

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA.

ALFREDO ENRIQUE BARILLAS NORIEGA

FIBROADENOMAS DE LA MAMA

ASESOR:

DR. BERNARDO DEL VALLE

REVISOR:

DR. JUAN PAIZ R.

GUATEMALA, AGOSTO DE 1,965.-

INDICE

- A. INTRODUCCION Y OBJETIVOS
- B. MATERIAL Y METODOS
- C. GENERALIDADES
 - 1.- HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA MAMARIA
 - 2.- EDAD
 - 3.- MENARQUIA
 - 4.- ANTECEDENTES
 - 5.- SIGNOS Y SINTOMAS
 - 6.- LOCALIZACION Y NUMERO
 - 7.- TRATAMIENTO
 - 8.- RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS
- D. S U M A R I O
- E. RESULTADOS Y DISCUSION
- F. BIBLIOGRAFIA

FIBROADENOMAS DE LA MAMA

Honorable tribunal examinador, tengo el gusto de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado "FIBROADENOMAS DE LA MAMA" previo a optar el título de médico y cirujano .-

El objeto del presente trabajo es hacer un pequeño estudio en Guatemala, sobre los fibroadenomas benignos de la mama; los hemos llamado benignos aunque consideramos entre estos tumores un derivado del fibroadenoma como es el llamado cistosarcoma phillodes o fibroadenoma gigante el cual puede ser benigno o maligno.-

En vista que en nuestro medio no conocemos ningún estudio al respecto de estas neoformaciones, ya que los estudios efectuados respecto a la mama se han referido a las neoplasias malignas, se ha creído importante hacer un investigación respecto a ellos.-

Quiero a la vez agradecer a los Doctores Bernardo del Valle y Juan Paiz el haber aceptado ser Asesor y Revisor del presente trabajo y juntamente con ellos al Dr. Armando Galvez por su colaboración a él.-

En el presente trabajo se han investigado un total de ---
200 pacientes de los Servicios de Oncología Sección "A" y Clínica -
de Tumores del Hospital General y de las Clínicas Particulares de los
Doctores Bernardo del Valle, Juan Paiz y Armando Gálvez U., como un
análisis preliminar de los tumores benignos de la mama.--

El número de pacientes comprende:

ONCOLOGIA "A" (14)	116
CLINICA DE TUMORES (12)	1
CLINICA DEL DR. DEL VALLE S. (11 y 15)	62
CLINICA DEL DR. PAIZ R. (15)	20
CLINICA DEL DR. GALVEZ U.(15)	1
TOTAL	200

El estudio se ha efectuado en el Hospital General desde -
1957 y en las clínicas particulares desde 1954, hasta el mes de Ju-
nio de 1,965.--

Se ha considerado interesante determinar el número de ca-
sos tratados por año y la relación entre pacientes hospitalarios y
privados y para mayor comodidad en la exposición del trabajo se han
dividido el total de pacientes en 2 grupos; los pacientes de Oncolo-
gía "A" y la Clínica de Tumores se han reunido como Hospital General
y los pacientes de las Clínicas de los Doctores del Valle, Paiz y -
Gálvez como Clínica Particulares.--

PACIENTES QUE FUERON TRATADOS EN LOS DIFERENTES AÑOS

AÑO	1,954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Hospital	-	-	-	7	7	12	12	10	12	26	20	11
Clínicas Particu- lares	6	3	7	4	1	2	9	10	18	10	8	5
TOTAL	6	3	7	11	8	14	21	20	30	36	28	16

Para el presente estudio se estableció una ficha en la cual se investigaron los siguientes datos en cada caso:

- 1.- Procedencia de la Paciente (Clínica)
- 2.- Nombre
- 3.- Edad
- 4.- Historia Clínica
- 5.- Lugar de Nacimiento
- 6.- Edad de la menarquia y ritmo menstrual
- 7.- Antecedentes quirúrgicos en mama
- 8.- Antecedentes de administración de Hormonas
- 9.- Síntomas que presentaba la paciente
- 10.-Tiempo de Evolución
- 11.-Tamaño de la tumefacción
- 12.-Localización por lado y por cuadrante
- 13.- Multiplicidad.-

- 14.-Exámenes complementarios como Radiografías de Tórax, Mamografía,
Papanicolaú Vaginal,.etc.
- 15.-Tipo de Operaciones e incisión que se efectuó
- 16.-Biopsia por congelación y anatomía patológica.-
- 17.-Complicaciones
- 18.-Resultados Operatorios.

Antes de iniciar a describir los hallazgos haré una pequeña descripción de la histología de la mama para mayor claridad en el origen de estos tumores.-

La mama esta constituida por un parénquima de tejido ~~epi-~~telial el cual se halla distribuido en conductos y acinis entre los cuales hay tejido conectivo.- Los acinis y los conductos estan tapizados por el tejido epitelial teniendo una armazón de tejido conectivo .- El epitelio que tapiza los acinis y los conductos no es igual , como no es igual su función.-

Los acinis estan constituidos por una capa simple de epitelio cuboideo o cilíndrico; haciendo a veces debajo de esta capa - una segunda llamada de células mioepiteliales; capa acini está envuelto por una delgada pero bien definida capa o membrana de tejido colágeno o membrana basal la cual es muy bien evidenciada con coloraciones de plata, esta capa se prolonga envolviendo los conductos colectores, los cuales estan tapizados por 2 capas bien definidas - de epitelio cilíndrico.-

Cada agrupación de más o menos 100 acinis constituye un lobulillo; la reunión de multiples de estos constituye un lóbulo de los cuales hay número variado que oscila entre 5 y 20 desembocando separadamente cada uno por un conducto excretor en el pezón .- Además de estos elementos hay en la mama grasa en cantidad variable -- dependiendo de la edad y constitución de la paciente, igualmente hay vasos, nervios y linfáticos.- (16)

Respecto a la fisiología mamaria tenemos que es parte de los órganos reproductivos y esta expuesta a influencias hormonales.-

Los estrógenos estimulan el crecimiento del tejido mamario epitelial, lo cual se ha visto experimentalmente en animales y en seres humanos después de la administración prolongada de estrógenos por afecciones como carcinoma de la próstata, disfunciones -- ováricas, etc. habiéndose reportado el apareamiento de fibroadenomas en pacientes que han estado con prolongada administración de estrógenos .(16).-

