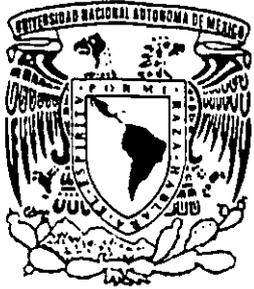


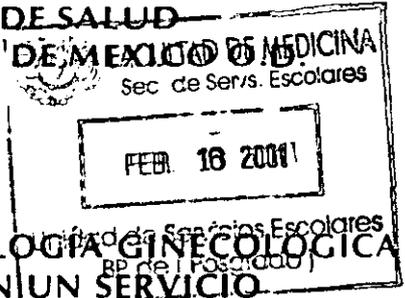
75

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA GINECOLOGICA EXTRAUTERINA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ANALISIS DE 1434 REPORTES HISTOPATOLOGICOS DEL AREA GINECOLOGICA EN UN PERIODO DE 10 AÑOS
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

289165



DIRECCION DE ENSEÑANZA

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. ANDRES MALO VALDIVIESO

HGM

ASESOR: DR. FRANCISCO JAVIER GALINDO GONZALEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dr. FRANCISCO JAVIER GALINDO GONZALEZ
JEFE UNIDAD 304 CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
TUTOR DE TESIS



Dr. ENRIQUE FERNANDEZ HIDALGO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL UNAM
CONSULTOR TECNICO UNIDAD 305
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



Dr. ANDRES MALO VALDIVIESO
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEDICATORIA

A mis padres, Felipe y Eva; a mi esposa Verónica Vega, que con su apoyo y comprensión han jugado un rol muy importante en el largo camino de mi formación, que Dios me permita recompensar sus sacrificios.

AGRADECIMIENTOS

Manifiesto mi más sincera gratitud a todos mis Maestros que hicieron posible mi formación durante la carrera de Cirugía General; un especial reconocimiento para el Dr. Enrique Fernández Hidalgo y el Dr. Rafael Gutiérrez Vega que nos brindaron sus enseñanzas con calidad profesional y humana. Y al Dr. Francisco Javier Galindo González por su dedicación y respaldo en la tutoría de esta investigación.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	2
3. Materiales y Métodos.....	3
4. Resultados.....	4
4.1 Resultados de la Patología de Ovario.....	4
4.2 Resultados de la Patología Mamaria.....	20
5. Análisis de la Patología Ovárica.....	30
5.1 Tumores Quísticos.....	30
5.2 Tumores Sólidos.....	32
5.3 Tumores Malignos del Ovario.....	33
5.4 Tumores Hallazgo Incidental.....	36
5.5 Conclusiones de las Lesiones de Ovario.....	37
6. Análisis de la Patología Mamaria.....	38
6.1 Conclusiones de las Lesiones Mamarias.....	43
7. Bibliografía.....	44

INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA GINECOLOGICA EXTRAUTERINA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ANALISIS DE 1434 REPORTES HISTOPATOLOGICOS DEL AREA GINECOLOGICA EN UN PERIODO DE 10 AÑOS.

1. INTRODUCCION:

La patología ginecológica representa un número elevado de consultas hospitalarias tanto en los servicios de urgencias como consulta externa y cabe señalar que no todos los hospitales que forman cirujanos generales tienen dentro de su entrenamiento esta práctica. El Hospital General de México con un volumen elevado de pacientes, obliga a todo residente de Cirugía General a revisar y estudiar los diferentes padecimientos ginecológicos para cubrir las necesidades hospitalarias, creando un excelente ambiente de estudio y práctica en dicha área.

La importancia de estas patologías quedó demostrado en el trabajo publicado en la revista Cirujano General vol. 21 de 1999 (1), que en nuestro hospital se reciben en el servicio de urgencias el 8.49% de consultas de índole ginecológica que requirieron de tratamiento quirúrgico para su resolución. El quiste torcido de ovario representa el 3.33%, embarazo ectópico el 2.46%. Entre salpingitis, piosalpinx, pio ovario y piometra que requirió de laparotomía exploradora, se reportó un 2.23% de casos; los restantes 0.47% se encuentran distribuidos entre miomatosis, perforación uterina, cáncer de ovario, dispositivos intrauterinos traslocados y hemorragia de la arteria uterina. (1) Así mismo en la consulta externa son captados muchos pacientes con padecimientos ginecológicos que requieren atención quirúrgica en alguno de los 7 pabellones de Cirugía General. En la tesis realizada en 1999, "Incidencia de la Patología Uterina en el Servicio 304 de Cirugía General" (2), se captaron 1433 reportes histopatológicos de padecimientos ginecológicos en 10 años de estudio retrospectivo, a esto se debe sumar el gran número de cirugías de esta área que no involucran al servicio de patología como parte del estudio del paciente.

En la revista de Salud Pública de México de Enero-Febrero de 1998, la Secretaría de Salud de México emitió los siguientes datos epidemiológicos (3): los egresos hospitalarios registrados para el aparato genitourinario presenta una tasa de 129.4 x 100.000 habitantes con una mortalidad de 1.7 por cada 100 egresos de esta índole. Las salpingitis y ooforitis representa una tasa de egresos de 1.1 x 100.000 habitantes. El cáncer de mama ocupa una tasa de egresos hospitalarios de 6.2 x 100.000 habitantes, con una mortalidad del 4.5 por cada 100 egresos. La patología mamaria benigna y maligna ocupa el 0.6% de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas (3).

Estos datos epidemiológicos reafirman que la patología ginecológica son padecimientos con un alto volumen en nuestra consulta cotidiana y debemos estar familiarizados tanto en el diagnóstico como en su tratamiento.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. El propósito de este trabajo es identificar por medio de un estudio retrospectivo de 10 años, los padecimientos ováricos y mamaros tratados en un Servicio de Cirugía General del Hospital General de México.
- 2.2. Se puntualizará el hallazgo histopatológico y se hará la correlación con el diagnóstico prequirúrgico.
- 2.3. Se identificará la mediana de edad, la moda, el promedio y la desviación estándar de los casos correspondientes a patología mamaria y ovárica.
- 2.4. Evaluaremos la forma de tratamiento quirúrgico realizado para cada padecimiento.
- 2.5. Analizaremos los datos obtenidos comparando con la literatura actualizada.
- 2.6. Se realizará una base de datos en Excel con el fin de proporcionar material para futuros estudios o ampliaciones de trabajo.

3. MATERIALES Y METODOS:

Utilizando la base de datos ya existente en el Pabellón 304 de Cirugía General (cuadro N° 1), con 1434 reportes Histopatológicos sobre padecimientos ginecológicos de los últimos 10 años comprendidos entre enero de 1990 y junio de 1999, se extrajo los diferentes casos de patología ovárica y padecimientos mamarios; luego se practicó una exhaustiva revisión de los expedientes en Archivos Centrales de los últimos 5 años y se completó una base de datos en Excel con la que se realizó los cálculos estadísticos.

Cuadro N° 1

Patología Ginecológica Detectada en 10 años de Estudio Retrospectivo

Patología Ginecológica	Casos	%
Histerectomías	803	55.99
Enfermedad Ovárica	197	13.73
Biopsias de Cervix y Endometrio	182	12.69
Enfermedad Mamaria	126	8.78
Salpingectomías	59	4.11
Patología de Vagina	24	1.67
Endometriomas de Pared Abdominal	19	1.32
Embarazo Ectópico	16	1.11
Miomectomías	8	2.65
Total	1434	100

Utilizando los datos obtenidos de la enfermedad ovárica y mamaria, analizamos la incidencia de estas patologías en base al reporte histopatológico; detallamos la edad promedio, moda, mediana, desviación estándar y distribución por grupo de edad correspondiente. Puntualizamos el tipo de tratamiento realizado y además correlacionamos el diagnóstico prequirúrgico con el reporte de patología para obtener la certeza diagnóstica en cada padecimiento. Luego de la presentación de los resultados obtenidos, haremos un análisis crítico y constructivo de los datos comparando con la literatura actual publicada.

4. RESULTADOS:

4.1. INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA DE OVARIO:

Después de la patología uterina, el padecimiento ginecológico más frecuente en el Pabellón 304 de Cirugía General, es el de ovario. Recolectamos 197 casos que corresponden al 13.73% de los padecimientos ginecológicos. El promedio de edad fue de 36.6 años, la mediana de edad fue de 33.5, la moda de 29, con un rango que va desde los 15 a los 85 años.

Para una mejor comprensión en el análisis de los datos, dividimos en 3 grupos de pacientes de acuerdo a los siguientes diagnósticos prequirúrgicos:

Cuadro N° 2

Diagnósticos Prequirúrgicos Estudiados

Diagnósticos Prequirúrgicos	N°	%
Tumores Quísticos	131	66.49
Tumores Sólidos	45	22.84
Patología Ovárica de Hallazgo Incidental	21	10.65
TOTAL	197	100

En cada uno de estos grupos analizamos los parámetros antes mencionados en la sección de material y métodos.

