



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

FACULTAD DE MEDICINA

**Cambios Fibroquísticos de Mama
en Mujeres de 35-50 Años de Edad,
en el ISSSTE de Tehuacán, Puebla
Enero de 1996 a Enero de 1997.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

PRESENTA:

OLGA LIDIA GIL VEGA

ASESOR:

DR. MARIO BRETÓN REYES
Cirujano Ginecoobstetra



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por no permitirme desfallecer en los momentos difíciles, por ser mi guía, estar siempre conmigo y protegerme. Por permitir llegar a la culminación de mis estudios.

A MIS PADRES:

Que con su ejemplo de amor, esfuerzo, confianza y lucha constante me han preparado para el camino que me espera. Por tanto apoyo que han depositado en mí.

A MIS HERMANOS:

Por ser mis mejores amigos incondicionales y confidentes, por contar con su apoyo en cada momento de mi vida.

A MIS FAMILIARES:

Que han contribuido al término de mis estudios y que me han brindado su cariño y apoyo en cada momento.

AL DR. MARIO BRETÓN REYES:

Por permitirme la realización de este trabajo y tiempo dedicado a asesorarme.

A todas las personas que contribuyeron de manera directa o indirecta de manera desinteresada para la terminación de este trabajo.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	.....	1
II. LIMITANTES	.....	2
III. ANTECEDENTES GENERALES	.....	3
IV. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	.....	8
V. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	10
VI. JUSTIFICACIÓN	.....	11
VII. OBJETIVOS GENERALES	.....	12
VIII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	.....	13
IX. MATERIAL Y MÉTODO	.....	14
X. BIBLIOGRAFÍA	.....	22

I. INTRODUCCION.

El cambio fibroquístico mamario es la lesión benigna que se encuentra más a menudo en mujeres de 20 a 50 años de edad, en etapa reproductiva o premenopáusicas.

Definido como "una reacción exagerada del tejido mamario a los cambios clínicos ascendentes y descendentes de las hormonas ováricas"; tiene un amplio grupo de subclasificaciones que van desde la formación de quistes pequeños a grandes, la hiperplasia del epitelio ductal, la metaplasia apócrina de las células del conducto, la papilomatosis y la ectasia ductal, la adenosis esclerosante y la fibrosis del estroma. La frecuencia del trastorno aumenta con la edad. En los años menstruales, se ha observado una incidencia del 25%, que aumenta hasta el 50% durante el periodo perimenopáusicos.

De los signos y síntomas más frecuentes de los cambios fibroquísticos es el dolor (mastodinia) acompañado por hipersensibilidad; que suele ser bilateral y particularmente notable durante la fase premenstrual del ciclo normal. Y la nodularidad, que puede ser localizada o generalizada, unilateral o bilateral. Otros signos de los cambios fibroquísticos son nodularidad excesiva, aumento de volumen generalizado, mayor ingurgitación y densidad mamaria, en las que se describe pesantez y fluctuaciones de tamaño de las zonas quísticas. En ocasiones, hay secreción espontánea por el pezón.

Para 1930, Martín y Ellis defendieron el método de aspiración con aguja de tumores mamarios sólidos para efectuar un diagnóstico tisular, que con el paso del tiempo ha ganado aceptación, hasta convertirse en un procedimiento estándar que no debería faltar en el consultorio, pues su práctica es económica, fácil, rápida y el resultado se conoce en poco tiempo.

II. LIMITANTES.

El propósito de este trabajo es el de identificar los cambios fibroquísticos de mama en mujeres de 35 a 50 años de edad, mediante el estudio citológico de la biopsia por aspiración con aguja fina, como prueba rápida de diagnóstico.

El diseño correspondiente a una serie de casos de tipo clínico, descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo y retrolectivo.

El estudio se llevó a cabo en el hospital Regional del ISSSTE de Tehuacán, Puebla, durante el periodo comprendido de enero de 1996 a enero de 1997.

La población participante incluye a todas las pacientes de 35 a 50 años de edad, atendidas en consulta externa de ginecología, con diagnóstico de cambios fibroquísticos, y cuyo expediente incluye resultado citopatológico de la biopsia por aspiración con aguja fina.

Los resultados que se obtuvieron muestran que los cambios fibroquísticos se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 35 a 40 años de edad, en un 67%, y de menor frecuencia en pacientes de 45 a 50 años de edad, en un 6%.

En cuanto a los signos y síntomas de las 33 pacientes del grupo de estudio, presentó nódulo mamario un 73% y nódulo con galactorrea un 3%.

De los estudios citopatológicos corresponde 28% a la hiperplasia del epitelio ductal, seguida por fibroadenoma un 21% y ectasia ductal 18%; en menor proporción fibrosis a la que corresponde 6%.

Con el presente trabajo se mostró que los cambios fibroquísticos se detectan veraz y oportunamente con el procedimiento de Biopsia por aspiración con aguja fina.

