



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**

HOSPITAL GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ FIERRO"

**"MANEJO LOCAL CON TRATAMIENTO HORMONAL A BASE DE
PROGESTERONA (PREMASTAN) VERSUS MANEJO SINTOMÁTICO
(ANTIINFLAMATORIOS Y COMPLEJO B) EN LA CONDICIÓN
FIBROQUÍSTICA"**

T E S I S D E P O S G R A D O

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

DRA. CITLALLI QUIROZ MIRANDA.

CURSO DE ESPECIALIZACION DE GINECOLOGIA Y OBSTERICIA



MEXICO D.F. 2008



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.

PROTOCOLO

Hospital General “ Dr. Dario Fernández Fierro”. Consulta Externa, Clínica de mama.

TITULO Y AUTORES DE TESIS

- **Título de la investigación**

Manejo local con tratamiento hormonal a base de progesterona (Premastan) versus manejo sintomático (antiinflamatorios y complejo b) en la Condición Fibroquística.

- **Nombres y Firmas**

- Investigador Responsable:
DRA. QUIROZ MIRANDA CITLALLI _____

- Investigadores asociados (asesor) y Titular de curso de Ginecología y Obstetricia:
DR. ORTIZ ORTIZ HANTZ IVES _____

- Jefe de enseñanza e investigación:
DRA. LOURDES NORMA CRUZ SÁNCHEZ _____

- **Dedicatoria**

- A mi esposo Ernesto Amador Romero Rivera por estar a mi lado, darme esperanza y compartir todos los momentos de nuestras vidas, por amarme tanto como yo lo amo a él.
- A mis padres Salomón Quiroz Alvaro y Carolina Miranda Castañeda por su amor, dedicación y confianza en mí, por sus enseñanzas y ejemplo ya que sin ellos no hubiera llegado hasta donde estoy.
- A mis hermanos Xochitl Quiroz Miranda y Tizoc Quiroz Miranda por creer en mí y estar conmigo en momentos de desvelo, estudio y sacrificio.
- A mis profesores y compañeros por el apoyo y compañía en especial al Dr. Hantz Ortiz Ortiz Titular de Curso de Ginecología y Obstetricia por su tiempo y paciencia, por compartir su conocimiento con nosotros y lo más importante por darnos su cariño y comprensión.
- Al Hospital Gral. “Dr. Dario Fernández Fierro” que me acogió como pupila y dio todo lo necesario para aprender cada día un poco más, al igual que a todas esas personas que sin ellas yo no tendría un sentido por ser quien soy: MIS PACIENTES.

- **Agradecimientos**

A las siguientes personas por darme el apoyo incondicional, la orientación y tiempo para que fuera posible la realización de esta tesis:

- Dr. Sigfrido Huerta Alvarado Coordinador del servicio de Epidemiología H. Gral. “Dr. Dario Fernández Fierro” ISSSTE.
- Dra. Norma Cruz Sánchez Jefa De enseñanza e Investigación. H. Gral. “Dr. Dario Fernández Fierro” ISSSTE.
- Dra. Mariana López Escamilla Médico Adscrito Ginecología y Obstetricia

- **Pensamiento**

El conocimiento es la luz que iluminará vuestro camino.

Aunque este universo poseo,
nada poseo,
pues no puedo conocer lo desconocido,
si me aferro a lo conocido.

El caballero de la Armadura Oxidada **Roberto Fisher**

INDICE

Página

PORTADA.....	1
TITULO Y AUTORES DE TESIS.....	2
DEDICATORIA Y AGREDECIMIENTOS.....	3
PENSAMIENTO.....	4
INDICE.....	5-6
PREFACIO.....	7
INTRODUCCION.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11-14
OBJETIVOS	15
- OBJETIVO GENERAL.....	15
- OBJETICO ESPECIFICO.....	15
HIPOTESIS.....	15
JUSTIFICACION.....	16
METODO ESTADISTICO.....	17
DISEÑO.....	17
GRUPO DE ESTUDIO.....	17
GRUPO PROBLEMA.....	17
GRUPO TESTIGO.....	17
TAMAÑO DE MUESTRA.....	17

CRITERIOS DE INCLUSION.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	18
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	18
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	19
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	19
RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	20-26
DISCUSION.....	27-28
CONCLUSIONES.....	29
ANEXOS.....	30-34
BIBLIOGRAFIA.....	35-36

- **Prefacio**

Esta tesis esta dirigida a todos los especialistas en Ginecología y Obstetricia, a todos los que están involucrados como los Médicos Generales, Médicos Familiares y residentes en general, en mejorar la salud de la Mujer y prevenir enfermedades causantes de disminución de la calidad de vida, incapacitantes y responsables de ausentismo laboral lo cual afecta tanto la esfera biológica como social de las pacientes.

En esta tesis se realizó la comparación de dos tipos de tratamientos en la condición Fibroquística de la mama, tanto el tratamiento hormonal como el tratamiento con antiinflamatorios y complejo b.

En nuestra consulta de Clínica de mama se ve un gran número de pacientes que son referidas de su clínica familiar por esta patología las cuales acuden con una diversidad de síntomas pero el principal y que afecta en gran proporción sus actividades cotidianas es el dolor. Esta patología representa un aumento en los gastos médicos y faltas laborales por dolor incapacitante sin no son tratadas adecuadamente.

Con este estudio se busca darles a los médicos una orientación acerca de los tipos de tratamientos que se encuentran justificados actualmente en la condición Fibroquística por la sintomatología y fisiopatología presente en la paciente para tratar de brindarles una mejoría clínica y disminución de la progresión de la enfermedad que mejoré su calidad de vida.

Cabe mencionar que este estudio se realizó escogiendo un número de pacientes en la consulta externa de Clínica de mama al azar las cuales presentaron condición Fibroquística por exploración física y su principal síntoma era el dolor, se les realizó un protocolo de estudio igual que a la población en general solicitando ultrasonido mamario, además de descartar patología maligna.

Espero que el contenido de este texto sea de utilidad para el clínico y ayude a otorgar un mejor tratamiento a nuestras pacientes y se traduzca en un bienestar en todas las esferas de la paciente con esta patología.

Dra. Quiroz Miranda Citlalli
Residente de Ginecología y Obstetricia
H. Gral. "Dr. Dario Fernández Fierro"
ISSSTE

- **Introducción**

La condición Fibroquística de la mama es una patología que se encierra en el rubro de enfermedades benignas de la mama la cual afecta a una gran parte de la población femenina principalmente en edad reproductiva ya que se encuentra dominada por los cambios hormonales cíclicos.

Estas son un grupo heterogéneo de alteraciones morfológicas. Los cambios presentes van desde lesiones predominantemente fibrosas en la adolescencia y la edad adulta temprana a lesiones quísticas a en las dos décadas previas a la menopausia las cuales se detectan a la exploración física. El dolor mamario que acompaña a estos casos es cíclico, relacionado con el período menstrual y ocasionalmente el dolor puede deberse a la filtración de los contenidos del quiste a los tejidos mamaros y la mayoría de las veces la sintomatología tiende a desaparecer en la menopausia con la disminución de los estrógenos.

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar antecedentes familiares y dieta, y los hábitos alimentarios (como el consumo excesivo de grasa y de cafeína), aunque estos aún ofrecen controversia.

Para realizar el diagnóstico adecuado se necesita realizar una historia clínica y exploración física adecuada además de la realización de ultrasonido y mastografía en los casos que sea necesario y así descartar la posibilidad de malignidad.

