

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA

H.G.M. LUZ CASTRO DE GUTIERREZ 1992 - 1993

J. F. Bojanini B., J. C. Villegas L.*

PALABRAS CLAVES: *Enfermedad Benigna de la Mama, Enfermedad Fibroquística, Fibroadenoma, Factores de Riesgo, Ayudas Diagnósticas.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, con el objetivo de conocer las características clínicas de la enfermedad benigna de la mama.

La enfermedad fibroquística, era la patología benigna más frecuente (51.6%), seguida por el fibroadenoma (21.9%).

En la enfermedad fibroquística, los nódulos múltiples en un 55% de las pacientes (sensibilidad = 55%, especificidad = 88% y $p < 0.05$), el dolor pre-menstrual en un 47.5% (sensibilidad = 47%, especificidad = 81% y $p < 0.05$) y el compromiso bilateral en un 46%, son los hallazgos más frecuentes. Para el fibroadenoma lo fueron, el nódulo único en un 82% (sensibilidad = 82%, especificidad = 60% y $p < 0.05$) y el compromiso unilateral en el 72%.

El examen físico, frente al diagnóstico por anatomía patológica, para la enfermedad fibroquística y el fibroadenoma, tiene una sensibilidad baja (15% y 34% respectivamente, falsos negativos del 85% y 66%), y una especificidad alta (97% y 99%, falsos positivos del 3% y 1%).

SUMMARY

A descriptive and prospective study was made, with the objective of knowing the characteristics of benign breast disease. The fibrocystic disease was the most frequent benign pathology (51.6%), followed by the fibroadenoma (21.9%).

In respect of the fibrocystic disease, the multiple nodule (sensitivity = 55%, specificity 88% and $p < 0.05$), the premenstrual pain (sensitivity = 47%, specificity = 85% and $p < 0.05$) and the bilateral compromise are the more frequent findings. For the fibroadenoma, the most common findings were the solitary nodule (sensitivity = 82%, specificity = 60% and $p < 0.05$) and the unilateral compromise.

The physical examination, compared to the biopsy, for the diagnosis of the fibrocystic disease or fibroadenoma, have a low sensibility (15% and 34% respectively) and whose specificity is of 97% and 99%.

KEY WORDS: Benign Breast Disease, Fibrocystic Disease, Fibroadenoma, Risk Factors, Diagnosis Support.

INTRODUCCION

El grupo de oncología del Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez, diseñó en 1986 un protocolo de manejo para la enfermedad benigna de la mama. Desde el primero de abril de 1992 hasta el 31 de Marzo de 1993 se ingresaron 155 pacientes para ser manejadas con dicho protocolo y quienes constituyen la población objeto de este estudio. La consulta de patología benigna de

* Dr. Juan Fernando Bojanini Betancur
Dr. Juan Camilo Villegas Lopera
Residentes Ginecoobstetricia - CES

Asesor:

Dr. Jaime Uribe Duque
Médico Ginecoobstetricia - CES
Profesor Cátedra Oncología - CES
Medellín - Colombia

mama del Hospital General de Medellín, mantiene un volumen elevado de pacientes, cuyo manejo pudiera verse beneficiado con las conclusiones o propuestas, que pueden surgir del análisis de los datos obtenidos. En la literatura médica mundial se presenta una gran dificultad en la definición de términos, muchos de los cuales son muy inespecíficos y tienen muy poco o ningún significado. Por ejemplo "Enfermedad benigna de mama", el cual de por sí, desconoce el hecho de que existen muchas enfermedades mamarias benignas que no son neoplásicas, y lo que es aún más importante: que entre las neoplásicas figuran varias con gran trascendencia porque predisponen al carcinoma mamario (1). Estos estados deben ser identificados con precisión, dándoles nombres específicos, lo cual permitirá anticipar esta relación y hacer un seguimiento a las pacientes que realmente lo necesiten, por un tiempo adecuado, evitando así gastos innecesarios no sólo a las pacientes, sino también a la institución, racionalizando mejor sus recursos. La definición exacta del tipo específico de la enfermedad, evita los problemas observados en los reportes de la literatura médica, en los cuales la utilización de términos vagos, como enfermedad fibroquística de mama, u otros términos anatomopatológicos menos usados, no permite una adecuada utilización de la información. Ejemplo de lo anterior, son las investigaciones de Wynder y Col. (2) y Dupont y Page (3), en las cuales se informa de una mayor incidencia de mastopatía benigna de mama en mujeres con carcinoma mamario, sin identificar el tipo de neoplasia benigna que se presentó, situación que no permite un estudio de su significación en la primera investigación y, en la segunda, se utilizan términos no muy comunes y poco exactos que dificultan la comparación con otros estudios más reconocidos, como son los de Haagensen, por su largo tiempo de seguimiento, la descripción exacta de las manifestaciones clínicas de la lesión si las había y una descripción de los hallazgos microscópicos de dicha lesión.