De los 131 **Tumores Quísticos** como diagnóstico prequirúrgico, la edad promedio fue de 34.9 años con una moda de 37, la mediana de 34, la desviación estándar de 13.3 y el rango de 15 a 83 años. El siguiente cuadro ilustra el número de pacientes por grupos de edad:

Cuadro N° 3

Grupos Etáreos de los Tumores Quísticos

Grupo de edad	N° de Pacientes	%
1-15años	1	0.76
16-20años	20	15.26
21-25años	13	9.9
26-30años	18	13.74
31-35años	18	13.74
36-40años	21	16.03
41-45años	20	15.26
46-50años	8	6.1
51-55años	4	3.05
56-60años	1	0.76
61-65años	2	1.52
66-70años	2	1.52
71-80años	2	1.52
81-90años	1	0.76
TOTAL	131	100

Los Diagnósticos Histopatológicos encontrados se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4
Reportes Histopatológicos de los Tumores
Catalogados como Quísticos en el Prequirúrgico

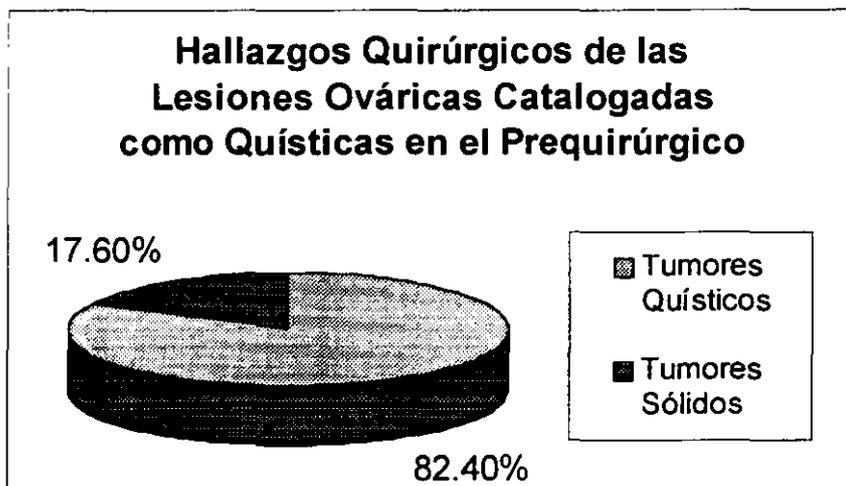
Diagnósticos Histopatológicos	N°	%
• Cistadenoma Seroso	54	41.22
• Quistes Foliculares	25	19.08
• Cuerpo Lúteo Hemorrágico	8	6.10
• Cistadenoma Mucinoso	7	5.34
• Quiste Endometriósico	6	4.58
• Teratoma Quístico Maduro	5	3.81
• Quiste Lúteo	3	2.29
• Quistes Sin Revestimiento Epitelial	3	2.29
• Leiomiomas	3	2.29
• *Cistadenocarcinoma Mucinoso de Bajo Grado	2	1.52
• Quiste Seroso Paratubárico	2	1.52
• °Apendicitis	2	1.52
• Cistadenoma Mucinoso y Seroso	1	0.76
• Quiste Tecaluteínico	1	0.76
• Cuerpo Amarillo Hemorrágico	1	0.76
• *Cistadenocarcinoma Seroso Papilar Limitrofe	1	0.76
• Hidrosálpinx	1	0.76
• Quiste Hemorrágico Isquémico	1	0.76
• °Absceso Ovárico	1	0.76
• Endometriosis Ovárica	1	0.76
• Cistadenofibroma	1	0.76
• Fibroma-Tecoma	1	0.76
• *Tumor de Brenner	1	0.76
• TOTAL	131	100

* = Procesos Malignos

° = Procesos Infecciosos

El número de Tumores Quísticos hallados en las cirugías fueron de 121 casos; los restantes, 5 Tumores Sólidos y 5 casos de Patología no Ovárica que correspondieron a 2 Apendicitis y 3 Leiomiomas. Estos datos se ilustran en el siguiente gráfico:

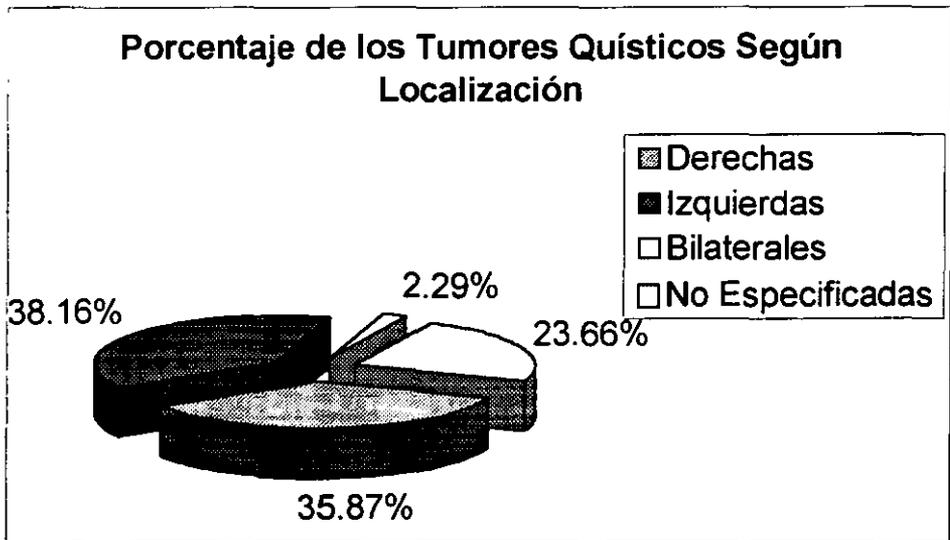
Gráfico # 1



De los Tumores Quísticos 1 caso correspondió a un Hidrosálpinx, el resto dependían directamente del ovario.

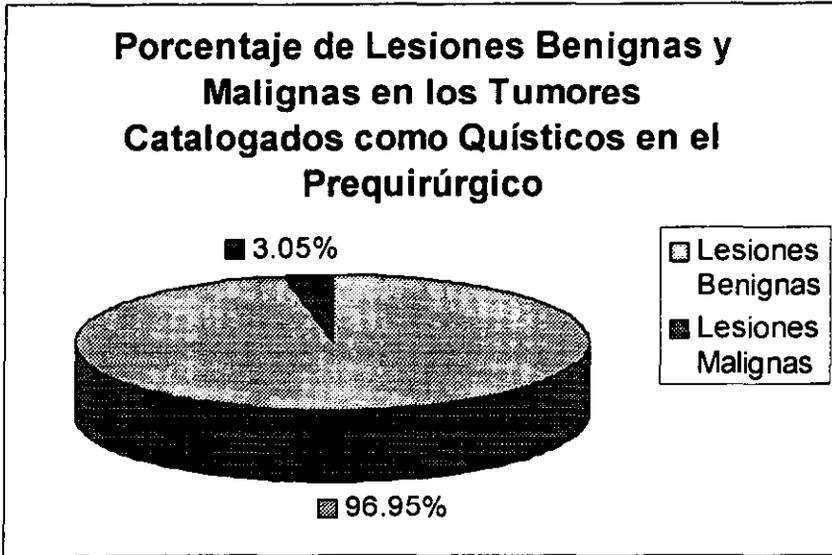
Las lesiones del lado derecho fueron 47, las izquierdas 50, bilaterales 3 y no especificadas 31; a continuación lo exponemos en un gráfico:

Gráfico # 2



Los casos malignos corresponden a 2 Cistadenocarcinomas Mucinosos de Bajo Grado, 1 Cistadenocarcinoma Seroso Papilar Limítrofe y 1 Tumor de Brenner. A seguir lo graficamos con los porcentajes correspondientes:

Gráfico # 3



Las intervenciones quirúrgicas de urgencia fueron 8: 2 Apendicitis (1.52%) , 1 Piovario (0.76%) y 5 Quistes Torcidos (3.8%). Todas estas cirugías entraron con diagnóstico de quiste torcido de ovario. El siguiente cuadro ilustra el tipo de cirugía realizada en los 131 procedimientos:

Cuadro N° 5

Tipo de Procedimiento Quirúrgico Realizado

Procedimiento Quirúrgico Realizado	N°	%
Ooforectomías	102	77.86
Salpingooforectomía	14	10.68
Cuñas o Biopsias Incisionales	8	6.10
Histerectomías	3	2.29
Apendicectomías	2	1.52
Rutina para Cáncer de Ovario	2	1.52
TOTAL	131	100

Solo se realizaron 2 cirugías etapificadoras-citorreductoras de las 4 lesiones Malignas reportadas, los dos casos restantes fueron derivados al servicio de oncología.

Se practicó 7 (5.34%) procedimientos incidentales de los cuales 5 fueron apendicectomías con reporte histopatológico de apéndice cecal normal y 2 colecistectomías por colecistolitiasis.

De los 45 casos de **Tumores Sólidos** del Ovario, la edad promedio fue de 38.1 años, la moda de 36 y la mediana de edad de 36, la desviación estándar de 14.7, con un rango de 15 a 70 años. El siguiente cuadro ilustra el número de pacientes por grupos de edad:

Cuadro N° 6

Grupos Etáreos de los Tumores Sólidos

Grupo de edad	N° de Pacientes	%
1-15años	1	2.22
16-20años	4	8.88
21-25años	7	15.55
26-30años	4	8.88
31-35años	4	8.88
36-40años	5	11.11
41-45años	6	13.33
46-50años	5	11.11
51-55años	4	8.88
56-60años	1	2.22
61-65años	3	6.66
66-70años	1	2.22
71-80años	0	0
81-90años	0	0
TOTAL	45	100

A pesar de que el diagnóstico prequirúrgico fue de lesión sólida del ovario, existen muchos tumores quísticos en los reportes histopatológicos. A continuación se detallan los diagnósticos histopatológicos de los Tumores Sólidos:

Cuadro N° 7

**Reportes Histopatológicos de los Tumores
Catalogados como Sólidos en el Prequirúrgico**

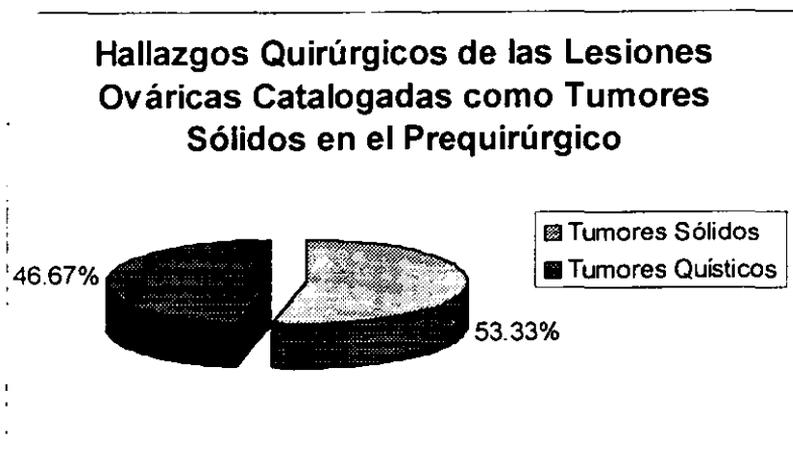
Diagnósticos Histopatológicos	N°	%
• Teratoma Maduro	8	17.77
• Cistadenoma Seroso	6	13.33
• Teratoma Quístico	4	8.88
• Cistadenoma Mucinoso	3	6.66
• Fibroma-Tecoma	3	6.66
• °Ooforitis Aguda	3	6.66
• *Disgerminoma	2	4.44
• Cuerpo Amarillo Hemorrágico	2	4.44
• Cuerpo Amarillo Gigante	1	2.22
• Cuerpo Amarillo Normal	1	2.22
• Quistes Foliculares	1	2.22
• *CA Epidermoide Mod. Diferenciado	1	2.22
• *Leiomioma Plcomórgico Uterino	1	2.22
• *Cistadenocarcinoma Seroso y Mucinoso	1	2.22
• Cistadenoma Fibroso	1	2.22
• *Ca Endometriode del Ovario	1	2.22
• Leiomioma	1	2.22
• *Carcinoma Neuroendócrino Metastásico	1	2.22
• *Adenocarcinoma Bien Diferenciado Bilateral	1	2.22
• °Absceso Ovárico	1	2.22
• Cuerpo Lúteo Hemorrágico	1	2.22
• °Apendicitis Abscedada	1	2.22
• TOTAL	45 Casos	100

* = Procesos Malignos

° = Procesos Infecciosos

El Servicio de Patología reportó 29 lesiones sólidas y 16 quísticas. En el siguiente gráfico exponemos los porcentajes correspondientes:

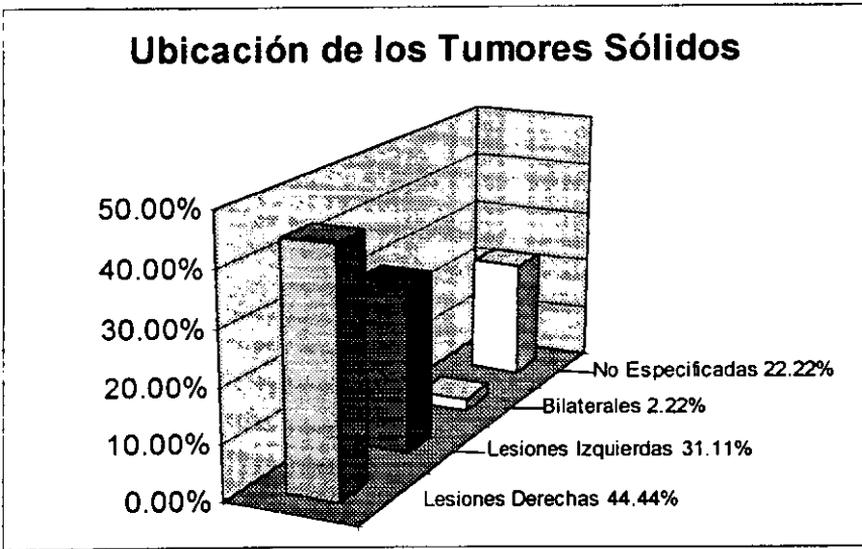
Gráfico # 4



Todos los reportes histopatológicos correspondieron a patología ovárica a excepción de 3: 1 Apendicitis, 1 Leiomioma Uterino y 1 Leiomioma Pleomórfico Uterino.

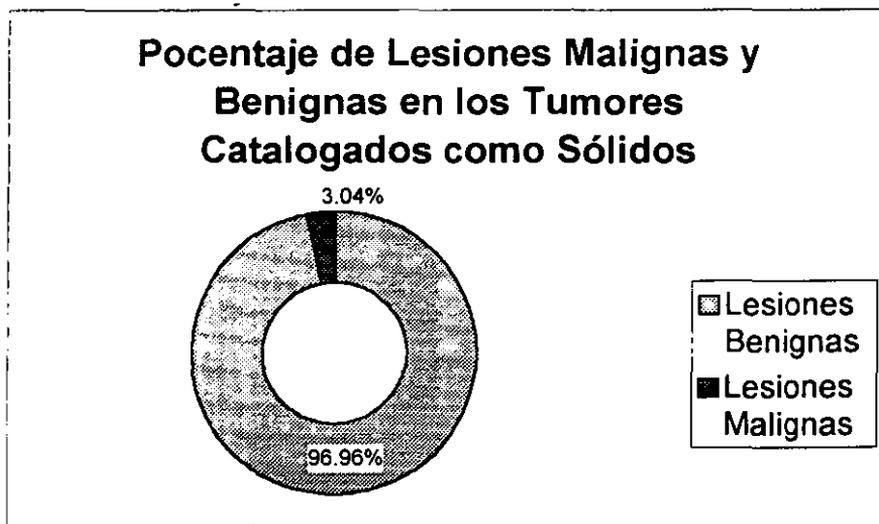
Las lesiones derechas fueron 20, izquierdas 14, bilaterales 1 y no especificadas 10. En el siguiente gráfico se exponen los porcentajes correspondientes:

Gráfico # 5



Detectamos 8 lesiones malignas dentro de los tumores catalogados como Sólidos, estos corresponden a: 2 Disgerminomas, 1 Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado originado en un Quiste Dermoide, 1 Cistadenocarcinoma Mucinoso y Seroso, 1 Carcinoma Endometrioide, 1 Adenocarcinoma Bien Diferenciado Bilateral, 1 Carcinoma Neurogénico Metastásico y 1 Leiomiocarcinoma Pleomórfico Uterino. Descartando las 2 lesiones malignas que no son primarias de ovario (Leiomiocarcinoma Pleomórfico Uterino y el Carcinoma Neurogénico Metastásico), el resto corresponden al siguiente porcentaje que se expresa en el gráfico N° 6 :

Gráfico # 6



Hubieron 5 casos infecciosos: 3 Ooforitis, 1 Piovario y 1 Apendicitis Abscedada confundida como tumor de ovario.

Las intervenciones quirúrgicas de urgencia fueron 7: 1 Apendicitis (2.22%), 1 Piovario (2.22%), 3 Ooforitis (6.66%), 1 Tumor de Ovario Torcido y 1 Cuerpo Amarillo Hemorrágico que causó irritación peritoneal.

El siguiente cuadro ilustra el tipo de tratamiento quirúrgico realizado en estos tumores sólidos:

Cuadro N° 8

Tipo de Procedimiento Quirúrgico Realizado

Procedimiento Quirúrgicos Realizados	N°	%
• Ooforectomias	26	57.7
• Salpingooforectomía Bilateral	6	13.33
• Salpingooforectomía Unilateral	6	13.33
• Histerectomias	2	4.44
• Cuñas o Biopsias Incisionales	2	4.44
• Rutina para Cáncer de Ovario	2	4.44
• Apendicectomía	1	2.22
• TOTAL	45	100

Solo se realizaron 2 cirugías etapificadoras-citorreductoras de las 6 lesiones malignas primarias de ovario. Los 4 tumores restantes, el tumor de primario desconocido (Carcinoma Neuroendocrino Metastásico) y el tumor maligno uterino fueron enviados a Oncología.

Se practicó 3 (6.66%) procedimientos quirúrgicos incidentales de las cuales 2 fueron apendicectomías con reporte histopatológico de apéndice cecal normal y 1 colecistectomía por colelitiasis.

Se realizaron 21 cirugías, en las cuales se reporta como **Hallazgo Incidental** una patología de ovario; en estas pacientes el promedio de edad fue de 36.5 años, la moda de 20, la mediana de 31.4, la desviación estándar de 17.06 con un rango de 15 a 85 años. El siguiente cuadro muestra la distribución de acuerdo a edad:

Cuadro N° 9

Grupos Etáreos de las Lesiones Ováricas de Hallazgo Incidental

Grupo de edad	N° de Pacientes	%
1-15años	1	4.76
16-20años	3	14.28
21-25años	2	9.52
26-30años	4	19.04
31-35años	3	14.28
36-40años	1	4.76
41-45años	2	9.52
46-50años	1	4.76
51-55años	2	9.52
56-60años	0	0
61-65años	0	0
66-70años	1	4.76
71-80años	0	0
81-90años	1	4.76
TOTAL	21	100

De los diagnósticos más frecuentes se destacan los Quistes Foliculares y el Cistadenoma Seroso. A continuación se detallan los reportes histopatológicos:

Cuadro N° 10

**Reportes Histopatológicos de los Tumores
Ováricos de Hallazgo Incidental**

Diagnósticos Histopatológicos	Nº	%
Quistes Foliculares	6	28.57
Cistadenoma Seroso	4	19.04
Piovario	2	9.52
Cuerpo Amarillo	2	9.52
Cuerpo Lúteo	2	9.52
Quiste Endometriósico	1	4.76
Cuerpo Lúteo Hemorrágico	1	4.76
Embarazo Ectópico Ovárico	1	4.76
Teratoma Maduro	1	4.76
Ovario Normal	1	4.76
TOTAL	21	100

El número de Lesiones Quísticas representa el 33.33% y los 2 procesos infecciosos el 9.52%. Hubo 5 casos con sospecha de lesión ovárica que fueron cambios fisiológicos, un embarazo ectópico ovárico y un ovario normal. No se describe ningún caso de malignidad.

