



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE ESTUDIOS DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

52

BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA (BAAF) EN PACIENTES QUE RECIBEN ALGUNO DE DOS TIPOS DE TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR) EN EL CLIMATERIO, CON Y SIN PRESENCIA DE MOSTUDINIA.

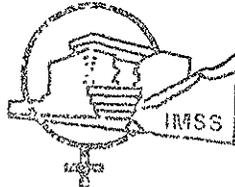
TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA: ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA DRA EDITH CERVANTES GUERRERO

ASESOR DE TESIS: DR SEBASTIAN CARRANZA LIRA JEFE DEL SERVICIO SOCIAL DE GINECOLOGIA ENDOCRINA



IMSS

MEXICO, D F



2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA" IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

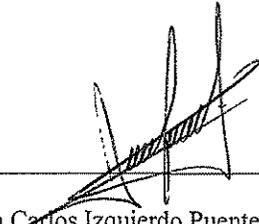
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

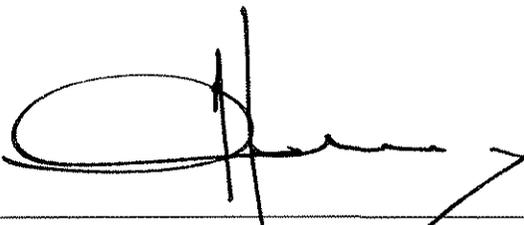
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en pacientes que reciben alguno de dos tipos de terapia hormonal de reemplazo (THR) en el climaterio, con y sin presencia de mastodinia.



Dr Juan Carlos Izquierdo Puente
Director Médico del hospital "Luis Castelazo Ayala"



Dr Gilberto Tena Alavez
Jefe de la División de Educación Médica e Investigación



Dr. Sebastian Carranza Lira
Jefe de Ginecología Endócrina
Asesor de Tesis



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. N.



Dedicatoria

A mis padres como una muestra mas de lo que son capaces de lograr a través de uno de sus hijos, como una muestra mas de agradecimiento e infinito amor de uno de sus hijos por su espera y apoyo

A mis hermanos por lo que les debo y por que sé que siempre estuvieron ahí.

Al Dr Sebastián Carranza y a todo el personal médico y técnico que colaboraron con su empeño y paciente dedicación en este trabajo

Indice

Resumen	4
Introducción	5
Objetivo	10
Planteamiento del problema	11
Hipótesis	12
Material y métodos	13
Resultados	16
Discusión	18
Bibliografía	20
Tablas y figuras	24

Resumen

Objetivo: Comprobar si existe relación entre el síntoma, mastodinia, con cambios histopatológicos en pacientes posmenopáusicas con tratamiento hormonal de reemplazo.

Material y Métodos: 22 pacientes posmenopáusicas sanas, divididas en 2 grupos de 11 pacientes cada uno y recibieron alguno de los siguientes tratamientos: grupo 1 estrógenos conjugados equinos 0.625 mg/día, grupo 2 estrógenos conjugados equinos de 0.625 mg/día + clomadinona 1 mg/día. En todas se evaluó al inicio y a los 6 meses de tratamiento, la presencia o ausencia de mastodinia por medio de una escala visual análoga, patrón mastográfico de Wolffe y reporte histológico de biopsia por aspiración con aguja fina. La comparación entre grupos fue con prueba de t de student para casos independientes, y aquella entre el inicio y final del tratamiento por medio de la prueba t de student para casos apareados.

Resultados No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la edad ni variables somatométricas entre los grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de mastodinia, patrón mastográfico de Wolffe ni reportes de BAAF al inicio y final del estudio, ni en la comparación de grupos.

Conclusiones: No existe correlación entre el síntoma mastodinia y los cambios histopatológicos en pacientes con THR continua o combinada en periodo de 6 meses.

Palabras clave: mastodinia, patrón mastográfico de Wolffe, biopsia por aspiración con aguja fina, terapia hormonal de reemplazo, estrógenos, progestágenos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

El climaterio es un proceso de senescencia gonadal singular en la mujer. Al cesar la función del ovario y la capacidad reproductiva ocurre la privación hormonal que ocasiona la suspensión de la menstruación, denominándose menopausia a la ausencia de menstruación por más de 12 meses.

