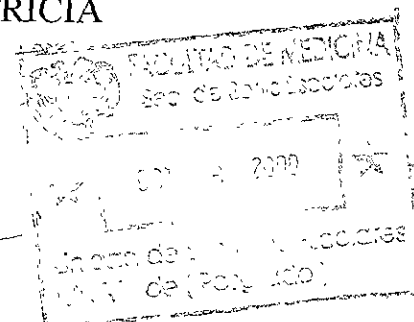
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

93

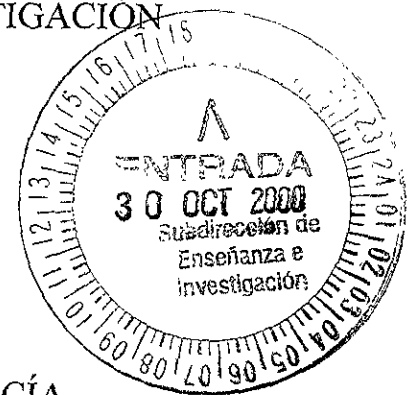
11217

DR. ALBERTO CHÁVEZ MERLOS
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. JORGE JUÁREZ VÁZQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. SIGFRIDO G. HUERTA ALVARADO
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
Y ASESOR METODOLÓGICO



DRA. AMALIA LUCÍA VÁZQUEZ GARCÍA
ASESOR DE TESIS

I. S. S. S. T. E.
SUB-DIRECCIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL

28338

★ OCT. 26 2009 ★

Dr. Darío Fernández F.
JEFE DE ENSEÑANZA

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA EN RELACIÓN A FACTORES DE RIESGO, HALLAZGO RADIOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO EN NÓDULO MAMARIO PALPABLE

MARTÍNEZ LÓPEZ MARÍA HONORINA PATRICIA*
VÁZQUEZ GARCÍA AMALIA LUCIA**

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo, la utilidad de biopsia por aspiración con aguja fina y técnicas radiológicas en pacientes con nódulo mamario palpable.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio nosotros describimos los factores de riesgo para patología mamaria, los hallazgos radiológicos encontrados y la efectividad de la biopsia por aspiración con aguja fina en una población femenina con nódulo mamario palpable, revisando 240 expedientes de pacientes que fueron enviadas al servicio de ginecología del H.G. Dr. Darío Fernández Fierro, en el período comprendido de enero de 1999 a junio del 2000. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS version 9.0

RESULTADOS: La media de edad de las pacientes fué de 44.38 años, el diagnóstico más frecuente fué de mastopatía fibroquística en 145 casos, fibroadenoma en 38 casos y se reportaron 33 casos de carcinoma, la biopsia más comunmente realizada fué la biopsia por aspiración con aguja fina, diagnosticando carcinoma en 11 casos. Corroborándose con el diagnóstico histopatológico definitivo en 33% de los casos.

CONCLUSIÓN: Recomendamos realizar ultrasonografía combinada con biopsia de preferencia excisional.

SUMMARY.

OBJECTIVE: To determine the risk factors, utility of fine needle aspiration and radiological technical in palpable breast nodule.

MATERIALS AND METHODS: This study we describe the risk factors for mammary pathology, the opposing radiological discoveries and the effectiveness of the fine needle aspiration in a feminine population with palpable mammary nodule, revising 240 files of patients that correspondents went to the service of gynecology of the H.G. Dr. Darío Fernández Fierro, in the understood period of January of 1999 to June of the 2000. The analysis statistical was made program SPSS version 9.0.

RESULTS: The mean of age of the patients was of 44.38 years, the diagnosis but it frequents it was of fibrocystic disease in 145 cases, fibroadenoma in 38 cases and 33 cases of cancer were reported, the biopsy but commonly carried out was made the biopsy for fine needle aspiration, diagnosing cancer in 11 cases. Being corroborated with the diagnosis definitive histopatology in 33% of the cases.

CONCLUSION: We recommend to carry out ultrasonography combined with biopsy of preference open surgical excision.