Las cirugías en las que se hallaron las lesiones incidentales, se detallan a continuación:

Cuadro N° 11

**Tipo de Cirugía con Hallazgo de
Lesión Ovárica incidental**

Diagnósticos	N°	%
Apendicitis Aguda	7	33.33
Embarazo Ectópico	3	14.28
Piosalpinx	2	9.52
Miomatosis	1	4.76
Úlcera Duodenal	1	4.76
Hernia Umbilical	1	4.76
Eventración Postqx.	1	4.76
Cáncer de Recto	1	4.76
Salpingoclasia	1	4.76
Recanalización de Trompas	1	4.76
Oclusión Intestinal	1	4.76
Colecistitis	1	4.76
TOTAL	21	100

Solo hubo un proceso maligno, un Cáncer de Recto donde no se demostró metástasis, coexistiendo con una patología ovárica benigna.

4.2. INCIDENCIA DE LOS TUMORES DE MAMA:

El segundo padecimiento ginecológico extrauterino más frecuente detectado en este estudio es la patología mamaria; encontramos 126 casos con una edad promedio 31.8 años, la mediana de 28, la moda de 16, la desviación estándar de 13.7 con un rango de 15 a 71 años.

De acuerdo a los diagnósticos histopatológicos encontrados, presentamos el siguiente cuadro que ilustra el número de casos y porcentajes correspondientes:

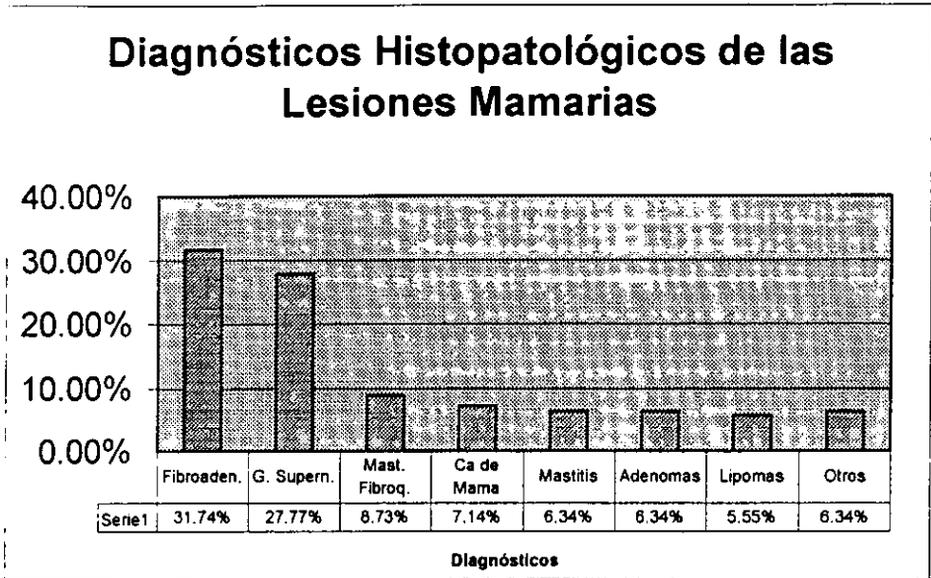
Cuadro N° 12

Diagnósticos Histopatológicos de las Lesiones Mamarias

Diagnósticos	N°	%
Fibroadenomas	40	31.74
Glándulas Supernumerarias	35	27.77
Mastopatía Fibroquistica	11	8.73
Cáncer de Mama	9	7.14
Mastitis	8	6.34
Adenomas	8	6.34
Lipomas	7	5.55
Otros	8	6.34
TOTAL	126	100

El Gráfico N° 7 complementa la comprensión de esta distribución:

Gráfico # 7



De cada diagnóstico histopatológico reportado analizamos los parámetros mencionados en la sección de material y métodos.

Los **Fibroadenomas** escindidos son 40 casos y corresponden a 15 derechos, 19 izquierdos, 5 bilaterales y 1 no especificado. El promedio de edad fue 27.2 años, la mediana de 23, la moda de 20 y la desviación estándar de 10.8. La distribución por edad nos muestra un claro aumento entre los 20 y 30 años y a seguir detallamos los hallazgos de esta entidad por grupos de edad:

Cuadro N° 13

**Distribución por Grupos Etáreos
de los Fibroadenomas**

Edad	N°	%
11-20 años	9	22.5
21-30 años	19	47.5
31-40 años	7	17.5
41-50 años	4	10.0
51-60 años	0	0.0
61-70 años	1	2.5
71-80 años	0	0.0
TOTAL	40	100

Todos los casos fueron tratados con biopsia escisional. Entre los diagnósticos prequirúrgicos más frecuentes esta el de Fibroadenoma con 22 casos y luego el de Tumor Mamario en Estudio con 7 casos. En el siguiente cuadro se exponen todos los diagnósticos prequirúrgicos:

Cuadro N° 14

**Diagnósticos Prequirúrgicos
de las Lesiones Mamarias**

Diagnósticos	N°	%
Fibroadenoma	22	55.0
Tumor o Nódulo Mamario	7	17.5
Lipoma	6	15.0
No Especificado	5	12.5
Total	40	100

La **Glándula Supernumeraria** es el segundo padecimiento encontrado en nuestro estudio; detectamos 35 casos de los cuales 14 son derechos, 10 izquierdos, 5 bilaterales y 6 no especificados. El promedio de edad fue de 29.9 años, la mediana de 28, la moda de 28 y la desviación estándar de 11.9 años. En el cuadro N° 13 se exponen los hallazgos de esta entidad por grupos de edad:

Cuadro N° 15

**Distribución por Grupos Etáreos
de las Glándulas Supernumerarias**

Edades	N°	%
10-19	7	20.00
20-30	17	48.57
31-39	5	14.28
40-49	4	11.42
50-59	1	2.85
60-69	1	2.85
70 o más	0	0.0
Total	35	100

Todos los casos fueron tratados con escisión completa. Entre los diagnósticos prequirúrgicos más frecuentes está el de Glándula Supernumeraria con 28 casos y a seguir el de Lipoma con 4 pacientes. A continuación se exponen todos los diagnósticos prequirúrgicos establecidos en los 35 reportes histopatológicos:

Cuadro N° 16

**Diagnósticos Prequirúrgicos
de las Glándulas Supernumerarias**

Diagnósticos	N°	%
Glándula Supernumeraria	28	80.00
Lipoma	4	11.42
Tumor Axilar	2	5.71
Pezón Supernumerario	1	2.85
Total	35	100

Los 9 casos de **Cáncer de Mama**, presentaron un promedio de edad de 56.1 años, la mediana de 56.5, la moda de 46 con una desviación estándar de 13.1 años. En el siguiente cuadro se expone los hallazgos por grupos de edad:

Cuadro N° 17

**Distribución por Grupos Etáreos
del Cáncer Mamario**

Edades	N°	%
10-19	0	0.0
20-30	1	11.11
31-39	1	11.11
40-49	2	22.22
50-59	2	22.22
60-69	1	11.11
70-79	2	22.22
80 o más	0	0.0
Total	9	100

Se realizaron 2 Mastectomías Radicales Clásicas, 4 Mastectomías Radicales Modificadas tipo Patey y 3 solo fueron Biopsias Escisionales que luego del diagnóstico se derivaron al Servicio de Oncología.

De los diagnósticos prequirúrgicos, 3 se consideraron desde un inicio como Cáncer de Mama y 6 como Tumor en Estudio. Los diagnósticos histopatológicos fueron: Carcinoma Canalicular Invasor 7 casos que representa un 77.7%, 1 Carcinoma Lobulillar Invasor y 1 Carcinoma Mucinoso. De los 6 procedimientos radicales realizados en el servicio, se disecaron entre 10 y 23 ganglios con un promedio de 15.6. Los ganglios positivos reportados fueron entre 1 y 9 con un promedio de 3.6.

A continuación se exponen el número de ganglios disecados y los reportes de positividad:

Cuadro N° 18

**Número de Ganglios Disecados
en los Procedimientos Radicales de Mama**

N° de Ganglios	N° de Ganglios Positivos
23 ganglios	1
22 ganglios	8
18 ganglios	1
14 ganglios	3
13 ganglios	9
10 ganglios	4

Reportamos 11 casos de **Mastopatía Fibroquística** con un promedio de edad de 31.9 años, la mediana de 31.5, con una desviación estándar de 3.7 años. La mayor parte de casos se distribuyen entre los 31 y 39 años, a continuación exponemos de acuerdo a grupos de edad:

Cuadro N° 19

**Distribución por Grupos Etáreos
de la Mastopatía Fibroquística**

Edades	N°	%
10-19	1	9.09
20-39	3	27.27
30-39	5	45.45
40-49	2	18.18
50 o más	0	0.0
Total	11	100

Todos los casos de Mastopatía Fibroquistica se trataron con biopsia escisional; de los diagnósticos prequirúrgicos planteados encontramos, 7 casos de Fibroadenoma que corresponde a un 63.6% y 4 como Tumor en Estudio que corresponde a un 36.3%.

Se detectaron 8 casos de Mastitis, en esta patología la edad promedio fue de 46.8 años, la mediana de 41, la moda de 40 con una desviación estándar de 12.1 años. La mayor parte de pacientes se encuentran entre los 40 y 49 años. A continuación se expone la distribución por edad:

Cuadro N° 20

**Distribución por Grupos Etáreos
de los Casos de Mastitis**

Edades	N°	%
10-19	0	0.0
20-29	1	12.5
30-39	1	12.5
40-49	4	50.0
50-59	1	12.5
60-69	0	0.0
70-79	1	12.5
80 o más	0	0.0
Total	8	100

Todos los casos fueron tratados con biopsia escisional. El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue de Tumor en Estudio con 5 casos que representa el 62.5%, 1 caso como Fístula, 1 caso de Mastopatía Fibroquistica y 1 caso con sospecha de Glándula Supernumeraria.