Los estrógenos y la progesterona cuando son secretados en un balance adecuado permiten un desarrollo de la glándula mamaria. La progesterona tiene actividad antagonista contra el estradiol mediante una disminución en la ocupación de los receptores de estrógenos y también un incremento en la 17 beta hidroxisteroide deshidrogenada el cual acelera el metabolismo de estradiol a estrona lo cual se interpone en el efecto de los estrógenos permitiendo una disminución en la multiplicación celular en el tejido mamario que pueden promover carcinogénesis de la mama.

Hay una gran variedad de tratamientos para la condición Fibroquística, algunos no se encuentran adecuadamente documentados pero aún así han mostrado que producen mejoría en las pacientes.

En el presente estudio hacemos la comparación del tratamiento local hormonal con progesterona contra el complejo b y antiinflamatorios y así determinar si hay una diferencia significativa en la mejoría del dolor con uno y otro tratamiento.

- **Resumen**

Manejo local con tratamiento hormonal a base de progesterona (Premastan) versus manejo sintomático (antiinflamatorios y complejo b) en la Condición Fibroquística.

Objetivo: Encontrar si hay una diferencia significativa entre el tratamiento local hormonal a base de progesterona (premastan) en comparación con el tratamiento con complejo b y AINES en el alivio de la sintomatología causado por la condición Fibroquística.

Material y Métodos: es un estudio longitudinal, prospectivo, realizado en 30 pacientes de la cuarta y quinta década de la vida comprendido entre enero del 2007 a abril del 2008 con el diagnóstico de condición Fibroquística de la mama diagnosticado por USG y examen físico, las cuales llevarán una dieta libre de metilxantinas y con IMC que no sobrepasará 29.9

Se realizó Ultrasonido a todas las pacientes al inicio ya la final del estudio, se realizó una historia clínica y examen físico en la consulta externa, se dio un cuestionario de seguimiento durante los 3 meses haciendo hincapié en la sintomatología presentada y respuesta al tratamiento, se dio 15 pacientes tratamiento local hormonal con progesterona por 3 meses y a las otras 15 pacientes se les dio tratamiento con complejo b y AINES y se citó mensualmente a las pacientes para valoración y respuesta al tratamiento. Se realizó un nuevo USG al final del estudio.

Resultados: El análisis estadístico se realizó por medio de la Chi cuadrada y T de Students. Hubo una mayor frecuencia BI-RADS 2, 86.7%, seguido en frecuencia de los BI-RADS 3, 10% y posteriormente los BI-RADS 1, 3.3%, no se presentó alguna modificación significativa entre el USG de 1era vez y al final del estudio.

La presencia de dolor en ambos grupos en la valoración inicial sin instituir ningún tipo de tratamiento sin importar el grupo en el que se incluyó a las pacientes fue la siguiente: 6 pacientes presentaron dolor leve (20%), 18 presentaron dolor moderado (60%), y 6 severo (20%), con una mayor frecuencia de pacientes con dolor de intensidad moderada.

En la 1era visita de seguimiento no hubo una relación estadísticamente significativa con respecto al dolor y al tratamiento hormonal local al igual que en la 2da y 3era revisión de seguimiento con unas $P < .339$, $P < .509$, $P < .509$.

Se realizó una comparación del dolor presentado en la 1era visita sin tratamiento hormonal y con complejo b y AINES con el 1ero, segundo y tercer seguimiento de las pacientes ya con el tratamiento establecido sin hacer distinción en cada grupo encontrando en la 1era visita que no hay diferencia estadísticamente significativa con una $P < .130$, pero posteriormente en la 2da y 3era se encontró significancia estadística con una $P < .052$ y $P < .046$.

se realizó un análisis estadístico de acuerdo al dolor con una escala cuantitativa del dolor encontrando una diferencia estadísticamente significativa en la 1era visita donde aún no se iniciaba ningún tratamiento con una $P < .007$, posteriormente con el 1ero, 2do y 3er seguimiento al realizar el análisis de los datos se encontró que no hay una diferencia estadísticamente significativa al presentar una $P < .266$, $P < .907$ y $P < .800$ respectivamente.

Conclusiones: las pacientes incluidas en este trabajo presentaron una mejoría clínica global estadísticamente significativa cuando se inició tratamiento para aliviar la sintomatología provocada por la condición Fibroquística sin importar que fuera ya sea hormonal o convencional con complejo b y AINES.

Al realizar el análisis por grupos de tratamiento no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la mejoría del dolor de la condición Fibroquística entre la 1era revisión con el 1er, 2do y 3er revisión de seguimiento posterior al tratamiento hormonal en comparación con el tratamiento con complejo b y AINES.

- **Abstract**

The management local with hormonal treatment with the help of progesterone (Premastan) versus symptomatic handling (AINES and complex b) in the breast fibrocystic.

Objective: To find if there is a significant difference among the hormonal local treatment with the help of progesterone(premastan) in comparison with the treatment with complex b and AINES in the relief of the symptoms caused by the breast fibrocystic.

Material and Methods: it is a longitudinal, prospective study, carried out in 30 patients of the fourth and fifth decade of the life understood among January from the 2007 to April of the 2008 with the diagnosis of breast fibrocystic which were diagnosed for USG and physical exam, which took a diet free of metilxantinas and with IMC that won't surpass 29.9. USG was already carried out to all the patients to the beginning and the final of the study, one was carried out a clinical history and physical exam in the external consultation, a questionnaire one was given pursuit during the 3 months making stress in the presented symptoms and answer to treatment, it gave 15 patient hormonal local treatment with progesterone for 3 months and to the other 15 patients they were given treatment with complex b and AINES and it made an appointment to the patients monthly for valuation and answer to the treatment. A new USG was carried out at the end of the study.

Results: The statistical analysis was carried out by means of the square Chi and T of Students there was a bigger frequency BI-RADS 2, 86.7%, continued in frequency of the BI-RADS 3, 10% and later on the BI-RADS 1, 3.3%, some significant modification was not presented among the USG of first time and at the end of the study.

The pain presence in both groups in the initial valuation without instituting any treatment type without caring the group in which you includes the patients was the following one: 6 patients presented light pain (20%), 18 presented moderate (60%), and 6 severe (20%), with a bigger frequency of patient with pain of moderate intensity.

In the first pursuit visit there was not a relationship statistically significant with regard to the pain and to the local hormonal treatment the same as in the 2da and 3era pursuit revision with some $P < .339$, $P < .509$, $P < .509$.

One was carried out a comparison of the pain presented in the first visit without hormonal treatment and with complex b and AINES with the first, second and the patients' third pursuit already with the established treatment without making distinction in each group finding in the first visit that there is not differs statistically significant with a $P < .130$, but later on the second and third met statistical significant with a $P < .052$ and $P < .046$.

One was carried out a statistical analysis according to the pain with a quantitative scale of the pain finding a difference statistically significant in the 1era visit where any treatment didn't still begin with a $P < .007$, later on with the first, second and third pursuit when carrying out the analysis of the data was found that there is not a difference statistically significant when presenting a $P < .266$, $P < .907$ and $P < .800$ respectively.

Conclusions: the patients included in this work presented a global clinical improvement statistically significant brother-in-law you begin treatment to alleviate the symptoms caused by the breast fibrocystic without caring that it was either hormonal or conventional with complex b and AINES.

When carrying out the analysis for treatment groups he/she was not difference statistically significant in the improvement of the pain of the breast fibrocystic among the first revision with the first, second and third revision of later pursuit to the hormonal treatment in comparison with the treatment with complex b and AINES.

- **Planteamiento del problema**

¿El tratamiento local hormonal a base de progesterona (Premastan) disminuye significativamente la sintomatología y previene la progresión de la fibrosis y aumento de la mitosis a nivel de los lobulillos mamarios en comparación con el tratamiento sintomático a base de complejo b y AINES en la condición Fibroquística?

