

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

11217
39

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E
HISTOPATOLOGICA DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA

TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. EDGAR CRUZ SALAZAR

ASESOR DE TESIS:

DR. HANTZ I. ORTIZ ORTIZ

288061

Noviembre

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

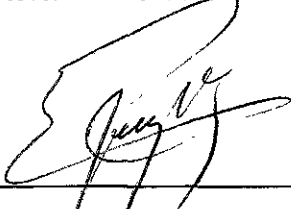
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

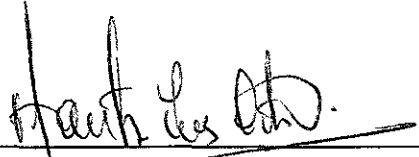
FIRMAS:



DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
Coordinador de servicio
Ginecología y obstetricia
Profesor titular de curso



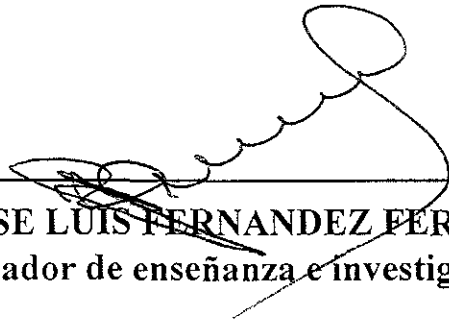
DR. JORGE JUAREZ VAZQUEZ
Jefe de servicio
Ginecología y obstetricia



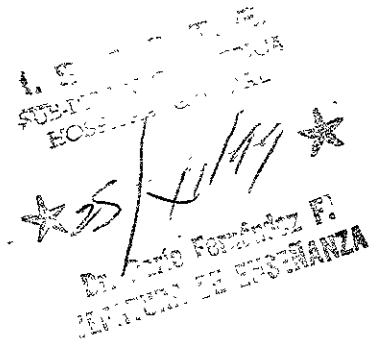
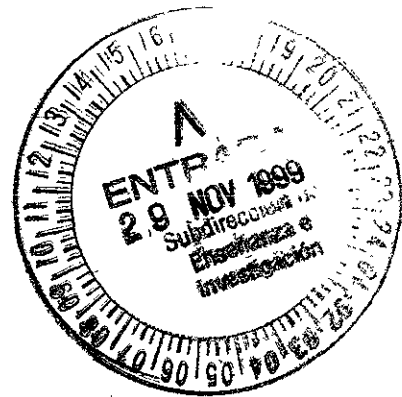
DR. HANTZ I. ORTIZ ORTIZ
Asesor de tesis



DR. SIGFRIDO HUERTA ALVARADO
Asesor metodológico



DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ
Coordinador de enseñanza e investigación



CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA.

Dr. Edgar Cruz Salazar

Residente del 4° año de Ginecología y Obstetricia

Resumen

Se trata de un estudio retrospectivo y observacional realizado en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro para valorar la correlación entre la Clínica, ultrasonido y resultado histopatológico de la Mastopatía Fibroquística.

Materia y Métodos: Revisamos cincuenta expedientes de las pacientes que habían sido sometidas a cirugía por no evolucionar satisfactoriamente con el manejo conservador y medicamentoso; el primero a base de dieta libre de metilxantinas, grasas; el segundo, primero con anti-inflamatorios (naproxeno, diclofenaco y piroxican) y en segundo lugar con tomoxifen, Danazol y bromocriptina.

Resultados. El diagnóstico clínico de las tumoraciones mamarias a su ingreso fueron de 33 pacientes con MFQ, y 17 con fibroadenoma. El reporte de USG con MFQ fueron de 33 pacientes que corresponde a un 66%, USG y Fibroadenoma 12 pacientes que corresponde a un 24%, USG con otros reportes es de 5 pacientes que corresponde al 10%. Lo referente al estudio patológico fue para MFQ 29 pacientes que corresponde al 58%, fibroadenoma 15 pacientes que corresponde al 30%, y otros resultados 6 pacientes que corresponde al 12%.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio podemos considerar a la prueba como adecuada ya que la sensibilidad es del 83.3%. La especificidad del 60%. El valor predictivo positivo del 75.7%. y por último el valor predictivo negativo del 70.5%.

Conclusiones Considerando que en nuestro hospital no contamos con estudios de mamografía podemos condieramos que el ultrasonido es un buen recurso para el diagnóstico de las patologías mamarias y principalmente la MFQ de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Summary

It is considered a retrospective and observational study accomplished in the H. G. Dr. Darío Fernández Fierro to value the correlation between the Clinic, ultrasonido and result histopatológico of the Mastopatía Fibroquística.

Matter and Methods. We check fifty files of the pecientes that they had been submitted to surgery by not to evolve satisfactorily with the conservative managing and medicamentosos, the first to free diet base of metilxantinas, fats, the second, first with anti Inflammatory (naproxeno, diclofenaco and piroxican) and in second place with tomoxifen, Danazol and bromocriptina.

Results: The diagnostic clinic of the tumoraciones mammary to their/its/your/his revenue were of 33 patient with MFQ, and 17 with fibroadenoma. The report of USG with MFQ were of 33 patient that corresponds to a 66%, USG and Fibroadenoma 12 patient that corresponds to a 24%, USG with other reports is of 5 patient that corresponds to the 10% What is referring to the study patológico was for MFQ 29 patient that corresponds to the 58%, fibroadenoma 15 patient that corresponds to the 30% and other results 6 patient that corresponds to the 12%

The sensibility is of 83.3% that is considered as good. Especificidad of 60% that is considered to regulate. The valuepredictivo positive of 75.7% considered as good. For último the value predictivo negative of 70.5% considerate aceptable for the study.

Conclusions: Considering that in our hospital do not count on studies of mamografía can condieramos that the ultrasonido is a good resource for the diagnosis of the mammary pathologies and mainly the MFQ according to the results obtained in the present study.

Antecedentes

En 1938 Cuvelhier y Velpeau diferenciaron un grupo de tumores mamarios fibrosos . encapsulados y de evolución benigna. Broca con sus estudios histológicos demostró la presencia de tejido glandular en los mismos y desde entonces los nombres de adenomas, fibroadenomas y tumores adenoides fueron corrientes.

Lebert fue el primero en considerarlo de origen glandular, como verdadera hipertrofia parcial y formación de elementos adenomatosos

Virchow lo describió como un fibroma galactóforo subepitelial sin participación activa del epitelio, osea sin neoformación glandular basado en la gran diferenciación del mismo. Borst, Ribbert, Wilms tienden

CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA.

Dr. Edgar Cruz Salazar

Residente del 4° año de Ginecología y Obstetricia

Resumen

Se trata de un estudio retrospectivo y observacional realizado en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro para valorar la correlación entre la Clínica, ultrasonido y resultado histopatológico de la Mastopatía Fibroquística.