La terapia hormonal de reemplazo (THR) es aquella terapia que busca restablecer el ambiente hormonal que ha disminuido o se ha perdido, con el fin de aminorar las consecuencias inmediatas, mediatas y tardías propias del climaterio (1)

Existen diferentes esquemas de THR dentro de los cuales encontramos estrógenos, progestágenos, combinación de los 2 anteriores, andrógenos o antiestrógenos

Los estrógenos pueden ser naturales o sintéticos, su absorción puede ser oral o parenteral, de los primeros los más utilizados son los estrógenos conjugados, aunque dentro de éste grupo podemos encontrar estradiol, estriol, etimilestradiol o bien quinestrol (2). Además de sus grandes ventajas en el mejoramiento del síndrome climatérico, mantenimiento y mejoría del trofismo genitourinario, prevención de osteoporosis, disminución en el riesgo cardiovascular y favorecimiento del metabolismo de los lípidos, también existen riesgos con su uso y los principales son desarrollo de carcinoma de endometrio, carcinoma de mama, litiasis biliar, trastornos de la coagulación, trastornos vasculares,

tromboembolismo y trastornos en metabolismo de carbohidratos (3,4). De ahí que las contraindicaciones para su uso incluye carcinomas estrógeno dependientes, hepatopatía crónica, leiomiomatosis uterina, endometriosis, mastopatía fibroquística, infarto agudo al miocardio, enfermedad vascular cerebral, enfermedad pancreática, hiperlipidemias (1).

Dentro de los progestágenos encontramos a la medroxiprogesterona, clormadinona, acetato de ciproterona y medrogestona, los cuales actúan causando atrofia endometrial, tienen efecto adverso en el metabolismo de lípidos y tienen además efecto antiandrogénico. Su absorción es por vía oral o transdérmica. Los efectos colaterales reconocidos de los progestágenos son insomnio, fatiga, depresión, virilización. Se les reconoce efecto benéfico en mama, inhiben expresión de receptores estrogénicos, tienen efecto protector sobre endometrio y aumentan la masa ósea (5).

Uno de los efectos colaterales frecuentemente encontrado tanto con la administración de estrógenos como de progestágenos o bien la combinación de ambos, es la mastodinia hasta en 12% de los casos (6).

Los esquemas de THR pueden clasificarse de acuerdo a su continuidad y forma de administración en secuencial (administración cíclica hormonal), continua o semicontinua, y de acuerdo al número de fármacos proporcionados puede ser monoterapia o terapia combinada (7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La glándula mamaria femenina, como parte integral del aparato ginecológico, se ve regulada durante la mayor parte de su proceso biológico por la influencia hormonal, de ella depende su integración anatómica, su desarrollo y efectos fisiológicos, cambios estructurales cíclicos, lactación e involución a partir del climaterio

Los efectos biológicos de los estrógenos y la progesterona en el tejido mamario, se consideran mediados a través de la activación transcripcional de conjuntos particulares de genes reconocidos por proteínas receptoras específicas. El gen para los receptores estrogénicos está localizado sobre el brazo largo del cromosoma 6 (banda q24-27) (8) y el gen para el receptor de progesterona sobre el brazo largo del cromosoma 11 (banda q13) (9). Los estrógenos inducen la formación de receptores estrogénicos y de progesterona, mientras que la progesterona reduce la formación de ambos receptores (10)

En el climaterio, al finalizar la actividad hormonal ovárica y declinar la influencia de estrógenos y progesterona, se inicia la involución del parénquima mamario y con ello la sustitución de grasa de este tejido con su consecuente hipotonía y flaccidez