INTRODUCCIÓN:

En México la frecuencia de cáncer de mama representa la segunda neoplasia en mujeres, seguida del cáncer cervicouterino. La incidencia es de 18.3 por 100 000 mujeres y la edad promedio de presentación es de 48 años, esto ocasiona que cerca de 400 000 mujeres mueran al año a causa de cáncer de mama.¹ Por estas razones se han desarrollado programas para detectar a tiempo cáncer de mama. Los resultados de la detección han permitido aumentar la supervivencia de los pacientes.²

* Residente de Ginecología y Obstetricia. H.G.Dr. Darío Fernández Fierro

** Médico adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia

El aumento en la incidencia de la patología mamaria en nuestro país y el diagnóstico en fases muy avanzadas en patología maligna nos lleva a la necesidad de establecer un adecuado escrutinio de la patología benigna y maligna de la mama con la finalidad de establecer la importancia de cada método diagnóstico y evaluar su confiabilidad contra el costo para mejorar la atención de nuestras pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes de pacientes enviadas a la consulta externa de Ginecología, con diagnóstico de nódulo mamario palpable, atendidas en el período comprendido de enero de 1999 a junio del 2000, incluyendo a las pacientes que se sometieron a algún tipo de biopsia, correlacionando el resultado histopatológico con los antecedentes, la clínica y los estudios de gabinete con la finalidad de establecer que método es más confiable y accesible a nuestras pacientes.

RESULTADOS:

Se estudiaron retrospectivamente 400 expedientes, de los que se identificaron 240 pacientes que fueron sometidas a toma de biopsia por diagnóstico de nódulo mamario palpable, comparando el resultado histopatológico de la biopsia con el diagnóstico por gabinete y clínico con la finalidad de evaluar si el tratamiento fue el adecuado posterior a la biopsia.

La edad de las pacientes que se presentaron con nódulo mamario palpable a la consulta externa de ginecología fue de 12 a 76 años con media de 44.38 ($p < .00$), con menarca de 8 a 17 años con media de 12.65 ($p < .00$), paridad de 0 a 9 años con media de 2.17 ($p < .00$) con edad al final del embarazo a término de 15 a 44 años con media de 18.99 ($p < .00$), el uso de hormonales se presentó en 33 de 2 a 5 años con media de 3.42 años ($p < .00$). 97 pacientes (40.4%) tenían antecedente de lactancia negativa y 143 (59.5%) lactancia positiva. TABLA I

TABLA I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

MENARCA	8-17 años con media de 12.6	$P < .00$
MENOPAUSIA	31 a 55 años media de 48.75	$P < .00$
PARIDAD	1-9 hijos media de 2.17	$P < .00$
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	15 a 44 años media de 18.49	$P < .00$
HORMONALES	2 a 5 años media de 3.42	$p < .00$
LACTANCIA	97 lactancia negativa	$p < .40$

Dentro de los antecedentes, el tabaquismo se presentó en 72 pacientes, que corresponde a un 30%, con consumo de 1 a 5 cigarrillos por día con media de 2.98 por 5 a 15 años, con media de 9.73, el antecedente de mastopatía fibroquística se presentó en 40 (16.7%), con evolución de 2 a 10 años, 38 tenían antecedentes de cáncer familiar, 20 en madre, 10 en tías, 8 en hermanas y 5 antecedentes familiares de cáncer de ovario, 59 pacientes tuvieron antecedente de patología uterina con diagnóstico en 42 de miomatosis. TABLA II.

TABLA II. ANTECEDENTES

Tabaquismo	72 pacientes	Consumo de 1 a 5 al día media de 2.9	$P < .3$
Mastopatía	40 pacientes	Evolución de 2 a 10 años	$p < .16$
Cáncer mamario en familiares	38 pacientes	20 en madre 10 en tía 8 en hermana	$p < .15$
Cáncer familiar de ovario	5 pacientes	2 en madre 1 en tía 2 en hermana	$p < .02$
Patología uterina	59 pacientes	42 miomatosis 17 otros	$p < .24$

Se realizaron 208 biopsias por aspiración con aguja fina, 9 con trucut, 10 insicionales, 49 excisionales y 27 transoperatorias.