Materia y Métodos: Revisamos cincuenta expedientes de las pacientes que habían sido sometidas a cirugía por no evolucionar satisfactoriamente con el manejo conservador y medicamentoso; el primero a base de dieta libre de metilxantinas, grasas; el segundo, primero con anti-inflamatorios (naproxeno, diclofenaco y piroxican) y en segundo lugar con tomoxifen, Danazol y bromocriptina

Resultados: El diagnóstico clínico de las tumoraciones mamarias a su ingreso fueron de 33 pacientes con MFQ, y 17 con fibroadenoma. El reporte de USG con MFQ fueron de 33 pacientes que corresponde a un 66%, USG y Fibroadenoma 12 pacientes que corresponde a un 24%, USG con otros reportes es de 5 pacientes que corresponde al 10%. Lo referente al estudio patológico fue para MFQ 29 pacientes que corresponde al 58%, fibroadenoma 15 pacientes que corresponde al 30%, y otros resultados 6 pacientes que corresponde al 12%.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio podemos considerar a la prueba como adecuada ya que la sensibilidad es del 83.3%. La especificidad del 60%. El valor predictivo positivo del 75.7% y por último el valor predictivo negativo del 70.5%.

Conclusiones: Considerando que en nuestro hospital no contamos con estudios de mamografía podemos concluir que el ultrasonido es un buen recurso para el diagnóstico de las patologías mamarias y principalmente la MFQ de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio

Summary

It is considered a retrospective and observational study accomplished in the H. G. Dr. Darío Fernández Fierro to value the correlation between the Clinic, ultrasonido and result histopatológico of the Mastopatía Fibroquística.

Matter and Methods: We check fifty files of the patients that they had been submitted to surgery by not to evolve satisfactorily with the conservative managing and medicamentoso; the first to free diet base of metilxantinas, fats; the second, first with anti Inflammatory (naproxeno, diclofenaco and piroxican) and in second place with tomoxifen, Danazol and bromocriptina.

Results. The diagnostic clinic of the tumoraciones mammary to their/its/your/his revenue were of 33 patient with MFQ, and 17 with fibroadenoma. The report of USG with MFQ were of 33 patient that corresponds to a 66%, USG and Fibroadenoma 12 patient that corresponds to a 24%, USG with other reports is of 5 patient that corresponds to the 10%. What is referring to the study patológico was for MFQ 29 patient that corresponds to the 58%, fibroadenoma 15 patient that corresponds to the 30%, and other results 6 patient that corresponds to the 12%

The sensibility is of 83.3% that is considered as good. Especificidad of 60% that is considered to regulate. The valuepredictivo positive of 75.7% considered as good. For último the value predictivo negative of 70.5% considerate aceptable for the study.

Conclusions: Considering that in our hospital do not count on studies of mamografía can concluir que the ultrasonido is a good resource for the diagnosis of the mammary pathologies and mainly the MFQ according to the results obtained in the present study

Antecedentes

En 1938 Cuvelhier y Velpeau diferenciaron un grupo de tumores mamarios fibrosos, encapsulados y de evolución benigna. Broca con sus estudios histológicos demostró la presencia de tejido glandular en los mismos y desde entonces los nombres de adenomas, fibroadenomas y tumores adenoides fueron corrientes.

Lebert fue el primero en considerarlo de origen glandular, como verdadera hipertrofia parcial y formación de elementos adenomatosos.

Virchow lo describió como un fibroma galactóforo subepitelial sin participación activa del epitelio, osea sin neoformación glandular basado en la gran diferenciación del mismo. Borst, Ribbert, Wilms tienden

CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LA MASTOPATIA FIBROQUISTICA.

Dr. Edgar Cruz Salazar

Residente del 4° año de Ginecología y Obstetricia

Resumen

Se trata de un estudio retrospectivo y observacional realizado en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro para valorar la correlación entre la Clínica, ultrasonido y resultado histopatológico de la Mastopatía Fibroquística.

Materia y Métodos: Revisamos cincuenta expedientes de las pacientes que habían sido sometidas a cirugía por no evolucionar satisfactoriamente con el manejo conservador y medicamentoso; el primero a base de dieta libre de metilxantinas, grasas; el segundo, primero con anti-inflamatorios (naproxeno, diclofenaco y piroxican) y en segundo lugar con tomoxifen, Danazol y bromocriptina

Resultados El diagnóstico clínica de las tumoraciones mamarias a su ingreso fueron de 33 pacientes con MFQ, y 17 con fibroadenoma. El reporte de USG con MFQ fueron de 33 pacientes que corresponde a un 66%, USG y Fibroadenoma 12 pacientes que corresponde a un 24%, USG con otros reportes es de 5 pacientes que corresponde al 10% Lo referente al estudio patológico fue para MFQ 29 pacientes que corresponde al 58%, fibroadenoma 15 pacientes que corresponde al 30%, y otros resultados 6 pacientes que corresponde al 12%.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio podemos considerar a la prueba como adecuada ya que la sensibilidad es del 83.3%. La especificidad del 60% El valor predictivo positivo del 75.7%. y por último el valor predictivo negativo del 70.5%.

Conclusiones: Considerando que en nuestro hospital no contamos con estudios de mamografía podemos condieramos que el ultrasonido es un buen recurso para el diagnóstico de las patologías mamarias y principalmente la MFQ de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Summary

It is considered a retrospective and observational study accomplished in the H. G. Dr. Darío Fernández Fierro to value the correlation between the Clinic, ultrasonido and result histopatológico of the Mastopatía Fibroquística..

Matter and Methods: We check fifty files of the pecientes that they had been submitted to surgery by not to evolve satisfactorily with the conservative managing and medicamentosos; the first to free diet base of metilxantinas, fats; the second, first with anti Inflammatory (naproxeno, diclofenaco and piroxican) and in second place with tomoxifen, Danazol and bromocriptina.

Results: The diagnostic clinic of the tumoraciones mammary to their/its/your/his revenue were of 33 patient with MFQ, and 17 with fibroadenoma. The report of USG with MFQ were of 33 patient that corresponds to a 66%, USG and Fibroadenoma 12 patient that corresponds to a 24%, USG with other reports is of 5 patient that corresponds to the 10%. What is referring to the study patológico was for MFQ 29 patient that corresponds to the 58%, fibroadenoma 15 patient that corresponds to the 30%, and other results 6 patient that corresponds to the 12%

The sensibility is of 83.3% that is considered as good. Especificidad of 60% that is considered to regulate. The valuepredictivo positive of 75.7% considered as good. For último the value predictivo negative of 70.5% considerate aceptable for the study.

Conclusions: Considering that in our hospital do not count on studies of mamografía can condieramos that the ultrasonido is a good resource for the diagnosis of the mammary pathologies and mainly the MFQ according to the results obtained in the present study.