Encontramos 8 casos de **Adenomas** con un promedio de edad de 18.7 años, la mediana de 17, la moda de 17, con una desviación estándar de 3.7 años. El grupo de edad más frecuente está entre los 10 y 17 años; en el cuadro 19 se expone la distribución por grupos de edad:

Cuadro N° 21

**Distribución por Grupos Etáreos
de los Adenomas**

Edades	N°	%
10-19	7	87.5
20-29	1	12.5
30-39	0	0.0
40 o más	0	0.0
Total	8	100

Todos los casos se trataron con biopsia escisional. El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue Fibroadenoma con 4 casos que representa un 50%, Lipoma 2 casos con el 25% y 2 Tumores en Estudio que corresponde al 25%.

Tenemos 7 casos con diagnóstico histopatológico de **Lipoma** con un promedio de edad 38,3 años, la mediana de 38,5, con una desviación estándar de 11 años.

Cuadro N° 22

Distribución por Grupos Etáreos de los Lipomas

Edades	N°	%
10-19	0	0.0
20-29	2	28.57
30-39	1	14.28
40-49	3	42.85
50-59	1	14.28
60 o más	0	0.0
Total	7	100

Todos los casos fueron tratados con biopsia escisional. El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue de Lipoma con 5 casos que corresponde a un 71.42%, 1 caso que se diagnóstico como Glándula Supernumeraria y 1 caso como tumor de mama en estudio.

Los 8 casos restantes del total de las lesiones mamarias corresponden a:

Cuadro N° 23

Otras Patologías Mamarias

Diagnósticos Histopatológicos	N°
Fibroadenosis	3
Hiperplasias Ductales	2
Fibrosis Cicatrizal	1
Galactocele	1
*Pilomatricoma	1
Total	8

*Lesión Benigna.

5. ANALISIS DE LA PATOLOGIA OVARICA

5.1. ANALISIS DE LOS TUMORES QUISTICOS

Es interesante encontrar que de los 131 diagnósticos prequirúrgicos planteados como Tumor Quístico de Ovario, 121 de ellos correspondió a una lesión quística; representando el 92.36% de casos acertados. Por ser un estudio que no está enfocado a la correlación del diagnóstico ultrasonográfico con el histopatológico, no se buscó intencionadamente los reportes del estudio de gabinete en mención, pero podemos inferir que la mayor parte de los diagnósticos antes de la intervención quirúrgica contaban con este examen. En la literatura médica, el estudio ideal para el inicio del abordaje diagnóstico en una probable lesión ovárica es el ultrasonido pélvico, con una mayor sensibilidad y especificidad a través del ultrasonido transvaginal. El ultrasonido en sus dos formas antes mencionadas no solamente diagnóstica el tipo de tumor, también aporta con sus características morfológicas que pueden orientar si se trata de una lesión maligna o benigna, en esta última podemos hacer el seguimiento de su evolución y evitar laparotomías diagnósticas innecesarias (4,5,6,7). Rudiger y colaboradores describen un trabajo sobre los tumores de ovario y su seguimiento a través de ultrasonido transvaginal; encontraron que 4.3% de los tumores premenopáusicos estudiados fueron malignos; solo el 5.5% de los quistes funcionales tuvieron que ser abordados quirúrgicamente para conocer su histología luego de persistir más de 6 semanas o por aumento súbito de su tamaño. El riesgo de presentar un cáncer de ovario en una lesión heterogénea (sólida y quística) o sólida es del 17% comparado con el 0.8% de malignidad para los quistes simples. (7)

El diagnóstico más frecuente dentro de los tumores quísticos fue el Cistadenoma Seroso con un 54%, este es un hallazgo ya descrito por la literatura médica; corresponde a la acumulación de líquido alrededor de un tejido epitelial con numerosas prolongaciones papilares alternando con zonas de superficie lisa. Estos no llegan a ser de gran volumen como su contraparte mucinosa y ocasionalmente pueden presentar cuerpos de psamoma por degeneración de los implantes papilares, confundiendo esta lesión con un cáncer. (6) Una fibrosis asociada a esta lesión quística da como resultado un Cistadenofibroma que tiene similar evolución y tratamiento (6,8); en nuestro estudio encontramos un solo caso de las 131 lesiones quísticas.

Los siguientes 2 diagnósticos corresponden a Quistes Foliculares (19.8%) y Cuerpo Lúteo (8.39%), a estos sumamos los Quistes Endometriósicos que ocupan el quinto lugar (4.58%); estos son quistes funcionales y que se describen como los más frecuentes dentro del diagnóstico de tumores de anexos. Obviamente aparecen en la etapa fértil de la vida y son de gran importancia conocerlos para distinguirlos de lesiones neoplásicas y evitar abordajes quirúrgicos por cambios funcionales de este tejido. (6,7) Se considera que si se encuentra dentro de la etapa fértil de la vida y el hallazgo clínico y ultrasonográfico apuntan a un cambio funcional, se puede esperar hasta 6 semanas y el 95% de ellos remiten.

(7) Otros quiste funcionales menos frecuentes fueron los Tecaluteinicos 0.76% y el Cuerpo Amarillo Hemorrágico 0.76%.

El Cistadenoma Mucinoso ocupó el cuarto lugar con un 5.34% de casos; es importante mencionar que puede presentarse en forma bilateral en el 10% y pueden adquirir volúmenes grandes que ocasionalmente se confunden clínicamente con un embarazo. Tienen una pared lisa en su interior, está cruzado con múltiples septos y se explica su formación por una metaplasia que sufre el tejido germinal por células productoras de este material viscoso. (4,6)

Los Teratomas son tumores germinales; el de tipo maduro se considera una lesión benigna y generalmente es quístico, se les conoce también como Quistes Dermoides, son bilaterales en un 15 a 25%, microscópicamente pueden contener líneas celulares de ectodermo, mesodermo y endodermo, se ha informado que del 1-3% pueden sufrir degeneración maligna escamosa. (6,8,9,10,11) Nosotros reportamos el 3.81% de todos los quistes como Teratomas Quísticos Maduros que fueron tratados por escisión simple del tumor.

Otras masas anexiales benignas también son parte de esta descripción y ocupan menos del 2% como son Quistes Simples sin Revestimiento Epitelial e Hidrosalpinx; estos fueron tratados correctamente con escisión simple.

En cuanto a los tumores malignos de tipo quístico; reportamos 2 Cistadenocarcinomas Mucinosos de Bajo Grado, 1 Cistadenocarcinoma Seroso Papilar Limitrofe y 1 Tumor de Brenner. Llama la atención que dentro de los procedimientos quirúrgicos solo hay 2 rutinas para cáncer de ovario teniendo 4 lesiones malignas; por lo que si pretendemos operar patología ovárica, debemos tener un reporte transoperatorio del tumor y si es maligno estar capacitados para proceder a tratar de acuerdo a la norma para cáncer de ovario. Este punto será analizado mas adelante luego de exponer las lesiones sólidas.

Existen lesiones uterinas que tienen que diferenciarse de tumores anexiales como los Leiomiomas, especialmente si estos son pediculados; en nuestra investigación encontramos que el 2.29% de ellos corresponde a estos (4,6). También las lesiones abdominales pueden ser abordadas pensando en un tumor de ovario y corresponder a una lesión gastrointestinal (6) , nosotros encontramos que el 1.52% de todos los reportes histopatológicos de los considerados tumores quísticos en el prequirúrgico fueron apendicitis.

5.2. ANALISIS DE LOS TUMORES SOLIDOS:

En los tumores sólidos encontramos con mayor frecuencia diagnósticos prequirúrgicos errados, aquí detallamos que de 45 lesiones consideradas como tumores sólidos, solo 29 lo fueron y las 16 restantes tenían algún contenido quístico que no fue detectado por los estudios de gabinete demostrando que el ultrasonido puede tener falsos negativos. Esta cifra corresponde a un 64.4% de casos acertados y contrasta con el dato antes expuesto de los tumores catalogados desde un inicio como quísticos con un acierto del 92.36%.

En cuanto a la presentación de las lesiones sólidas o quísticas no hay mayor diferencia; los tumores quísticos tuvieron una mediana de 34 años y los sólidos de 36 años; la distribución por grupo de edad tampoco difiere significativamente y remitimos al lector a los cuadros 3 y 6. El diagnóstico más frecuente fue de Teratoma Maduro con el 17.7% y la segunda lesión sólida descrita y confirmada por histopatología fue el Fibroma Tecoma con 6.66%.

El Fibroma Tecoma es una lesión que corresponde a los tumores del estroma ovárico, en muy pocas ocasiones son malignos y el tratamiento correcto se realiza con una ooforectomía simple unilateral ya que tampoco se asocian a enfermedad bilateral. Los casos malignos son reportes aislados en la literatura (6.8,11,12).

Las lesiones quísticas encontradas como diagnóstico definitivo, son similares a las descritas antes en el apartado de tumores quísticos, y guardan una distribución porcentual similar. Las enfermedades confundidas como masas anexiales también no difieren en este grupo, tenemos Leiomiomas (2.22%) y Apendicitis (2.22%). Esto realza la importancia que tiene considerar el diagnóstico diferencial de tumor anexial con procesos uterinos o gastrointestinales. (4,6)

5.3. ANALISIS DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO:

Los tumores malignos del ovario requieren un abordaje quirúrgico diferente a la patología benigna, estos tienen que tratarse con terapéutica multimodal previa etapificación y citorreducción quirúrgica.

Encontramos 12 tumores malignos, 10 de ellos primarios del ovario y 2 que corresponden a patología metastásica (1 Leiomiosarcoma Pleomórfico Uterino y 1 Carcinoma Neuroendocrino Metastásico). Los primarios de ovario se detallan a continuación :

- 2 Cistadenocarcinomas Mucinosos de Bajo Grado
- 2 Disgerminomas
- 1 Adenocarcinoma Bien Diferenciado Bilateral
- 1 Cistadenocarcinoma Seroso Papilar Limitrofe
- 1 Tumor de Brenner
- 1 Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado
- 1 Cistadenocarcinoma Mucinoso y Seroso
- 1 Carcinoma Endometrioide

Cuatro de ellos se detectaron dentro del grupo de tumores considerados como Quísticos en el prequirúrgico y los restantes 6 dentro de los Sólidos. Los 10 casos malignos representa el 5.6% de los 176 tumores de ovario, esto contrasta con la literatura, donde algunas series reportan que hasta un 20% de lesiones son malignas; muchos cánceres en nuestro hospital pasan directamente al servicio de oncología y alrededor del 5% está siendo atendido por Cirugía General. Este bajo porcentaje de ningún modo justifica no realizar el tratamiento quirúrgico adecuado. Solo se realizaron 4 rutinas para cáncer de ovario, etapificando y tratando adecuadamente a la mitad de los cánceres.

