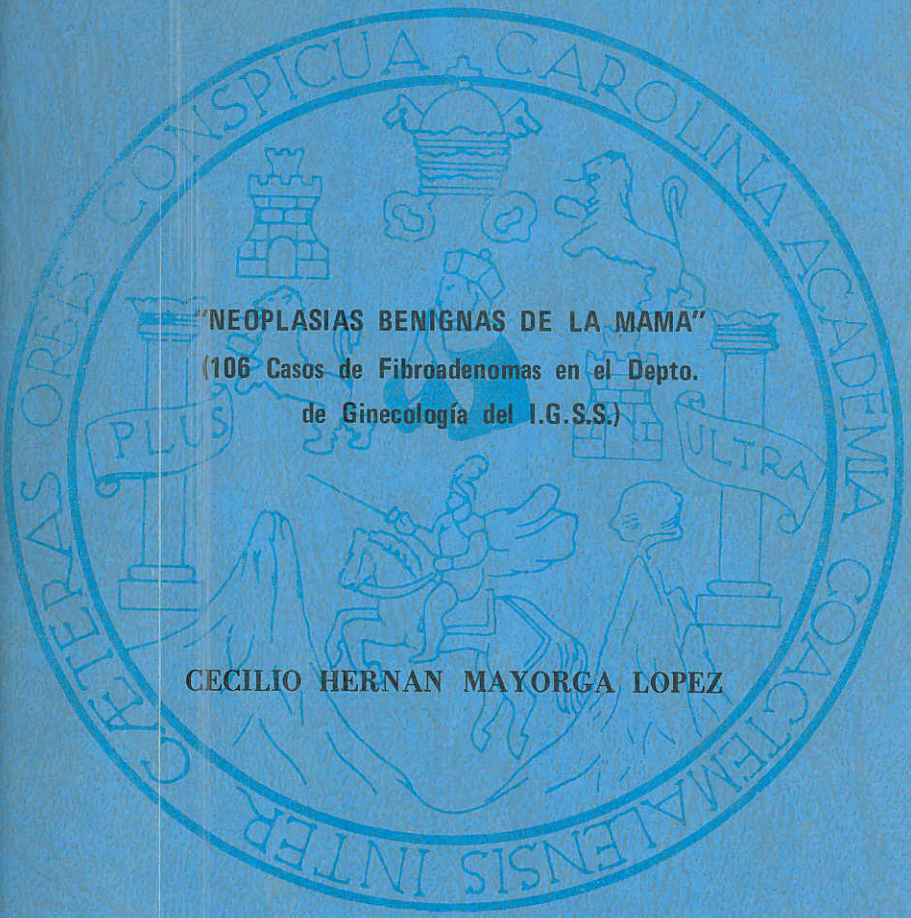
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"NEOPLASIAS BENIGNAS DE LA MAMA"

(106 Casos de Fibroadenomas en el Depto. de Ginecología del I.G.S.S.)

CECILIO HERNAN MAYORGA LOPEZ

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1978

PLAN DE TESIS

I. Introducción

II. Objetivos

III. Material y Métodos

IV. Cuadro Clínico y Exámen Físico
- A) Clínico
- B) Radiológico
- C) Anatomo - patológico

V. Tratamiento

VI. Análisis de Resultados

VII. Conclusiones

VIII. Recomendaciones

IX. Bibliografía

INTRODUCCION

El estudio de las neoplasias benignas de la mama se considera de sumo interés, pués constituye una patología muy frecuente en nuestro medio.

Se tratará en el siguiente trabajo de conocer el cuadro clínico, diagnóstico y conducta a seguir en este tipo de patología que con tan elevada frecuencia hace consultar a mujeres jóvenes, principalmente.

Se enfocará únicamente el estudio de los fibroadenomas por ser los tumores benignos más frecuentes de la mama (76 - 80o/o); las demás neoplasias benignas (quistes, lipomas, etc.), que abarcan un porcentaje inferior al 20o/o no serán contempladas en nuestro estudio.

Por la tendencia actual al descubrimiento precoz del cáncer y ante la imposibilidad de muchos casos de lograr un diagnóstico correcto, desde el punto de vista clínico y aún radiológico, se insiste desde ya en el estudio anatomo-patológico sistemático en cualquier masa de la mama, bien sea una escisión completa y biopsia o escisión de fragmento y biopsia, ya por congelación preferentemente, o por fijación en los casos de duda con el procedimiento anterior.

Se pretende con el siguiente trabajo de investigación despertar el interés tanto en el Médico actual, como en las nuevas generaciones, en conocer más a fondo ésta patología.

OBJETIVOS

1) Conocer el cuadro clínico, diagnóstico y conducta a seguir en los fibroadenomas, tumores benignos más frecuentes de la mama.

2) Insistir y recomendar la biopsia por congelación en todos los casos de escisión de lesiones mamarias, pués sabemos que se ha demostrado que un IIo/o de masas bipsiadas son carcinómas, aunque hayan sido catalogadas como benignas clínicamente.

3) Conocer la morbi-mortalidad del fibroadenoma como tumor benigno más frecuente de la mama, durante los últimos 5 años en el Depto. de Ginecología del I.G.S.S.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo de investigación se revisaron los registros médicos codificados con diagnóstico de fibroadenoma de la mama durante 5 años consecutivos (1973-1977) tratados en el departamento de Ginecología del I.G.S.S.

Se encontrarón 106 registros médicos con diagnóstico de fibroadenoma de la mama.