Antecedentes

En 1938 Cuvelhier y Velpeau diferenciaron un grupo de tumores mamarios fibrosos . encapsulados y de evolución benigna. Broca con sus estudios histológicos demostró la presencia de tejido glandular en los mismos y desde entonces los nombres de adenomas, fibroadenomas y tumores adenoides fueron corrientes.

Lebert fue el primero en considerarlo de origen glandular, como verdadera hipertrofia parcial y formación de elementos adenomatosos.

Virchow lo describió como un fibroma galactóforo subepitelial sin participación activa del epitelio, osea sin neoformación glandular basado en la gran diferenciación del mismo. Borst, Ribbert, Wilms tienden

aceptar que se trata de un crecimiento blastomatoso parcial y conjuntivo.

Anderson piensa que se trata de un tipo de displasia mamaria, donde existe una anormal correlación entre el parenquima y el estroma que se manifiesta por fallas recíprocas de proliferación y evolución

Gerson-Cohen e Ingleby comprobaron el desarrollo de estos tumores en focos de metaplasia a partir de los conductos terminales y los relacionaron con la capacidad de proliferación de la célula mioepitelial.

Geschickter y Nogués lo produjeron experimentalmente mediante el implante de cristales de estroma (1, 2)

Definición.

La mastopatía fibroquística es un complejo lesional que afecta el parenquima mamario y el estroma diferenciado de sostén, en el que se combinan cambios hiperplásicos y metaplásicos epiteliales y conectivos, a los que se asocian trastornos regresivos e involutivos a nivel del componente fibrilar colágeno

La combinación de de estos procesos de hiperplasia lobulillar, hiperplasia y dispersión mioepitelial, hiperplasia de los conductos epiteliales, metaplasia e hiperplasia apocrina, formación de quistes ciegos más o menos voluminosos, hiperplasia del tejido conectivo frecuentemente asociada a degeneración hialina.

La variedad de cuadros histológicos que constituyen la mastopatía con proliferaciones simples, moderadas o intensas y cambios evolutivos, a veces progresivos en conductos y acinos, determinan que esta afección sea siempre discutida desde el punto de vista de su relación con el carcinoma mamario (1, 2)

Epidemiología

Es una patología que afecta principalmente a los países desarrollados, por el alto consumo de grasas, café, tabaco y vida sedentaria el promedio de edad en que se presenta es de 25 a 50 años (1, 2, 3, 4)

Fisiopatología.

La patogenia de esta enfermedad está muy vinculada con las hormonas sexuales y en particular con el estrógeno

La observación clínica sugiere esta vinculación al apreciarse que la MFQ se inicia después de la pubertad, continúa durante la época de madurez sexual y desaparece luego de la menopausia.

En numerosos estudios practicados en ratas, resulta evidente que el estrógeno prolifera al epitelio mamario

y dilata los conductos transformados en quistes. Pero como lo han demostrado Haagensen y Randall, esas alteraciones en las mamas de las ratas tienen variaciones considerables según la raza de dicho animal.

Copeland observó en animales que, previamente a la formación de un quiste, hay un breve período de elevación de estrógenos y luego un descenso lo que provocaría actividad secretoria de la mama con producción de cavidades quísticas

Sin embargo, las observaciones clínicas en la mujer, no vinculan, en forma tan manifiesta, el estrógeno a la MFQ.

La eliminación de estrógenos y progesterona en pacientes con MFQ fue estudiada por Taylor quien encontró curvas normales. Sin embargo, Geschickter dosó pregnadiol urinario en mujeres con MFQ y lo encontró más bajo que en aquellas con mamas normales

Womack sostiene que esta enfermedad mamaria es el resultado de excesiva estimulación estrogénica pero que se desconoce si hay aumento real de dicha hormona o una disminución de sustancias antagónicas, tales como la progesterona, cortisona o andrógenos

Es común la esterilidad en pacientes con MFQ, pero, por supuesto, no se sabe buscar una anomalía funcional ovárica que explique tanto la esterilidad, como la enfermedad mamaria. La mayor incidencia de MFQ en la mujer estéril se debe a que sus mamas no han recibido el estímulo hormonal del embarazo, tan favorable para el desarrollo normal de la mama

Dos factores deben haber influido para que aparezca la mastopatía: la predisposición de la mama y la ausencia de estímulo hormonal beneficioso de los embarazos.

La acción favorable de los embarazos y la lactancia sobre la mama con MFQ es un hecho que debe descartarse. El estímulo hormonal de la gestación hace desaparecer las manifestaciones clínicas de la mastopatía e incluso también sus lesiones histológicas. Por ello nunca se presenta esta enfermedad durante el embarazo, la lactancia ni siquiera en los 3-4 años subsiguientes

CLASIFICACION DE LA MASTOPATIA

La combinación o el predominio de lesiones hiperplásicas o involutivas son el fundamento para su clasificación de la MFQ en leve, moderada e intensa (5, 6, 7, 8)

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas más frecuentes son el dolor acompañado por hipersensibilidad, suele ser bilateral

aceptar que se trata de un crecimiento blastomatoso parcial y conjuntivo.

Anderson piensa que se trata de un tipo de displasia mamaria, donde existe una anormal correlación entre el parenquima y el estroma que se manifiesta por fallas reciprocas de proliferación y evolución

Gerson -Cohen e Ingleby comprobaron el desarrollo de estos tumores en focos de metaplasia a partir de los conductos terminales y los relacionaron con la capacidad de proliferación de la célula mioepitelial.

Geschickter y Nogués lo produjeron experimentalmente mediante el implante de cristales de estroma (1, 2)

Definición.

La mastopatía fibroquistica es un complejo lesional que afecta el parenquima mamario y el estroma diferenciado de sostén, en el que se combinan cambios hiperplásicos y metaplásicos epiteliales y conectivos, a los que se asocian trastornos regresivos e involutivos a nivel de los componentes fibrilar y colágeno

La combinación de estos procesos de hiperplasia lobulillar, hiperplasia y dispersión mioepitelial, hiperplasia de los conductos epiteliales, metaplasia e hiperplasia apocrina, formación de quistes ciegos más o menos voluminosos, hiperplasia del tejido conectivo frecuentemente asociada a degeneración hialina.

La variedad de cuadros histológicos que constituyen la mastopatía con proliferaciones simples, moderadas o intensas y cambios evolutivos, a veces progresivos en conductos y acinos, determinan que esta afección sea siempre discutida desde el punto de vista de su relación con el carcinoma mamario (1, 2)

Epidemiología

Es una patología que afecta principalmente a los países desarrollados, por el alto consumo de grasas, café, tabaco y vida sedentaria el promedio de edad en que se presenta es de 25 a 50 años (1, 2, 3, 4)

Fisiopatología.

La patogenia de esta enfermedad está muy vinculada con las hormonas sexuales y en particular con el estrógeno.