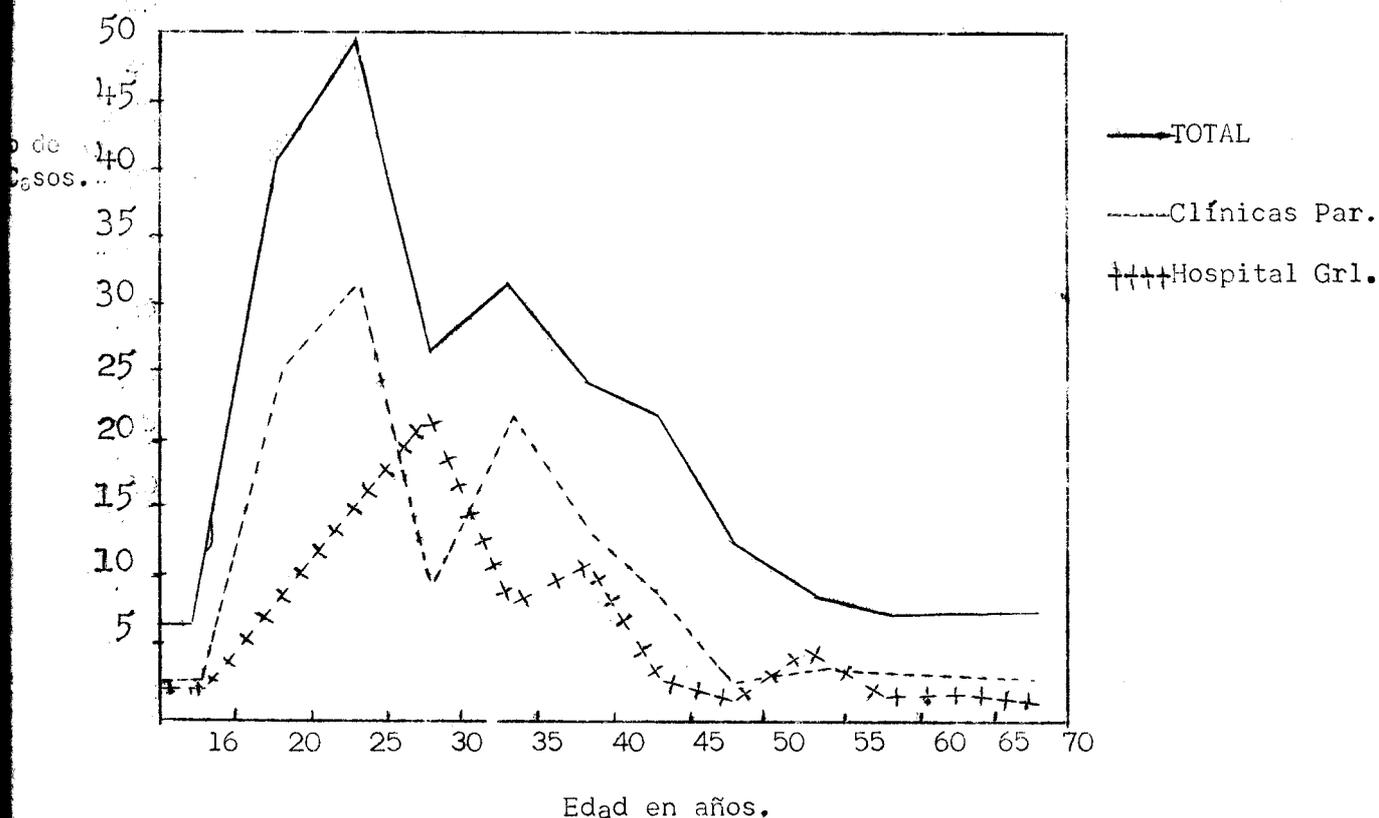
La progesterona también interviene en la fisiología mamaria teniendo su influencia a nivel de los conductos, mientras los estrógenos lo tienen a nivel de los acinis. (21).-

Hay hormonas hipofisarias que también intervienen en la fisiología mamaria y es afirmado por algunos autores que durante el embarazo aumentan de tamaño estos tumores .(1)

Se han definido los fibroadenomas como el crecimiento del epitelio ductal, asociado a variable crecimiento del tejido conectivo del estroma, todo lo cual es probablemente influenciado por un hiperestrinismo o por una sensibilidad localizada a un nivel normal de estrógeno (24 y 23).-

Este tumor mamario es el más frecuente de este órgano en gente joven y es el tercero en frecuencia entre los tumores de la mama en todas las edades.-

En la siguiente gráfica demostramos que este tumor es de gente joven ya que la edad de nuestras pacientes si bien oscila entre 13 a 68 años la mayor parte estaban comprendidas entre las edades de 16 a 25 años, aunque no era despreciable el número de pacientes entre las edades de 25 a 40 años.-



Como se demuestra en la anterior gráfica Únicamente 7 pacientes eran menores de 16 años y 7 mayores de 60 años.-

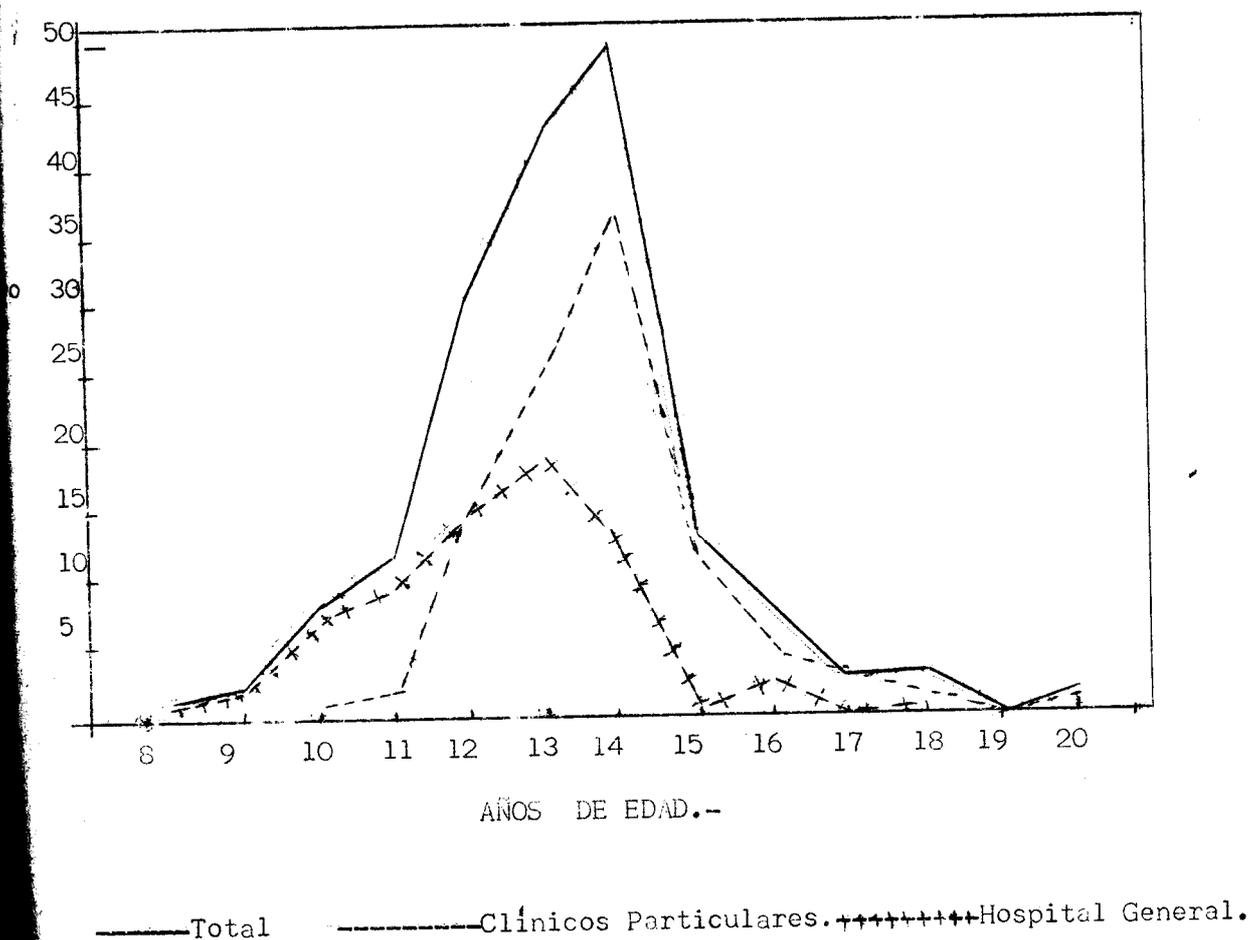
Los anteriores resultados coinciden con autores como Ackerman y De Regato (E.U.), que dan mayor incidencia entre 21 y 25 años .(2), Giacomelli (Italia) da un promedio de 21 años; el promedio de nuestras pacientes es alrededor de 25 años y no coincide con Haagensen (E.U.), quien da un promedio de edad de 33.5 - años .(20 y 16).-