- **Marco teórico:**

Como hemos visto la frecuencia de la mastalgia es de 42 a 47 % la cual inicia alrededor de los 20 años con una mayor incidencia en la cuarta y quinta década de la vida. Es una patología propia de pacientes premenopausicas, el 22% presenta resolución espontánea de la mastalgia después de la menopausia. Es frecuente que los síntomas disminuyan con el embarazo o con la ingesta de anticonceptivos. Habitualmente el dolor es progresivo y se agrava antes de la menstruación y pasa cuando esta desaparece (1).

La mastalgia no encuentra relación con la constitución de la paciente pero si en relación al tamaño de las mamas a diferencia de las pacientes con mastopatía Fibroquística ya que se presenta en mamas medianas con lo que sospechamos que la tensión sobre los ligamentos de Cooper y la consiguiente tensión de los nervios puede contribuir.

La condición Fibroquística de la mama, presente en el 90% de las mujeres, sintomática en el 20% de los casos y que requiere tratamiento tan sólo en el 5%.

El nódulo mamario palpable debido a condición Fibroquística puede ser único o múltiple y cambiante o fluctuante con los cambios del ciclo menstrual. Se diferencia claramente del tejido mamario vecino. En ocasiones un nódulo mamario definido se debe a una placa fibrosa de la condición Fibroquística y puede estar asociado a microquistes (4).

La etiología del quiste mamario es multicausal, y se relaciona con el estímulo estrogénico exagerado y permanente de la glándula mamaria (3). Otros autores sugieren que se deben a estados de hiperprolactinemia prolongados, retención hídrica, desbalance entre estrógenos y progesterona, o a dietas ricas en metilxantinas como las incluidas en el té, el café y el chocolate.

La edad de aparición de los quistes mamarios oscila entre los 20 y 40 años; son más frecuentes en nulíparas, con personalidades ansiosas y emocionalmente lábiles (4).

Los síntomas, además del nódulo o masa mamaria, son mastalgia continua o de tipo premenstrual y sensación de ardor que se puede irradiar a la parte interna del brazo. Los síntomas y los hallazgos al examen físico son menos

comunes al aumentar la paridad. Si el quiste se rompe produce irritación local y en ocasiones eritema.

La definición de Scanlon, formulada en 1981, aún guarda vigencia; él se refería a los quistes mamarios como “una condición en la cual hay quistes o nódulos palpables en la mama inicialmente asociados con dolor, sensibilidad y turgencia que fluctúan con los cambios del ciclo menstrual y empeoran progresivamente hasta la menopausia (4).

Al examen físico son menos móviles que los fibroadenomas, son fluctuantes, más blandos y menos irregulares que el carcinoma.

El diagnóstico de una masa o nódulo mamario relacionado con quistes se basa en una historia clínica completa, documentando antecedentes de mastalgia persistente, cíclica, aparición de quistes previos, bilateralidad y punción de ellos en otras ocasiones.

La aspiración de los quistes muestra líquido turbio, no hemorrágico, amarilloso, verde o tinte café. Se deben enviar a estudio histológico los aspirados que son sanguinolentos; la mayoría de éstos requieren biopsia quirúrgica. Si al aspirar el quiste el contenido es claro o lechoso y la tumoración desaparece por completo, se considera que el procedimiento fue diagnóstico y terapéutico. Por el contrario, si la masa palpable no se resuelve después de realizar el aspirado o si el mismo quiste reaparece varias veces en un corto período de tiempo se debe realizar biopsia excisional. Después de aspirar un quiste mamario la paciente debe reexaminarse en un tiempo prudencial de 4 a 6 semanas con el fin de observar si apareció nuevamente (1).

Los quistes profundos o su coalescencia, o los grupos de quistes, producen masas dominantes o placas fibrosas, con tendencia a formar adenosis esclerosante que puede semejar un cáncer.

En una investigación donde se incluyeron 2.366 biopsias de mama, se encontró que el 70% de los resultados correspondían a enfermedades benignas no proliferativas, el 27% a enfermedades benignas proliferativas sin atipias (hiperplasias lobulares y ductales), y sólo el 3% fueron enfermedades proliferativas con atipias (hiperplasia lobular y ductal atípicas) (5).

Ninguno de estos hallazgos histológicos puede determinarse al examen físico y su relación con el cáncer está dada por la presencia de marcadores bioquímicos y genéticos (5).

Si a la hiperplasia con atipias se le agrega el antecedente familiar de cáncer de mama, el riesgo se incrementa hasta 11%. Algunos autores opinan que la condición Fibroquística no es una verdadera enfermedad sino una característica común a un gran porcentaje de mujeres. Otros autores dudan de esta conceptualización y sugieren que los cambios morfológicos deben asociarse con marcadores bioquímicos, hormonales y genéticos que determinan el eventual desarrollo de un cáncer (7).

Desde el punto de vista práctico, el médico debe estar familiarizado con el informe histológico, para definir cuáles pacientes puede observar y cuáles debe intervenir. Sólo entre el 4% y el 10% de las biopsias benignas de mama muestran hiperplasia atípica.

El riesgo de cáncer mamario se eleva de manera pronunciada desde la menarca hasta la menopausia, el ovario y el cuerpo lúteo producen cantidades importantes de estrógenos y progesterona los cuales inciden en el epitelio de la mama, ambos inducen proliferación de las células epiteliales aumentando el riesgo de carcinogénesis al acelerar la incidencia de errores genéticos somáticos (3)(10).

En la posmenopausia la proliferación celular es mínima y el epitelio mamario es más resistente a los efectos mutagénicos reduciendo el riesgo de cáncer en una mínima proporción. Desafortunadamente al acumularse los errores genéticos durante el periodo premenopausico no pierde su continuidad durante la menopausia y el riesgo de cáncer permanece elevado. Los antagonistas de las hormonas sexuales como el tamoxifeno pueden reducir la incidencia de cáncer de mama al bloquear la proliferación de células epiteliales como efecto antitumorales. La predominancia de estrógenos y la deficiencia de progesterona son considerados causales en el desarrollo de enfermedades benignas de la mama (2) (7).

En la mama normal, los estrógenos estimulan el crecimiento del sistema ductal mientras el desarrollo lobular depende de la progesterona. Los estrógenos y la progesterona cuando son secretados en un balance adecuado permiten el propio y completo desarrollo de la glándula mamaria. La progesterona tiene actividad antagonista contra el estradiol mediante una disminución en la ocupación de los receptores de estrógenos y también un incremento en la 17 beta hidroxisteroide deshidrogenada el cual acelera el metabolismo de estradiol a estrona lo cual se interpone en el efecto de los estrógenos permitiendo una disminución en la multiplicación celular en el tejido mamario que pueden promover carcinogénesis de la mama (6) (8) (9) (11).

El éxito del tratamiento adecuado de la condición Fibroquística se fundamenta en una buena historia y un examen físico cuidadoso. Comprende el manejo de la mastalgia y aspectos intervencionistas de punciones de macroquistes y en algunos casos extremos, la extirpación quirúrgica de placas sintomáticas con exceso de fibrosis.

El cuadro siguiente especifica algunos tipos de tratamiento utilizados en la condición Fibroquística los cuales son para alivio sintomático o mejorando las condiciones de las pacientes, además de la manipulación hormonal de acuerdo a lo visto en la fisiopatología de esta enfermedad (4).

**Tabla 2. Esquemas de tratamiento de la
condición fibroquística**

Dieta y vitaminas A, B y D

Uso común en Europa y suramérica. La vitamina E es bastante usada en Estados Unidos, a dosis de 400 a 800 unidades diarias ha demostrado mejorar notoriamente la condición fibroquística.

Manipulación hormonal

Comprende progestágenos en la fase lútea, combinaciones de estrógenos y progesterona como los preparados anticonceptivos.