La observación clínica sugiere esta vinculación al apreciarse que la MFQ se inicia después de la pubertad, continúa durante la época de madurez sexual y desaparece luego de la menopausia.

En numerosos estudios practicados en ratas, resulta evidente que el estrógeno prolifera al epitelio mamario

y dilata los conductos transformados en quistes. Pero como lo han demostrado Haagensen y Randall, esas alteraciones en las mamas de las ratas tienen variaciones considerables según la raza de dicho animal

Copeland observó en animales que, previamente a la formación de un quiste, hay un breve período de elevación de estrógenos y luego un descenso lo que provocaría actividad secretoria de la mama con producción de cavidades quísticas

Sin embargo, las observaciones clínicas en la mujer, no vinculan, en forma tan manifiesta, el estrógeno a la MFQ.

La eliminación de estrógenos y progesterona en pacientes con MFQ fue estudiada por Taylor quien encontró curvas normales. Sin embargo, Geschickter dosó pregnadiol urinario en mujeres con MFQ y lo encontró más bajo que en aquellas con mamas normales.

Womack sostiene que esta enfermedad mamaria es el resultado de excesiva estimulación estrogénica pero que se desconoce si hay aumento real de dicha hormona o una disminución de sustancias antagónicas, tales como la progesterona, cortosona o andrógenos

Es común la esterilidad en pacientes con MFQ, pero, por supuesto, no se sabe buscar una anomalía funcional ovárica que explique tanto la esterilidad, como la enfermedad mamaria. La mayor incidencia de MFQ en la mujer estéril se debe a que sus mamas no han recibido el estímulo hormonal del embarazo, tan favorable para el desarrollo normal de la mama

Dos factores deben haber influido para que aparezca la mastopatía: la predisposición de la mama y la ausencia de estímulo hormonal beneficioso de los embarazos.

La acción favorable de los embarazos y la lactancia sobre la mama con MFQ es un hecho que debe descartarse. El estímulo hormonal de la gestación hace desaparecer las manifestaciones clínicas de la mastopatía e incluso también sus lesiones histológicas. Por ello nunca se presenta esta enfermedad durante el embarazo, la lactancia ni siquiera en los 3-4 años subsiguientes

CLASIFICACION DE LA MASTOPATIA

La combinación o el predominio de lesiones hiperplásicas o involutivas son el fundamento para su clasificación de la MFQ en leve, moderada e intensa (5, 6, 7, 8)

CUADRO CLINICO.

Los signos y síntomas más frecuentes son el dolor acompañado por hipersensibilidad; suele ser bilateral

aceptar que se trata de un crecimiento blastomatoso parcial y conjuntivo

Anderson piensa que se trata de un tipo de displasia mamaria, donde existe una anormal correlación entre el parenquima y el estroma que se manifiesta por fallas recíprocas de proliferación y evolución

Gerson-Cohen e Ingleby comprobaron el desarrollo de estos tumores en focos de metaplasia a partir de los conductos terminales y los relacionaron con la capacidad de proliferación de la célula mioepitelial.

Geschickter y Nogués lo produjeron experimentalmente mediante el implante de cristales de estroma. (1, 2)

Definición.

La mastopatía fibroquistica es un complejo lesional que afecta el parenquima mamario y el estroma diferenciado de sostén, en el que se combinan cambios hiperplásicos y metaplásicos epiteliales y conectivos, a los que se asocian trastornos regresivos e involutivos a nivel de los componentes fibrilar y colágeno

La combinación de estos procesos de hiperplasia lobulillar, hiperplasia y dispersión mioepitelial, hiperplasia de los conductos epiteliales, metaplasia e hiperplasia apocrina, formación de quistes ciegos más o menos voluminosos, hiperplasia del tejido conectivo frecuentemente asociada a degeneración hialina

La variedad de cuadros histológicos que constituyen la mastopatía con proliferaciones simples, moderadas o intensas y cambios evolutivos, a veces progresivos en conductos y acinos, determinan que esta afección sea siempre discutida desde el punto de vista de su relación con el carcinoma mamario (1, 2)

Epidemiología

Es una patología que afecta principalmente a los países desarrollados, por el alto consumo de grasas, café, tabaco y vida sedentaria el promedio de edad en que se presenta es de 25 a 50 años (1, 2, 3, 4)

Fisiopatología.

La patogenia de esta enfermedad está muy vinculada con las hormonas sexuales y en particular con el estrógeno

La observación clínica sugiere esta vinculación al apreciarse que la MFQ se inicia después de la pubertad, continúa durante la época de madurez sexual y desaparece luego de la menopausia

En numerosos estudios practicados en ratas, resulta evidente que el estrógeno prolifera al epitelio mamario

y dilata los conductos transformándolos en quistes. Pero como lo han demostrado Haagensen y Randall, esas alteraciones en las mamas de las ratas tienen variaciones considerables según la raza de dicho animal

Copeland observó en animales que, previamente a la formación de un quiste, hay un breve período de elevación de estrógenos y luego un descenso lo que provocaría actividad secretoria de la mama con producción de cavidades quísticas

Sin embargo, las observaciones clínicas en la mujer, no vinculan, en forma tan manifiesta, el estrógeno a la MFQ

La eliminación de estrógenos y progesterona en pacientes con MFQ fue estudiada por Taylor quien encontró curvas normales. Sin embargo, Geschickter dosó pregnadiol urinario en mujeres con MFQ y lo encontró más bajo que en aquellas con mamas normales.

Womack sostiene que esta enfermedad mamaria es el resultado de excesiva estimulación estrogénica pero que se desconoce si hay aumento real de dicha hormona o una disminución de sustancias antagónicas, tales como la progesterona, cortisona o andrógenos

Es común la esterilidad en pacientes con MFQ, pero, por supuesto, no se sabe buscar una anomalía funcional ovárica que explique tanto la esterilidad, como la enfermedad mamaria. La mayor incidencia de MFQ en la mujer estéril se debe a que sus mamas no han recibido el estímulo hormonal del embarazo, tan favorable para el desarrollo normal de la mama

Dos factores deben haber influido para que aparezca la mastopatía: la predisposición de la mama y la ausencia de estímulo hormonal beneficioso de los embarazos.

La acción favorable de los embarazos y la lactancia sobre la mama con MFQ es un hecho que debe descartarse. El estímulo hormonal de la gestación hace desaparecer las manifestaciones clínicas de la mastopatía e incluso también sus lesiones histológicas. Por ello nunca se presenta esta enfermedad durante el embarazo, la lactancia ni siquiera en los 3-4 años subsiguientes

CLASIFICACION DE LA MASTOPATIA

La combinación o el predominio de lesiones hiperplásicas o involutivas son el fundamento para su clasificación de la MFQ en leve, moderada e intensa (5, 6, 7, 8)

CUADRO CLINICO.