La edad de los pacientes con Cistosarcoma Phillodes oscila desde 14 a 67 años, aunque es de notar que los de las pacientes jóvenes no presentaron características de malignidad.-

Tenemos que Lester y Stout en un estudio de 77 casos de Cistosarcoma Phillodes encontraron edades que oscilaban entre 13 - y 88 años con un promedio de 44 años .(18).-

Habíamos dicho que en este tumor se cree que existe una influencia estrogénica y al investigar la edad de la menarquia de todas nuestras pacientes encontramos que no había ninguna paciente sin menarquia y únicamente 10 casos se encontraron fibroadenomas - después de la menopausia, pero estos casos la mayor parte eran de - Cistosarcoma Phillodes y los pocos de fibroadenomas simples es probable que ya estuvieran allí desde varios años antes pues como -- prueba de ello se encontraron varios que presentaban calcifica-- ciones .-

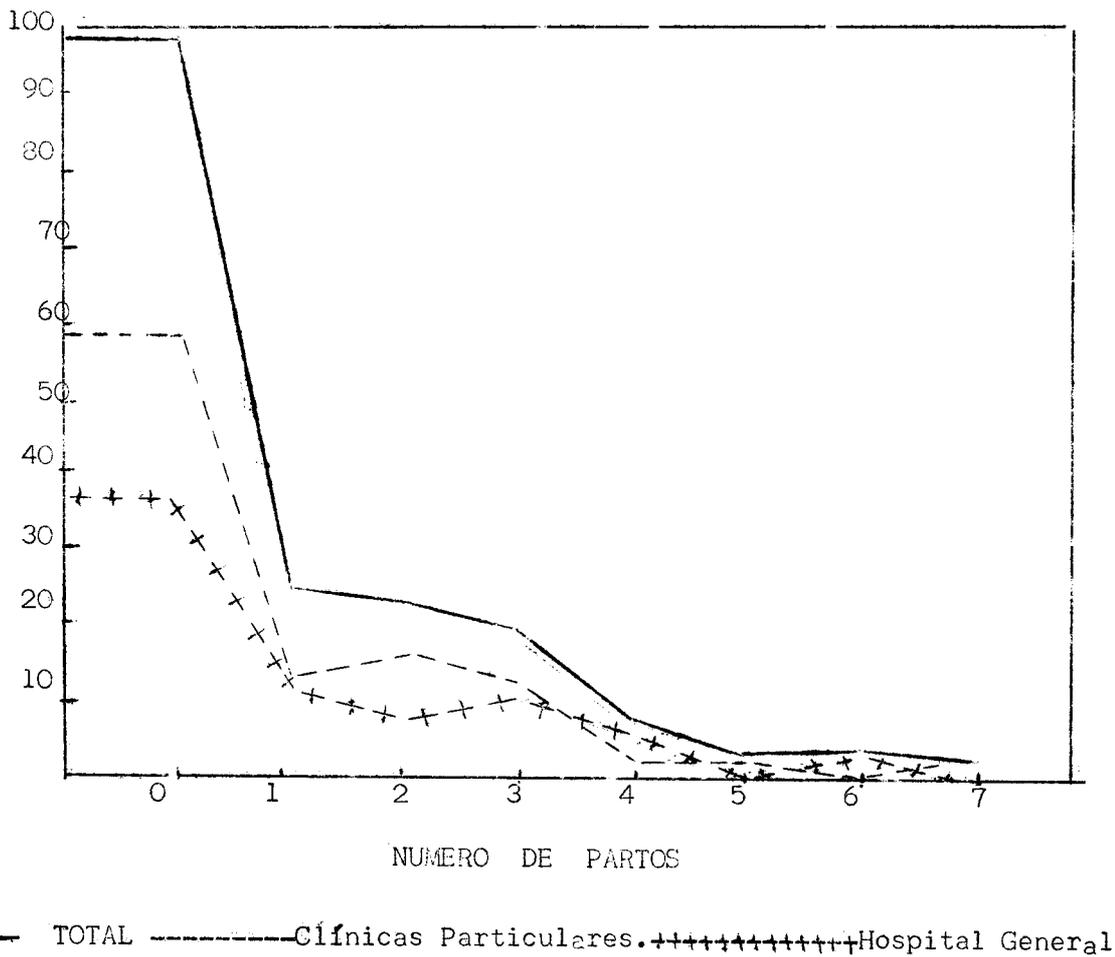
EDAD DE LA MENARQUIA.