Aspiración de macroquistes

Hepatoprotectores

Derivados de la silimarina.

Derivados del aceite de primrosa

Ácido linoléico

Aceite de linaza

Dieta libre de metilxantinas

Extirpación de nódulos fibrosos dominantes

Mastectomías bilaterales profilácticas

En algunos casos extremos.

- **Objetivos**

Objetivo General

Encontrar si hay una diferencia significativa entre el tratamiento local hormonal a base de progesterona (premastan) en comparación con el tratamiento con complejo b y AINES en el alivio de la sintomatología causado por la condición Fibroquística.

- **Objetivo específico:**

Encontrar si hay diferencia significativa en el alivio de la sintomatología producida por la condición Fibroquística en el tratamiento local hormonal con progesterona (premastan) en comparación con el tratamiento a base de complejo b y AINES en pacientes entre la cuarta y quinta década de la vida sin factores de riesgo para cáncer de mama, con una dieta baja en metilxantinas, con un índice de masa corporal menor de 29.9, en un lapso de 3 meses.

- **Hipótesis**

Los estrógenos inducen proliferación del tejido conectivo y desarrollo del epitelio ductal, mientras que la progesterona interviene en el desarrollo normal de la unidad ductolobulillar terminal, por lo cual un desequilibrio entre los estrógenos y la progesterona predominando el hiperestrogenismo produce cambios epiteliales con la inducción de fibrosis estrógena extensa que causa obstrucción de los ductos, además la persistencia de secreción epitelial cíclica causa dilatación de los conductos con la formación de quistes causando así congestión mamaria, mastalgia, y presencia de nódulos difusos, por lo cual el tratamiento con progesterona (premastan) se espera que disminuya significativamente la sintomatología de la condición Fibroquística al bloquear los efectos causados por los estrógenos a nivel de las glándula mamaria en comparación con el complejo b y los AINES.

Justificación:

Este estudio es importante ya que lo que se intenta encontrar una diferencia significativa de la efectividad del tratamiento local hormonal con progesterona en comparación con el tratamiento a base de complejo b y AINES que es el tratamiento de 1era elección que recomendamos a las pacientes que presentan condición Fibroquística en las primeras consultas ya descartado otra patología mamaria benigna o un proceso maligno y las cuales responden parcialmente o no responde.

Como ya sabemos la condición Fibroquística afecta a una tercera parte de la población femenina entre los 20 a 45 años de edad en donde se encuentra evidencia clínica de la patología en la exploración física y de esta tercera parte cerca del 70 – 75% de las pacientes se afecta entre la 3era y 4ta década de la vida, la condición Fibroquística daña la mama de manera parcial o difusa y las más de las veces se trata de una alteración multifocal y bilateral, la cual se inicia a partir de los 20 años de edad provocando congestión y edema mamario la cual al principio dura una semana por lo cual la densidad mamaria comienza a aumentar, la enfermedad progresa presentandose a los 30 años placas nodulares dolorosas de 2 a 3 cm de manera difusa causando aumento en la duración del dolor a dos semanas y comienza la fibrosis progresiva, posteriormente a los 40 a 50 años el dolor es permanente o incapacitante y se palpan grandes quistes únicos o múltiples, histológicamente se encuentra fibrosis y cambios hiperplásicos. En la menopausia por lo regular sufren atrofia y se reemplaza por tejido adiposo y conectivo pero hasta 10% de las mujeres postmenopausicas pueden presentar sintomatología y esto puede ser debido a que se encuentran bajo TRH o en mujeres obesas que en el tejido adiposo transforman la androstenediona a estrona que puede ser una fuente de estrógenos para mantener la condición Fibroquística Al ser esta patología un motivo de consulta ginecológica muy frecuente y en ocasiones de difícil manejo con tratamiento sintomático y medidas generales se trata de encontrar un medicamento tópico a base de progesterona con receptores específicos para mama que no causen efectos sistémicos en el manejo médico de la mastopatía Fibroquística para disminuir el daño causado por los estrógenos y disminuir la demanda de la consulta por esta patología.

- **MÉTODO ESTADÍSTICO**

- **Diseño:** longitudinal, prospectivo.

- **Grupo de estudio.**

30 Pacientes femeninas de la cuarta y quinta década de la vida, sin factores de riesgo para cáncer de mama con el diagnóstico de condición Fibroquística en la consulta de clínica de mama de la consulta externa del Hospital General “Dr. Dario Fernández Fierro” que lleven una dieta baja de metilxantinas, con un IMC menor de 29.9 que presenten sintomatología provocada por la mastopatía Fibroquística.

- **Grupo problema:**

15 Pacientes femeninas de la cuarta y quinta década de la vida, sin factores de riesgo para cáncer de mama con el diagnóstico de condición Fibroquística en la consulta de clínica de mama de la consulta externa del Hospital General “Dr. Dario Fernández Fierro” que lleven una dieta baja de metilxantinas, con un IMC menor de 29.9 que presenten sintomatología provocada por la mastopatía Fibroquística bajo tratamiento local hormonal con progesterona en un lapso de 3 meses.

- **Grupo testigo:**

15 Pacientes femeninas de la cuarta y quinta década de la vida, sin factores de riesgo para cáncer de mama con el diagnóstico de condición Fibroquística en la consulta de clínica de mama de la consulta externa del Hospital General “Dr. Dario Fernández Fierro” que lleven una dieta baja de metilxantinas, con un IMC menor de 29.9 que presenten sintomatología provocada por la mastopatía Fibroquística bajo tratamiento sintomático a base de complejo b y AINES en un lapso de 3 meses.

- **Tamaño de la muestra:**

Se incluyeron 30 pacientes con el diagnóstico de condición Fibroquística en la consulta de clínica de mama de la consulta externa del Hospital General “Dr. Dario Fernández Fierro” que lleven una dieta baja de metilxantinas, con un IMC menor de 29.9.

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes entre 30 a 50 años.

Diagnóstico de condición Fibroquística por clínica y ultrasonido mamario recientes por lo menos de 1 año.

Dieta baja en metilxantinas.

IMC menor de 29.9

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes con cicatrices anteriores por biopsias exisionales que dificulten la exploración física.

Pacientes con implantes mamarios.

Pacientes con BAAF sugestivas de proceso maligno.

Pacientes en lactancia.

Pacientes con sospecha de embarazo.

Pacientes con lesiones mamarias sugestivas de malignidad.

- **Criterios de eliminación:**

Reacciones adversas al medicamento.

Aparición de datos clínicos de malignidad.

Aparición de tumoraciones que tengan que entrar a protocolo de estudio para descartar malignidad.

Pacientes que se embaracen.

- **Descripción general del estudio:**

Se realizó el estudio en el Hospital General “Dr. Dario Fernández Fierro en la consulta de clínica de mama en la consulta externa en un lapso de 3 meses en donde se evaluó la diferencia significativa entre el tratamiento hormonal local en 15 pacientes con condición Fibroquística contra 15 pacientes con tratamiento sintomático a base de complejo b y AINES.

Se realizó Ultrasonido a todas las pacientes (que no sobrepase de un año en su realización), se realizó una historia clínica y examen físico en la consulta externa tomando registro del peso y la talla, se firmó un consentimiento informado para incluirla en el protocolo de estudio, se dio un cuestionario para que lo llenará, haciendo hincapié en la sintomatología presentada, se dio 15 pacientes que cumpla con todas las características de inclusión tratamiento a base de tratamiento local hormonal con progesterona por 3 meses y se citó mensualmente para ver su evolución y respuesta al tratamiento y se solicitó llenar otros cuestionarios por un lapso de 3 meses de tratamiento, se realizó el mismo procedimiento con el grupo control con tratamiento a base de complejo b y AINES y se realizó una comparación de respuesta al tratamiento.