De las 208 biopsias por aspiración, se reportaron 78 insuficientes (37.5%), de los cuales se repitieron en una ocasión a 47 pacientes, de quienes se reportaron 18 insuficientes, se tomó tercera biopsia por aspiración a 6 pacientes reportándose 4 insuficientes, En algunos casos que no fue adecuada la biopsia por aspiración, se realizó trucut en 11 casos, 1 biopsia insicional y 1 excisional; como podemos observar la toma de biopsia por aspiración más frecuente en pacientes con nódulo palpable al ingreso es (60%), con falla en un 37.5% en el reporte histopatológico, de los cuales se detectó un cáncer y 19 casos sospechosos por este método. TABLA III y IV.

TABLA III. TIPO DE BIOPSIA REALIZADA.

BAAF	208 pacientes	$P < .86$
Trucut	9	$P < .03$
Insicional	10	$P < .04$
Excisional	50	$p < .20$
Transoperatoria	26	$P < .20$

BAAF: Biopsia por aspiración con aguja fina.

TABLA IV. DIAGNÓSTICO POR BAFF

Insuficientes	78	P < .32
Cáncer	1	p < .004
Hiperplasia atípica	5	p < .02
Sospechosos	19	p < .07
Quiste	47	p < .19
Fibrosis	20	p < .08
Fibroadenoma	15	p < .06
Otro	10	p < .04
Normales	11	p < .04
No realizado	34	p < .14

Los diagnósticos obtenidos por biopsia fueron: mastopatía fibroquística en 145 pacientes (60.4%), fibroadenoma en 38 pacientes (15.8%), proceso inflamatorio en 6 (2.5%), papilomatosis en 8 (3.3%) carcinoma en 33 casos (13.8%), quiste de inclusión 3 (1.3%), hiperplasia atípica en 3 casos (1.3%), lipoma 2 casos (0.8%), tumor filoides 1 (0.4%), tejido fibroadiposo 1 caso.

TABLA V.

TABLA V. DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	P
Tejido fibroadiposo	1	< 4.16
Mastopatía fibroquística	145	< .60
Fibroadenoma	38	< .15
Proceso inflamatorio	6	< .025
Papilomatosis	8	< .03
Carcinoma	33	< .13
Quiste de inclusión	3	< .01
Hiperplasia atípica	3	< .01
Lipoma	2	< .33
Tumor filoides	1	< 4.16

El lado de la mama más afectado fué el izquierdo en 110 pacientes (45.8%), mama derecha 103 (42.9%), bilateral 27 (11.3%). El cuadrante más afectado fué el inferior externo con 75 casos (31.3%), el inferior interno 56 casos (23.3%), superior interno 56 casos (23.3%), superior externo 53 (22.1%).

TABLA VI LOCALIZACIÓN DEL NÓDULO.

LADO DE MAMA AFECTADO	PACIENTES	P
Izquierdo	110	< .45
Derecho	103	< .42
Bilateral	27	< .11

TABLA VII. CUADRANTE AFECTADO.

CUADRANTE MAS AFECTADO	PACIENTES	P
Inferior interno	56	< .23
Inferior externo	75	< .31
Superior interno	56	< .23
Superior externo	53	< .22

El diagnóstico por ultrasonografía en 15 fué normal, 118 reportaron mastopatía fibroquística, 33 fibroadenomas, 13 sospechosos y en 61 pacientes no se realizó. El diagnóstico por mastografía en 35 (14.6%) fué normal, 59 reportaron datos de benignidad, sospechosos en 21 casos (8.8%), positivos en un caso (0.4%) en 124 pacientes no se realizó estudio mastográfico.

TABLA VIII COMPARACIÓN USG Y MASTOGRAFIA

DIAGNÓSTICO	USG	MASTOGRAFIA
Normal	15	35
MFQ	118	48
FAM	33	11
Sospechoso	11	10
Cáncer	0	12
No realizado	61	124

MFQ: Mastopatía fibroquística
FAM: Fibroadenoma mamario

El reporte definitivo de patología fué de 145 casos de mastopatía fibroquística, estos al estudiarse con ultrasonido solo fueron diagnosticados en 91 casos (62.7%), 11 se reportaron como anormales (7.58%), 9 se reportaron con este método como fibroadenomas (6.2%), 3 se reportaron como sospechosos de cáncer (2.0%) y en 31 casos no se realizó el ultrasonido (21.37%).