Durante el climaterio, la glándula mamaria sufre de mancha progresiva, muchas veces asintomática, la carencia de la actividad hormonal a la cual ha estado sujeta durante varios años. Progresivamente deja de tener la retención de líquidos y pierde la firmeza habitual. El parénquima mamario tiende a desaparecer durante los años previos y es sustituido por tejido graso de sostén.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Coincidentalmente la época del climaterio corresponde en igual forma con la época de más frecuencia del cáncer mamario. Las estadísticas generales demuestran que la sexta década de la vida, es decir de los 51 a los 60 años es en la que se encuentra el mayor número de estas neoplasias y que su frecuencia decae paralelamente en las décadas vecinas. En mujeres climatéricas posmenopáusicas, el cáncer mamario llega a tener hasta un 85% de receptores hormonales positivos, principalmente receptores de estrógenos y en la mujer premenopáusica, este porcentaje es menor de 20% (11).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La frecuencia del cáncer mamario en mujeres de 50 años no usuarias de THR es de 18 por cada 1000, cifra que se incrementa notablemente al terminar el climaterio (64 años), hasta 50 por cada 1000, en los casos de usuarias de THR, estas cifras comparativas corresponden a 206 y 62 años respectivamente dependiendo del número de años consecutivos de la THR (12).

Por lo anterior, es lógico pensar que toda mujer que vaya a recibir THR debe ser valorada previamente en forma integral y en ello debe obligatoriamente ser considerada una mastografía. En caso de sospecha de alguna alteración estructural, tipo adenosis, papiloma o carcinoma in situ, deberá valorarse el estudio radiológico en secuencia o histológico para descartar un carcinoma invasor, situación que obligaría a negar la terapia sustitutiva o al menos advertir de los elevados riesgos en este caso en particular (13)

Se han realizado estudios comparativos del uso de THR continua combinada y solo con estrógenos encontrando un riesgo relativo para cáncer mamario de 14 y de 12

respectivamente. Los cuales se modifican de acuerdo al tiempo de administración de los mismos aumentando el riesgo por cada año de THR 0.08 con estrógenos progestágenos y 0.01 con solo estrógenos. Además el riesgo relativo se eleva en pacientes índices de masa corporal menores de 24.4kg/m², siendo de 0.03 con estrógenos y 0.12 con estrógenos progestágenos. Sin embargo dichos riesgos se reducen después de 5 años de cesación del tratamiento (14-16)

Cabe mencionar que en aquellas pacientes que reciben THR se realiza diagnóstico más temprano de cáncer mamario dada la vigilancia, y por consecuencia, la mortalidad por esta patología es menor en las usuarias que en las no usuarias (17-19). El patrón histológico de neoplasia mamaria que se asocia a la administración de THR es el carcinoma invasivo con pronóstico histológico favorable (mucinoso, medular, tubular, papilar) (20)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo

Comprobar si existe relación entre el síntoma clínico, mastodinia, con cambios histopatológicos, por medio de biopsia por aspiración con aguja fina en mama, en pacientes con terapia hormonal de reemplazo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Planteamiento del problema

Sabemos que la estructura del tejido mamario se modifica de acuerdo a los efectos hormonales durante toda la vida, por lo tanto, la mama responde en la posmenopausia a la administración exógena de hormonas, de ahí que:

¿ Existirá modificación histopatológica en mama entre las pacientes con mastodinia, y sin mastodinia que reciben THR?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hipótesis.

¿La terapia hormonal de reemplazo estrógeno progestágeno se asociará a mayor grado de mastodinia y mayores cambios histológicos en la BAAF que la terapia estrogénica de reemplazo?

¿La terapia hormonal de reemplazo estrógeno progestágeno no se asociará a mayor grado de mastodinia y mayores cambios histológicos en la BAAF que la terapia estrogénica de reemplazo?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Material y Métodos

El presente estudio se efectuó en el servicio de Ginecología Endocrina del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS, en el periodo comprendido entre febrero del 2000 y septiembre del 2001. Es un estudio de tipo observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo, controlado y abierto, en el que se analizaron 22 pacientes posmenopáusicas sin THR previa y sin contraindicación para la misma, divididas en 2 grupos: grupo 1 pacientes histerectomizadas en tratamiento continuo con estrógenos conjugados equinos 0.625mg/día (n=11), grupo 2 pacientes en tratamiento continuo combinado con estrógenos conjugados equinos 0.625 mg/día + clormadinona 1 mg/día (n=11). En todas ellas se valoró al inicio y a los 6 meses de iniciada la terapia hormonal el síntoma mastodinia por medio de una escala visual análoga de 0 a 10, tomando diez como el máximo de intensidad de mastodinia y cero como la ausencia de la misma, también se realizó estudio mastográfico inicial y de la zona de mayor densidad radiológica (según patrón mastográfico de Wolffe, que se describe adelante) se les tomó una BAAF, a los 6 meses de tratamiento se repitieron ambos procedimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Patrón mastográfico de Wolffe