Se utilizó como material el medicamento Premastan de 80 gr con aplicador graduado de 2.5 gr, Complejo b y AINES.

Se requirió del servicio de radiología para la realización de los ultrasonidos, enfermería para realizar la exploración física, papelería para realizar las historias clínicas y los cuestionarios.

En el cuestionario se investigaron los siguientes síntomas:

Congestión mamaria.

Mastalgia.

Nódulos mamarios difusos.

Se incluye formato de historia clínica y cuestionario de seguimiento.

- **Organización de la investigación:**

De enero del 2007 a abril del 2008, vigilancia por la consulta externa de la disminución de la sintomatología de la condición Fibroquística con el tratamiento local hormonal con progesterona.

- **Resultados y análisis estadístico**

En este estudio se incluyeron 30 pacientes que es el 100% de las población, a 15 de ellas se les dio tratamiento local hormonal con progesterona (premanan) que representaron el 50% y las otras 15 pacientes se les dio AINES y complejo B que representan el otro 50%.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	CON TRATAMIENTO HORMONAL	15	50.0
	CON TRATAMIENTO AINES COMPLEJO B	15	50.0
	Total	30	100.0

El 100% de las pacientes que se incluyeron en el estudio presentaron datos clínicos o por USG de condición Fibroquística.

Se encontraron a 10 pacientes (33.3%) con un tiempo de evolución de 0-5 años y a 20 pacientes (66.7%) con una evolución mayor de 6 años.

Hubo una mayor frecuencia de las pacientes que ingresaron al estudio que presentaron BI-RADS 2 encontrando a 26 pacientes con esta categoría que representan el 86.7%, seguido en frecuencia de los BI-RADS 3 con 3 pacientes que representan el 10% y posteriormente los BI-RADS 1 con 1 paciente que representan 3.3% y no se presentó alguna modificación significativa en el USG mamario de seguimiento posterior al tratamiento hormonal o convencional.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	BI-RADS 1	1	3.3
	BI-RADS 2	26	86.7
	BI-RADS 3	3	10.0
	Total	30	100.0

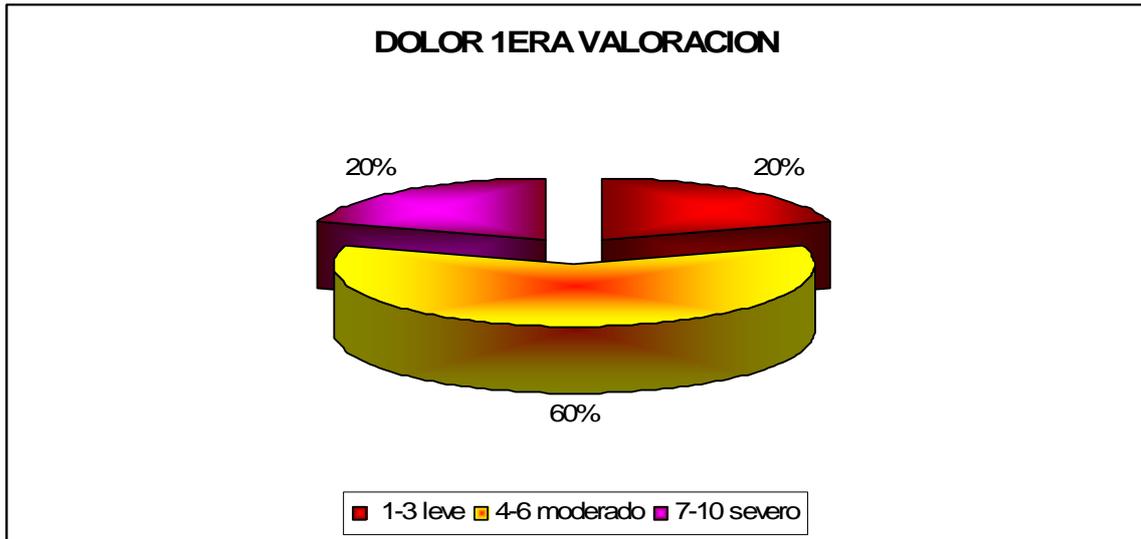
El 100% de las pacientes llevaron dieta libre de metilxantinas.

Las pacientes presentaban un índice de masa corporal menor de 29.9

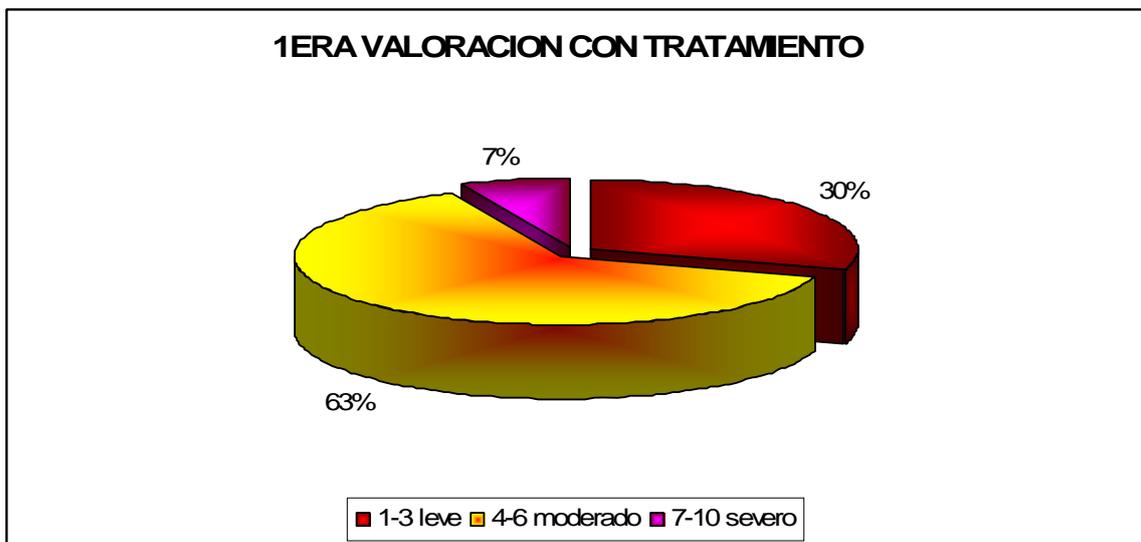
Se encontró una mayor frecuencia de pacientes con Tanner tipo IV con 29 pacientes que representa un 96.7% y solo 1 paciente con Tanner III que representa el 3.3%. los que se relaciona con los dicho en la literatura ya que las

paciente que presentan mamas con mayor tamaño presentan con mayor frecuencia datos de condición Fibroquística.