La glándula mamaria deriva del ectodermo y es evidente anatómicamente, ya en el embrión de 4 mm. de longitud, como una banda mamaria.

Anatómicamente la mama ocupa el espacio comprendido entre las costillas tercera y séptima y entre el esternón y la línea axilar media. El tejido mamario también puede llegar al pliegue axilar anterior, a lo largo del borde de inserción del músculo pectoral mayor. Debajo de la mama hay una fina capa de tejido conectivo fibroso, a través de la cual las prolongaciones linfáticas penetran en los músculos subyacentes. El tejido glandular está aplicado sobre esta fascia pectoral, y, en menor medida, sobre una capa similar que cubre el músculo.

El desarrollo completo de la mama demora unos cuatro años e involucra un aumento del tejido conectivo, tejido adiposo y conductos vasculares.

Durante cada ciclo menstrual, se producen cambios clínicos, con proliferación y regresión del tejido mamario ductal. Los cambios proliferativos llegan a un máximo tardíamente en cada fase lútea. Después de la menopausia los lobulillos y conductos se atrofian y la mama se torna péndula, pero su tamaño depende casi con exclusividad de la cantidad de tejido adiposo.

La importancia de la patología benigna de mama radica en que muchas de ellas se manifiestan como tumores, con el consiguiente significado, tanto para el médico, como para la paciente y su familia. La gran semejanza en sus manifestaciones clínicas de muchas de ellas con el carcinoma, obliga al médico a tener un amplio conocimiento sobre estas entidades para lograr hacer un diagnóstico diferencial y evitar procedimientos exagerados y alarmas injustificadas. Los principales causantes de que se agrupe una gran cantidad de lesiones benignas en un solo grupo son los patólogos, lo que impide estudiar el significado epidemiológico de la relación individual de cada lesión como predisponente de carcinoma.

Lesiones mamarias epiteliales benignas:

La clasificación propuesta por Haagensen (1) para este tipo de lesiones es la siguiente:

- A. Rasgos microscópicos que se ven normalmente en las mamas de las mujeres modernas, no forman tumor palpable y no predisponen a carcinoma ulterior.
 - 1. Conductos en fondo de saco.
 - 2. Microquistes: quistes menores de 3 mm. de diámetro. Se forman a partir de los conductos en fondo de saco.
 - 3. Epitelio apocrino.
- B. Lesiones microscópicas que se ven a menudo en las mamas de las mujeres modernas pero no con la suficiente frecuencia como para considerarlas componentes normales. No forman tumor palpable ni predisponen a carcinoma ulterior.
 - 1. Adenosis: si son muy extensas pueden formar un tumor palpable y constituye una categoría aparte.
 - 2. Papilomatosis.
- C. Lesiones clínicamente evidentes que a menudo forman un tumor palpable pero que no predisponen a carcinoma ulterior.
 - 1. Enfermedad fibrosa.

2. Papiloma intracanalicular solitario: en un conducto terminal subareolar.
- D. Lesión microscópica que no forma tumor palpable pero sí predispone a un carcinoma ulterior.
1. Neoplasia lobulillar (mal llamada carcinoma lobulillar in situ).
- E. Lesiones clínicamente evidentes que forman tumor palpable y que predisponen a un carcinoma ulterior.
1. Papiloma intracanalicular múltiple.
 2. Quistes macroscópicos; mayores de 3 mm. Se hace una somera descripción de las anteriores entidades orientada hacia su incidencia, sus rasgos clínicos principales y su significación.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y prospectivo.

Se incluyeron todas las pacientes que habían sido manejadas de acuerdo al protocolo de enfermedad benigna de la mama que se lleva en la consulta de oncología del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, en el período comprendido entre abril de 1992 y marzo de 1993. El número muestral calculado para el presente trabajo era de 106 pacientes. Durante el período de estudio, ingresaron 155 pacientes.