III. ANTECEDENTES GENERALES.

La enfermedad quística de la mama, fue reconocida como entidad clínica benigna común y descrita en Inglaterra por Sir Astley Cooper en 1840. En 1846 Sir Benjamin Brodie también descubrió la enfermedad quística. En Francia, Valpeau había reconocido la índole espacial de la enfermedad quística y la describió en su "tratado sobre enfermedad de la mama", que publicó en 1853 y fue traducido al inglés en 1856.

Las primeras descripciones clínicas y patológicas de la enfermedad quística macroscópica, fueron escritas en Francia en la década de 1880 por Reclus y Brissaud. Cita "ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MALADIE KISTIQUE DES MAMMELLES" (1).

Los cirujanos alemanes presentaron atención a la enfermedad quística en la década de 1890, Schimmelbusch comentó con detalle la enfermedad y desde entonces se le llama con su nombre en Alemania. Koing escribió sobre la enfermedad en 1893 y, creyendo que era de origen inflamatorio, la denominó "mastitis quística crónica".

Como menciona Fiorica (1994), la denominación "enfermedad fibroquística mamaria" (EFM) es un sinónimo de más de 38 términos utilizados para describir el tipo más frecuente de lesión de la mama femenina como: mastitis quística, mastopatía quística crónica sintomática, enfermedad de Schimmelbush, enfermedad de Reclus, displasia mamaria, hiperplasia quística. El diagnóstico amplio de enfermedad fibroquística mamaria, es vago y todos los médicos deberían utilizar términos concisos, específicos, descriptivos, para enumerar los hallazgos de la exploración física. Es más. EFM es un nombre erróneo mal interpretado para sugerir proceso maligno donde no existe, el término ha sido formalmente abandonado, desde el punto de vista del diagnóstico, por el College of American Pathologists, como voto de confianza al estudio de biopsias mamarias benignas por Dupont y Page. Se utiliza la denominación: cambios fibroquísticos, en lugar de la confusa de enfermedad fibroquística mamaria (2).

Aunque tiene un amplio grupo de subclasificaciones, que van desde la formación de quistes pequeños a grandes, la hiperplasia del epitelio ductal, metaplasia apócrina de las células del conducto la papilomatosis, la ectasia ductal, la adenosis esclerosante y la fibrosis del estroma. Debido a esta variedad de circunstancias, la terminología anterior, enfermedad fibroquística, parece inadecuada y la American Cancer Society ha recomendado incluir a toda esta constelación de trastornos bajo la denominación "cambio fibroquístico" como menciona Drakker en su trabajo (3).

Salazar (1993) menciona que la "mastopatía fibroquística o displasia mamaria" se caracteriza por presentar nodulaciones en la glándula mamaria, estas nodulaciones varían de tamaño dependiendo de las alteraciones en la secreción de las hormonas que regulan el ciclo menstrual (estradiol y progesterona). Este desequilibrio, parece ser que altera en forma transitoria o permanente, los niveles plasmáticos de estas hormonas y ha sido señalado como el factor principal para el desarrollo de este tipo de patología mamaria, ya que puede inducir alteraciones estructurales y/o posteriormente hiperplasia, hasta manifestarse como ectasia ductal (4).

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la enfermedad fibroquística de mama es mas alta en las mejores de 20 a 50 años que se encuentran en edad reproductiva, premenopausica siendo la frecuencia del cambio fibroquísticos mamario aumentando con la edad. En la mayoría de las mujeres menores de 21 años se hace el diagnóstico de cambios fibroquísticos en un 10%. En los años de menstruación se observa en un 25% aumentando hasta en un 50% durante el periodo perimenopausico.

La frecuencia de la mastosis fibroquística y de los fibroadenomas, histológicamente comprobados, siendo evaluado por Cole. En años de 1990 se demostró que de 100000 mujeres de las cuales 33 histológicamente se estima el riesgo acumulativo que al aparecer una sintomatología funcional al cabo de 3° años en un 31% y de sufrir una intervención posmatopatía benigna en un 17% según refiere Lefrenk J:P: en su reporte.

FACTORES ETIOLÓGICOS.

Los cambios relacionados con este trastorno cuya interacción puede estimular el cambio quístico ductal constituyen una de las mayores dificultades en la práctica ginecoobstetrica.

Se cree que la prolactina es un factor potencial, ya que se ha encontrado en concentraciones elevadas en un 30% de las pacientes con enfermedad fibroquística, se han hecho investigaciones cuidadosas con el objeto de precisar la presencia de exceso de estrógenos y la disminución o deficiencia de progesterona.

Por lo que las concentraciones de estrógenos séricos se han encontrado normales y ligeramente elevadas, y las de progesterona 30% superiores a los niveles normales, en algunas pacientes con enfermedad fibroquística, teniendo una fase lutea corta.