Al estudiarse la mastopatía fibroquística con mastografía se corroboró por este método en 44 casos (30.3%), 26 normales (17.93%), 4 se reportaron como sospechosos de cáncer (2.75%), a 71 no se les realizó (48.96%).

Por patología se reportaron 38 casos de los cuales se corroboraron 19 por ultrasonido (50%), en 12 pacientes se reportó como mastopatía fibroquística (31.5%), un caso se reportó como normal (2.63%) y un caso como sospechoso a cáncer (2.63%), no se realizó en 5 pacientes (13.15%).

Por mastografía en 6 casos se corroboró (15.78%), uno lo reportaron como sospechoso de cáncer (2.63%), 29 casos no se realizó (76.31%), 2 se reportaron como normales (5.26%).

Se diagnosticaron por patología 33 casos de cáncer, de los cuales en ninguno se determinó diagnóstico definitivo de cáncer, sin embargo se realizó el diagnóstico de sospecha en 7 (21.2%), en 6 casos se reportó mastopatía fibroquística (18.18%), 3 como fibroadenoma mamario (9.09%), uno normal (3.0%) y en 16 casos no se realizó mastografía (48.4%).

En otros se incluyeron proceso inflamatorio, papilomatosis, quiste de inclusión, hiperplasia atípica y lipoma, reportando un total de 23 casos, de estos 2 (8.69%) se reportó por ultrasonografía como normal, 9 se reportaron como mastopatía fibroquística (39.13%), 2 (8.69%) como fibroadenoma, 1 sospechoso (4.34%) y en 9 casos (39.13%) no se realizó ultrasonido. Se encontró un tumor filoides diagnosticado por ultrasonografía como imagen sospechosa a cáncer. Dentro de este mismo grupo se realizó mastografía reportando 4 normales (17.39%), 7 benignos (30.43%), 2 sospechosos (8.69%), y 1 positivo (4.34%), en 9 casos (39.13%) no se realizó este procedimiento. El tumor filoides fue reportado como sospechoso por este método.

Los marcadores tumorales (Ca 19-9, Alfa fetoproteína y Antígeno carcinoembrionario), se reportaron negativos en 53 pacientes (22.1%), positivo en un caso (.4%) y no se realizaron en 186 pacientes (77.5%).

De los 33 carcinomas reportados, se clasificaron 8 tumores como T1, 15 incluidos en T2., 3 en T3 y 2 en T4. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante, seguido del carcinoma canalicular infiltrante, hubo un caso del tipo mucinoso y un caso de carcinoma epidermoide.

Al correlacionar el reporte histopatológico definitivo de los 145 casos de mastopatía fibroquística con los resultados de biopsia por aspiración con aguja fina, el diagnóstico fue correlacionado en 54 casos que corresponde a un

37.24%, 2 se reportaron como fibroadenoma (1.37%), 5 como sospechosos (3.44%), 60 BAAF fueron insuficientes (41.3%), 3 se incluyeron en otros (2.06%) y 6 reportados como normales (4.13%) y en 13 casos no se realizó este tipo de biopsia.

En cuanto a los 38 casos de fibroadenoma, el diagnóstico por BAAF fue correcto en 13 casos (34.21%), 9 se reportaron como mastopatía fibroquística (23.68%), 1 caso se reportó como sospechoso (2.63%), y 8 reportados como insuficientes (21%), no se realizó en 7 casos de fibroadenoma.

De los 33 casos de carcinoma, en 10 casos el diagnóstico por BAAF fue interpretado como sospechoso (30.3%), 1 caso fue reportado como positivo (3.03%), 8 fueron muestras insuficientes (24.24%), 2 se incluyeron como hiperplasia atípica (6.06%) y en 11 casos no se realizó biopsia por aspiración (33.33%).

De los diagnósticos incluidos en misceláneos (proceso inflamatorio, papilomatosis, quiste de inclusión, lipoma), en 3 casos no se realizó BAAF, en 2 casos se reportó como mastopatía fibroquística (9.52%), 2 casos fueron reportados sospechosos a cáncer (9.52%), 2 fueron insuficientes (9.52%), 6 se reportaron en otros, (28.57%), 5 con reporte normal (23.80%) y uno reportado como hiperplasia atípica (4.76%).