Como se demuestra en la anterior gráfica la menarquia fue mas temprana en las pacientes de las clínicas particulares .-

Es de notar el hecho que 1 de los 200 pacientes investigados era del sexo masculino, teniendo 29 años y en el cual no había antecedentes de administración de estrógenos o anomalías hormonales o hepáticas.-

Un hecho significativo fue lo obtenido al investigar la paridad de las pacientes del presente estudio como exponemos a continuación:



La mayor parte de las pacientes eran nulipares y el fibroadenoma fué muy raro en multipares, si bien esto va de acuerdo con el hecho que esta es una afección de gente joven, esta visto que el promedio de nuestras pacientes tuvieron una edad de 25 años, y a esta edad son relativamente raras las mujeres nulipares en nuestro medio.- Esto es afirmado por Boyd quien indica que la afección es mas frecuente en gente joven y nulipares (4).-

Cual sea la causa de este hallazgo se ignora .-

Los anteriores datos se investigaron en 182 pacientes, pues hubo casos en que no fue posible obtenerlo.-

En lo que respecta a los antecedentes quirúrgicos en la mama encontramos estos en un total de 32 pacientes como se expone a continuación:

	SI	NO
HOSPITAL GENERAL	16	100
CLINICAS PARTICULARES	16	68
TOTAL	32	168

Los motivos por los cuales fueron intervenidas fueron :

	FIBROADENOMA	OTRAS AFECCIONES	IGNORADO
HOSPITAL GENERAL	8	1	7
CLINICAS PARTICULARES	6	4	6
TOTAL	14	5	13

Con lo anterior tenemos que de los 200 casos estudiados - había 14 que habían sido intervenidas por fibroadenomas lo cual nos daría un 7% de recidiva, aunque este dato está alterado por haber pacientes que habían sido intervenidas dos o más veces y otras pacientes que en el momento de la operación inicial presentaban otros fibroadenomas pequeños que no fueron extirpados .-

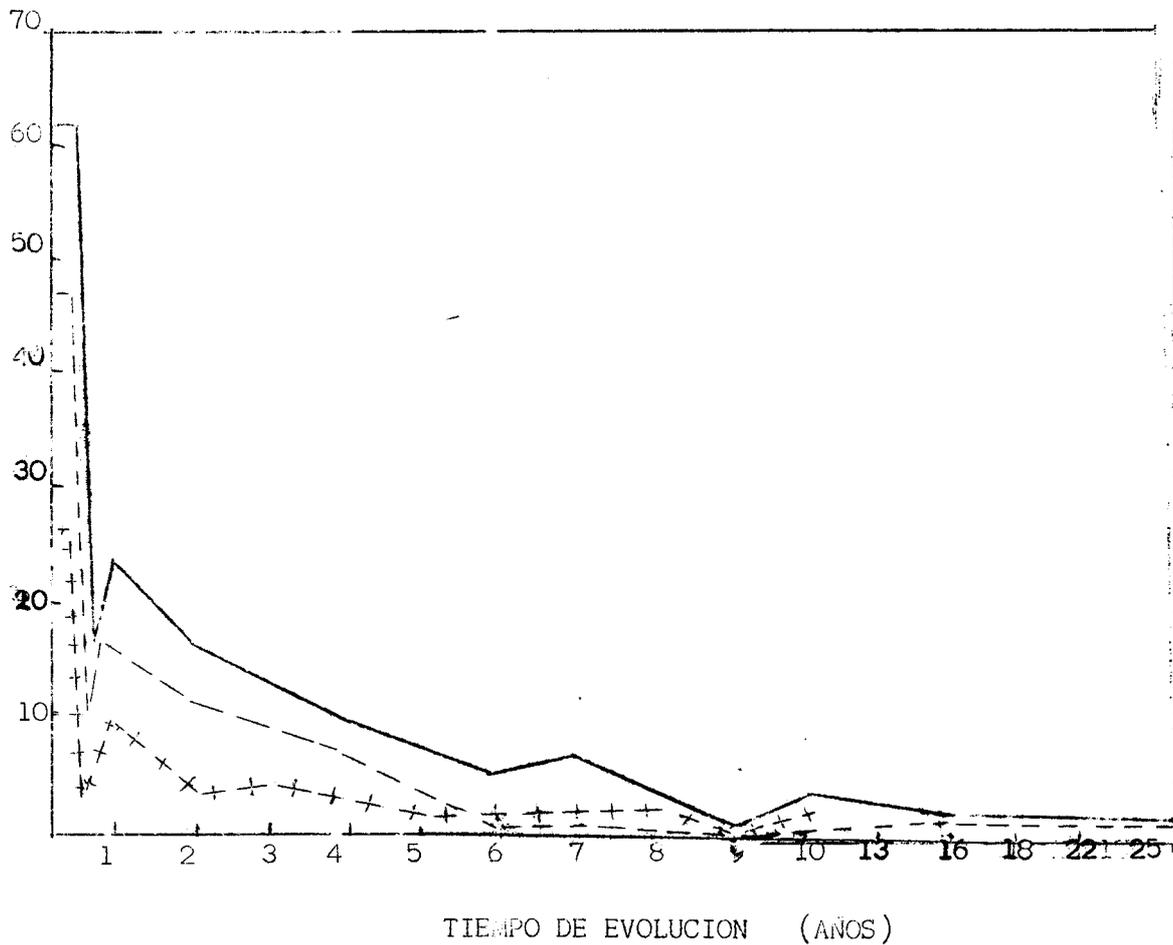
Se encontró también entre los antecedentes que únicamente una paciente había recibido hormonas 4 años antes como tratamiento para la tumefacción mamaria que presentaba: recibió 4 dosis I.M. de testosterona sin ningún resultado como era de esperarse .-

Se trató de investigar al antecedente de lactancia, - pero a causa de encontrarlo en muy pocas papeletas y el hecho que el

50 % de las pacientes eran nulíparas no permitió su investigación

Respecto al tiempo de evolución del tumor antes de ser - intervenidas se presenta la siguiente gráfica en la cual nos podemos dar cuenta que la mayor parte de pacientes consultan al facultativo en los primeros seis meses de presentar la sintomatología o descubrimiento de la tumefacción; este tiempo de evolución tienen un 55% de las pacientes, notándose que es el paciente privado el que primero consulta.-

Tenemos según la gráfica que hubo pacientes con 25 años de tener la tumefacción y otras de más de 20 años en las cuales - se encontraron fibroadenomas en vías de calcificación.-