La obtención de los datos en cada caso, se realizó utilizando un formulario preestablecido, en el cual se tuvieron en cuenta variables de: identificación, procedencia, edad, historia y antecedentes ginecoobstétricos, lactancia, uso de anovulatorios, sintomatología, antecedentes familiares de cáncer mamario, localización de síntomas o signos importantes como: nodularidad, secreción mamaria, métodos de mama. El riesgo aumentaba 11 veces (RR 8.9) en relación con las que no tenían lesión proliferativa (3, 4) la asociación con los antecedentes personales y los estudios de riesgo relativo (RR) de cáncer mamario se han hecho desde hace muchos años. A mediados del siglo anterior, Broca demostró la transmisión genética a través de cuatro generaciones. Desde 1930 los estudios revelaron que cuando había un familiar en un primer grado con cáncer mamario, el riesgo de la enfermedad aumentaba de dos a tres veces con respecto a los grupos de control. Más recientemente, Sattin y Col. (5) encontraron un RR aumentado cuando una paciente tenía un pariente en primer grado afectado (2.3); en aquéllos con un pariente en segundo grado afectado (1.5) y con madre y una hermana afectadas (6).

A continuación se hará una descripción de algunas entidades que se han considerado benignas, diferentes a las que típicamente se han englobado dentro del término: "enfermedad fibroquística de la mama". Se incluirán lesiones de tipo fibroepitelial, neoplásicas no epiteliales, no epiteliales de origen mesenquimático y otras que son de difícil clasificación, diagnóstico, tratamiento ordenado, diagnóstico clínico y anatomopatológico y evolución.

Dicho formulario se elaboró con base en los resultados del estudio retrospectivo, realizado por los mismos autores, en la consulta de patología benigna de la mama del Hospital General de Medellín, y terminado en diciembre de 1991 (52). El control de las pacientes, se llevaba por medio de tabulación en computador con listados en los cuales se llamaba la atención sobre la falta de datos, el número de consultas y otras observaciones que facilitaba el control y detección de las pacientes que no asistieran a su cita preestablecida. Es importante resaltar que cuando lo anterior ocurría, se trataba de localizar telefónicamente a la paciente para instruirla sobre la necesidad del control y se concertaba con ella una nueva cita.

La paciente llegaba a la consulta de mama benigna del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, bien fuera de otro servicio de la misma institución o de otro centro hospitalario, se ingresaba y manejaba según el protocolo de manejo que para dicha enfermedad existe en el Hospital.

A las pacientes se les llenaba el formulario de ingreso; a las pacientes que por algún motivo, no se les llenaba completamente el formulario de inscripción, se trataba de completar dichos datos, buscándolos en la historia clínica. Luego de tener todos los datos de cada una de las pacientes en la base de datos, se procedió a realizar el procesamiento de los datos y el análisis respectivo.

Se utilizó el programa Q. A., como base de datos, en un computador Clon compatible con IBM. Los datos se trabajaron en el paquete estadístico Microstat, Software utilizado para análisis estadístico. Se trabajó con intervalos de confianza del 95% y con un nivel de significancia de los datos de $p < 0.005$.

De acuerdo con los resultados obtenidos y según las variables, la presentación de los datos se hizo en tablas de distribución de frecuencias, tablas de asociación, gráficos de barras simples, gráficos sectoriales.

RESULTADOS

En el período de estudio, 155 pacientes fueron ingresadas en la consulta de patología benigna de la mama,

para ser manejadas con el protocolo existente en el Hospital General de Medellín.

Del total de pacientes, 126 de ellas (81%), procedían de la ciudad de Medellín.

La edad promedio de las pacientes, fue de 34 años, con una edad máxima de 78 años y una edad mínima de 14 años. La desviación estandar fue de 12 años. El 59.2% de las pacientes, estaba por debajo de los 35 años. La edad de la menarca, fue en promedio 13.4 años, y para 136 pacientes (88%) estuvo entre 11 y 15 años. Al momento de la primera consulta, 14 pacientes estaban ya en la menopausia, con un promedio de edad al momento de presentarla de 48 años, y de ellas, sólo 1 (7%), era menor de 41 años en ese momento. 57 pacientes (36.7%), no habían estado aún en embarazo, mientras que 65 (42%), tenían entre 1 y 3 hijos. De las 98 pacientes que habían estado en embarazo, el 81.6% (80 pacientes), tuvieron su primera gestación entre los 16 y los 25 años, y sólo el 4.2% (4 pacientes), la tuvieron por encima de los 30 años. El 88.7% de las pacientes que habían estado en embarazo, durante algún momento del post-parto, lactaron a uno de sus hijos.

La tercera parte de las pacientes, había consumido anovulatorios como método de planificación, en cualquier momento de su vida.