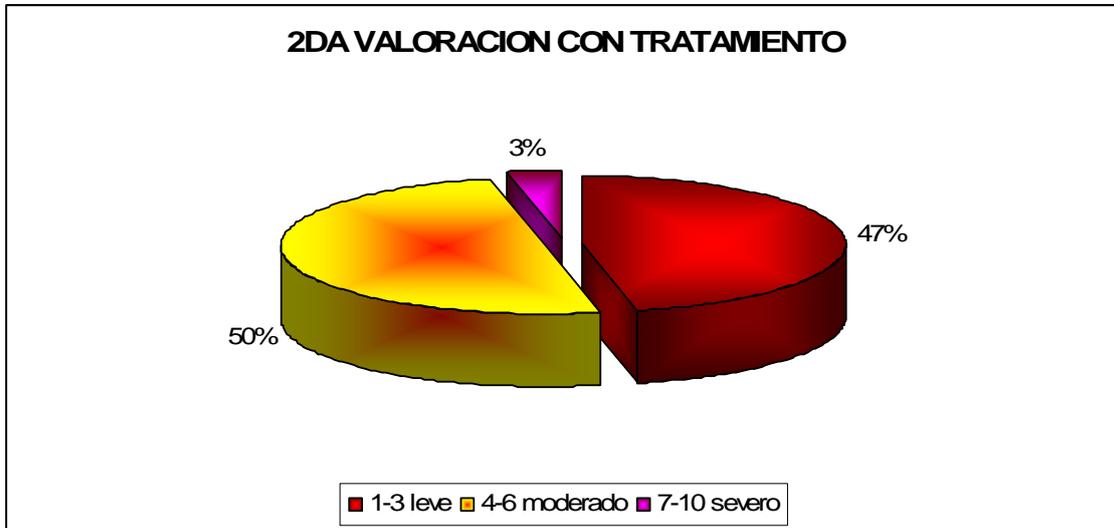
La presencia de dolor en ambos grupos de pacientes en la valoración inicial sin instituir ningún tipo de tratamiento sin importar el grupo en el que se incluyo a las pacientes fue la siguiente: 6 pacientes presentaron dolor leve (20%), 18 presentaron moderado (60%), y 6 severo (20%), donde se encontró una mayor frecuencia de pacientes con dolor de intensidad moderada.



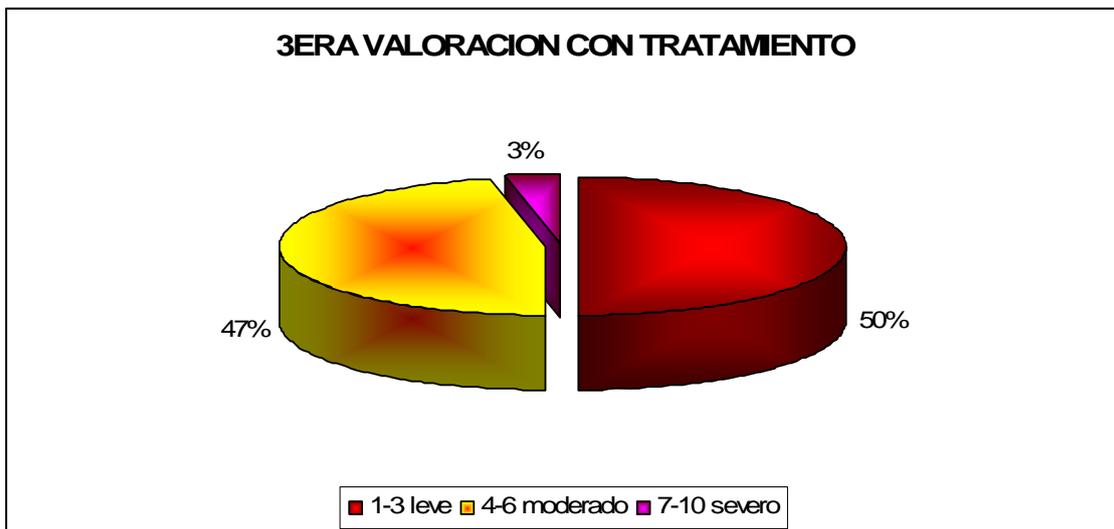
En la primera visita de seguimiento posterior al tratamiento correspondiente de cada grupo se encontró un incremento en el número de pacientes en el grupo de leve sintomatología con 9 pacientes (30%), el moderado aumento a 19 pacientes (63.3%) y el de severo disminuyo a 2 (6.7%) presentando un predominio aún en el número de pacientes con sintomatología moderada intensidad.



En la segunda visita el grupo de leve sintomatología aumento a 14 pacientes (46.7%), el de moderada disminuyo a 15 pacientes (50%), y el de severo disminuyo a 1 paciente (3.3%) aún con un predominio en el grupo de sintomatología moderada.



En la tercera revisión el grupo de leve intensidad se incremento a 15 pacientes (50%), el de moderada intensidad disminuyo a 14 pacientes (46.7%) y el de severo se mantuvo sin cambios con 1 paciente (3.3%). En esta revisión se encontró ahora un predominio de frecuencia de pacientes en el grupo de leve intensidad, con lo cual se observa una mejoría en la sintomatología clínica global en el tiempo de seguimiento del estudio en las pacientes sin hacer distinción a que grupo pertenecen.



De acuerdo al tiempo de evolución se encontró que en las pacientes que presentaron una evolución de 0-5 años, 6 fueron tratadas con hormonal y 4 con AINES Y complejo b, de las que presentaron una evolución mayor de 6 años, 9 estuvieron bajo tratamiento hormonal y 11 con complejo b y AINES. En este estudio no se encontró una asociación significativa estadísticamente con el tiempo de evolución de la patología y algún grupo específico con una $p < 0.439$ lo que demuestra que los dos grupos fueron elegidos al azar.

En ambos grupos se encontró asociación significativa en la 1era valoración de la sintomatología y la presencia de la enfermedad con $p < 0.012$ sin tener relación con el grupo en el que se incluyeron.

		GRUPO		Total
		CON TRATAMIENTO HORMONAL	CON COMPLEJO B Y AINES	
DOLOR	1-3 leve	1	5	6
	4-6 moderado	8	10	18
	7-10 severo	6	0	6
Total		15	15	30

Chi-cuadrado de Pearson	.012
-------------------------	------

En la 1era visita de seguimiento no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con respecto al dolor y al tratamiento, tampoco en la segunda y tercera evaluación con $p < 0.339$, $p < 0.509$, $p < 0.509$ respectivamente. En los dos grupos se observa mejoría clínica, sin evidencias de que en algún grupo el tratamiento demuestre disminuir más la sintomatología, con respecto al otro.

1era visita con tratamiento establecido.

		GRUPO		Total
		CON TRATAMIENTO HORMONAL	CON COMPLEJO B Y AINES	
UNO	1-3 leve	4	5	9
	4-6 moderado	9	10	19
	7-10 severo	2	0	2
Total		15	15	30

Chi-cuadrado de Pearson	.339
-------------------------	------

2da visita con tratamiento establecido.

		GRUPO		Total
		CON TRATAMIENTO HORMONAL	CON COMPLEJO B Y AINES	
DOS	1-3 leve	6	8	14
	4-6 moderado	8	7	15
	7-10 severo	1	0	1
Total		15	15	30

Chi-cuadrado de Pearson	.509
-------------------------	------

3era visita con tratamiento establecido.

		GRUPO		Total
		CON TRATAMIENTO HORMONAL	CON COMPLEJO B Y AINES	
TRES	1-3 leve	7	8	15
	4-6 moderado	8	6	14
	7-10 severo	0	1	1
Total		15	15	30

Chi-cuadrado de Pearson	.509
-------------------------	------

Se observó que en los dos grupos se presentó una disminución del dolor a partir del segundo control. En ambos grupos en la 1era visita no se encontró diferencia significativa en cuanto a la remisión o disminución del dolor con una $p < 0.130$, pero posteriormente en la 2da y 3era se encontró diferencia significativa estadísticamente con una $p < 0.052$ y $p < 0.046$.

Comparación del dolor presentado en la 1era visita de valoración con el dolor presentado en la 1era valoración ya iniciado el tratamiento en ambos grupos.

		UNO			Total
		1-3 leve	4-6 moderado	7-10 severo	
DOLOR	1-3 leve	4	2	0	6
	4-6 moderado	5	12	1	18
	7-10 severo	0	5	1	6
Total		9	19	2	30

Chi-cuadrado de Pearson .130

Comparación del dolor presentado en la 1ra visita de valoración con el dolor presentado en la 2da valoración ya iniciado el tratamiento en ambos grupos.