Se sabe también que la sensibilidad del tejido mamario se relaciona con las hormonas tiroideas aumentando los estrógenos, llevando a los investigadores a pensar que la hiperactividad tiroidea tuviera una interacción en la enfermedad fibroquística.

Pudiendo ser refutada por la presencia de la enfermedad en mujeres hipotiroideas.

Durante la última década se ha relacionado a la metilxantinas (te, café, chocolate, algunas bebidas de cola) son uno de los factores que conduce a la exacerbación de la enfermedad fibroquística, las mujeres que acostumbran consumir una cantidad de 30 a 250 mg., de cafeína al día, tienen posibilidad de padecer la enfermedad de fibrosis quística mamaria en un 1.5 veces y en las que consumen un promedio de 500mg., el riesgo aumenta en 2.3 veces según Drukker y Wanderley.

El investigador Paredes y colaboradores han apoyado la asociación clínico patológica entre endometriosis y la mastopatía fibroquística, aunque su etiopatogenia no se ha aclarado su relación. Por lo que la esterilidad no es causa de las alteraciones hormonales de las pacientes que cursan con desórdenes de la foliculogénesis y anovulación en el líquido peritoneal.

Kusukura, no encontró diferencias en los niveles de progesterona en pacientes con endometriosis al compararlas con pacientes estériles por otras causas.

Mio y colaboradores encontraron una mayor índice de folículos luteinizados no rotos en las pacientes con endometriosis.

CLASIFICACION PATOLÓGICA.

Drukker y Wanderley clasifican la enfermedad según los cambios que se presentan en el tejido ductal y del estroma mamario:

• CAMBIO DUCTAL.

Se refiere principalmente a los cambios en la arquitectura ductal la cual muestra zonas de cambios variables preferentemente en las regiones lobulillar, lobular y subareolar de las mamas. Se han encontrado hasta en un 65% microquistes, por lo que un cambio ductal frecuente en las pacientes con enfermedad fibroquística, no palpables ya que miden menos de 1mm. Los cuales están revestidos por solo una capa de epitelio, los cuales son asintomáticos y considerados normales en muchas mujeres.

• **CAMBIO HIPERPLASICO EPITELIAL DUCTAL.**

Se pueden presentar alteraciones hiperplásicas ductales en la mama. Las variaciones del epitelio ductal se deben a la proliferación de los diversos estímulos que pueden originar características neoplásicas con potencial oncogénico. El epitelio ductal histológicamente es cúbico o cilíndrico en cual puede presentar transformación metaplásica en el epitelio apócrino similar al que se encuentra en otras glándulas como las de la vulva o en la región axilar.

La característica de estas células con cilíndricas y grandes, con núcleos basales, uniformes, pequeños y redondos.

La adenosis se presenta en ocasiones en la mama multiplicación de los acinos de sus lóbulos, que forman un cambio hiperplásico. Muy a menudo tiene un patrón irregular pero conserva la arquitectura lobulillar total. Las células suelen ser pequeñas y ovoideas teniendo los núcleos de aspecto benigno, sin embargo son frecuentes las mitosis, si aparece fibrosis en un área de adenosis, se desarrolla un nódulo palpable, aunque la adenosis es un proceso asintomático, siendo diagnosticado al microscopio después de hacer una biopsia excisional.

Los patrones lobulillar y acinar se distorsionan con un epitelio aplanado y es comprimido que puede tener un aspecto de invasión e infiltración del tejido parenquimatoso mamario circundante este tipo de adenosis esclerosante es mas frecuente en los últimos años menstruales y pueden presentar algún grado de involución después de la menopausia.

La papilomatosis es una alteración no palpable que presentan algunas mujeres, no suele constituir una entidad clínica específica y casi siempre asintomática .

En estas circunstancias la proliferación benigna de las células epiteliales ductales superficiales llena parcialmente los conductos mamarios pequeños y medianos, estas células tiene un tamaño uniforme y no muestran signos nucleares o citoplásmicos de malignidad. Los papilomas con pedículo único suelen relacionarse con síntomas clínicos como la hemorragia por el pezón o una tumoración palpable. Estos papilomas intraductales son solitarios y están cubiertos por dos capas de células. La capa interna esta formada por una célula redonda pequeña similar a las mioepiteliales de los conductos normales. La capa externa cilíndrica baja, que con mucha frecuencia se transforma en cilíndrica alta con núcleos pequeños uniformes redondeados. El citoplasma suele sobresalir de la superficie luminal, como en el cambio metaplásico apócrino, se presenta en los últimos años menstruales, pudiendo extenderse a las posmenopausicas, es decir hasta los 65 años, después de esta edad involucionan un poco. Los papilomas intraductales únicos o múltiples producen secreción hemática o serosanguinolenta en un 20 a 50% de las pacientes, suele encontrarse una tumoración palpable apenas abajo de la areola o de su periferia, por lo que es el sitio más frecuente del papiloma intraductal. Los papilomas intraductales múltiples pueden llegar a ser bilaterales en un 10 a 15% de las pacientes y su localización, más frecuente es la periferia que en el centro, también pueden presentarse como tumoración palpable con secreción sanguinolenta del pezón.