Con respecto al antecedente de Cáncer de mama en la familia, el 9.6% de las pacientes (15), tenían antecedentes positivo, y de ellas, en el 39% (6 pacientes) era la madre y en el 34.8% (5 pacientes) era una tía.

En relación con la clínica: el 23% tenía dolor permanente, el 33.6% dolor pre-menstrual, el 15.4% secreción por pezón, el 48.4% nódulo predominante, el 34.1% nódulos múltiples y el 29.7% nódulos bilaterales.

La localización de la lesión, fue en el 59.4% en la mama derecha y el 69.7% en la izquierda, mientras que fue bilateral en el 33.5%.

En el total de pacientes que tuvieron nódulo predominante (75), éste era móvil, el 45.3% de ellos (34 pacientes) a la palpación eran de consistencia sólida, mientras que en el 28% (21 pacientes) era de consistencia quística. De las 24 pacientes que tenían secreción por pezón, en 5 de ellas (20%), la secreción era láctea, en otro 20% serosa y en igual porcentaje vercosa, fue hemática en el 16% (4 pacientes) y purulenta en el 8% (2 pacientes).

Dentro de las ayudas diagnósticas utilizadas en estas pacientes, la punción se hizo en un 16.7% (26 pacien-

tes), y de éstas en el 30.7% (8 pacientes) el nódulo era sólido, mientras que en el 69.3% (18 pacientes) era quístico. El material obtenido en las pacientes cuya punción había sido reportada como nódulo de consistencia quística, fue seroso en el 75%, verroso en el 12.5%, purulento en el 12.5%, achocolatado en el 6.2% y hemático en el 6.2%. La citología de la secreción se utilizó en el 12.3% (19 pacientes) y de ellas en el 94% (18 pacientes) el informe fue negativo, mientras que en la otra paciente se reportó como material inadecuado. No se tomó citología de la secreción en aquellas pacientes en quienes la secreción era de características lácteas.

La punción por aguja fina, se realizó en el 9.6% (15 pacientes), en el 46.6% el informe de citología fue negativo para malignidad, en el 20% fibroadenoma, en el 13.3% e.f.q. y en un porcentaje similar mama normal. Sólo en una paciente la citología fue reportada como acelular. La biopsia por tru-cut, se realizó en 5 pacientes (4%), en dos de ellas el informe fue e.f.q. en una galactocela, en una inflamación aguda y una dudosa.

Por clínica, el diagnóstico más frecuente fue e.f.q. en el 51.6% (80 pacientes), seguido por fibroadenoma con un 21.9% (34 pacientes) y normal en un 10.9% (17 pacientes).

La biopsia incisional, como método de diagnóstico, se utilizó en 12 pacientes (7.7%), y de ellas el diagnóstico por anatomía patológica de e.f.q. en el 83.3% (10 pacientes), fibroadenoma en el 8% (1 paciente) y mastitis en el 8% (1 paciente).

La biopsia excisional, se utilizó en 19 pacientes (18.7%) y de ellas el diagnóstico por anatomía patológica fue fibroadenoma en 18 pacientes (62%), enfermedad fibroquística en 7 pacientes (24%) y otros diagnósticos en 4 pacientes (14%).

En total, el diagnóstico por anatomía patológica se utilizó en 41 pacientes, en 19 (46%) se confirmó fibroadenoma, en 17 (41%) el diagnóstico fue e.f.q. A la tercera parte de las pacientes se les realizó mamografía como método de diagnóstico, y de ellas en el 32% (16 pacientes) el reporte fue e.f.q. en el 42% (21 pacientes), en el 6% (3 pacientes) sospechosas de cáncer y en 4% (2 pacientes) fibroadenoma.

La ecografía, sólo se hizo en 6 pacientes, en 3 de ellas el informe fue fibroadenoma, en 2 normal y en 1 e.f.q. tuvo una edad promedio de presentación de 34 años, con un máximo de 78 años y un mínimo de 14 años, con una desviación estandar de 13 años. A su vez, el fibroadenoma, tuvo una edad promedio de presentación de 29

años, con un máximo de 61 años y un mínimo de 14 años, con una desviación estandar de 12 años. Con respecto a la clínica, los nódulos múltiples (55%) (sensibilidad = 55%, especificidad = 88%, $p = 0.000000449$), el dolor pre-menstrual (47.5%) (sensibilidad = 47%, especificidad = 81%, $p = 0.000284$) y el compromiso bilateral (46%), fueron los hallazgos más frecuentes en la e.f.q.; a su vez para el fibroadenoma, fueron el nódulo único (82%) (sensibilidad = 82%, especificidad = 60%, $p = 0.0000261$) y el compromiso unilateral (72%) (Tabla 1).