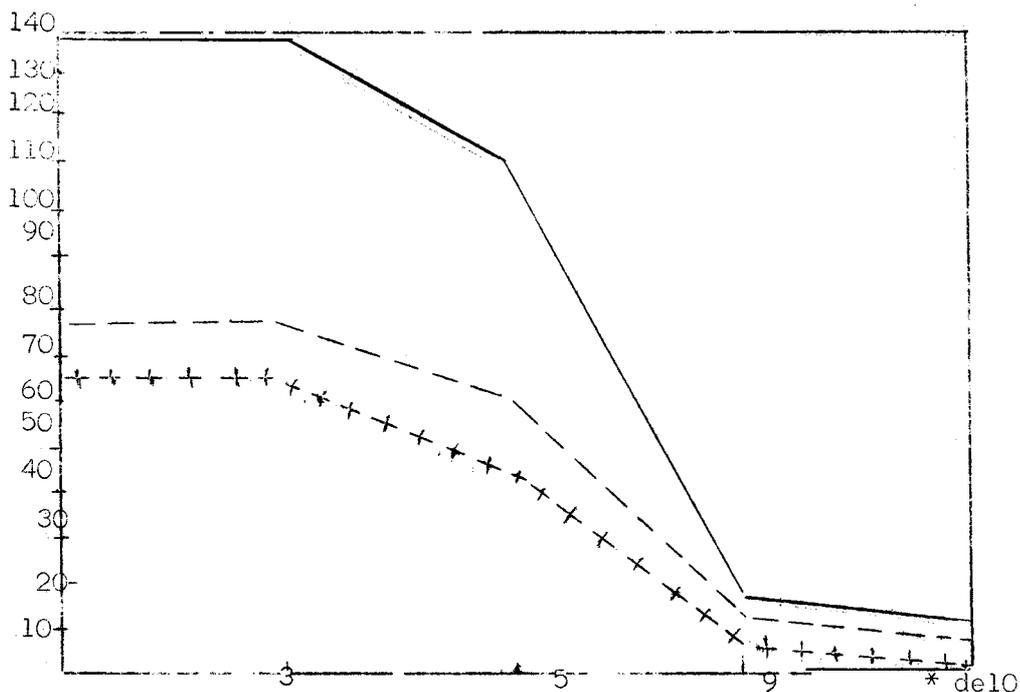


— TOTAL — Clinicas Particulares + + + Hospital General

FRECUENCIAS DE LOS SINTOMAS

	TUMOR	DOLOR	OTROS	ASINTOMATICOS
HOSPITAL GENERAL	112	50	6	0
CLINICAS PARTICULARES.	79	23	0	2
TOTAL	192	73	6	2

El síntoma dominante fue el tumor y fue encontrado en el 96 % de los casos; el dolor se encontró en el 36.5 %.-



TAMAJOS EN CENTIMETROS.-

-----Total-----Clinicas Particulares++++Hospital General

Lo cual nos indica que el 92 % de los fibroadenomas eran menores de 5 centímetros, esto no va necesariamente de acuerdo con el tiempo de evolución y tenemos como ejemplo el caso de una paciente con historia de tumefacción mamaria por 20 años habiéndose encontrado un fibroadenoma de 4 centímetros y otras, principalmente las pacientes con cistosarcoma phillodes que en poca tiempo de evolución presentaban grandes tumoraciones que ocupaban toda la mama.-

En lo que respecta a la localización por mama no hay diferencias respecto al lado, aunque en nuestra serie fue mas frecuente el lado derecho.-

Respecto a la bilateralidad de la lesión encontramos:

	DERECHA	IZQUIERDA BILATERAL	
HOSPITAL GENERAL	67	60	11
CLINICAS PRIVADAS	52	44	12
TOTAL	159	104	23

Aunque no creemos que tenga importancia llamó la atención el número de pacientes particulares que tuvieron bilateralidad.-

En cuanto al total se encontraron fibroadenomas bilaterales en 23 casos lo cual viene a constituir un 11.5 % de bilateralidad .-

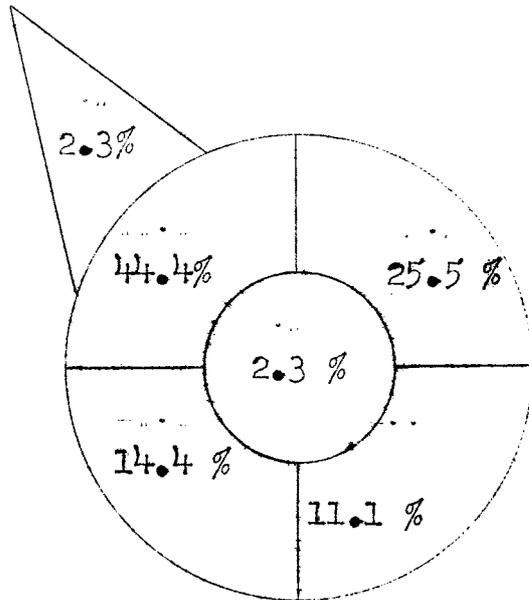
En lo que respecta a la localización por cuadrantes -- tenemos que de acuerdo con otros autores la mayoría de fibroadenomas se encuentran localizados en los cuadrantes superiores y sobre todo el superoexterno.- (2-5-16-23-24)

La distribución fue así:

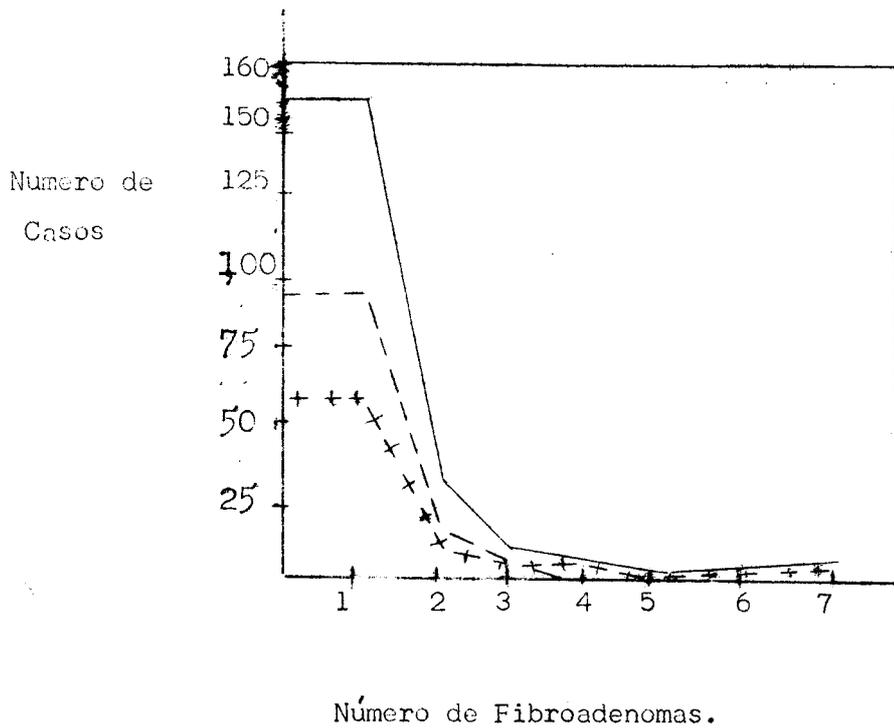
S.E. S.l. l.l. l.E. Central Axilar Ignorado Unión de -
Cuadrantes.