Patrón Parenquimatoso	Definición
N1	Parénquima compuesto principalmente por grasa. Cantidades mínimas de densidades radiográficas Trabeculación frecuentemente presente No datos hay ductos visibles
P1	Parénquima principalmente graso, con ductos prominentes ocupando menos del 25% del volumen mamario. El patrón ductal aparece como densidades lineales o nodulares, y tiende a formar un área triangular, por detrás del área del complejo areola-pezones, con el apex en el pezón.
P2	Ductos prominentes ocupan del 25% al 100% del volumen mamario
DY	Caracterizado por regiones irregulares “parecidas a Sábanas de densidad radiográfica alta y que ocupan gran parte de la glándula existen depósitos aislados e irregulares de grasa. No hay ductos visibles.

No se incluyeron en el estudio a pacientes que tuvieran contraindicación para THR, antecedente de cáncer de mama, factores de riesgo para cáncer de mama y administración inadecuada del tratamiento.

El estudio estuvo acorde a las normas éticas institucionales e internacionales, fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética del hospital. Todas las pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Análisis estadístico: La comparación entre los grupos se efectuó mediante la prueba de T de Student para casos independientes y la comparación entre mastodinía, cambios mastográficos e histológicos iniciales y finales se realizó por medio de la prueba T de Student para casos apareados.

Se incluyeron 22 pacientes, 11 en el grupo 1 (TER, terapia continua con estrógenos) y 11 en el grupo 2 (THR continua combinada, estrógenos-progestágenos) Una de cada grupo abandonó el tratamiento y estudio

Las variables antropométricas ni el tiempo en años desde la menopausia al momento del estudio tuvieron diferencia al compararlas en ambos grupos (Tabla I)

Con respecto a la mastodinia en el grupo 1 se presentó a los 6 meses de tratamiento en 4 pacientes en las cuales había estado ausente al inicio, la máxima intensidad referida fue de 4 en la escala visual análoga Sin que hubiera diferencia estadísticamente significativa al tomar al grupo en su totalidad. En el grupo 2 hubo dos pacientes que refirieron ausencia del síntoma al inicio del tratamiento las cuales a los 6 meses tuvieron valor de 1 y 8 en la escala visual análoga respectivamente. Tres tuvieron cambios en las cuales la mastodinia inicial había sido de 4 y al final fue de 6, sin que hubiera diferencia estadísticamente significativa al analizar el grupo en su totalidad Al comparar ambos grupos entre sí no hubo diferencias (Tabla II, gráfica 1)

En relación a los patrones mastrográficos en el grupo 1 al inicio y al final el mas común fue el P1, sin que existiera diferencia significativa en ese grupo. En el grupo 2 también el patrón mastrográfico inicial y final mas reportado fue P1. No hubo algún reporte de patron mastrográfico DY. No existió diferencia estadísticamente significativa en este grupo.

Al comparar ambos grupos entre sí no hubo diferencia significativa (Tabla II y III, gráfica 2)

En cuanto al reporte histopatológico de la BAAF en el grupo 1 no hubo cambios En el grupo 2 el cambio en el reporte histopatológico ocurrió en una paciente, siendo el reporte inicial de células adiposas con escamas de queratina y el final de fibroadenoma mamario. Al realizar el cálculo estadístico no hubo diferencia significativa en cada grupo ni en la comparación de éstos (Tabla II, IV y V).

En el grupo 1, las pacientes que tuvieron mastodinia a los 6 meses de tratamiento no fueron las que tuvieron cambios radiográficos ni histológicos, y en el grupo 2 en las que hubo cambio en el patrón mastrográfico inicial-final de P1 a P2, dos de ellas habían referido mastodinia inicial de 4 y 3 en la escala, con mínima modificación final de 6 y 4 respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En diferentes estudios epidemiológicos se ha encontrado una relación positiva entre la TER y el riesgo de cáncer mamario. Los análisis del uso de los estrógenos conjugados equinos en dosis de 0.625 mg/día, muestran un incremento significativo en el riesgo de cáncer mamario de 2.0 a 2.2% por cada año de uso de la TER con un riesgo relativo de 1.3% para las usuarias actuales, mientras que para aquellas con THR, el riesgo relativo es de 1.42%. La combinación de la terapia de reemplazo estrogénica con el progestágeno provoca un mayor riesgo de cáncer mamario, en comparación con cualquier otro tipo de THR (1).