A continuación puntualizamos el procedimiento adecuado de etapificación quirúrgica para el abordaje de estas enfermedades malignas (6,12,13) :

- Obtener por aspiración líquido de la cavidad abdominal para citología, ya sea que contenga el abdomen el material como ascitis o a través de un lavado peritoneal con solución fisiológica, haciendo hincapié en las correderas parietocólicas y fondo de saco de Douglas.
- Exploración completa de toda la cavidad intrabdominal y pélvica con toma de biopsia de los sitios sospechosos de malignidad.
- Biopsia o citología de hemidiafragmas.

- Ooforectomía de la lesión con estudio transoperatorio y posteriormente la conducta a seguir de acuerdo a su histología.
- Se debe tratar de hacer una citorreducción óptima del tumor, esto implica dejar por lo menos lesión tumoral menor a 2 cm; en caso de que técnicamente no sea posible hacerlo por enfermedad avanzada, debe indicarse en la nota quirúrgica que no se consiguió esta citorreducción óptima y las razones que técnicamente impidieron hacerla.
- Muestreo ganglionar retroperitoneal aorto-caval.
- Omentectomía.
- Salpingo-ooforectomía bilateral con histerectomía extrafacial, a menos que la paciente tenga deseo de conservar la fertilidad previo consentimiento informado al acto quirúrgico del riesgo que implica hacer una cirugía menos extensa en un cáncer y que además la etapa de la enfermedad así lo permita.
- Con una cirugía de esta magnitud estamos en capacidad de asignar una etapa de la enfermedad al caso en estudio y enfocar el tratamiento con un pronóstico ya conocido de acuerdo a estudios publicados en la literatura médica. La clasificación más utilizada a nivel mundial para la etapificación está dada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Posteriormente el paciente debe pasar a un Servicio de Oncología para tratamiento adyuvante sistémico con quimioterapia, utilizando multidrogas que han mostrado mayor beneficio que el tratamiento con un solo citotóxico. Dentro de los esquemas de quimioterapia son de mejor pronóstico los que incluyen platino, mostrando mayor respuesta que cuando esta droga es obviada dentro de la terapéutica. Algunas histologías radiosensibles como el Disgerminoma pueden ser tratadas en base a Radioterapia. (11,12,14,15)

Los tumores quísticos no deben ser abordados con aspiración y citología de su contenido, al ser malignos no solamente se puede producir la contaminación de células por vía transcelómica, el estudio citológico no precisa el tipo de quiste y por lo tanto no podemos tomar una decisión terapéutica; esto queda aclarado en el artículo de Higgins y colaboradores, donde estudiaron 105 quistes de ovario con aspiración del contenido y estudio citológico; el examen fue capaz de determinar malignidad con una sensibilidad del 25%, especificidad del 90%, con 73% de falsos positivos y el 12% de falsos negativos, reiterando el poco valor de este estudio para precisar malignidad. (16)

El estudio histopatológico transoperatorio es básico para tomar la conducta terapéutica radical y no tener sorpresas posteriores al acto quirúrgico, obligando a reintervenir al paciente por no haber realizado la cirugía etapificadora y citorreductora correspondiente. El aspecto macroscópico evaluado por el cirujano no es adecuado para el diagnóstico, se cometen muchos errores y falsas apreciaciones que conducen a un incorrecto manejo del caso. (17)

Para el apoyo en el diagnóstico prequirúrgico, podemos utilizar marcadores tumorales; así para los Tumores Epiteliales, se puede utilizar el Ca 125 con una sensibilidad del 92% principalmente en pacientes posmenopáusicas. Además este marcador es útil en el seguimiento de los casos, detectando persistencia o recurrencia muchas veces antes de que cualquier examen clínico o estudio de gabinete lo advierta. (12,13,18) En pacientes que se encuentran en la segunda o tercera década de la vida, se debe sospechar de Tumor Germinal por lo que solicitaremos Alfafetoproteína y Fracción Beta de la Gonadotropina Coriónica. (19,20)

Frente a la posibilidad de tumor maligno, el abordaje prequirúrgico básico tiene que complementarse con estudios de extensión como la radiografía de tórax postero-anterior y lateral, además de la Tomografía Axial Computarizada de abdomen y pelvis, que ayudan a programar el abordaje quirúrgico. Se pueden practicar otros estudio paraclínicos de acuerdo a las necesidades de cada caso. (15)

5.4. LESIONES OVÁRICAS DE HALLAZGO INCIDENTAL:

Es importante mencionar que dentro de los hallazgos incidentales en una intervención quirúrgica pueden encontrarse lesiones ováricas que el cirujano está obligado a tomar una decisión terapéutica que no se esperaba en el plan quirúrgico. En nuestro estudio la mayor parte de lesiones ováricas resecaadas fueron cambios fisiológicos del ovario y 1 caso se reportó como ovario normal. Debemos estar seguros de que cualquier alteración ovárica es patológica para decidir quitarla, el 57% de los reportes fueron cambios normales de la gónada. Además hay que recordar que el 95% de quistes funcionales desaparecen en un plazo de 4 a 6 semanas. (7) Finalmente si se decide resecaar el ovario, en lo posible tratar de realizar el estudio histopatológico transoperatorio y poder tomar una decisión terapéutica, aunque si el reporte es de malignidad, el tratamiento radical definitivo es difícil hacerlo sin el consentimiento del paciente; el caso tendrá que individualizarse de acuerdo a cada uno.

5.5. CONCLUSIONES DE LAS LESIONES DE OVARIOS:

- El diagnóstico prequirúrgico de Tumor Quístico es acertado en un 92.3%
- El diagnóstico prequirúrgico de Tumor Sólido del ovario, contrasta con los quísticos ya que solo se acertó su diagnóstico en un 64.4%.
- El tratamiento de las lesiones benignas se ha realizado en forma correcta con la resección de la gónada lesionada.
- Frente a la sospecha de malignidad, no se deben puncionar las lesiones quísticas por el riesgo de contaminación transcelómica y porque el estudio citológico no aporta un diagnóstico preciso.
- La apariencia macroscópica para el cirujano no es útil como diagnóstico de la pieza quirúrgica, se requiere de estudio histopatológico transoperatorio.
- Los casos catalogados como malignos deberán tratarse adecuadamente, procurando resolver en el mismo acto quirúrgico, como se hizo en la mitad de los pacientes, de este modo se evitarán segundas laparotomías; posteriormente deben ser enviados al Servicio de Oncología para completar tratamiento adyuvante.
- Los hallazgos incidentales de lesión ovárica deben tomarse con cautela, el 57% resultó ser un cambio fisiológico del ovario.

6. ANALISIS DE LA PATOLOGIA MAMARIA:

En este estudio los Fibroadenomas representa el 31.7% de los padecimientos mamarios, estos son más frecuentes en la segunda y tercera década de la vida. De acuerdo al tipo de paciente que se atiende en los diferentes servicios de cirugía o ginecología, se describen diferentes porcentajes de esta lesión; así en las Clínicas de Ginecología y Obstetricia de Marzo de 2000, refieren que en un estudio de adolescentes en 1797 casos, el 68% de ellos correspondió a esta lesión mamaria (21); por otro lado contrasta el porcentaje descrito en la patología de Robbins que reporta un trabajo realizado en un servicio de cirugía, donde sin límite de edad se encontró el 7% de las lesiones biopsiadas correspondientes a este tumor benigno (8). La mediana de edad que reportamos es de 23 años, lo que se corrobora en la literatura antes expuesta (21.8). De los 40 casos que encontramos, 22 tenían diagnóstico prequirúrgico de fibroadenoma, siete correspondían a nódulo mamario en estudio y los restantes seis fueron catalogados como lipomas. Llama la atención que solo en el 55% de ellos se consideró correctamente el diagnóstico, estas lesiones clínicamente son fáciles de identificar por sus bordes nítidos, además son tumores firmes, renitentes, móviles que fácilmente se delimitan del tejido circundante (21. 22) ; pensamos que con una mejor atención a sus características clínicas y la correlación con la edad en la que se presenta pudiera encontrarse mas diagnósticos clínicos acertados. Finalmente el tratamiento es el mismo; se debe realizar una biopsia por aspiración con aguja fina y posteriormente las lesiones pequeñas que no causen molestias o deformidades pueden ser vigiladas. Carty y colaboradores describen que a 5 años de seguimiento el 52% disminuyen su tamaño, el 16% no presentan cambios y el 32% aumentaron de volumen y requirieron de tratamiento quirúrgico (21). Por tanto se considera que los fibroadenomas pequeños pueden vigilarse y en caso de que incrementen su tamaño, causen deformidades, sean muy sintomáticos o exista dudas en el diagnóstico imagenológico o citológico, deben abordarse con una biopsia escisional (21.22.23). El riesgo de tener un cáncer mamario a futuro se considera el mismo que para la población general, aunque trabajos como los de Dupont describe 2.17 veces mas posibilidades de presentar cáncer que pacientes que nunca han tenido esta patología (24).