- **CAMBIO FIBRÓTICO.**

Es más frecuente en los años menstruales, pero pocas veces se presenta como alteración aislada. Suele manifestarse como una tumoración palpable, inmóvil, plana, semejante a un botón firme e irregular de casi 1 a 3 cm. En ocasiones llegando a medir 5 cm. El cambio fibroquístico en el parénquima parece constituir una respuesta definitiva en las zonas lobulilares o acinar circundantes, a la infiltración linfocítica de un factor irritante probablemente inflamatorio ductal.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

El primer síntoma en la enfermedad fibroquística es el dolor (Mastodinia) acompañado por hipersensibilidad, suele ser bilateral exacerandose durante la fase premenstrual del ciclo normal. En la palpación la nodulación puede ser localizada como unilateral o bilateral.

Otros signos son: Aumento de volumen generalizado, mayor ingurgitación y densidad mamaria, en las que se describen pesantez y fluctuaciones de tamaño de las zonas quísticas, en algunas ocasiones hay secreción espontanea por el pezón.

DIAGNÓSTICO.

A la exploración física de las mamas es de mayor importancia en las mujeres que presentan cambios fibroquísticos.

Además de la exploración hay que intentar la aspiración de la masa con aguja fina, siendo un recurso diagnóstico importante en la valoración de cambios fibroquísticos.

IV. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

En 1930 Martín and Ellis se les atribuye el empleo de la aspiración con aguja fina (AAF) para el diagnóstico de tumores, con la publicación de un estudio clásico "biopsy by needle procedur and aspiration".

Por lo que es promovida la aspiración por aguja fina por James Ewing, quien objeta la resección quirúrgica preliminar de los tumores de mama debido al riesgo de diseminación tumoral como consecuencia de la biopsia. El patólogo que interpretó estos estudios fue Fred Stewart en el año de 1933.

Martín and Ellis en 1934 publicaron nuevos estudios y trabajos acerca de la aplicación de la aspiración por aguja fina, según cita Edsward J. Wilkinson y colaboradores en su trabajo. Los términos utilizados por Wilkinson y colaboradores para la utilización de la biopsia por aspiración con aguja fina siendo mostrados en la siguiente tabla:

Aspiración con aguja fina(AAF-FNA).
Citología por aspiración con aguja fina .
Biopsia por aspiración con aguja fina.
Biopsia con aguja fina.
Biopsia por aspiración con aguja (BAA-NAB).
Biopsia con aguja.
Citología por aspiración con aguja.
Biopsia por aspiración.
Citología por aspiración.
Citología mediante biopsia por aspiración.
Biopsia por aspiración con aguja delgada.

El uso por aspiración por aguja fina (AAF) sea ido incrementando por ser económica, evitando en su mayoría la utilización de la biopsia no necesaria en muchos de los casos.

Este método fue originalmente propuesto en el año de 1930 incrementando su utilización en 1960, según cita Velanovich y colaboradores en su estudio. Siendo la aspiración con aguja fina herramienta excelente en el diagnóstico útil en el manejo de lesiones mamaria, sin embargo los falsos negativos se llegan a presentar y pueden disminuir la utilidad de la técnica como demuestra el estudio de 16 pacientes con

En el año de 1993 Hindle y colaboradores reportaron 568 aspiraciones con aguja fina bajo su supervisión. La aspiración con aguja fina fue realizada en la primera visita de las pacientes y el reporte citológico preliminar fue dado a las pacientes el mismo día; 42 casos de ellos fueron diagnosticados como cáncer, (7% de las AAF), 75 casos fueron canalizados, a biopsia quirúrgica para un diagnóstico de certeza (13%), 24 pacientes fueron elegidas para biopsias excisional después del diagnóstico de aspiración con aguja fina.

Las masas palpables persistentes en mama permiten documentar y potenciar el manejo costo/beneficio de la mayoría de los casos y disminuye la necesidad de biopsia quirúrgica para determinar el diagnóstico definitivo.

Sneige y colaboradores sugieren que la aspiración con aguja fina sea dirigido con ultrasonido, siendo confiable, simple y una alternativa de costo/beneficio en comparación con la biopsia de lesiones no palpables del seno.

Este método puede disminuir la necesidad de biopsia excisional para identificar las lesiones benignas definidas.

Así como define a las lesiones malignas quienes requieren de una sola operación para el tratamiento la eficacia de esta técnica primaria depende de la agudeza de la localización de la biopsia y la habilidad para su interpretación.

En 1996 Tsubaki y colaboradores con la finalidad de conocer la sensibilidad y la especificidad de la técnica de aspiración con aguja fina como un método de diagnóstico en tumores mamarios mayores de 0.5cm, se realizaron biopsias con esta técnica siendo confirmada con estudios histopatológicos obtenido como resultado que: 32 eran tumores malignos, 98 benignos, 2 falsos positivos, 3 falsos negativos con lo que la sensibilidad del procedimiento es de 90% y la especificidad del 96%.