La mastografía permite detectar casos incipientes, y deben buscarse datos sugestivos de procesos malignos, tales como lesiones estelares o especuladas, disminución o pérdida del tejido subcutáneo interlobar o retroglandular, zonas con densidad difusa total o parcial, microcalcificaciones, engrosamiento de la piel local, regional o general, reacción de piel o pezón, hipervascularidad o aumento de calibre vascular y prominencia ductal unilateral subareolar. Los patrones mastográficos cambian con THR y en muchos casos vuelven a ser semejantes a los de mujeres jóvenes con ciclos menstruales regulares, y algunos de ellos indican alto riesgo. Sin embargo, en estudios se ha registrado que estos cambios no conllevan riesgo, solo implican cambios fisiológicos del parénquima mamario que está respondiendo al estímulo hormonal (3,12).

En caso de patología mamaria benigna (mastopatía fibroquística o fibroadenomas

mamarios) cuya sintomatología es de dependencia hormonal que desaparece con la menopausia, vuelve a presentarse con la administración de THR, sin embargo dichas patologías no incrementan el riesgo de cáncer de mama, a menos que sea de alguno de los tipos con hiperplasia epitelial, por lo que la vigilancia de éstas pacientes deberá ser mas estrecha (21).

En este estudio se encontró que no existe relación entre el síntoma clínico, mastodinia, con cambios histopatológicos en pacientes con sustitución tanto con TER como con THR. Pero hay que mencionar que el reducido tamaño de la muestra limita ésta aseveración.

Bibliografía

- 1 - Carranza LS Terapia hormonal de reemplazo. En: Carranza LS, ed Atención Integral del Climaterio. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998 249-72
- 2.- Comparato M Hormonoterapia en el Climaterio. En Comparato M, ed. Terapéutica hormonal en ginecología. Buenos Aires: El Ateneo, 1990 218-40
- 3.- Carranza LS Estrógenos En Carranza LS Terapia hormonal de reemplazo México McGraw-Hill Interamericana, 2000 17-39
- 4 -Carranza LS. Vigilancia previa y posterior a la prescripción En Carranza LS. Terapia hormonal de reemplazo México McGraw-Hill Interamericana, 2000 67-81.
- 5 - Speroff L, Glass R, Kase N. The Breast, Postmenopausal Hormone Therapy En: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. USA Lippincott Williams and Wilkins, 1999 612-41.
- 6 - Sánchez BC, Sánchez FE La glándula mamaria durante el climaterio. En: Septién JM. Climaterio, Estudio, Diagnóstico y Tratamiento México Intersistemas SA de CV, 2000: 235-39.
- 7.-ACOG Educational Bulletin. Mayo, 1998.

8 - Kumar V, Green S, Strack G Functional domains of the human estrogen receptor Cell. 1987;51 941-51

9 - Law ML, Kao FT, Wei Q. The progesterone receptor maps to chromosome band 11q13, the site of mammary oncogene int-2 Proc Natl Acad Sci USA 1987;84:2877-81.

10 - Golditz GH, Hankinson SE, Hunter DJ The use of estrogen and prognosis and the risk of breast cancer in postmenopausal women N Engl J Med 1995;352 1589-94.

11 - Noel G, Feuvert S, Gosowsky M, Bernal P. Tratamiento de reemplazo hormonal y cancer de mama Bull Ca 1998;85 997-1041

12 - Henderson BE, Ross RH, Bernstein L. Estrogen as a cause of human cancer R & H Rosehtna Foundation Award Lectures. Cancer Res 1998;6:48-66.

13 - Mustafa I, Bland K. Physiologic effects of steroid hormones and postmenopausal hormone replacement on the female breast and cancer risk. Annals of Surgery 1998; 228:638-59.