		DOS			Total
		1-3 leve	4-6 moderado	7-10 severo	
DOLOR	1-3 leve	4	2	0	6
	4-6 moderado	10	8	0	18
	7-10 severo	0	5	1	6
Total		14	15	1	30

Chi-cuadrado de Pearson .052

Comparación del dolor presentado en la 1era visita de valoración con el dolor presentado en la 3ra valoración ya iniciado el tratamiento en ambos grupos.

		TRES			Total
		1-3 leve	4-6 moderado	7-10 severo	
DOLOR	1-3 leve	6	0	0	6
	4-6 moderado	8	9	1	18
	7-10 severo	1	5	0	6
Total		15	14	1	30

Chi-cuadrado de Pearson .046

Se realizó un análisis estadístico con la prueba de T de Students de los datos presentados por las pacientes de acuerdo al dolor con una escala cuantitativa encontrando una asociación estadísticamente significativa del dolor y la presencia de enfermedad en la 1era visita en donde a las paciente aún no se les iniciaba ningún tratamiento con una $p < 0.007$.

Posteriormente con el 1ero, 2do y 3er seguimiento con tratamiento al realizar el análisis de los datos se encontró que desaparece la asociación del dolor con la presencia de la enfermedad $p < 0.266$, $p < 0.907$ y $p < 0.800$ respectivamente en los dos grupos.

1era valoración sin tratamiento	$P < .007$
1era valoración con tratamiento	$P < .266$
2da valoración con tratamiento	$P < .907$
3era valoración con tratamiento	$P < .800$

- **DISCUSIÓN**

La condición Fibroquística de la mama, tiene una gran porcentaje de incidencia en la población femenina la cual solo una quinta parte es sintomática y de esta solo una cuarta parte requiere tratamiento por la sintomatología.

La diversidad de la sintomatología puede ser muy variada además de los hallazgos encontrados a la exploración física y por histopatología. Todos estos cambios en la mama son debido a cambios hormonales cíclicos en donde se encuentra un desequilibrio hormonal con predominio de los estrógenos que con el paso del tiempo se van acentuando en el tejido mamario induciendo proliferación del tejido conectivo y desarrollo del epitelio ductal, mientras la progesterona provoca solo desarrollo normal de la unidad ductolobulillar terminal, esta fibrosis extensa puede causar obstrucción de los ductos, provocando la formación de quistes con lo cual se produce una importante congestión mamaria, mastalgia, y aparición de nódulos mamarios difusos que pueden aparecer circunscrito a una sola región de la mama o dispersas no encontrando una tumoración predominante.

Como sabemos esta patología y lo cual se ha recalado a lo largo de este estudio se presenta predominantemente en mujeres en edad reproductiva o bajo el influjo hormonal ya que en las pacientes menopausicas solo se presenta en el 10% de ellas y esto debido a pacientes que se encuentran bajo terapia de reemplazo hormonal o pacientes con obesidad las cuales transforman los andrógenos a estrógenos en el tejido adiposo por medio de la aromatización, por lo tanto solo se incluyeron en este estudio pacientes de la cuarta y quinta década de la vida las cuales aún están expuestas al influjo hormonal.

Se ha buscado una gran diversidad de etiología para la condición Fibroquística que además del desequilibrio hormonal incluyen hiperprolactinemia prolongados, retención hídrica, dietas ricas en metilxantinas, el tabaquismo, etc. Para lo cual también se ha instituido medidas generales y tratamientos médicos como dejar de fumar, dieta libre de metilxantinas como chocolate, café, semillas, etc. colocación de sostén mamario, inicio de complejo b para el dolor neurogénico relacionada con la caja torácica entre otros los cuales producen mejoría en la mayoría de las paciente en cierta proporción aunque hay una cierta cantidad de pacientes las cuales no responden a este tipo de tratamiento y por lo tanto se tiene que iniciar tratamiento farmacológico como diurético para disminuir la retención hídrica que produce congestión mamaria y por lo tanto mastalgia, Danazol ó tamoxifeno, etc. que producen una disminución de la acción de los estrógenos sobre la mama o la bromocriptina agonista dopaminérgico que produce disminución de la prolactina hormona que también se ha visto relacionada con la mastopatía Fibroquística. También se ha dado importancia al tratamiento hormonal con anticonceptivos orales los cuales restablecen el equilibrio hormonal con una disminución del hiperestrogenismo causante de la sintomatología de la condición Fibroquística. El tratamiento a base de progesterona también se justifica ya que cuenta con actividad antagonista contra el estradiol mediante una disminución en la ocupación de los receptores de estrógenos y también un incremento en la 17 beta hidroxisteroide deshidrogenada el cual acelera el metabolismo de estradiol a

estrona lo cual se interpone en el efecto de los estrógenos permitiendo una disminución en la multiplicación celular en el tejido mamario que puede ser causante de la formación de fibrosis.

Se han realizado pocos estudios en relación al tratamiento hormonal a nivel local en la condición Fibroquística por eso el interés de realizar este estudio en donde se busco si hay diferencia estadísticamente significativa en el alivio del dolor provocado por la condición Fibroquística con el tratamiento hormonal en comparación con el complejo b y AINES.

En este estudio se incluyeron 30 pacientes, a 15 de ellas se les dio tratamiento local hormonal con progesterona (premastan) y las otras 15 pacientes se les dio AINES y complejo B. La elección de los grupos fue al azar.

El 100% presentaron datos clínicos o por USG de condición Fibroquística.

Se encontró una mayor proporción de pacientes con BI-RADS 2 (26 pacientes) 86.7%, de BI-RADS 3 (3 pacientes) 10% y BI-RADS 1 (1 paciente) 3.3% sin presentar alguna modificación en el ultrasonido de 1era vez a la del final del tratamiento.

Cuando se realizó el análisis estadístico se encontró que cuando no se hacia una distinción entre ambos grupos (grupo con tratamiento con premastan y grupo con tratamiento a base complejo b y AINES) se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la mejoría de dolor con hecho de iniciar tratamiento.

Es decir que hay una respuesta y mejoría significativa al momento de dar tratamiento a las pacientes con condición Fibroquística sin importar si es hormonal o sintomático.

Cuando se realizó el análisis estadístico separando a las pacientes por grupos que recibieron tratamiento hormonal y complejo B y AINES no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tratamientos en la disminución de la sintomatología provocado por la condición Fibroquística.

- **CONCLUSIONES**

La condición Fibroquística es una entidad muy frecuente en las pacientes en edad reproductiva la cual puede presentar sintomatología de diversa intensidad hasta llegar a ser incapacitante. La propuesta de este trabajo es buscar una diferencia significativa en la disminución de la sintomatología en las pacientes tratadas con medicamento hormonal local con progesterona (premastan) y las pacientes tratadas con antiinflamatorios y complejo b.

Dentro de las conclusiones a la que llegamos durante la realización de este estudio es que las pacientes incluidas en este trabajo presentaron una mejoría clínica global estadísticamente significativa cuando se inicio tratamiento para aliviar la sintomatología provocada por la condición Fibroquística con tratamiento hormonal o convencional con complejo b y AINES.

Al realizar el análisis comparativo entre los dos grupos de tratamiento no se encontró diferencia estadísticamente significativa, en la disminución del dolor de la condición Fibroquística, entre la 1era revisión y el 1er, 2do y 3er seguimiento posterior.

- Anexos



**Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del estado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presenta solicitó su consentimiento a la Sra: _____ para entra a formar parte del protocolo de estudio de tesis que evalúa el alivio del dolor mamario y la congestión mamaria en la condición fibroquística a base de tratamiento hormonal con progesterona tópica versus el tratamiento a base de complejo y antiinflamatorios.

Este protocolo ya ha sido realizado y evaluado en varios estudios demostrando su seguridad por lo cual no se trata de un experimento.

La aplicación del tratamiento es diario y la evolución es por un lapso de 3 meses.