Cita Villarreal en la década de los ochentas las biopsias por medio de la punción de tumoraciones de mama usando aguja fina adquirió popularidad, como resultado de la excelente correlación con la obtenida por los procedimientos quirúrgicos. La utilidad de este procedimiento en el consultorio, sin contar el costo beneficio.

V. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La prevalencia de cambios fibroquísticos de la mama es elevada en mujeres y se encuentra, desde el punto de vista histórico, al menos en 50% de ellas. El más frecuente de todos los trastornos benignos de la mama es el cambio fibroquístico. Definido por James V. Fiorica como "una reacción exagerada del tejido mamario a los cambios cíclicos ascendentes de las hormonas ováricas".(2).

Por tanto, la incidencia del trastorno es la más alta en mujeres de 20 a 50 años que se encuentran en edad reproductiva o premenopáusicas.

Clinicamente, los tipos y variantes de los cambios fibroquísticos son a veces difíciles de distinguir y cuando el diagnóstico no está claro, debiera hacerse una biopsia de valoración histológica.

Teniendo en cuenta lo anterior, la interrogante a la que se pretende responder será:

¿Cuál es la efectividad de la biopsia por aspiración con aguja fina en el diagnóstico temprano de los cambios fibroquísticos ?.

VI. JUSTIFICACIÓN.

Con el presente estudio se pretende mostrar que los cambios fibroquísticos, se detectan veraz y oportunamente con el procedimiento de biopsia con aspiración con aguja fina.

La aspiración con aguja fina es un excelente procedimiento y debe ser utilizado en todas las pacientes para completar el diagnóstico en presencia de tumor mamario palpable, tomando en cuenta que su práctica es económica, fácil, rápida y se puede conocer en poco tiempo el resultado.

VII. OBJETIVOS GENERALES

Identificar a las mujeres entre 35-50 años de edad que padece los cambios fibroquísticos de mama detectado por medio de la punción con aguja fina para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

VIII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Detectar las causas mas frecuentes de los cambios fibroquísticos.**
- **Identificar el cambio fibroquístico mas frecuente.**
- **Reconocer en que edad es mas frecuente la presencia de cambios fibroquísticos.**

IX. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: serie de casos, clínico, descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo y retrolectivo.

TÉCNICA DE PUNCIÓN CON AGUJA FINA.

El calibre normal de la aguja es de 20-30, 1,5 pulgadas (3.8cm.) hipodérmica, útil en la punción con aguja fina, rara vez se utiliza una aguja de 2 pulgadas necesaria para una lesión profunda o un seno grande.

Dependiendo de la ubicación del tumor, la paciente es colocado en posición de cúbito dorsal u oblicua lateral para extender el pecho en la pared de la cavidad torácica y con esto minimizar la distancia del tramo de la aguja.

La mejor técnica de la punción con aguja fina, es la técnica de inserción oblicua, en la que la aguja es insertada a partir del extremo distal a lo largo del plano exploratorio con oblicuidad dependiendo de la profundidad del objetivo. Con esta técnica la porción distante de la aguja es visualizada desde el momento en que es insertada en el plano exploratorio, en manos expertas la té

La mejor técnica de la punción con aguja fina, es la técnica de inserción oblicua, en la que la aguja es insertada a partir del extremo distal a lo largo del plano exploratorio con oblicuidad dependiendo de la profundidad del objetivo. Con esta técnica la porción distante de la aguja es visualizada desde el momento en que es insertada en el plano exploratorio, en manos expertas la clínica de inserción oblicua es 100% precisa y segura.

La técnica de manos libres es preferida en la punción con aguja fina, porque permite la reorientación de la aguja en diferentes ángulos y por lo tanto permite en volumen más grande para ser tomadas las muestras, esta técnica también permite que el operador observe el lugar de entrada y el ángulo de la aguja.