TABLA No. 1
CARACTERISTICAS CLINICAS
DE LA ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1992 - 1993

Cuadro Clínico Vs. Diagnóstico

Cuadro clínico \ DX	Enfermedad Fibroquística		Fibroadenoma	
	No.	%	No.	%
D. Permanente	21	26.2	6	18
D. Premenstrual	38	47.5	6	18
Ambos	6	7.5	0	0
Secreción	12	15	0	0
N. Unico	30	37.5	28	82
N. Múltiples	44	55	6	18
L. Mama der.	57	71	16	47
L. Mama izq.	60	75	24	71
L. Bilateral	37	46	6	18

D. = Dolor N. = Nódulo L. = Lesión
Fuente: Archivo H.G.M.

Del total de pacientes que presentaron secreción por pezón, - 24 -, en el 50% de ellas (12 pacientes) el diagnóstico fue e.f.q. y de ellas en el 41.6% (5 pacientes) la secreción era verdosa, en el 25% (3 pacientes) era serosa y en el 16% (2 pacientes) era hemática o sero-hemática.

Dentro del mismo grupo de pacientes que tenían secreción por pezón, en el 16.6% (4 pacientes) el diagnóstico fue papilomatosis y el 100% de ellas presentaron secreción hemática o sero-hemática. Otras 3 pacientes tenían galactocele, y de ellas 2 presentaban secreción láctea y una, secreción serosa.

Aquellas pacientes a quienes se les realizó punción de un nódulo predominante (16 pacientes), en 6 de ellas el diagnóstico era e.f.q., de las cuales en 5 se aspiró un contenido seroso y en una, verdoso.

El número de pacientes a quienes se les practicó alguno de los métodos auxiliares de diagnóstico (punción con aguja fina, citología de la secreción, biopsia por tru-cut), discriminado por cada una de las patologías es muy bajo, razón por la cual no es posible sacar datos confiables de su sensibilidad y especificidad.

Frente al diagnóstico por anatomía patológica, bien sea por biopsia incisional o excisional, el examen físico, para el diagnóstico de la enfermedad fibroquística tiene una sensibilidad muy baja (15% - falsos negativos del 85%), pero una especificidad muy alta (97%) - falsos positivos del 3%-), con una $p = 0.130$. Al hacer igual comparación, ahora para el fibroadenoma, el examen físico tiene un comportamiento similar (sensibilidad del 34% - falsos negativos del 66% -, especificidad del 99% - falsos positivos del 1%-, $p = 0.000000000200$).

Al revisar algunos factores de riesgo, se encontró que: el antecedente familiar de cáncer de mama, podía tener asociación positiva para la e.f.q., mientras que no tendría asociación con el fibroadenoma (RR 1.32 vs 0.59) Tablas 2, 3).

TABLA No. 2
CARACTERISTICAS CLINICAS
DE LA ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1992 - 1993

FACTORES DE RIESGO
EN ENFERMEDAD FIBROQUISTICA

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Chi cuadrado	Probabilidad
A. F. Cáncer	1.32	0.913	0.3392
1. Emb. < 30 A	0.85	0.636	0.4293
Lactancia	0.82	0.125	0.7235
Anovulatorio	1.2	0.858	0.3544

Fuente: Archivo H.G.M.

TABLA No. 3
CARACTERISTICAS CLINICAS
DE LA ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1992 - 1993

FACTORES DE RIESGO EN FIBROADENOMA

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Chi cuadrado	Probabilidad
A. F. Cáncer	0.59	0.269	0.6039
1. Emb. < 30 A	2.66	7.767	0.00532
Lactancia	0.16	0.250	0.6170
Anovulatorio	0.56	2.073	0.1499

Fuente: Archivo H.G.M.

La edad del primer embarazo por debajo de los 30 años, parece ser factor protector para la e.f.q., mientras que tendría asociación positiva con el fibroadenoma (RR 0.85 vs. 2.66) (Tablas 2, 3).

La lactancia, sería un factor protector para ambas patologías, mayor para el fibroadenoma (RR 0.82 vs. 0.16) (Tablas 2, 3).

Los anovulatorios tenían una asociación positiva leve con la e.f.q. y serían protectores para el fibroadenoma (RR 1.2 vs. 0.56) (Tablas 2, 3).