14.- Magnusson C, Baron J, Correja N, Bergstrom R, Adami H, Persson I. Breast-Cancer risk following long-term oestrogen and oestrogen-progestin replacement therapy. Int J Cancer 1999;81 339-44.

15 - Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Breast cancer and hormone replacement therapy collaborative analysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer The Lancet 1997;350:1047-59.

16 - Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk JAMA 2000;283 485-91.

17.- Schairer C, Gail M, Byrne C, Rosenberg P, Sturgeon S, Brinton L, et al. Estrogen Replacement Therapy and Breast Cancer Survival in a Large Screening Study. J Natl Cancer Institute 1999;91:264-70

18 -Gajdos C, Tartter P, Babinski A Breast Cancer Diagnosed During Hormone Replacement Therapy. Obstet Gynecol 2000;95 513-7

19 - Jernstrom H, Frenander J, Ferno M, Oisson H. Hormone replacement therapy before breast cancer diagnosis significantly reduces the overall death rate compared with never use among 984 breast cancer patients Br J Cancer 1999;80:1453-8

20.- Gapstur S, Morrow M, Sellers T Hormone replacement therapy and risk of breast cancer with a favorable histology. JAMA 1999;281.2091-7

21 - Singhal H, Mansel RE Benign breast disease and hormone replacement therapy. En: Whitehead M, ed HRT The prescriber's guide to hormone replacement therapy New York: The Parthenon Publishing Group, 1998 67-82

Tabla I

Comparación de Datos Generales por Grupo

Variable		Grupo 1	Grupo 2	Valor P
Edad (años)	X ± DS	54.4 ± 5.7	55.3 ± 5	NS
	Intervalo	48 – 62	45 – 65	
Talla (menos)	X ± DS	1.56 ± 6.2	1.53 ± 3.7	NS
	Intervalo	1.50 – 1.68	1.49 – 1.61	
Peso Kg	X ± DS	69.3 ± 12	67.7 ± 8	NS
	Intervalo	51.2 – 90	53.7 – 81	
IMC	Mediana	28.37 ± 4	29.8 ± 5.4	NS
	Intervalo	22.5 – 36.07	22.4 – 43.6	
ICC	Mediana	0.86 ± 5	0.86 ± 5	NS
	Intervalo	0.8 – .98	0.8 – 0.97	
FUM	Mediana	9.09 ± 4	9.9 ±	NS
	Intervalo	3 – 27	2 – 20	

* X = Promedio
 DS= Desviación estándar
 NS = No significativo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Tabla II

Cambios en Mastodinía como síntoma patrón
Mastográfico y BAAF

Variable		Grupo 1	Grupo 2	Valor P
Mastodinía	inicial	X ± DS 0.54 ± 1.5	X ± DS 1.18 ± 1.4	NS
	final	0.9 ± 1.4	2.18 ± 2.7	NS
Mastografía Patrón de Wolfe	inicial	0.8 ± 0.78	0.72 ± 0.6	NS
	final	1.1 ± 0.73	1.0 ± 0.7	NS
BAAF	inicial	0.9 ± 0.99	0.5 ± 0.52	NS
	final	1.2 ± 0.63	1.2 ± 1.3	NS

* X = Valor Promedio

DS = Desviación Estandar

BAAF = Biopsia por aspiración con aguja fina

NS = No significativo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla III

Relación de casos en reporte mastográfico de patrón de
Wolffe

Grupo	1		2	
	inicial	Final	inicial	final
N1	4	2	4	2
P1	5	5	6	6
P2	2	3	1	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla IV

Reporte Histopatológico de BAAF Grupo 1

THR ESTROGENOS	
INICIAL	FINAL
Escamas de queratina aisladas	Células adiposas aisladas
Células adiposas y eritrocitos escasos	Cambios fibroadiposos
Células adiposas y eritrocitos escasos	Suspendió THR
Acelular, escamas de queratina	Tejido fibroadiposo y proteináceo
Material proteináceo	Escasos adipocitos
Macrofagos, adipocitos, cel ductales	Adipocitos, escasos eritrocitos
Material filante, adipocitos	Abundantes cel adiposas y queratina
Cel adiposas maduras	Células adiposas aisladas
Acelular, escamas de queratina	Adipositos aislados
No cel epiteliales, adipositos	Tejido aspecto fibrinoide
Acelular, escamas de queratina	Adipositos aislados