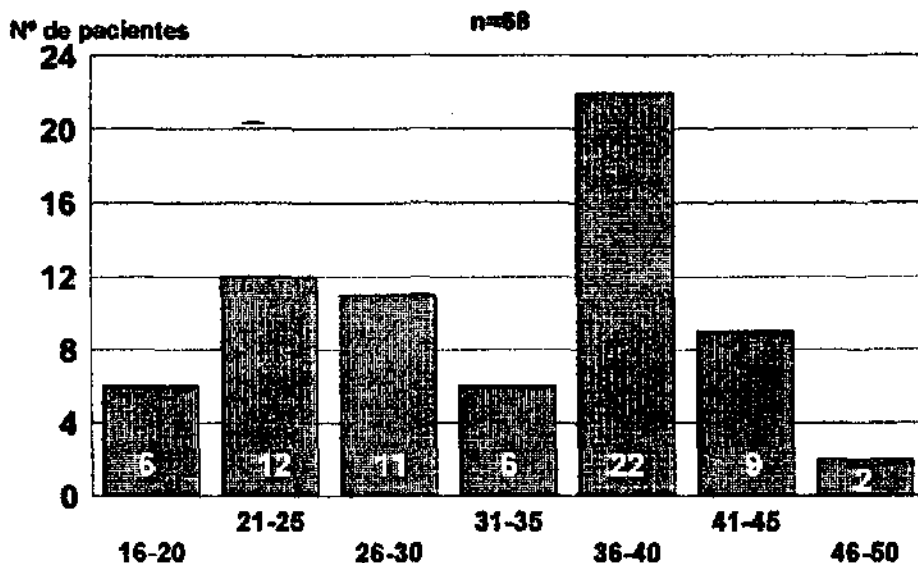
Se debe de esterilizar la zona afectada con una solución yodada, la obtención de la masa sólida es realizada con la rotación de la aguja para separar el tejido del tumor, esta presión provoca espontáneamente la separación del material celular y el de estudio, si es necesario una breve succión del material deseado asegura la muestra en la aguja, este procedimiento dura aproximadamente entre 30 a 40 segundos.

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes del sexo femenino de 35 a 50 años de edad, atendidas en consulta externa de ginecología, por padecer cambios fibroquísticos y a las cuales se les realizó biopsia por aspiración con aguja fina, en el Hospital Regional ISSSTE de Tehuacán, Puebla, de enero de 1996 a enero de 1997.

Se incluyeron todas las pacientes con expediente completo y resultado citopatológico de la Biopsia por aspiración con aguja fina y se excluyeron todas las pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión, por ello de una población de 78 mujeres sometidas por aspiración con aguja fina con cambios fibroquísticos, se incluyen solo 33 pacientes de quienes se presentan para su análisis los datos siguientes.

Resultados

Pacientes a quienes se les realizó Biopsia por aspiración con aguja fina.



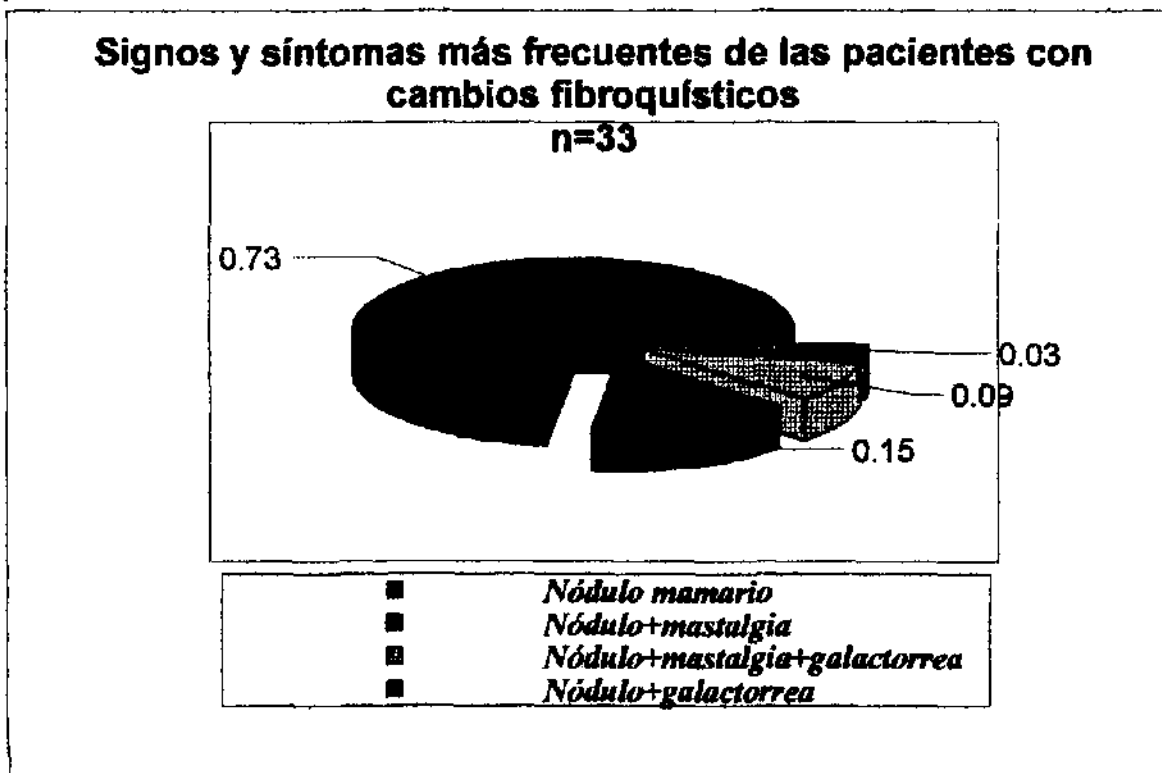
La gráfica muestra que de las 68 pacientes a quienes se les realizó biopsia por aspiración con aguja fina, la edad mínima es de 16 años, máxima de 50 años, con un promedio de 33 años.