Del total de pacientes, en quienes se hizo diagnóstico de enfermedad fibro-quística, en 42 de ellas (52%), se formuló medroxiprogesterona, a 11 (14%) anticonceptivos orales en microdosis, a 2 (3%) analgésicos y a 24 (30%) observación.

DISCUSION

La enfermedad fibroquística, fue la entidad más frecuente con un 51.6%, seguida por el fibroadenoma con un 21.9%, lo cual concuerda con la literatura, donde la e.f.q. es la primera en frecuencia, seguida por el cáncer de mama y luego por el fibroadenoma.

Los datos generales de las pacientes son muy similares a los encontrados por los autores, en un trabajo realizado en la misma consulta de oncología del Hospital General de Medellín, y terminado en 1991 (52).

Con respecto a la clínica, en la enfermedad fibroquística, los nódulos múltiples que se presentaron en un 55% de las pacientes (sensibilidad = 55%, especificidad = 88%, $p = 0.000000449$), el dolor premenstrual en el 47.5% (sensibilidad = 47%, especificidad = 81%, $p = 0.000284$) y el compromiso bilateral en el 46% fueron los hallazgos más frecuentes. A su vez para el fibroadenoma, fueron el nódulo único en el 82% de las pacientes (sensibilidad = 82%, especificidad = 60%, $p = 0.0000261$) y el compromiso unilateral en el 72%.

Dentro del grupo de pacientes que presentaron secreción por pezón, en el 50% de ellas, el diagnóstico fue enfermedad fibroquística y en casi la mitad de ellas, la secreción era verdosa, en una cuarta parte, serosa, mientras que en un porcentaje más bajo (16%) era hemática o sero-hemática, características que en la mayoría de las pacientes que la presentaron correspondían a papilomatosis, como lo demuestra la literatura. La citología de la secreción, en el 94% de las pacientes descartó malignidad, sólo en una paciente fue reportada como material inadecuado y únicamente no fue utilizada en aquellas pacientes que tenían secreción láctea.

La punción del nódulo predominante, ayuda para diferenciar si éste es sólido o quístico, y en este último caso, conocer las características del líquido contenido, el cual en la mayoría de los casos de enfermedad fibroquística era seroso y ocasionalmente verdoso.

La Punción con aguja Fina (P. A. F.), es un método que se ha promulgado principalmente para hacer diagnóstico diferencial de cáncer; en cerca de la mitad de la población estudiada, el informe fue reportado únicamente como negativo para malignidad, y en el resto se identificó bien sea mama normal o la patología benigna que presentaba la paciente.

La biopsia por tru-cut fue utilizada sólo en 5 pacientes.

Las ayudas diagnósticas (secreción por pezón, citología de ela, punción del nódulo, P.A.F. y biopsia por tru-cut) fueron utilizadas en un número reducido de pacientes, razón que impide una buena evaluación de su sensibilidad y especificidad.

El examen físico, frente al diagnóstico por anatomía patológica, tanto para el diagnóstico de enfermedad fibroquística como de fibroadenoma, tiene una sensibilidad muy baja (15% y 34% respectivamente), pero una especificidad muy alta (97% y 99% respectivamente).

Con respecto a los factores de riesgo analizados, tenemos que la edad del primer embarazo por debajo de los 30 años, sería un factor protector para la enfermedad fibroquística, lo cual sería coincidente con la literatura, si se extrapolara a la enfermedad benigna de la mama, el hecho de que protegería contra el cáncer de la mama.

La utilización de los anticonceptivos orales disminuye la incidencia de enfermedad fibroquística (23, 24, 25), en este estudio, el comportamiento de este factor fue de asociación positiva leve con la enfermedad fibroquística, mientras que sería un factor protector para el fibroadenoma.

Se debe tratar de utilizar más las ayudas diagnósticas del examen físico, con el fin no sólo de adquirir mayor experiencia en su uso, sino también para lograr una mejor aproximación diagnóstica, que en determinados casos evite el tener que recurrir a procedimientos quirúrgicos innecesarios.

CONCLUSIONES

- La enfermedad fibroquística es la patología benigna de la mama más frecuente.
- La citología de la secreción por el pezón, es un método adecuado para descartar malignidad.

- El examen físico tiene una sensibilidad baja, pero una especificidad alta al compararlo con la biopsia, para el diagnóstico de enfermedad fibroquística y de fibroadenoma.
- El primer embarazo a una edad menor de los 30 años, es un factor protector contra la enfermedad fibroquística.
- Se debe tratar de utilizar más las ayudas diagnósticas del examen físico para lograr una mejor aproximación al diagnóstico y evitar procedimientos quirúrgicos costosos e innecesarios.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, especialmente al personal de enfermería de la consulta externa y al personal del archivo clínico.