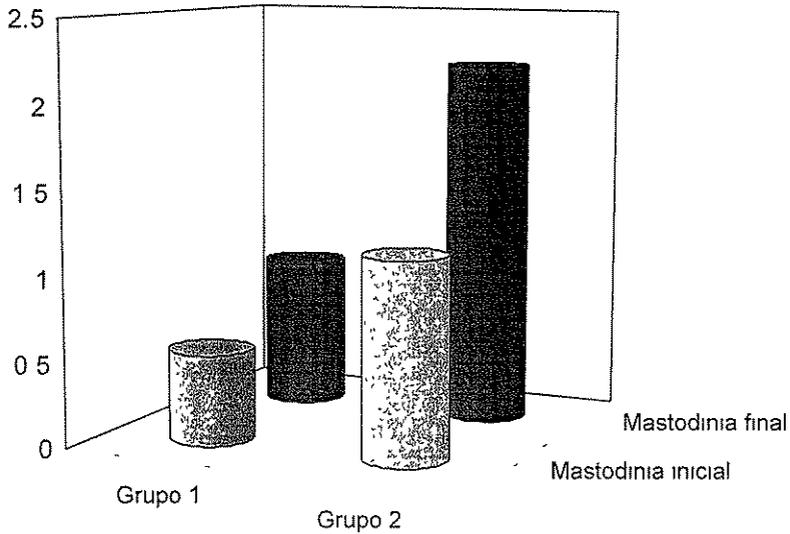
Tabla V

Reporte Histopatológico de BAAF Grupo 2

THR ESTRÓGENOS PROGESTAGENOS	
INICIAL	FINAL
Acelular, escamas de queratina	Fibroadenoma mamario
Aislados adipositos y eritrocitos	Discretos cambios fibroadiposos
Material proteináceo	No tomó THR
Acelular, escamas de queratina	Células adiposas y eritrocitos
Células superficiales aisladas y queratina	Adipocitos y eritrocitos abundantes
Escasa células adiposas	Acelular y queratina
Células epiteliales y eritrocitos	Discretos cambios fibroadiposos
Escasos eritrocitos y adipocitos	Tejido adiposo
Material proteináceo y adipocitos	Adipocitos abundantes y queratina
Acelular	Escasa células adiposas
Adipocitos y eritrocitos aislados	Escamas de queratina y adipocitos

Gráfica 1

Mastodinia



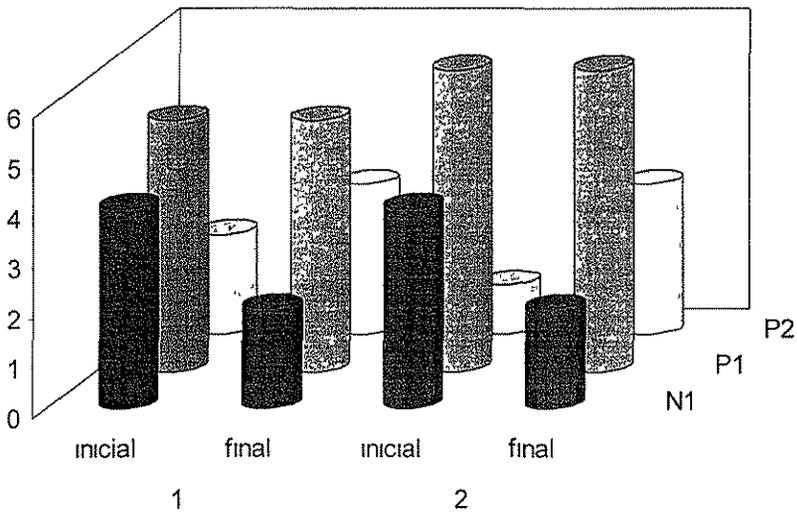
Grupo 1 THR Estrógenos

Grupo 2 THR Estrógenos-progestágenos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

Gráfica 2
 Relación de casos en Reporte Mastográfico de Patrón de
 Wolffe



**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Grupo 1 THR Estrógenos

Grupo 2 THR Estrógenos-progestágenos