Con la aplicación del medicamento la única reacción adversa que se ha presentado en la experiencia del uso del medicamento es dermatitis por contacto por reacción alérgica a los componentes del producto, en tal situación deberá suspender el medicamento y acudir inmediatamente al servicio de ginecología con el médico encargado del protocolo para revisión y manejo.

Queda claro que si acepta entrar al protocolo y con la aplicación del medicamento observa mejoría de la condición Fibroquística el médico investigador y la institución no se hacen responsables de proveer el medicamento por más tiempo de lo previsto ya que solo se cuenta con el patrocinio de un laboratorios y este medicamento no se encuentra en cuadro básico del hospital.

Firma y nombre de autorización del paciente. _____

Firma y nombre del médico encargado. _____

Firma y nombre del médico asesor de tesis. _____

Firma y nombre de los testigos. _____

HISTORIA CLÍNICA.

NOMBRE DE LA PACIENTE:
N. DE EXP:
EDAD:
SEXO:

FECHA:

AHF:
DM _____ HAS _____ ONCOLÓGICAS _____ OTROS _____

APNP:
TAB _____ ALCOHOLISMO _____

APP:
QX _____

HOSPITALIZACIONES _____

TRAUMÁTICOS _____

TRANSFUSIONALES: _____

ALÉRGICOS _____

AGO:
M _____ CM _____ DISMENORREA _____ IVSA _____ PS _____ MPF _____
DOC _____ G _____ P _____ C _____ A _____ EDAD DEL 1ER EMBARAZO _____
LM _____ FUM _____ PATOLOGÍA GINECOLÓGICA _____

EF:

ESTUDIOS DE GABINETE

TRATAMIENTO ACTUAL PARA MASTALGIA:

IDX: _____

OBSERVACIONES:

DRA. QUIROZ MIRANDA CITLALLI
RESIDENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
H. GRAL. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
ISSSTE



**Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del estado**

CUESTIONARIO # 1 de 1era vez

Nombre: _____
Edad: _____
Peso: _____
Talla: _____
Tanner: _____

1. Presenta usted dolor mamario antes de su menstruación?

2. Presenta usted congestión mamaria antes de su menstruación?

3. Nota usted nódulos mamaros que se acentúan cuando va a venir su menstruación?.

4. Anote el tiempo de evolución de padecer le dolor mamario?
a) 1 a 5 años. B) más de 6 años
5. Ha tomado algún tratamiento antiinflamatorio para disminuir el dolor mamaros?

6. Ha tomado algún tratamiento hormonal anteriormente para disminuir el dolor mamario?

7. Fuma o ha fumado alguna vez? Por cuanto tiempo? Cuantos cigarrillos al día?

8. Consume habitualmente café, coca cola, chocolate o semillas (nueces, almendras, pistaches, pepitas)?

9. Cuenta usted con antecedente de familiares con cáncer de mama de 1er grado?

10. Especifique en la escala del dolor del 1 al 10 que calificación le asigna al dolor mamario actualmente.

ESCALA DEL DOLOR

En la escala de clasificación numérica, a la persona se le pide que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar qué tanto dolor está sintiendo.

Escala numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de dolor									El peor dolor imaginable	

En la escala de categorías de dolor hay cuatro categorías: nulo, leve, moderado y fuerte. Se le pide al paciente que seleccione la categoría que describe mejor el dolor que siente.

Escala de categorías

Ninguno (0)	Leve (1–3)	Moderado (4–6)	Fuerte (7–10)
-------------	------------	----------------	---------------



CUESTIONARIOS DE SEGUIMIENTO

CUESTIONARIO # 1

1. En relación al tratamiento asignado ha presentado mejoría clínica del dolor mamario, especifíquelo en la escala del dolor_____
2. Ha presentado algún signo o síntoma asociado con la aplicación del tratamiento asignado.

CUESTIONARIO # 2

1. En relación al tratamiento asignado ha presentado mejoría clínica del dolor mamario, especifíquelo en la escala del dolor_____
2. Ha presentado algún signo o síntoma asociado con la aplicación del tratamiento asignado.

CUESTIONARIO # 3

3. En relación al tratamiento asignado ha presentado mejoría clínica del dolor mamario, especifíquelo en la escala del dolor_____
4. Ha presentado algún signo o síntoma asociado con la aplicación del tratamiento asignado.

BIBLIOGRAFIA:

1. Daniel F. Roses .Breast Cancer, second edition. Philadelphia, 2005. editorial ELSEVIER, pag 27-71.

2. P. Mauvais-Jarvis, i F. Kuttenn and A. Gompel. Antiestrogen action of progesterone in breast tissue. Martinus Nijhoff Publisher s, Boston
Department of Reproductive Endocrinology Necker Faculty of Medicine, 149 rue de Sbvres, 75743 Paris. Breast Cancer Research and Treatment 8: 179-187, 1986

3. Gloria Calaf, Fernando Garrido, Carlos Moyano and Roberto Rodriguez
Influence of hormones on DNA synthesis of breast tumors in culture
1 Departamento de Biología, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Casilla 147 D, Santiago, Chile; 2 Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Santiago, Chile; 3,4 Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Martinus Nijhoff Publishers, Boston -

4. Gildardo Gallego, M.D. NÓDULO PALPABLE DE MAMA Palpable breast nodule Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.1 • 2005 • (82-91).

5. Manual de Oncología. Procedimientos Medicoquirúrgicos
3ª edición, Editorial McGraw Hill, año 2006.

Herrera, A. Cirujano Oncólogo, Subdirector de Enseñanza, Instituto Nacional de Cancerología, México, D. F.
GRANADOS, M. Cirujano Oncólogo, Jefe del Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Cancerología, México, D. F.

6. Soderqvist, Gunnar; von Schoultz, Bo; Tani, Edneia; Skoog, Lambert
Estrogen and Progesterone Receptor Content in Breast Epithelial Cells From Healthy Women During the Menstrual Cycle. American Journal of obstetrics and Gynecology Mosby-Year Book Inc. 1993. All Rights Reserved. Volume 168(3), March 1993, pp 874-879

7. Harvey, Jennifer A. MD¹; Santen, Richard J. MD²; Petroni, Gina R. PhD³; Bovbjerg, Viktor E. PhD³; Smolkin, Mark E. MS³; Sheriff, Fathima S. MD⁴; Russo, Jose PhD⁴

Histologic changes in the breast with menopausal hormone therapy use: correlation with breast density, estrogen receptor, progesterone receptor, and proliferation indices

The North American Menopause Society Volume 15(1), January 2008, pp 67-73

8. Eden, John MD. Progestins and breast cancer Sydney Australia From the Royal Hospital for Women, University of New South Wales. American Journal of obstetrics and Gynecology Mosby-Year Book Inc. 2003. All Rights Reserved. Volume 188(5), May 2003, pp 1123-1131

9. Soderqvist, Gunnar MD; Isaksson, Erika MD; von Schoultz, Bo MD, PhD; Carlstrom, Kjell PhD; Tani, Edneia MD, PhD; Skoog, Lambert MD, PhD
Proliferation of breast epithelial cells in healthy women during the menstrual cycle. *American Journal of obstetrics and Gynecology Mosby-Year Book Inc.* 1997. All Rights Reserved. Volume 176(1), January 1997, pp 123-128

10. Wren, Barry G. AM, MD, MHPed, FRANZCOG, FRCOG
The origin of breast cancer 2007 *The North American Menopause Society*
Volume 14(6), November/December 2007, pp 1060-1068

11. Pinter, Jonathon H. PHD; Deep, Charles bs; park-sarge, ok-kyong phd.
Progesterone Receptors: Expression and Regulation in the Mammalian Ovary
American Journal of Obstetrics and Gynecology
Volume 39(2), June 1996, pp 424-435