DIRECCIONES

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN.

"Luz Castro de Gutiérrez"

Cra. 48 No. 32-102

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD - C.E.S.-

Calle 10 A No. 22-4

BIBLIOGRAFIA - REFERENCIA

1. Haagensen, C. D. Diseases of the breast. Philadelphia. W. B. Saunders Co. 3a. ed. 1986.
2. Wynder E. L.; Mac Cormack, F. A. and Stelman, S. D. The Epidemiology of breast cancer in 785 United States Caucasian Women. *Cancer*, 41: 2341, 1978.
3. Dupont, W. D., Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *New England J. Med.* 312: 146, 1985.
4. Page, D. L.; Dupont W. D.; Rogers L. W.; Rados M. S. Atypical hyperplastic lesions of female breast: Long term follow up study. *Cancer* 1985, 55: 2698.
5. Sattin, R. W.; Rubin G. L.; Webster L. A. et al. Family history and the risk of breast cancer.
6. Gump, F. E. Premalignant diseases of the breast. *Surg. Cl. of North Am.* Vol. 64-6: 1051 Dec, 1984.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Naraynsing, V.; Raju, G. C.; Siunarine, K. Treatment of breast lumps in the teenager. *Br. J. Surgery*. 1987, Vol. 74, Dec, 1168.
- Bauer, B. S.; Jones, K. M.; Talbot, C. W. Mammary masses in the adolescent females. *Surg. Gynecol. Obstet*, 1987, Vol. 165, July 63.
- Schwartz, G. F. Neoplasias benignas e inflamaciones de la mama. *Cl. Obstet. Ginecol.* 1982: 399.
- Ozzelo, L.; Gump, F. L. The management of patients with carcinomas in fibroadenomatous tumors of the breast. *Surg. Gynecol. Obstet.* Vol. 160-2: 99, feb. 1985.
- Hutchinson, W. B. et al. Risk Of Breast cancer in women with benign breast disease. *J. Natl Cancer Inst.* Vol. 65-1: 13, July. 1980.
- Sainsbury, J. R. C. et al. Natural history of the benign breast lump. *Br. J. Surg.* Vol. 75: 1080; nov. 1988.
- Asuch, J. R. Enfermedades benignas de la mama diferentes a la fibroquística. *Cl. Ginecol Obstet Temas actuales.* Vol. 3: 609. 1987.
- Palmer, M. L. et al. Treatment option and recurrence potencial for cystosarcoma phylloides. *Surg. Gynecol Obstet.* Vol. 170-3: 193; March. 1990.
- Hines, J. R.; Mured, T. M.; Beal, J. M. Prognostic indicator in cystosarcoma phylloides. *Am. J. Surg.* Vol. 153: 276; 1987.
- Thomas, W. G. et al. The clinical syndrome of mammary duct ectasia. *Br. J. Surg.* Vol. 70: 601. 1983.
- Dixon, J. M. Mammary duct ectasia. *Br. J. Surg.* Vol. 70: 601. 1983.
- Chiedozi, L. Ch., Aghahowa, J. A. Mondor's disease associated with breast cancer. *Surgery.* Vol. 103/4: 438; 1987.
- Jick, S. S.; Walker, A. M.; Jick H. Conjugated estrogens and fibrocystic breast disease. *AM/J Epidemiol.* 124/5 (746-751) 1986.
- Li Volsvi, V. A.; Stadel, B. V.; Kelsey, J. L.; Holford, T. R.; White C. Fibrocystic breast disease in oral contraceptive users. A histopathological evaluation of epithelial atypia. *New England J. Med.* 1978; 299: 381.
- Vessey, M. P.; Doll, R.; Sutton, P. M. Oral contraceptive and breast neoplasia: a retrospective study. *Brit Med J.* 1972; 3: 719.
- Ory, H. Oral contraceptives and reduced risk of benign breast disease. *N. England J. Med.* 1976. 294: 419.
- Minton, J. P.; Foeckling, M. L.; Webster, D. J. T..
- Matthews R. H. Response of fibrocystic disease to caffeine withdrawal and correlation of cyclic nucleotides with breast disease. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1979; 135: 157-8.
- Parazzini, F.; La-Vechia, C.; Riundi, R. et al. Methylxanthine, alcohol-free diet and fibrocystic breast disease: A factorial clinical trial. *Surgery.* 99/5 (576-581) 1986.
- Lubin, F.; Ron, E. Consumption of methylxanthine - containing beverages and the risk of breast cancer. *Cancer Lett.* 1990. Sept. 53 (2-3): p. 81-90.
- Schairer, C.; Brinton, L. A.; Hoover, R. N. Methylxanthines and benign breast disease. *Am. J. Epidemiol.* 124/4 (603-611) 1986.
- Berkowitz, G. S.; Canny, P. F.; Vivolski, V. A. et al. Cigarette smoking and benign breast disease. *J. Epidemiol comun Health.* 39-4 (308- after biopsy only. *Cancer* 49: 751-758. 1982.
- Devitt, J.E.; et al. Risk of breast cancer in women with breast cysts. *Can-Med-Assoc-J.* 1992 Jul 1; 147 (1): 45-9.