De los 2 casos de hiperplasia atípica, uno se reportó como fibrosis y otro incluido en otros. el diagnóstico de tumor filoides fue reportado como muestra sospechosa a cáncer.

Se realizaron 50 biopsias excisionales, 10 insicionales y 26 transoperatorias, las cuales se corroboraron con diagnósticos de patología benigna y maligna en un 95% de los casos.

De las pacientes que se administraron hormonales 18 tuvieron mastopatía fibroquística, 5 presentaron fibroadenoma, 9 cáncer y una hiperplasia atípica. De las consumidoras de tabaco, 44 tuvieron mastopatía fibroquística, 9 fibroadenoma, 4 proceso inflamatorio, 3 papilomatosis, 10 cáncer y 2 quistes de inclusión. De las pacientes con lactancia negativa 56 presentaron mastopatía fibroquística, 18 fibroadenoma, 5 proceso inflamatorio, 4 papilomatosis y 7 (21.21%) tuvieron cáncer. En este estudio no encontramos pacientes con menopausia tardía.

TABLA X. DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

_SDIAGNÓSTICO	USO DE HORMONALES		TABAQUISMO		LACTANCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA	18	127	44	101	89	56
FIBROADENOMA	5	33	9	29	20	18
PROCESO INFLAMATORIO	0	6	4	2	1	5
PAPILOMATOSIS	0	8	3	5	4	4
CARCINOMA	9	24	10	23	26	7
QUISTE DE INCLUSIÓN	0	3	2	1	0	3
HIPERPLASIA ATÍPICA	1	2	0	3	1	2
LIPOMA	0	2	0	2	2	0
TUMOR FILOIDES	0	1	0	1	0	1
TEJIDO FIBROADIPOSO	0	1	0	1	0	1

Con respecto al tratamiento de patología benigna 47 pacientes no recibieron ningún tratamiento, 89 se manejaron con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), 10 con bromocriptina, antiestrógenos en 28, excisión en 28 casos, En patología maligna se realizó mastectomía en 26 casos y quimioterapia y/o radioterapia en 12. TABLA X

TABLA XI TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	PACIENTES	P
Sin tratamiento	47	< .19
AINES	89	< .37
Bromocriptina	10	< .04
Antiestrógenos	28	< .11
Excisión	28	< .11
Mastectomía	26	< .10
Quimioterapia o radioterapia	12	< .05

DISCUSIÓN:

La incidencia de cáncer mamario en el ISSSTE, es similar a la de otras instituciones del Sector Salud, en el H.G. Dr. Darío Fernández Fierro, como en la población en general esta patología ha ido e_ aumento, con las consecuencias que esto implica. En estudios previos se ha demostrado que en pacientes con patología mamaria benigna y maligna, el establecimiento de un diagnóstico tisular temprano y preciso disminuye en forma importante las complicaciones secundarias.⁷ El cambio fibroquístico mamario constituye la lesión benigna mas frecuente en mujeres en etapa reproductiva y el cáncer de mama ocupa el segundo lugar como causa de muerte y el primer lugar de las neoplasias en la mujer a nivel

mundial.⁴ En nuestro estudio, el cambio fibroquístico se presentó en el 60.4%, seguido del fibroadenoma en el 15.8% y el carcinoma en un 13.7%. La edad media en que se presentaron estas lesiones es de 44.3.