HOSPITAL GENERAL	57	32	9	16	2	1	2	10
CLINICAS PARTICULARES	39	23	15	15	3	4	4	4
	96	55	24	31	5	5	6	14

LOCALIZACION POR CUADRANTES EN UNA MAMA DERECHA



En lo que respecta al número de fibroadenoma encontramos lo siguiente:



— Total — — Clinicas Particulares + + + Hospital General.

En el cuadro anterior se ve que fue único en 155 casos y múltiple en 48, siendo muy escasos los de más de 3 fibroadenomas, es decir que fue único en 77.5 % y múltiple en 22.5% este último es un porcentaje como Crawford e Higginson refieren un 5 %²⁴; Haggensen encontró en 510 pacientes 12.5 % (16) Sumb 13.4 % en 142 pacientes (16),- Olivar y Major 15.7 % en 352 pacientes (16).-

En lo que respecta a los exámenes practicados a estas pacientes fueron los de rutina de sangre, heces y orina; las mayores de 25 años o con sintomatología que lo ameritara se efectuó radiografía de tórax y en las mayores de 40 años se hizo electrocardiograma.-

Mamografía se efectuó en 21 casos y los resultados fueron bastante satisfactorios.-

Algunos de las pacientes tenían papanicolau vaginal y se trató de relacionar los resultados de este con el fibroadenoma pero no se encontró ningún dato interesante como se expone a continuación.

PAPANICLAU VAGINAL	SI	NO	CLASE	1	2
HOSPITAL GENERAL	15	101		14	1
CLINICAS PARTICULARES	10	73		10	-
TOTAL	25	174		24	1

El diagnóstico se hizo en base a la historia de la paciente, los hallazgos del examen físico, ayudo en algunos casos la mamografía y en otros se hizo el diagnóstico o bien durante el acto quirúrgico - macroscópicamente o bien por cortes por congelación, pero todos los casos tienen prueba histológica.-

Algunos aconsejan para hacer diagnóstico de las tumora-
ciones mamarias la biopsia por aspiración, pero los resultados de-
penden de la interpretación patológica y en nuestro medio los pa-
tólogos no aceptan este material para el diagnóstico .- En lugares
como el Memorial Hospital de Nueva York todos los casos se aspiran
y los resultados son muy exactos pero en caso de duda piden la -
biopsia abierta.-

Indiscutiblemente el tratamiento es quirúrgico efectuan-
dose para ello la excisión local de la tumoración como se efec -
tuó en 242 Fibroadenomas de la presente serie: habiendo pacientes
que por razones diversas se les efectuó mastectomía simple y otras
mastectomía radical como se ve a continuación .-

	EXCISION LOCAL	MASTECTOM.	SIMPLE	MASTECTOMIA RADICAL
HOSPITAL GENERAL	121	4		1
CLINICAS PARTICULA- RES	81	4		2
TOTAL	242	8		3

La excisión local la efectuamos y recomendamos en los casos
de fibroadenomas simples y en casos de cistosarcoma phillodes pe-
queños sin características de malignidad.-

Las mastectomías simples fueron efectuadas en pacientes con
grandes cistosarcomas, considerando la edad de la paciente o bien -
fibroadenomas que fueron muy grandes, siendo aconsejable efectuarla
en casos de fibroadenomas multiples en personas de edad avanzada
(7 y 19).-

Las mastectomías radicales se efectuaron en pacientes con cistosarcoma phillodes que presentaron características de malignidad - en los cortes por congelación o bien presentaban adenopatía axilar.-

En los cistosarcomas phillodes hay autores que recomiendan únicamente la excisión local o bien mastectomía simple, en cambio - otros presentan indicaciones para la mastectomía radical.-

Así tenemos a Stewart que es categórico en los casos de cistosarcoma maligno y recomienda que si el tumor tiene elementos epiteliales malignos es necesario efectuar mastectomía radical y si la malignidad esta en las células conjuntivas se hará mastectomía simple; si existe duda recomienda procedimientos radicales, - igualmente se haran estos en tumores no bien encapsulados o que invadan la fascia muscular (8).-

Las mastectomía radicales efectuadas en nuestra serie fueron por cistosarcoma phillodes en que la biopsia por congelación habia indicado malignidad y se habia encontrado ganglios axilares palpables: aunque el cistosarcoma phillodes no da metastasis linfáticas sino por vía sanguínea y por venciada hay autores como Cooper y Treves quienes han reportado sendos casos de metastasis axilares (18 y 24)

Es de hacer notar que en nuestros 3 casos en los ganglios axilares solo se encontró adenitis inflamatoria.-

En una de las pacientes que se efectuó mastectomía simple, por un carcinoma escirroso coincidentemente con ello se encontró fibro adenomas asociados; fue este únicamente el caso en que - coincidieron fibroadenomas con carcinoma.-

Las incisiones usadas son la radiada (17), las periaereolares y recomiendan que al dejar drenaje este sea retirado a las 24 horas; colocando siempre un vendaje compresivo.-

Las incisiones submamarías son recomendadas por Guilliard y Thomas (6).-

En lo que respecta a las efectuadas en nuestros pacientes no discutiremos las efectuadas en mastectomías simples y radicales por sea estas prácticamente clásicas, sino unicamente las efectuadas en las excisiones locales.-

	PERIAEREOLAR	RADIADA EN	T	SUBMAMARIA
HOSPITAL GENERAL	35	72	3	2
CLINICAS PARTI- CULARES.	31	46	6	-
TOTAL	67	118	9	2

Las incisiones radiadas fueron las mas usadas.-

En cuanto a las incisiones en T estas primariamente eran incisiones periaereolares que hubo ampliar transformandolas en T.-

Las incisiones submamarías se efectuaron en casos de tumores múltiples de los cuadrantes inferiores .- (17)

Creemos que las incisiones que deben realizarse por lo practico y sencillo que resultan, unido al buen resultado estético son las incisiones periaereolares y son las que se han tratado de efectuar en la mayor parte de pacientes en los últimos años, siempre que la tumoración este cercana a la areola o sea suficientemente desplazable para ser accesible por esta vía; pues se considera que

Los pacientes con esta afección son jóvenes en su mayoría y las cicatrices son un efecto estético indeseable sobretodo a esta edad .-

Hay casos en que sin una incisión periaereolar hubiera sido necesario efectuar más de una incisión cutánea y como ejemplo de ello tenemos una paciente de 25 años con fibroadenomas múltiples localizados en ambos cuadrantes superiores y en el inferointerno y con una incisión periaereolar en la mitad interna de la areola le fueron excindidos los 3 fibroadenomas.-

En cuanto a los hallazgos macroscópicos durante el acto operatorio encontramos que los fibroadenomas son tumores bien delimitados, encapsulados con consistencia de caucho generalmente, aunque puedan estar calcificados; la superficie de corte es blanco grisáceo, pudiendo tener áreas café rojizas.-