- Enriori, CL; et al. Biochemical study of cyst fluid in human breast cyst disease: a review. *Breast-cancer- res-treat.* 1992; 24 (1): 1-9.
- Nahoul, K.; Kottler, MC. Relationships between androgen and estrogen sulfates in breast cyst fluid. *Clin-chim-Acta.* 1992 Aug. 31; 209 (3): 179-87.
- Levitz, M.; et al. Steroid and cation correlations in human breast cyst fluid: preliminary findings. *Cancer-Detect-Prev.* 1992; 16 (1): 57-9.
- Sánchez, LM.; et al. Cholesterol and apolipoprotein D in gross cystic disease of the breast. *Clin-Chem.* 1992 May; 38 (5): 695-8.
- Mannello, F.; et al. Lipid associated sialic acid levels in human breast cyst fluids. *Breast-Cancer-Res- Treat.* 1993; 24 (2): 167-70.
- Levitz, M.; et al. Estearase activity in human breast cyst fluid: associations with steroid sulfates and cations. *Steroids.* 1992 Oct.; 57 (10): 485-7.
- Miller, WR.; et al. Using biological measurements, can patients with benign breast disease who are at high risk for breast cancer be identified? *Cancer-Detect-Prev.* 1992; 16 (2): 99: 106.
- Bojanini, JF.; Villegas, JC. Enfermedad benigna de la mama. Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez. 1986-1991. (No publicado).
- Sánchez, LM.; et al. Quantification and molecular analysis of cathepsin D in breast cyst fluids. *Eur-J-Cancer.* 1992; 28 (A) (4-5): 828-32.
- Vizozo, F.; et al. Total lactate dehydrogenase and tumor necrosis factor alpha levels in cyst fluid of women with gross cystic breast disease (letter). *Int-J-Biol-Markers.* 1992 Apr-Jun; 7 (2): 123-5.
- Reed, MJ.; et al. Interleukin-1 and interleukin-6 in breast cyst fluid: their role in regulating aromatase activity in breast cancer cells. *J-Endocrinol.* 1992. Mar; 132 (3): R5-8.
- Ballerini, P.; et al. Cationic content in multiple mammary cyst. *Tumori.* 1992 Jun 30; 78 (3): 198-9.
- Athanassiadou, PA; et al. Presence of epidermal growth factor receptor in breast smears of cystic fluids: relationship to electrolyte rations and pH concentration. *Cancer-Detect-Prev.* 1992; 16 (2): 113-8.
- Schon, HJ; et al. Beta-endorphin, steroids, and prolactin. Immunoassay in breast cysts and blood. *Arch-Pathol-Lab-Med.* 1993 Mar; 117 (3): 248-53.
- Vor Herr, H. Fibrocystic breast disease: Pathophysiology, pathomorfology, clinical picture and management. *Am. J. Obstet Gynecol.* 154: 161, 1986.
- Hutter, R. V. P. Consensus meeting - is fibrocystic disease of the breast precancerous? *Arch. Pathol. Lab. Med.* 110: 171, 1986.
- Clínicas de Obstet. y Ginecol. de Norteamérica. "Cáncer de mama y el Ginecólogo" 1989.
- Golinger, R. C. Hormones and the pathophysiology of fibrocystic mastopathy. *Surg. Gynecol Obstet.* 146: 273, 1978.



INSTITUTO DE ALTA TECNOLOGIA MEDICA DE ANTIOQUIA
 Carrera 50 No. 63-95 Teléfonos: 263 17 72 - 254 51 00
 211 30 30 - 211 27 48 Fax 211 17 17 Línea 9800 45100
 Medellín, Colombia