Desde el punto de vista epidemiológico, se han determinado algunos factores de alto riesgo ligados a la vida reproductiva relacionados con carcinoma mamario, como es la aparición de la menarca antes de los 12 años y la llegada tardía de la menopausia⁵, en el presente trabajo de las pacientes que se encontraron con menarca precoz. 23 presentaron mastopatía fibroquística y 13 carcinoma y 2 hiperplasia atípica. Para algunos especialistas, la gravidez despues de los 35 años constituye otro importante factor de riesgo⁶, en nuestro estudio solo en 3 casos de carcinoma presentaron embarazo a la edad mayor de 35 años, otras 6 pacientes tuvieron mastopatía fibroquística. Algunos autores sostienen que la lactancia ejerce una acción protectora contra el cáncer de mama, mientras que para la mayoría esta acción no se ha demostrado, como en el estudio de McMahan, cuya conclusión a este respecto es la ausencia de relación entre lactancia y cáncer de mama⁷, en este trabajo las pacientes con lactancia negativa 7 de ellas tuvieron carcinoma y 56 cambio fibroquístico y lesión precancerosa en 2 casos. Durante los últimos años, la mayoría de los estudios han mostrado que la contracepción oral combinada solo aumenta levemente el riesgo de cáncer de mama y que este efecto va desapareciendo cuando se suspende el tratamiento⁸, de las pacientes con carcinoma el 27% tenían antecedente de uso de hormonales. Se ha reportado un incremento de hasta un 75% de cáncer en mujeres que fuman o han comenzado a fumar en edades tempranas⁹, en el presente

trabajo el 30% de las mujeres con cáncer eran consumidoras de tabaco y el 30% de las que se les diagnosticó mastopatía fibroquística.

La mamografía cumple dos objetivos: 1) evaluar el riesgo de malignidad de la lesión palpable y 2) realizar screening de ambas mamas en busca de lesiones no palpables, en estudios previos se ha reportado una sensibilidad de 55 a 94%, especificidad de 88 a 99% y valor de predicción positiva de 10 a 35%^{10 11 12}. En este trabajo el diagnóstico por mastografía fué correcto en 50% para mastopatía fibroquística, 31 % para fibroadenoma y solo un 21% para el carcinoma.

La ultrasonografía posee especificidad similar a la de la mastografía y sensibilidad de 98%.¹³ Nosotros encontramos que el diagnóstico fué correcto en el 62% de los casos de mastopatía fibroquística, en el 50% de los fibroadenomas y solo en 21 % de cáncer.

Concluyendo que el ultrasonido tiene una alta precisión para patología benigna, no así para la maligna y la mastografía debería tener mucho mas resolución para padecimiento malignos, sin embargo por su diversidad de imágenes y quizá la poca experiencia en nuestro hospital, no nos orientaron mucho hacia procesos malignos.

La fiabilidad de la biopsia por aspiración con aguja fina depende estrechamente de la calidad de la muestra y de la experiencia del citologista, se alcanza un 80 a 90%¹⁴. Hay que considerar las dificultades para distinguir una lesión benigna de un cáncer bien diferenciado. Sin embargo, la citopunción a menudo permite sospechar una lesión proliferativa. El índice de falsos positivos varía de 0.3 a 3%, de 4 a 7% en falsos negativos y de 6 a 10% de las muestras son insuficientes, sin embargo su multiplicación aumenta su fiabilidad¹⁵. Nosotros tuvimos una fiabilidad de 37% para mastopatía fibroquística con 3.44% de falsos positivos, 34% para fibroadenoma con 2.63% de falsa positividad y una confiabilidad de 30% para carcinoma. Es de llamar la atención la elevada incidencia de reportes como muestra insuficiente que fué de 37.5%, multiplicándose la toma en 71 ocasiones. Esto nos habla de las fallas que pueden ocurrir en la técnica de toma de biopsia, o bien en la forma de conservar el preparado. Es preciso que los médicos tomen conciencia de la importancia de este examen, tanto para el diagnóstico de lesiones mamarias como para la elección de demás exámenes paraclínicos y de las decisiones terapéuticas. Además el desconocimiento de un adecuado escrutinio de nódulo mamario puede

llevar a diagnósticos equivocados, a abusos de exámenes paraclínicos, a una excesiva vigilancia que provoca angustia, que conlleva tratamientos exagerados fuera de lugar o por el contrario retrasa su adecuado tratamiento en el momento oportuno. Es de llamar la atención que nosotros obtuvimos mayor confiabilidad en la toma de biopsias a cielo abierto, llegando hasta un 95%, tanto para patología benigna como maligna, por lo que consideramos que si no se tiene la experiencia en toma de biopsia por aspiración, se acuda a ésta con la seguridad de que se obtendrán resultados más precisos y confiables.