Los signos y síntomas más frecuentes son el dolor acompañado por hipersensibilidad, suele ser bilateral

aceptar que se trata de un crecimiento blastomatoso parcial y conjuntivo

Anderson piensa que se trata de un tipo de displasia mamaria, donde existe una anormal correlación entre el parenquima y el estroma que se manifiesta por fallas recíprocas de proliferación y evolución

Gerson -Cohen e Ingleby comprobaron el desarrollo de estos tumores en focos de metaplasia a partir de los conductos terminales y los relacionaron con la capacidad de proliferación de la célula mioepitelial

Geschickter y Nogués lo produjeron experimentalmente mediante el implante de cristales de estroma (1 2)

Definición.

La mastopatía fibroquistica es un complejo lesional que afecta el parenquima mamario y el estroma diferenciado de sostén, en el que se combinan cambios hiperplásicos y metaplásicos epiteliales y conectivos, a los que se asocian trastornos regresivos e involutivos a nivel de los componentes fibrilar colágeno

La combinación de de estos procesos de hiperplasia lobulillar, hiperplasia y dispersión mioepitelial, hiperplasia de los conductos epiteliales, metaplasia e hiperplasia apocrina, formación de quistes ciegos más o menos voluminosos, hiperplasia del tejido conectivo frecuentemente asociada a degeneración hialina.

La variedad de cuadros histológicos que constituyen la mastopatía con proliferaciones simples, moderadas o intensas y cambios evolutivos, a veces progresivos en conductos y acinos, determinan que esta afección sea siempre discutida desde el punto de vista de su relación con el carcinoma mamario (1 2)

Epidemiología

Es una patología que afecta principalmente a los países desarrollados, por el alto consumo de grasas, café, tabaco y vida sedentaria el promedio de edad en que se presenta es de 25 a 50 años. (1 2 3 4)

Fisiopatología.

La patogenia de esta enfermedad está muy vinculada con las hormonas sexuales y en particular con el estrógeno

La observación clínica sugiere esta vinculación al apreciarse que la MFQ se inicia después de la pubertad, continúa durante la época de madurez sexual y desaparece luego de la menopausia.

En numerosos estudios practicados en ratas, resulta evidente que el estrógeno prolifera al epitelio mamario

y dilata los conductos transformados en quistes. Pero como lo han demostrado Haagensen y Randall, esas alteraciones en las mamas de las ratas tienen variaciones considerables según la raza de dicho animal.

Copeland observó en animales que, previamente a la formación de un quiste, hay un breve período de elevación de estrógenos y luego un descenso lo que provocaría actividad secretoria de la mama con producción de cavidades quísticas.

Sin embargo, las observaciones clínicas en la mujer, no vinculan, en forma tan manifiesta, el estrógeno a la MFQ.

La eliminación de estrógenos y progesterona en pacientes con MFQ fue estudiada por Taylor quien encontró curvas normales. Sin embargo, Geschickter dosó pregnadiol urinario en mujeres con MFQ y lo encontró más bajo que en aquellas con mamas normales.

Womack sostiene que esta enfermedad mamaria es el resultado de excesiva estimulación estrogénica pero que se desconoce si hay aumento real de dicha hormona o una disminución de sustancias antagónicas, tales como la progesterona, cortosona o andrógenos

Es común la esterilidad en pacientes con MFQ, pero, por supuesto, no se sabe buscar una anomalía funcional ovárica que explique tanto la esterilidad, como la enfermedad mamaria. La mayor incidencia de MFQ en la mujer estéril se debe a que sus mamas no han recibido el estímulo hormonal del embarazo, tan favorable para el desarrollo normal de la mama

Dos factores deben haber influido para que aparezca la mastopatía: la predisposición de la mama y la ausencia de estímulo hormonal beneficioso de los embarazos.

La acción favorable de los embarazos y la lactancia sobre la mama con MFQ es un hecho que debe descartarse. El estímulo hormonal de la gestación hace desaparecer las manifestaciones clínicas de la mastopatía e incluso también sus lesiones histológicas. Por ello nunca se presenta esta enfermedad durante el embarazo, la lactancia ni siquiera en los 3-4 años subsiguientes

CLASIFICACION DE LA MASTOPATIA

La combinación o el predominio de lesiones hiperplásicas o involutivas son el fundamento para su clasificación de la MFQ en leve, moderada e intensa (5, 6, 7, 8)

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas más frecuentes son el dolor acompañado por hipersensibilidad, suele ser bilateral

aceptar que se trata de un crecimiento blastomatoso parcial y conjuntivo

Anderson piensa que se trata de un tipo de displasia mamaria, donde existe una anormal correlación entre el parenquima y el estroma que se manifiesta por fallas recíprocas de proliferación y evolución

Gerson -Cohen e Ingleby comprobaron el desarrollo de estos tumores en focos de metaplasia a partir de los conductos terminales y los relacionaron con la capacidad de proliferación de la célula mioepitelial.

Geschickter y Nogués lo produjeron experimentalmente mediante el implante de cristales de estroma. (1, 2)

Definición.

La mastopatía fibroquistica es un complejo lesional que afecta el parenquima mamario y el estroma diferenciado de sostén, en el que se combinan cambios hiperplásicos y metaplásicos epiteliales y conectivos, a los que se asocian trastornos regresivos e involutivos a nivel de los componentes fibrilar colágeno

La combinación de de estos procesos de hiperplasia lobulillar, hiperplasia y dispersión mioepitelial, hiperplasia de los conductos epiteliales, metaplasia e hiperplasia apocrina, formación de quistes ciegos más o menos voluminosos, hiperplasia del tejido conectivo frecuentemente asociada a degeneración hialina.

La variedad de cuadros histológicos que constituyen la mastopatía con proliferaciones simples, moderadas o intensas y cambios evolutivos, a veces progresivos en conductos y acinos, determinan que esta afección sea siempre discutida desde el punto de vista de su relación con el carcinoma mamario. (1, 2)

Epidemiología

Es una patología que afecta principalmente a los países desarrollados, por el alto consumo de grasas, café, tabaco y vida sedentaria el promedio de edad en que se presenta es de 25 a 50 años (1, 2, 3, 4)

Fisiopatología.

La patogenia de esta enfermedad está muy vinculada con las hormonas sexuales y en particular con el estrógeno.

La observación clínica sugiere esta vinculación al apreciarse que la MFQ se inicia después de la pubertad, continúa durante la época de madurez sexual y desaparece luego de la menopausia.

En numerosos estudios practicados en ratas, resulta evidente que el estrógeno prolifera al epitelio mamario

y dilata los conductos transformados en quistes. Pero como lo han demostrado Haagensen y Randall, esas alteraciones en las mamas de las ratas tienen variaciones considerables según la raza de dicho animal

Copeland observó en animales que, previamente a la formación de un quiste, hay un breve período de elevación de estrógenos y luego un descenso lo que provocaría actividad secretoria de la mama con producción de cavidades quísticas

Sin embargo, las observaciones clínicas en la mujer, no vinculan, en forma tan manifiesta, el estrógeno a la MFQ.