TABLA 1
Promedio de edad de las pacientes con cambios fibroquísticos.
n=33

Grupo de edad	Número	Porcentaje
35-40 años	22	67
41-45 años	9	27
46-50 años	2	6
TOTAL:	33	100

De las 33 pacientes del estudio el rango mínimo de edad corresponde a 35-40 años en tanto que el máximo corresponde a 46-50 años siendo la media de 42.5 años como muestra la tabla.

GRÁFICA 2



La gráfica muestra que de las 33 pacientes estudiadas la presencia de nódulos (73%) ocupa el primer lugar, seguida de nódulos y mastalgia (15%) en segundo lugar; así como nódulo, mastalgia y galactorrea (9%) en tercer lugar.

TABLA 2
Frecuencia de diagnóstico en especímenes de
biopsia por aspiración con aguja fina.

n=33

Diagnóstico	Pacientes	
	Número	Porcentaje
Hiperplasia del epitelio ductal	9	28
Fibroadenoma	7	21
Ectasia Ductal	6	18
Carcinoma ductal infiltrante	4	12
metaplasia apócrina	3	9
Fibrosis	2	6
Material insuficiente para el diagnóstico	2	6
TOTAL:	33	100

La tabla muestra que de los diferentes diagnósticos la hiperplasia del epitelio ductal se presenta en el 28% de las pacientes seguida por fibroadenoma (21%) y ectasia ductal (18%) y en menor proporción fibrosis (6%) aunque se reporta también material insuficiente (6%).

TABLA 3

Relación edad, diagnóstico en pacientes con cambios fibroquísticos sometidos a biopsia por aspiración con aguja fina

n=33

Diagnóstico		Grupos de edad		
		35-40	41-45	46-50
Hiperplasia del epitelio ductal	No.	6	3	0
	%	19	9	0
Fibroadenoma	No.	5	2	0
	%	15	6	0
Ectasia ductal	No.	4	2	0
	%	12	6	0
Carcinoma ductal infiltrante	No.	4	0	0
	%	12	0	0
Metaplasia apócrina	No.	2	1	0
	%	6	3	0
Fibrosis	No.	1	0	1
	%	3	0	3
Material insuficiente para el diagnóstico	No.	0	1	1
	%	0	3	3

La tabla muestra la edad y los diferentes diagnósticos de las pacientes del estudio, en donde a la hiperplasia del epitelio ductal corresponde al rango mínimo de edad (35 - 40 años) en un 19%, y el rango máximo de edad (41 - 45) con un 9%, al fibroadenoma el rango mínimo de (35 - 40 años) con un 15% y el rango máximo (41 - 45 años) con el 6% para la fibrosis el rango mínimo de edad (35 - 40 años) con 3% y el rango máximo (46 - 50 años) con 3%.

DISCUSIÓN.

En el presente trabajo para identificar los cambios fibroquísticos de mama mediante el estudio citológico de la biopsia por aspiración con aguja fina en el periodo de un año, se sometió a este procedimiento a 78 pacientes femeninas de las cuales 33 conforman la población de estudio con un rango de edad de 35 a 50 años y una media de 42.5 años.

Fiorica y Drukker reportan que las mujeres menores de 21 años presentan cambios fibroquísticos en relación que se invierte en la población de nuestro estudio donde se detectan cambios fibroquísticos en un 67% en las mujeres de 35 a 40 años (menstruante) y hasta 27% en las de 41 a 45 años (premenopausica).

Los cambios quísticos son asintomáticos y se consideran "NORMALES" en muchas mujeres según Drukker, pero la presencia de nódulos, mastalgia y galactorrea (9%) hallados en nuestra población como signos y síntomas más frecuentes, confirman lo expresado por Fiorica como fibroquísticos nodularidad localizada o generalizada, uni o bilateral; mastodinia y mastalgia, así como ocasional secreción espontánea por el pezón.

Ante la sospecha clínica de cambio fibroquístico en mama el efectuar una biopsia como medio de diagnóstico permitió encontrar hiperplasia ductal (28%) fibroadenoma (21%) ectasia ductal (18%) carcinoma ductal infiltrante (12%) en nuestra población que coinciden con lo reportado por Gwin, King y Cols.

La tabla 3 muestra la comparación entre la edad y los diagnósticos obtenidos para las pacientes de nuestra población de estudio donde resulta significativo que, de las pacientes de 35 a 40 años de edad tuvieron resultados histológicos de ectasia ductal (12%) y carcinoma ductal infiltrante (12%), precedidas por el de hiperplasia del epitelio ductal (19%), en tanto que para las mayores de 41 años predomina la hiperplasia del epitelio ductal (9%) lo que está en favor de la detección temprana de cambios fibroquísticos en pacientes jóvenes asintomáticas, con lesiones benignas y localizadas (aún las malignas).