En cuanto a lo encontrado en el cistosarcoma phillodes son tumoraciones grandes con cavidades y masas polipoides; al corte de la tumoración el contenido intraquistico esta apretado y protruye, siendo imposible volverlo a introducir en la cavidad . El tumor ha sido comparado por algunos autores a un repollo porque a veces presenta laminaciones muy manifestadas, pudiendose ir quitando capa por capa.-

Las masas polipoides son visibles a simple vista y a veces asemejan una cresta de gallo.- Pueden haber regiones hemorrágicas.- (24).-

Los anteriores hallazgos son bastante característicos en uno y otro tumor y con ellos puede hacerse en la inmensa mayoría de los casos un diagnóstico macroscópico, aunque siempre la certeza nos la dará el patólogo, siendo siempre recomendable los cortes -- por congelación sobretodo en los casos de cistosarcoma phillodes ya que esto determinará conducta a seguir en la sala de Operaciones .-

Entrando al terreno anatomopatológico encontramos que se consideran varios tipos de fibroadenomas según sus características especiales y es así como los podemos considerar como adenomas puros los cuales son muy raros, encontramos constituidos casi exclusivamente por tejido epitelial sin colágeno, en la serie estudiada solo se encontró uno de este tipo.-

Consideramos además las variedades intra y pericanaliculares cada una con características especiales y encontramos también los fibroadenomas gigantes o cistosarcomas phillodes. (26)

Respecto a las características del pericanalicular tenemos que los conductos están uniformemente distribuidos y el tejido conectivo es abundante pero faltan las invaginaciones que rodean los conductos, los cuales son lineales con epitelio bajo o medio columnar.-

Los intracaniculares son caracterizados por un crecimiento de masas polipoides dentro de los conductos, produciéndose distorsión y elongación de estos, con atrófia del epitelio invaginado (3).-

Usualmente el tejido colágeno sufre hialinización y otros cambios regresivos, eventualmente sufre osificación o calcificación;

estos cambios se observaron en algunos de los pacientes del estudio presente (2 y 20)

Poco común es la transformación maligna del tejido fibroso y menos común la del tejido epitelial que puede sufrir metaplasia o cambios malignos (7 y 24).-

El crecimiento potencial del fibroadenoma intracanalicular es mayor que el pericanalicular.-

A veces suceden cambios mixomatosos en un fibroadenoma que pueden ser un pródrómo al cistosarcoma phillodes; estas áreas mixomatosas pueden degenerar en un sarcoma (26).-

Las características histológicas del cistosarcoma phillodes son no solamente crecimiento de tejido conjuntivo sino sobretodo cambios mixomatosos; cuando el proceso degenra en características malignas se presenta un aumento de fibroblastos y pleomorfismo nuclear ; puede haber anaplásia y las células exhiben atipismo y mitosis anormales con tipos de células gigantes. (3 y 9)

Aunque generalmente el cistosarcoma phillodes tiene gran tamaño pueden ser pequeños y se han reportado de 2.5 cm. algunos de ellos con características malignas .- (18 y 22)

Es curioso el comportamiento de estos tumores pues varios de ellos que se han reportado como malignos se han comportado clínicamente como benigno y otros reportados como benignos se han comportado como malignos, la causa de ello podría ser los pocos cortes histológicos efectuados que no descubrieron la malignidad y en el caso contrario lo adecuado del tratamiento.-

En algunos pacientes se efectuaron estudios por congelación durante la intervención quirúrgica habiéndose obtenido los siguientes datos:

	CONGELACION	SI	NO	DISPARIDAD CON PARAFINA	cortes
HOSPITAL GENERAL		15	101	0	
CLINICAS ARTICULARES		10	73	3	
TOTAL		25	174	3	

Los tres casos en que hubo disparidad fue en casos en que el patólogo informó en la congelación otra entidad patológica, la cual fue posteriormente confirmada en los cortes de parafina pero se encontró también fibroadenomas, aunque estos eran pequeños (13).-

En cuanto a los distintos tipos de fibroadenomas tenemos:

	FIBRO ADENOMA	ADENOMA PURO	PERICANA LICULAR	INTRACAN LICULAR	CISTOSARCOMA PHILLODES	A OTRO EN TIDAD
HOSPITAL GENERAL	44	1	13	55	5	5
CLINICAS ARTICULARES	27	0	14	45	4	12
TOTAL	71	1	27	100	9	17

Se han clasificado únicamente como fibroadenoma aquellos informes anatópatológicos en los cuales no se especificó el tipo de fibroadenoma; como se había dicho anteriormente el adenoma puro es muy raro y solo encontramos 1 caso,-

La relación entre peri e intracanalicular es casi de 1 a 4, lo cual es en favor de la opinión de la mayor parte de autores que indican mayor frecuencia de éste (13).-

En la presente investigación se encontró un total de 9 casos de cistosarcoma filloides lo cual da un porcentaje de 4.5% del total.

de pacientes estudiadas, lo cual da un porcentaje relativamente elevado pues algunos autores dan este porcentaje en 1-2 % así tenemos que Lester y Stout encontraron en 1436 casos un promedio de 2.5% - la causa de este índice elevado puede ser el hecho que el origen de estos pacientes es de lugares dedicados exclusivamente al cáncer y por ello se encuentran mas casos de estos que en los pacientes en general.-

Tenemos que de los pacientes con cistosarcoma phillodes se encontró características de malignidad en 5 casos lo cual hace un porcentaje de mas del 50 % de malignidad, si bien es cierto que fueron reportados como de baja malignidad; excepto un caso al cual se le efectuó mastectomía radical y al siguiente año tuvo recidiva local con cambios condromatosos y encontrandose características de alta malignidad lo cual no se encontró en la primera intervención donde fue informado como de baja malignidad .-

Los lugares de metástasis de los cistosarcomas phillodes son pulmones, huesos regiones subcutáneas, cervix, mucosa bucal, peritoneo. pared costal, axilas (16 y 24) .- En los anteriores casos solo la pared costal se encontró metastatizada.-

Como se demostró en la tabla anterior en 17 pacientes se encontró el fibroadenoma asociado a otra entidad, la cual en la mayoría de los casos fue una mastopatía quística, habiendo un caso en que estaba asociado a un carcinoma, la relación de esto ultimo ha sido discutido por algunos autores pero creemos que fue casual en este caso.-

En vista que la intervención quirúrgica y la enfermedad son relativamente benignas no estamos en capacidad de juzgar los resultados postoperatorios a largo plazo, sino en únicamente pocas semanas o meses que es lo que rutinariamente se sigue a estos pacientes: aunque creemos que no ha habido problema excepto en 5 casos en que hubo crecimiento de nuevo fibroadenoma y el caso ya descrito que tuvo recidiva local.-