Las Glándulas Supernumerarias ocupan el 27.7% de nuestro trabajo, siendo el segundo padecimiento más frecuente con una mediana de edad de 28 años. La polimastia y la politelia son las patologías más comunes dentro de las alteraciones del desarrollo mamario y ocurre entre el 1 y 5% tanto en varones como en mujeres. Este tejido puede encontrarse desde la línea axilar media hasta el ligamento inguinal pasando por la línea medio-clavicular en la denominada línea de leche. Generalmente son evidentes por la sintomatología que despierta ante un embarazo o uso de hormonales y requiere de tratamiento quirúrgico por la sintomatología que desencadenan o por razones estéticas. Este tejido está sujeto a tener las mismas patologías que una mama normal tanto por el tejido mamario como por el pezón. (21.25) Es muy raro encontrarlos por debajo del ombligo y en algunos casos se asocian a alteraciones genito-urinarias o cardiovasculares.

En general no tienen mayor trascendencia clínica (25). Dentro de los diagnósticos prequirúrgicos que se plantearon, el 80% correspondió acertadamente a una glándula supernumeraria, los restantes fueron catalogados como lipomas o tumor axilar en estudio. Esta lesión se confundió con lipoma ya que los hallazgos clínicos son similares, pero sin mayor importancia para el tratamiento definitivo.

De los 9 casos de Cáncer Mamario que encontramos, solo 6 fueron tratados con procedimientos radicales, 2 con Mastectomía Radical Clásica y 4 con Mastectomía Radical Modificada tipo Patey, los restantes se derivaron al servicio de oncología. Dentro de la disección axilar solo la mitad tiene un número adecuado de ganglios disecados, el resto tiene un número inferior al mínimo ya estandarizado. Está bien documentado que en una disección axilar de los tres niveles ganglionares de la axila, se debe conseguir por lo menos 15 ganglios (26,27). En vista de la importancia que radica el conocer el estado ganglionar en la patología maligna de mama, se debe prestar adecuada atención a su disección, esta información es relevante para tomar una decisión en la terapia adyuvante ya sea quimioterapia o radioterapia y no solamente considerarlo como un estudio que aporta valor pronóstico al caso (26,27,28). Además en el momento actual debemos valorar al paciente de acuerdo a los lineamientos para el tratamiento del Cáncer de Mama y realizar una terapéutica acorde con la etapa clínica, tratando de practicar cirugías conservadoras siempre que el caso lo permita y realizando la disección axilar completa para obtener el número mínimo de ganglios.

De los 11 casos de Mastopatía Fibroquística, todos fueron considerados en el prequirúrgico como tumor en estudio o fibroadenomas; es obvio que si tenemos un diagnóstico prequirúrgico de Mastopatía Fibroquística, el tratamiento es médico y además vigilancia; los pocos casos que llegan a biopsiarse es por sospecha de otra patología como lo hallamos en nuestra descripción. Esta entidad se considera como un incremento en la reactividad del tejido normal de la glándula mamaria acompañado de una serie de cambios histológicos progresivos frente a un desequilibrio hormonal que responde produciendo mayor nodularidad, formación de quistes pequeños y mastalgia (28, 29); está dentro de los padecimientos proliferativos benignos que causan dolor de diferente intensidad pero generalmente es ligero (21). El 50% de mujeres padecen alguna vez en su vida esta patología en forma sintomática y el 90% de autopsias en mujeres revelan este comportamiento histopatológico (30). Hay autores que describen a esta condición asociada a un aumento en la posibilidad de tener cáncer entre 2 y 4 veces más que la población general (29) pero dada la frecuencia aumentada de la mastopatía fibroquística en la mitad de las mujeres, es una asociación casual y no causal por lo que conviene que estas pacientes sean vigiladas en forma similar al resto de la población.

Encontramos 8 casos de mastitis, la mediana de edad fue de 46.8 años. Los casos reportados llegaron a tratarse con biopsia escisional pensando en un diagnóstico diferente al infeccioso, así encontramos 5 casos que se diagnosticó previamente a la biopsia como Tumor en Estudio y Representa un 62.5%, 1 caso de Fístula Láctea y 1 caso diagnosticado como probable Mastopatía Fibroquística. Como habíamos indicado anteriormente, si se

sospecha antes de la escisión de Condición Fibroquistica , este caso debió dejarse en vigilancia; probablemente a pesar de estar catalogado como tal, algún dato clínico obligó a biopsiar la lesión con reporte de mastitis. El desarrollo de mastitis en mujeres que no se encuentran en periodo de lactancia, está asociado a la colonización de bacterias en forma retrógrada a través de los conductos galactóforos. Frecuentemente se puede observar reportes con ectasia ductal retroareolar, con esto se incrementa la posibilidad de que exista colonización bacteriana (25) . La ectasia ductal se encuentra en pacientes que ya amamantaron y que posterior a este periodo queda ectásico muchos conductos cercanos al pezón, causando descargas frecuentes y en ocasiones aumentos de volumen del tejido que semejan a tumores, razón por la que deben llegar a la biopsia escisional, solucionando no solo el diagnóstico del tumor en estudio, también con la cirugía se trata la secreción del pezón que frecuentemente es motivo de consulta. Las infecciones que llegan a convertirse en un absceso, presentan salida de material purulento por el pezón o algún cuadrante mamario, facilitan el diagnóstico y son motivo de diferente tratamiento. La fistula mamaria no es más que una mastitis crónica no resuelta, inicialmente fue un absceso y este se abrió a través de un trayecto que posteriormente continúa con descargas tanto por la infección no sofocada como por un trayecto que muchas veces epiteliza y perpetua el problema. Las mastitis se ven colonizadas por bacterias que se encuentran a nivel dérmico y los más frecuentes son Estafilococo y Estreptococo. Además se han descrito lesiones colonizadas por Pseudomona, Escherichia Coli entre otros (25) . Otras causas de mastitis en pacientes que no se encuentran en periodo de lactancia, son cuerpos extraños, manipulación sexual, depilación de bello areolar y otros menos frecuentes que deben tratarse con antibióticos y drenaje adecuado si presentan salida de material purulento o datos francos de inflamación secundaria al proceso infeccioso (23) . Cabe recalcar que las Mastitis que describimos en este trabajo fueron escindidas por sospecha de otra patología diferente a la infecciosa; probablemente otras infecciones mamarias fueron tratadas durante este tiempo en el Servicio de Cirugía General pero no requirieron de un procedimiento quirúrgico que implique el envío de la pieza a patología, por lo que no están dentro de la captura de este trabajo.

El número de Adenomas Mamarios encontrados fue de 8 casos que corresponde al 6.3% de la patología de la glándula mamaria de nuestro estudio. La mediana de edad fue de 23 años, y dentro de los diagnósticos prequirúrgicos planteados son el de Fibroadenoma con el 50%, Lipoma con el 25% y 2 casos como Tumor en estudio que corresponde al 25%. Es natural que se confunda este tipo de lesión con los fibroadenomas tanto por su presentación clínica como por la edad de los pacientes que se encuentran todos antes de los 29 años de edad y la mayor parte son menores de 20 años. Los Adenomas son tumores circunscritos que se diferencian de los Fibroadenomas por su escaso estroma. Existen 3 tipos: Tubulares, de la Lactancia y del Pezón. Los Tubulares son una variedad de Fibroadenomas que se encuentran en jóvenes, clínicamente son nódulos pequeños o medianos y de consistencia firme, tienen una pseudocápsula y elementos tubulares preexistentes (23,28) . A este tipo de lesión corresponde los casos descritos por nuestra investigación. Los Adenomas de la Lactancia aparecen en el posparto, son bien limitados y de consistencia renitente; algunos autores los describen como adenomas tubulares preexistentes que se revelan durante este periodo (28) . Los Adenomas del Pezón tienen un patrón papilar y se extienden a través de uno o varios de los conductos; pueden ser confundidos con un

carcinoma papilar por lo que es indispensable que el patólogo preste atención para su reporte final (23,28) .

Los 7 lipomas encontrados corresponden al 5.5% de casos, la mediana de edad fue de 38.5 años. Los diagnósticos prequirúrgicos planteados fue de Lipoma 71.42% y los restantes corresponden a Glándula Supernumeraria. No llama la atención que se piense en una Glándula Supernumeraria frente a una lesión con una similar consistencia localizada en la axila o en la línea de leche (descrita en la sección de Glándula Supernumeraria). Los Lipomas son tumores benignos, generalmente pequeños que pueden ser tratados con simple escisión, son difíciles de diagnosticar debido a la gran cantidad de tejido adiposo existente en la mama pero finalmente su tratamiento quirúrgico en general no plantea dificultades técnicas, son pocos los reportes de Lipomas Gigantes que dificultan el tratamiento quirúrgico. (31,32)

Las siguientes patologías representan un bajo porcentaje frente a toda la población estudiada por lo que solo nos limitamos a mencionar sus características, pero no haremos un análisis de su porcentaje, edades de presentación ni diagnósticos prequirúrgicos.

Encontramos 3 casos de Fibroadenosis que corresponden a una proliferación bien diferenciada de células mesenquimatosas que configuran una masa palpable, mal definida y en ocasiones con fijación a planos vecinos lo que hace que se confunda con un carcinoma (28) .

Hay 2 pacientes con reportes de Hiperplasia Ductal. Esta patología se caracteriza por la presencia de más de 2 líneas celulares sobre la membrana basal de los conductos. Se clasifica en leve, moderada o florida y con o sin atipias. Es de gran importancia su diagnóstico y seguimiento porque implica mayor riesgo de desarrollar cáncer. Esta descrito que la hiperplasia leve no implica mayor riesgo de desarrollar un proceso maligno que la población general. La hiperplasia moderada y florida sin atipias lleva un riesgo de 1.5 a 2 veces mayor. La hiperplasia ductal con atipias representa un riesgo de 4 a 5 veces más posibilidad de presentar un cáncer, y si esta se asocia a historia familiar de cáncer de mama, el riesgo se eleva entre 8 y 10 veces, todo esto en un periodo de 15 años (25,33) .