CONCLUSIONES.

Se puede concluir que el proponer identificar cambios fibroquísticos de mama, mediante el estudio citológico de la biopsia por aspiración con aguja fina como prueba rápida de diagnóstico en mujeres del L.S.S.T.E. de Tehuacán, Puebla, nos permitió:

Probar que los cambios fibroquísticos se dan en mayor porcentaje en aquellas calificadas como menstruantes (35 a 40 años de edad).

Que los cambios fibroquísticos más frecuentes son hiperplasia del epitelio ductal, fibroadenoma, ectasia ductal.

La edad que predomina en la hiperplasia del epitelio ductal y fibroadenoma es en las menores de 40 años; hiperplasia del epitelio ductal, fibroadenoma y ectasia ductal en las mayores de 40 años.

No fue posible detectar las causas de los cambios fibroquísticos, por omisión de estos datos en los expedientes clínicos de nuestra población de estudio.

Se concluye que la biopsia con aspiración con aguja fina es un excelente procedimiento y debe ser utilizado en todas las pacientes para confirmar el diagnóstico en presencia de tumor mamario palpable. Tomando en cuenta que la aspiración con aguja fina su práctica es económica, fácil, rápida y se puede conocer en poco tiempo el resultado.

1487/045

10/10/2004

ANEXO
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

EDAD:

DATOS CLÍNICOS:

NÓDULOS	SI ()	NO ()
MASTALGIA	SI ()	NO ()
GALACTORREA	SI ()	NO ()

FACTORES ETIOLÓGICO:

.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADO DE LA BIPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA:.....

.....
.....
.....

MANEJO:

BIOPSIA ESCISIONAL	()
MÉDICO	()
PASE A ESPECIALIDAD	()
OTROS:	
.....	
.....	

X. BIBLIOGRAFÍA.

1. **Briasaudg E, "Anatomie patohologique de la maladie Kistique des mammelles"**
Arch. Physiol. Norma. Pathol., 3 98 1884
2. **Fiorica James V "Fibrocyctic Changes" Obstetrics and Gynecoly Clinics of North Americana September 1994:21:3445-452.**
3. **Dukker Bruce H. "Cambio fibroquístico mamario" Clinicas Obstetricas y Ginecológicas 1994;4:837-847.**
4. **Salazar E. Lucia y Calzada Leobardo "Estradiol and Progesterone receptors to elect endocrino therapy in patients with fibrocyctic mastopathy"**
Ginec obst Mex 1993;132-135
5. **Alonzo Sosa Jorge Enrique, Cardenas Bazan Mario Alberto, Davilá Velázquez Jorge, Santiago Ponce Luz María "pibracystic breast disease prevalence in patiente with endometriosis"**
Ginec Obet Mex 1996:283-285
6. **Drukker Bruce H. y Wanderley C: de Mendoca "Enfermedad fibroquística mamaria"**
Clinica Obstetrica y Ginecológica 1994:21::591-607
7. **Lefrane J:P: v Tranbaloc P.t Alier-Pinto S. Balladur A. et Blondon j. "Les mastopathies benignes" Encycl. Yed . Chir (Paris-Francia), Gynécologie 840-A-10, 1990;1-12**
8. **Wilkinson Edward J., Franzini Daisy A., y Masood Shahla "Muestreo citológico con aguja de la mama: técnicas y resultados finales" Bland Copleand III, Panamericana 1993; 591-617**

9. **Omaley Francesp y cols "clinical correlates of false negative fine needle Aspirations of teh Breast in a Consecutive Series of 1,005 Patients", Surgery Gynecol and obstetrics, april 1993 176:360-364.**
10. **Velanovich Placep carter P. Tacoma, Washington "Fine Needle - Aspiration on the clinical Management of mammary Masse", Surgery Gynecology and Obstetrics July 1993:591-617.**
11. **Hindle Willian H.p Payne Pamela A. y Pan Elaine y. "The use os fine needle, aspiration in the evaluation of persistent palpable dominant breast masses "American journal of obstetrics and Ginecology ", june 993:168:1814:1814-1819.**
12. **Tsubaki C:G., De Larios N.M.t Lara E.g., Estrada L.V.p. AyalaH.B.M., "Aspiración con aguja fina como método diagnóstico en tumores mamarios palpables" Ginecología y Obstetricia de México julio-diciembre 1996:4:107-108.**
13. **Sneige Nour, Fornage Bruno D:9 Saleh George, "Ultrasound-guided Fline-needle Aspiration of Nonpalpable Breast Lesions" Anatomic Pathology july 1994:102:98-100.**
14. **Villarreal Chávez Ricardo, Escobedo, Lobatón JuanManuel, Benavides de Anda Luis. "Punción de tumoraciones mamarias con agua fina", Ginecología y Obstetricia de México 1996:64:316-318.**