La eliminación de estrógenos y progesterona en pacientes con MFQ fue estudiada por Taylor quien encontró curvas normales. Sin embargo, Geschickter dosó pregnadiol urinario en mujeres con MFQ y lo encontró más bajo que en aquellas con mamas normales

Womack sostiene que esta enfermedad mamaria es el resultado de excesiva estimulación estrogénica pero que se desconoce si hay aumento real de dicha hormona o una disminución de sustancias antagonistas, tales como la progesterona, cortosona o andrógenos

Es común la esterilidad en pacientes con MFQ, pero, por supuesto, no se sabe buscar una anomalía funcional ovárica que explique tanto la esterilidad, como la enfermedad mamaria. La mayor incidencia de MFQ en la mujer estéril se debe a que sus mamas no han recibido el estímulo hormonal del embarazo, tan favorable para el desarrollo normal de la mama

Dos factores deben haber influido para que aparezca la mastopatía: la predisposición de la mama y la ausencia de estímulo hormonal beneficioso de los embarazos.

La acción favorable de los embarazos y la lactancia sobre la mama con MFQ es un hecho que debe descartarse. El estímulo hormonal de la gestación hace desaparecer las manifestaciones clínicas de la mastopatía e incluso también sus lesiones histológicas. Por ello nunca se presenta esta enfermedad durante el embarazo, la lactancia ni siquiera en los 3-4 años subsiguientes

CLASIFICACION DE LA MASTOPATIA

La combinación o el predominio de lesiones hiperplásicas o involutivas son el fundamento para su clasificación de la MFQ en leve, moderada e intensa. (5, 6, 7, 8)

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas más frecuentes son el dolor acompañado por hipersensibilidad; suele ser bilateral

y particularmente notable durante la fase premenstrual del ciclo normal.

La nodularidad puede ser localizada o generalizada, unilateral o bilateral. Otros signos de cambios fibroquísticos son nodularidad excesiva, aumento de volumen generalizado, mayor ingurgitación y densidad mamaria, en las que se describen pesantez y fluctuaciones de las zonas quísticas. En ocasiones hay secreciones espontánea por el pezón. (9, 10)

DIAGNOSTICO.

Clínico

Mamografía

Ultrasonografía

Biopsia dirigida

Está última es un cuadyuvante útil de la mamografía para la valoración de una tumoración localizada. La ultrasonografía en tiempo real con transductor lineal de 7.5mHz, en un campo cercano puede diferenciar un quiste de un tumor sólido en la mama con la misma confiabilidad que en el ovario. Es particularmente útil para valorar una tumoración circunscrita no palpable. La mamografía no diferencia confiablemente aun quiste de un tumor sólido. (11, 12, 13, 14, 15)

Tratamiento.

El tratamiento médico inicial para la MFQ recomienda un sostén firme para mitigar el dolor y la pesantez. El uso de diuréticos, sobre todo en etapa premenstrual, puede aliviar transitoriamente las molestias.

Las medidas generales como dieta y lo anterior comentado son básicas en el manejo de esta patología, evitando el consumo de café y tabacoya que se ha correlacionado el uso de estos últimos y la MF.

El tratamiento medicamentoso está dado principalmente por antiinflamatorios, bromocriptina, tamoxifen y danazol. Las dosis son las siguientes: Naproxeno tab. 250mg cada 12 hrs, Piroxicam capsulas 20mg cada 12 hrs, Diclofenac 100mg cada 12 hrs, Bromocriptina 5 mg cada 24 hrs, Danazol 100 a 400 mg por día, Tamoxifen en dosis de acuerdo a la intensidad del dolor. (16, 17, 18, 19, 20)

Material y metodos.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo en el que se seleccionaron 50 pacientes que fueron enviadas de su clínica de adscripción con diagnóstico de

tumoración mamaria uni obilateral, Para ser estudiadas y tratadas en el H G. Dr Durio Fernandez Fierro de la ciudad de Mexico. Durante el periodo de Julio de 1998 al 30 de Septiembre de 1999

Todas las pacientes en la consulta de primera vez, se solicitaron estudios de laboratorios básicos incluyendo niveles de prolactina, además de estudios de gabinete como ultrasonografía en el 100% de las pacientes y en ocasiones mamografía por referir antecedentes de cáncer mamario en familiares directos.

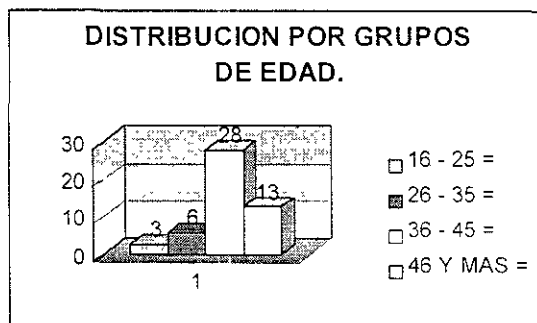
El promedio de edad en las pacientes estudiadas se encuentra entre 16 a 50 años

16 a 25 = 3

26 a 35 = 6

36 a 45 = 28

46 y Más = 13



En la primera consulta de clínica de mama se realizó exploración física, valoración de niveles de prolactina y ultrasonido mamario. De acuerdo a lo anterior y la intensidad de la sintomatología se da tratamiento a base de dieta libre de metilxantinas y antiinflamatorios (naproxeno, diclofenac y piroxicam). Debido a la persistencia de la sintomatología un 90% de las pacientes fueron tratadas con bromocriptina y un 10% con danazol y tamoxifen, y el último recurso fue la cirugía por no evolucionar satisfactoriamente la patología.

Se revisaron 50 expedientes que corresponden a las pacientes incluidas en el estudio, las cuales contaban con ultrasonografía y laboratorios básicos para realizar cirugía, valorando posteriormente el resultado histopatológico.

Clinicamente se diagnosticaron 33 pacientes con mastopatía fibroquística que corresponde a un 66% y 17 pacientes con fibroadenomas que corresponde al 34%.

y particularmente notable durante la fase premenstrual del ciclo normal.

La nodularidad puede ser localizada o generalizada, unilateral o bilateral. Otros signos de cambios fibroquísticos son nodularidad excesiva, aumento de volumen generalizado, mayor ingurgitación y densidad mamaria, en las que se describen pesantez y fluctuaciones de las zonas quísticas. En ocasiones hay secreciones espontánea por el pezón. (9, 10)

DIAGNOSTICO.