Durante años se ha utilizado el autoexamen, exploración física realizada por el médico y la mastografía cuyos resultados han mostrado que una anomalía a menudo implica la necesidad de realizar biopsias, lo cual a su vez genera costos económicos altos. Algunos autores sugieren que el costo beneficio de la mastografía tal vez no justifica su uso rutinario en mujeres asintomáticas.^{16 17 18}

Sin embargo otros investigadores han demostrado el beneficio de la mastografía en mujeres asintomáticas, aunque muchas biopsias realizadas a partir de una mastografía anormal son benignas^{19 20}, como sucedió en nuestro medio. La mastografía tiene una sensibilidad para detectar neoplasias de mama, pero casi nunca distingue una lesión benigna de una lesión maligna.

CONCLUSIÓN

El examen clínico riguroso y una adecuada anamnesis en pacientes con nódulo mamario palpable no es suficiente para establecer un diagnóstico definitivo, el uso del ultrasonido en nuestro estudio mostró una sensibilidad de un 50 a 62% en patología benigna y un 21% en patología maligna. La mastografía mostró una sensibilidad de 30 a 50% en patología benigna y 21% en patología maligna, observándose que el ultrasonido mostró mayor sensibilidad y menor costo en cuanto a gastos médicos, en nuestros hospitales nosotros observamos que lo mejor como escrutinio para nódulo mamario es el uso de ultrasonido combinado con biopsia de preferencia excisional la que mostró una sensibilidad de 95% comparado con biopsia por aspiración con aguja fina. Permitiendo por lo general obtener un diagnóstico seguro.

¹ Departamento de Epidemiología, Secretaría de Salud. 1997.

² Ríos LA, Han BFK, Miller BA, harman AM, Edwards BK. Cancer Staties Review 1973-1988 NIH. Bethesda Med J Natl cancer Ins. 1991; 29

³ Balch CM, Singletary SE, Bland KI. Clinical decision-making in early breast cancer. Ann Surg 217:207, 1993.

⁴ Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics, 1995. CA 1995;45:8-30

⁵ Dupont WD Page WD. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J med 1985;312:146-51

⁶ Mac Mahon B, Cole P. Lin TM et al. Age al firstbirth and cancer of breast. A summary of an international study. Bull WHO 1970;43:209-221

⁷ McMahan B, Lin TM, Lowe CR. Lactation and cancer of the breast. A summary of an international study. Bull WHO 1970;42:185

⁸ Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and hormonal contraceptivos: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer fron 54 epidemiological studies. Lancet 1996;347:1713-1727

⁹ Baron LA, Byers T, Greenberg, ER, et al. Cigarette smoking in women with cancers of the breast and reproductive organs. JNCI 1986;77: 677-680

¹⁰ Barry W. Feig. The M.D. Anderson Cancer Center Department of Surgical Oncology. Houston, Texas. Ed. Marban. 2nd ed. 2000: Pp19-20

¹¹ Humphry LL, Bellard DJ, Early detection of breast cancer in women Prev Proct 1989;16:115

¹² Polli RS, Muttler FA, Barstow SA, Moradian G, Moskowitz M. Occult breast cancer: prevalence and radiographic detectability. Radiology 1987;163:459

¹³ Sickles EA, Filly RA, Callen PW. Benign breast lesions; ultrasound detection and diagnosis. Radiology 1984;151:467

¹⁴ Vetrani A, Fulciniti F, Palombini L et al. Fine-Needle Aspiraction Biopsies of breast masses. Cancer 1992; 69:736-740.

¹⁵ Zajdela A, Ghossein NA, Pilleron JP, Ennuyer A. The value of aspiration cytology in the diagnosis of breast cancer. Experince at the Foundation Curie. Cancer 1975; 35: 499-506

¹⁶ Forsyth RA. The mathematics of screening mamography. Med hypotheses. 1988;26:21

¹⁷ Eddy DM Screening for breast cancer. Ann Intern Med. 1989;11:389

¹⁸ Schmidt JG. The epidemiology of mass breast cancer screening a plea for a valid measure of benefit. J Clin Epidemiology. 1990;26:21

¹⁹ Shapiro SA. A dissent from Dr.Schmidt's appraisal of evidence on breast cancer screening. J Clin Epidemiology. 1990;43:227

²⁰ Kopans DB. Positive predictive valvu of mamography. Am Journal Radiology.1992;521

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**