Galactocele 1 caso, esta entidad se trata de un quiste simple de contenido lácteo debido a la sobredistensión de un conducto lactífero por obstrucción. Clínicamente se presenta como un tumor bien circunscrito de bordes nitidos, blando y renitente. La mayor parte de ellos se encuentran en el periodo posparto. Se puede tratar con aspiración simple con altas posibilidades de recurrencia, su tratamiento eficaz es la escisión completa (29,34) .

Pilomatricoma 1 caso, llamado también epiteloma calcificante de Malherbe, es un tumor que proviene de la matriz del pelo, usualmente se presenta en las dos primeras décadas de la vida o un pico en la sexta o séptima década de la vida. Es un tumor duro, de varios

centímetros de diámetro, es de color oscuro dando un tono azul a la zona afectada, se encuentra superficial en relación íntima con la piel; tiene células basaloides y frecuentemente células gigantes. Generalmente es benigno y su contraparte maligna es rara (28,35,36). Este caso fue benigno y con la escisión realizada se considera el tratamiento completo.

Fibrosis Cicatrizal 1 caso, esto corresponde a un proceso cicatrizal; el paciente tenía antecedentes de haber sido biopsiada previamente en ese sitio. El trabajo de Jacobs con 99 pacientes que tenían reporte de cicatrices radiales, concluyó que existe el doble de posibilidad de presentar cáncer, sería importante puntualizar si estas pacientes no tenían otras condiciones asociadas o es un factor independiente que aumenta el riesgo de lesiones malignas (37).

6.1. CONCLUSIONES DE LA PATOLOGÍA MAMARIA:

- El Fibroadenoma es el diagnóstico más frecuente dentro de las lesiones mamarias que ameritó escisión.
- Frente al diagnóstico clínico de Fibroadenoma y ausencia de malignidad en la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), esta lesión debe escindirse siempre que cause sintomatología importante, aumente de tamaño o cause problemas estéticos. La literatura demuestra que muchos Fibroadenomas pequeños desaparecen con el tiempo y solo 32% requieren abordaje quirúrgico (21).
- Las Glándulas Supernumerarias son el segundo padecimiento atendido dentro de la patología mamaria, estas se trataron adecuadamente con escisión simple.
- En el Cáncer Mamario debe abordarse al paciente con cirugías conservadoras si el caso lo permite, prestar atención a la disección axilar como se informa en la literatura y obtener un número adecuado de ganglios; esto sirve como valor pronóstico para decidir si se requiere tratamiento adyuvante. En nuestra investigación demostramos que la mitad de los casos operados con cirugía radical, tienen un número adecuado de ganglios disecados.
- La Mastopatía Fibroquistica es una entidad que pocas ocasiones llega a biopsiarse pensando en otra patología mamaria, esto concuerda con los hallazgos que presentamos. Su tratamiento es sintomático con vigilancia en la misma forma que se realiza en el resto de mujeres de la población general.
- Pocos casos infecciosos requieren de tratamiento quirúrgico con escisiones de tejido, las Fistulas y las Ectasias Ductales obligan al cirujano a actuar con procedimientos escisionales para la curación del caso y descartar patologías malignas, como lo describimos en nuestro trabajo.

7 BIBLIOGRAFIA:

1. Athié Gutiérrez C, Guisar Bermúdez C, Rivera Reyes H. Epidemiología de la Patología Abdominal Aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México. Análisis de 30 años. *Cirujano General* 1999;21: 99-104.
2. Villota Gómez Javier, Galindo González Francisco. Tesis de Especialista en Cirugía General. Incidencia de la Patología Uterina en un Servicio de Cirugía General. México 1999.
3. Estadística de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud en 1996. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 88-104.
4. Kenneth J. Ryan MD, Ross S. Berkowitz MD, Robert L Barbieri MD, Andrea Dunaif MD *Kistner's Gynecology and Women's Health* Sixth Edition, 1999.
5. U. S. Preventive Services. Guidelines from Guide to Clinical Preventive Services. Second Edition, 1996.
6. Philip J. DiSaia MD, William T. Creasman MD. *Oncología Ginecológica Clínica*. Quinta Edición, 1999.
7. Rudiger G.W. Osmer MD, Margot Osmer MD, Bernd von Maydell, Burkhard Wagner, Walther Kuhn MD. Preoperative Evaluation of Ovarian Tumors in the Premenopause by Transvaginasonography. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:428-434.
8. Ramzi S. Cotran MD, Vinay Kumar MD, FRC, Path, Tucker Collins MD, PhD. *Robbins Pathologic Basis of Disease*. Sixth Edition, 1999.
9. Stephen D. Williams. Ovarian Germ Cell Tumors: An Update, *Seminars in Oncology*, 1998; 25: 407-413.
10. Cushing B, Giller R, Chen L, et al. Surgery Alone is Effective Treatment of Resected Ovarian Immature Teratoma in Children: A Pediatric Intergroup Report. *J Clin Oncol* 1997; 15: 620-624.
11. John A. Bridgewater, Gordon J.S. Rustin. Management of Non-Epithelial Ovarian Tumours. *Oncology* 1999; 57: 89-98.
12. Hugh M. Shingleton MD, Wesley C. Fowler Jr. MD, Joseph A. Hordan MD, W. Dwayne Lawrence MD. *Oncología Ginecológica: Diagnóstico y Tratamiento*. Primera Edición en Español, 1998.

13. Williams J. Mann, Jr. MD., Thomas G. Stovall MD. Gynecologic Surgery. First Edition, 1996
14. Vincent T. DeVita, Jr. MD, Samuel Hellman MD, Steven A. Rosenberg MD, PhD. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Fifth Edition, 1997.
15. Robert C. Bast Jr. MD, Donald W. Kufe, MD, Raphael E. Pollock MD., Phd, Ralph R. Weichselbaum MD, James F. Holland MD, Emil Frei III, MD. Holland-Frei. Cancer Medicine. Fifth Edition, 2000.
16. Higgins V. Robert MD, Jerry F. Matkins MD, Marie-Claire Marroum MD. Comparison of Fine-needle Aspiration Cytologic Findings of Ovarian Cysts with Ovarian Histologic Findings. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999;180: 550-553
17. Dietrich M MD, y col. Limitations of the Evaluation of Adnexal Masses by Its Macroscopic Aspects, Cytology and Biopsy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999; 82 (1): 57-62.
18. Dirk Timmerman MD, PhD. y col. A Comparison of Methods for Preoperative Discrimination Between Malignant and Benign Adnexal Masses: The Development of a New Logistic Regression Model. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999;181: 57-65.
19. Kawai M, Kano T, Kikkawa K. Seven Tumor Markers in Benign and Malignant Germ Cell Tumors of the Ovary. Gynecol Oncol 1992;45:248-253.
20. Nadeem T. MD, Abu.Rustum MD, Carol Aghajanian MD. Management of Malignant Germ Cell Tumors of the Ovary. Seminars in Oncology 1998;25(2):235-242.
21. Claire Templeman MD, S. Paige Hertweck MD. Breast Disorders in The Pediatric and Adolescent Patient. Obstetrics and Gynecology Clinics 2000; 27: 19-34.
22. Dixon JM, Dobie V, Lamb J, Walsh JS, Chetty U. Assessment of the Acceptability of Conservative Management of Fibroadenoma of the Breast. British Journal Surgery 1996; 83(2): 264-5.
23. Tim B. Hunter MD, Catherine C. Roberts BS, K. Rebecca Hunt MD, Laurie L. Fajardo MD. Occurrence of Fibroadenomas in Postmenopausal Women Referred for Breast Biopsy. Journal of the American Geriatrics Society 1996; 44: 61-64.
24. Lawrence S. Neinstein MD. Breast Disease in Adolescents and Young Women. Pediatric Clinics of North America; 46: 607-629.

25. Dupont WD, Page DL, Parl FF. Long-term Risk of Breast Cancer in Women with Fibroadenoma. *New England Journal Med* 331:10-15, 1994 (Abstract internet).
26. Kirby I. Bland MD, Edward M. Copeland III MD. *The Breast. Second Edition* 1998.
27. S. Eva Singletary, MD. *Breast Cancer. M.D. Anderson. Solid Tumor Oncology Series*, 1999.
28. M. González Barón, A. Ordóñez, J. Feliu, P. Zamora, E. Espinosa, J. De Castro. *Oncología Clínica: Fundamentos y Patología General. Segunda Edición* 1998.
29. Carlos Sánchez Basurto. *Compendio de Patología Mamaria. Primera Edición* 1999.
30. Thomas DB. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives: The Influence of Combined Oral Contraceptives on Risk of Neoplasms in Developing and Developed Countries. *Contraception* 1991;43:695 (Abstract internet).
31. Love SM, Gelman RS, Silen W. Fibrocystic disease of the Breast: A Nondisease? *New England Journal Med* 1982;307: 1010.
32. Lopez-Rios F, Alberti N, Perez-Barrios A, De Agustin P. Aspiration biopsy of Pleomorphic Lipoma of the Breast. *Acta Citológica* 2000; 44(2): 255-8.
33. Rodriguez LF, Shuster BA, Milliken RG. Giant Lipoma of the Breast *British Journal Plastic Surgery* 1997; 50(4): 263-5.
34. Page DL, Dupont WD, Rogers LW, Rados MS. Atypical Hyperplastic Lesions of the Female Breast. A Long-term Follow-up Study. *Cancer* 1985; 55:2698-2708.
35. Scott-Conner CE, Schorr SJ. The Diagnosis and Management of Breast Problems During Pregnancy and Lactation. *American Journal Surgery* 1995; 170(4): 401-5.
36. Celia G. Julian, P.W. Bowers. A Clinical Review of 209 Pilomatricomas. *Journal American Academy Dermatoly* 1998;39:191-5.
37. Jacobs TW, Byrne C, Colditz G, Connolly JL, Schnitt SJ. Radial Scars in Benign Breast-biopsy Specimens and the Risk of Breast Cancer. *New England Journal Med.* 1999;341(3):210.