Clínico

Mamografía

Ultrasonografía

Biopsia dirigida

Está última es un cuadyuvante útil de la mamografía para la valoración de una tumoración localizada. La ultrasonografía en tiempo real con transductor lineal de 7.5mHz, en un campo cercano puede diferenciar un quiste de un tumor sólido en la mama con la misma confiabilidad que en el ovario. Es particularmente útil para valorar una tumoración circunscrita no palpable. La mamografía no diferencia confiablemente aun quiste de un tumor sólido. (11, 12, 13, 14, 15)

Tratamiento.

El tratamiento médico inicial para la MFQ recomienda un sostén firme para mitigar el dolor y la pesantez. El uso de diuréticos, sobre todo en etapa premenstrual, puede aliviar transitoriamente las molestias.

Las medidas generales como dieta y lo anterior comentado son básicas en el manejo de esta patología, evitando el consumo de café y tabaco que se ha correlacionado el uso de estos últimos y la MF.

El tratamiento medicamentoso está dado principalmente por antiinflamatorios, bromocriptina, tamoxifen y danazol. Las dosis son las siguientes: Naproxeno tab. 250mg cada 12 hrs, Piroxicam capsulas 20mg cada 12 hrs, Diclofenac 100mg cada 12 hrs, Bromocriptina 5 mg cada 24 hrs, Danazol 100 a 400 mg por día, Tamoxifen en dosis de acuerdo a la intensidad del dolor. (16, 17, 18, 19, 20)

Material y metodos

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo en el que se seleccionaron 50 pacientes que fueron enviadas de su clínica de adscripción con diagnóstico de

tumoración mamaria uni obilateral, Para ser estudiadas y tratadas en el H.G.Dr. Dario Fernandez Fierro de la ciudad de Mexico. Durante el periodo de Julio de 1998 al 30 de Septiembre de 1999

Todas las pacientes en la consulta de primera vez, se solicitaron estudios de laboratorios básicos incluyendo niveles de prolactina, además de estudios de gabinete como ultrasonografía en el 100% de las pacientes y en ocasiones mamografía por referir antecedentes de cancer mamario en familiares directos.

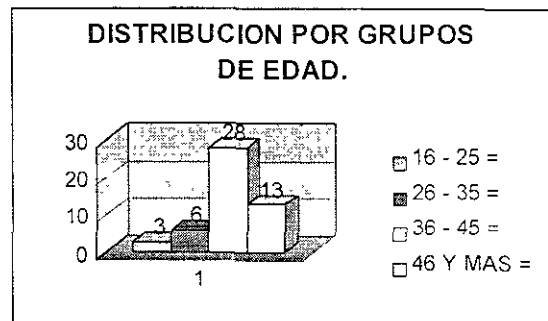
El promedio de edad en las pacientes estudiadas se encuentra entre 16 a 50 años

16 a 25 = 3

26 a 35 = 6

36 a 45 = 28

46 y Más = 13



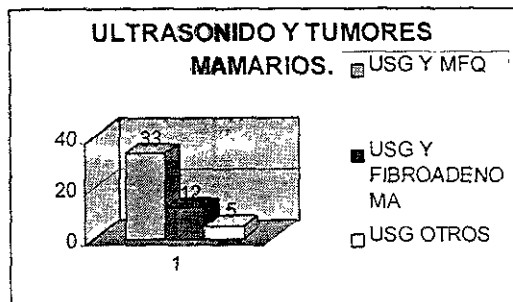
En la primera consulta de clínica de mama se realizó exploración física, valoración de niveles de prolactina y ultrasonido mamario. De acuerdo a lo anterior y la intensidad de la sintomatología se da tratamiento a base de dieta libre de metilxantinas y antiinflamatorios (naproxeno, diclofenac y piroxicam). Debido a la persistencia de la sintomatología un 90% de las pacientes fueron tratadas con bromocriptina y un 10% con danazol y tamoxifen, y el último recurso fue la cirugía por no evolucionar satisfactoriamente la patología.

Se revisaron 50 expedientes que corresponden a las pacientes incluidas en el estudio, las cuales contaban con ultrasonografía y laboratorios básicos para realizar cirugía, valorando posteriormente el resultado histopatológico.

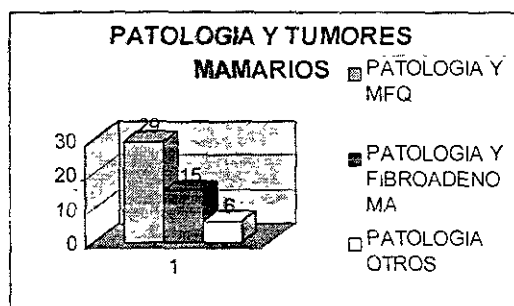
Clinicamente se diagnosticaron 33 pacientes con mastopatía fibroquística que corresponde a un 66% y 17 pacientes con fibroadenomas que corresponde al 34%.

De las 50 pacientes el reporte de ultrasonido realizado en todas las pacientes fue el siguiente para mastopatía

fibroquística 33 pacientes que corresponde al 66%, fibroadenoma 12 pacientes que corresponde al 24% y 5 pacientes con reporte diverso que corresponde al 10%



De las 50 pacientes el resultado histopatológico fueron los siguientes 29 pacientes con MFQ, que corresponde al 58%, 15 pacientes con fibroadenoma que corresponde al 30%, 6 pacientes con reportes diversos diferentes a los anteriormente comentados que corresponde al 12%, de estos últimos una paciente de 45 años con cáncer de conductos moderadamente diferenciados.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se puede considerar esta prueba como adecuada para detectar esta patología, ya que la sensibilidad es del 83.3%. La especificidad del 60% El valor predictivo positivo del 75.7% y por último el valor predictivo negativo del 70.5%.

Analisis.

Con base en los resultados obtenidos se puede decir que la ultrasonografía es un gran apoyo en las patologías mamarias y principalmente en la mastopatía fibroquística ya que la sensibilidad en este estudio se considera como buena.

Además se corrobora la edad de presentación de la mastopatía fibroquística de acuerdo a la bibliografía, que en este caso fue de 36 a 45 años.

Por otro lado se corroboró la relación de la mastopatía fibroquística con el cáncer de mama, siempre y cuando existan factores de riesgo y antecedentes de Ca en familiares.

Conclusiones.

Se sabe que la mastopatía fibroquística es una de las principales patologías mamarias y la primera causa de consulta de la población con el ginecólogo. Como sabemos la mama es un órgano de la reproducción y, por ello, parece lógico aceptar la aseveración de que las enfermedades mamarias son responsabilidad del gineco-obstetra.

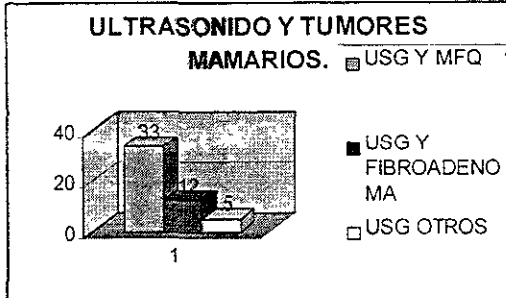
En nuestro hospital únicamente contamos con el recurso de ultrasonido y apoyo de mamografía por otros hospitales únicamente cuando es muy necesario.