En cuanto a las complicaciones postoperatorias en 3 - pacientes se presentaron pequeños hematomas los cuales fueron -- drenados y en una paciente se presentó una cicatriz queloide la - cual fue tratada con radioterapia con resultados satisfactorios.-

S U M A R I O

Como se dijo anteriormente en el presente trabajo se hizo un resumen de la histología y fisiología mamaria, y se analizaron un total de 200 casos, investigando la edad promedio la que se presentó la afección y se hizo una comparación entre los hallazgos en los pacientes privados y hospitalarios.-

Se investigó la edad de la menarquia y la paridad de las pacientes para tratar de establecer una relación hormonal entre la afección y los estrógenos.-

Se analizaron los síntomas y signos presentados por las pacientes lo mismo que el tiempo de evolución que tenían de presentar sintomatología, buscando a la vez el tamaño y localización y multiplicidad de los fibroadenomas.-

Se señalan los exámenes efectuados y recomendados preoperatoriamente a estas pacientes tratando de relacionar los resultados de algunos de ellos con la afección.-

Se analizan los procedimientos quirúrgicos efectuados y las vías de acceso.- Aconsejando el procedimiento y vía de acceso que creemos mejor.-

Luego se hace una descripción de los hallazgos macroscópicos mas sobresalientes para posteriormente citar las complicaciones postoperatorias que hubo y finalmente hacer un análisis de los hallazgos histológicos de los distintos tipos de fibroadenomas, citando los hallazgos encontrados en la serie de pacientes estudiados

RESULTADOS Y DISCUSION

Se han analizado en el presente trabajo un total de 200 - pacientes de diversas procedencias clínicas, tanto de una institución pública como de clinica particulares comparando los resultados obtenidos en unos y otros lugares.-

El estudio se ha efectuado durante aproximadamente durante 10 años en los centros privados y durante 7 en los públicos.-

Las conclusiones a las cuales hemos llegado tienen en algunos aspectos controversia con los datos aportados por otros autores y son las siguientes:

- 1.- Los fibroadenomas son padecimiento de gente joven y el promedio de edad en nuestro medio es alrededor de 25 años.-
- 2.- Aunque se ignore la etiología exacta de la afección es notoria una decidida acción hormonal probablemente estrógena, como lo demuestra el hecho de que ninguna de las pacientes era premenstrual.
- 3.- Aunque la afección puede existir es sumamente rara en el sexo masculino; un caso en nuestra serie (0.5 %).-
- 4.- El fibroadenoma es mas frecuente en nuliparas habiendo sido de esta condición aproximadamente el 50 % de las pacientes.-
- 5.- El sintoma más frecuente fué una tumoración mamaria, a este síntoma siguió en frecuencia el dolor; y el tiempo de evolución fue en la mayor parte de los casos de 6 meses .-

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, Laurent. Surgical Pathology. St. Louis, Mosby 1953. pp.591-615.-
- 2.- -----y Juan Del Regato. Cancer diagnosis, treatment and prognosis . 3d Ed. St. Louis. Mosby 1962 pp. 1060-1132.-
- 3.- Anderson, W.A. Path ology. 3d. St. Louis. Mosby. 1957 pp. 1112-1115.-
- 4.- Boyd, William. A texbook of Pathology and introduction to medicine, 4th Ed. Philadelphia. Lea & Febiger. 1,943 pp. 706-709.-
- 5.- Christopher, Frederick. Tratado de patología quirúrgica , por Loyal Davis. 8va. Ed. México. Ed. Interamericana , 1965 pp. 295-339.-
- 6.- Cole Warren. Operative technic in general surgery, 2d. Ed. N. Y. Appleton Century Crofts. 1949. pp. 200-215.-
- 7.- Cutler, Max and Franz Buschke. Cancer its, diagnosis and treatment. Philadelphia. Saunders. 1939. pp. 452-521. -
- 8.- E.E. U.U. Armed Forces Institute of Pathology. Tumores of the breast by fred Stewart. Washington . 1950 pp. (F 34): - 6 8-74.-
- 9.- Ewin, James. Neoplastic diseases and treatment on tumors. 3d. Ed. Philadelphia. Saunders. 1928. pp. 523-583.-
- 10.- Fiel, John. Cancer, diagnosis and treatment . N.Y. Little Browns. 1959. pp. 70-124.-
- 11.- Guatemala. Centro Médico. (archivo de Registros Médicos, -- 1954-1965).-
- 12.- Guatemala Hospital General. (Archivo de la Clínica de Tumores 1957-1965).-
- 13.- Guatemala. Hospital General . (Archivo del Departamento de Patología, 1957-1965).-
- 14.- Guatemala, Hospital General. (Archivos de Registros Médicos; 1957-1965).-
- 15.- Guatemala. (Archivo de las clínicas particulares de los Doctores Bernarndo del Valle, Juan Paiz y Arman.do Gálvez).-
- 16.- Haagensen, C.D. Diseases of the breast. Philadelphia, Saunders. 1956. pp. 1-47, 224-245.-

- 17.- Higgins, George and Thomas G. Orr, Jr. Orr's operations of General surgery. 3d. Ed. Philadelphia. Saunders. 1958.- pp. 307-325.-
- 18.- Lester, J. and A.P. Stout. Cistosarcoma Phillodes, Cancer. (J. of the Amer. Cancer Soc, (7 (2): 335. March 1,954.-
- 19.- Lewis, Dean. Practice of surgery by Walters Waltman. Maryland W.H. Prior 1943. 3 (6): 1-96.-
- 20.- Mac Callun, George. A textbook of Pathology. 7th Ed. Philadelphia Saunders 1940. pp. 1127-1129.-
- 21.- Novak, Edmund and Georgeanna Seegar. Tratado de Ginecología 6a. Ed. México. Ed. Interamericana . 1962. pp. 53-71.-
- 22.- Oberman, Harol, Cistosarcoma Phillodes. Cancer (J.of the Amer, Cancer Soc,) 18 (6): 6 97-710. June 1965.)
- 23.- Pack, George and Edmund Livingston. Treatment of Cancer and allied diseases. N. Y. Harpers & Brothers. 1940. pp.- 756-764.-
- 24.- -----and Irving Ariel . Treatment of cancer and allied diseases, 2d. Ed. N.Y. Harpers & Brothers. 1960 pp. 3-246.-
- 25.- Raven, Roland, Cancer. London. Butterworth & Co. 1958. pp.224-245.-
- 26.- Robbins, Stanley . Pathology with clinical application . 2d. Ed. Philadelphia. Saunders. 1962. pp943-945.-
- 27.- Thorek, Phillip, Diagnóstico quirúrgico. México. Ed. Interamericana, 1957. pp.91-96.-