En el presente estudio dimos cuenta de que el personal de radiología y el equipo ultrasonográfico con que cuenta el hospital es de buena calidad ya que los reportes ultrasonográficos tienen una sensibilidad en esta patología de buena a excelente.

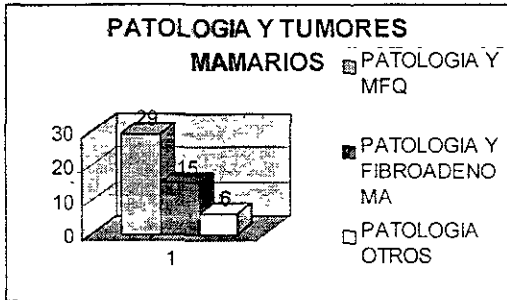
En cuanto al servicio de patología de esta institución es de gran calidad por los reportes encontrados en la revisión de resultados histopatológicos que se correlaciona en su gran mayoría con la clínica y ultrasonido.

De las 50 pacientes el reporte de ultrasonido realizado en todas las pacientes fue el siguiente para mastopatía

fibroquística 33 pacientes que corresponde al 66%, fibroadenoma 12 pacientes que corresponde al 24% y 5 pacientes con reporte diverso que corresponde al 10%



De las 50 pacientes el resultado histopatológico fueron los siguientes 29 pacientes con MFQ, que corresponde al 58%, 15 pacientes con fibroadenoma que corresponde al 30%, 6 pacientes con reportes diversos diferentes a los anteriormente comentados que corresponde al 12%, de estos últimos una paciente de 45 años con cáncer de conductos moderadamente diferenciados.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se puede considerar esta prueba como adecuada para detectar esta patología, ya que la sensibilidad es del 83.3%. La especificidad del 60%. El valor predictivo positivo del 75.7% y por último el valor predictivo negativo del 70.5%.

Analisis.

Con base en los resultados obtenidos se puede decir que la ultrasonografía es un gran apoyo en las patologías mamarias y principalmente en la mastopatía fibroquística ya que la sensibilidad en este estudio se considera como buena

Además se corrobora la edad de presentación de la mastopatía fibroquística de acuerdo a la bibliografía, que en este caso fue de 36 a 45 años.

Por otro lado se corroboró la relación de la mastopatía fibroquística con el cáncer de mama, siempre y cuando existan factores de riesgo y antecedentes de Ca en familiares.

Conclusiones.

Se sabe que la mastopatía fibroquística es una de las principales patologías mamarias y la primera causa de consulta de la población con el ginecólogo. Como sabemos la mama es un órgano de la reproducción y, por ello, parece lógico aceptar la aseveración de que las enfermedades mamarias son responsabilidad del gineco-obstetra.

En nuestro hospital únicamente contamos con el recurso de ultrasonido y apoyo de mamografía por otros hospitales únicamente cuando es muy necesario.

En el presente estudio dimos cuenta de que el personal de radiología y el equipo ultrasonográfico con que cuenta el hospital es de buena calidad ya que los reportes ultrasonográficos tienen una sensibilidad en esta patología de buena a excelente

En cuanto al servicio de patología de esta institución es de gran calidad por los reportes encontrados en la revisión de resultados histopatológicos que se correlaciona en su gran mayoría con la clínica y ultrasonido.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Bibliografía

- 1.- Leoncio A Arrighi, "Lesiones Premalignas", Edit López Libreros Editores, pág. 521, 1976
- 2.- Ahumada J. C. y Cols, "El Cáncer Ginecológico", Edit. Ateneo, pág 1018, Bs As , 1953
- 3 - Douglas J., Marchant M.D., "Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas actuales", vol. 3, Edu. Interamericana.1994
- 4.- Marchant D J, Nyrksy I: "Foreword. Breast Disease Procelings Ofan Internacional Symposium " Mayo, 13-17-1978
- 5 - Cotrans, Robbins, "Patología Estructural y Funcional", tomo 2, 10a ed Edit Interamericana. 1989
- 6 - Berkowitz G S, Kelsey J. L. Livols V A et al "Exogenous Hormone Use and Fibrocystic Breasts Disease by Histopathology Component", Int. S. Cancer 34:443,1984
- 7.- Brinton L. A Vassey M.P, Flavel R et al "Risk Factors for Benign Breast Disease, Am J Epidemiol, 113-203, 1981
- 8.- Dupont W. D , page D L "Risk Factors for Breast Cancer in Women with Proliferative Breast Disease \ N Engl J Med 312. 146, 1985
- 9.- Jonathan S. berek, M.D. "Ginecologia de Novak", 10a. ed. Edit Mc Graw Hill-Interamericana. 1997
- 10- Douglas J, Marchant, M. D "Tratamiento Actual para Mastopatias: Enfermedades Benignas". parte 1, vol 3 Edit Interamericana, 1994
- 11 - Marchant D J "Foreword Breast Diseases. Clinical Obstretics and Gynecology", Philadephia, Harper and Row, p 351, 1982.
- 12 - Edeiken S. "Mamography in the Symptomatic Women", Cancer 63 1412, 1989
- 13.- Parker S H Jobe W E: "Large-Core Breast Biopsy Offers Reliable Diagnosis. Diagnostic Imaging" 12 60 1990
- 14.- Sicckles E A , Kleim D. L Goodson W H. III, et al. "Mammography After Needle Aspiration of Palpable Breast Masses". Am J. Surg. 145:395, 1983.
- 15 - Tabar. L Dean P B , Pentek 2 "Galactography The Diagnostic Procedure of Choice for Niple Discharge' Radiology 149 31, 1983
- 16 - Cupceancu B "Short Term Tsmoxifen Treatment in Benign Breast Disease" Rev. Roum, Med Endocrinol 23 169, 1985
- 17.- Fentiman I. S, Calefi M Brame K, et al. "Doble-Blind-Controlled Trial of Tomoxifen Therapy for Mastalgia . Lancet 1.287, 1986
- 18 - Lawson D. H., Jick H, rothmsn K J , "Coffee and Tea Consumption and Breast Disease Surgery 90 801 1981
- 19.- Lees A. W. Burns P. E. Grace M "Oral Contraceptins and Breast Disease in Premenopausal Northem Albertan Women" Int. J. Cancer 22:700, 1978
- 20 - Lubin F, Ron E. Wax, et al: "A Case-Control Study of Caffeine and Methylxanthines in Benign Breast Disease JAMA 253.2388, 1985
- 21.- Moreno Altamirano L., Cano Valle F., Garcia Romero H , "Epidemiologia Clínica", Edit Interamericana, pág 143-168. 1994.