El análisis se realizó tomando en cuenta la historia clínica, los procedimientos diagnósticos, la confirmación histopatológica, así como el tratamiento de los casos y se sistematizó su estudio retroespectivamente en base a la bibliografía consultada al respecto.

CUADRO CLINICO Y EXAMEN FISICO

Entre las neoformaciones benignas que atacan a la mama de la mujer más frecuentemente encontrada, es el fibroadenoma (5), se trata de una lesión bien circunscrita, que tiende a ocurrir en la mama de mujeres más jóvenes o muchachas (4), ocurre a cualquier edad dentro de la época reproductiva, pero es algo más frecuente antes de los 30 años. (2); a diferencia de las neoplasias malignas que muy raramente se evidencia antes de los 30 años y su frecuencia es proporcional al aumento de la edad, alcanzando el máximo en el climaterio y la menopausia (6).

Como su nombre indica, se trata de una neoformación constituída por tejido fibroso y glandular. Parece que este tumor resulta de aumento de la sensibilidad de un foco de la glándula mamaria a los estrógenos, el hecho de que puedan producirse en los animales de experimentación mediante la administración de estrógenos explicaría cierta relación entre valores excesivos de hormona circulante y fibroadenoma. Por ello, en realidad puede no justificarse el nombre de neoplasia, quizá pudiera incluirse como una variante de displasia mamaria. En apoyo de este concepto displástico, en muchos casos de displasia mamaria se descubren zonas muy semejantes a fibroadenoma.

A veces estas áreas tienen contornos vagos y se confunden con la herperplasia quística, de manera que se ha dado el nombre de fibroadenomatosis a estas lesiones difusas para diferenciarlas de los nódulos discretos más frecuentes, característicos y focales, llamados fibroadenomas (2).

Los fibroadenomas, se caracterizan por ser tumores móviles, lisos, lobulados e independientes del tejido mamario que los rodea, sin ninguna fijación a la piel de revestimiento, sea cual sea el volumen que hayan alcanzado. Estas lesiones suelen ser indoloras, pero pueden causar molestias a la palpación y no

regresan después del ciclo menstrual. El pezón siempre es normal y no hay exudado. En adolescentes se han observado tumores muy voluminosos que pueden confundirse con la hipertrofia mamaria. Se ha observado rápido crecimiento del fibroadenoma al tiempo del embarazo y la lactancia, o inmediatamente antes de la menopausia, cuando la estimulación estrógena es máxima (4), son tumores que suelen ocurrir en el cuadrante superexterno de la glándula, pero en casos raros se observan nódulos múltiples o neoplasias en otra localización. Su tamaño varia hasta formas gigantes de 6 a 10 cms., de diámetro, pero por lo regular se extirpan cuando tienen 2 a 4 cms. En casos raros los fibroadenomas alcanzan proporciones masivas, con diámetros de 10 a 15 cms., los llamados fibroadenomas gigantes. Estos tumores voluminosos también se denominan cistosarcomas phylodes, nombre muy inadecuado para una lesión que suele ser benigna. Puede deformar la mama, producir abultamiento de su contorno e incluso causar necrosis por su compresión de la piel suprayacente.

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, que se encuentran constituídos casi exclusivamente por tejido epitelial sin colágeno, en la serie estudiada no se encontró ningún caso.

Existen además las variedades intra y pericanaliculares, cada uno con características especiales y encontramos también los fibroadenomas gigantes o cistosarcoma phylodes; respecto a las características del fibroadenoma pericanalicular: los conductos están uniformemente distribuídos y el tejido conectivo es abundante pero faltan las invaginaciones que rodean los conductos, los cuales son lineales con epitelio bajo o medio columnar; con respecto a las características del fibroadenoma intracanalicular; son caracterizados por un crecimiento de masas polipoides dentro de los conductos, produciéndose distorción y elongación de estos, con atrofia del epitelio invaginado.

Por su carácter de lesiones benignas los fibroadenomas, son encapsulados y tienden a ser redondos pero a veces son multilobulares y algo irregulares.

Resumiendo los caracteres clínicos del fibroadenoma; suelen presentarse como un nódulo solitario, discreto, libremente movil dentro del parenquima mamario. En casos excepcionales hay varios nódulos en una o en ambas glándulas. No se adhieren a la piel ni a la aponeurosis subyacente. Suele apreciarse borde redondeado y bastante uniforme. A veces es dificil diferenciarlos de un quiste solitario. Durante las fases tardías de cada ciclo menstrual pueden aumentar algo de tamaño, la gestación es estímulo para el crecimiento. Después de la menopausia puede ocurrir regresión que a veces termina en calcificación completa.

Aunque esta lesión posée caractéres clínicos bastante distintivos, exige enucleación quirúrgica para comprobar de manera concluyente su carácter benigno, método diagnóstico que simultaneamente logra curación.

EXAMEN FISICO:

El examen físico de las mamas tiene gran importancia práctica. Por ser órganos accesibles, situados en la superficie del cuerpo, su examen no presente especiales dificultades. Ahora es bastante común que una paciente descubra una anomalía en su mama, más que en años pasados. Será prudente obtener algunos datos de la propia paciente antes de examinar su mama.

A) INTERROGATORIO:

Las estadísticas señalan variaciones étnicas y geográficas en relación con los padecimientos de la mama. Las neoplasias malignas son más frecuentes en Inglaterra y Gales (36.3/100.00) Dinamarca (31.6) y E.E.U.U. (27.7); en la población de color es la mitad que en los países latinos mediterraneos. El Japón parece el país de menos mortalidad (3.3/100.000). Para calcular la

frecuencia de enfermedades en general que afectan a la mama se puede aplicar la proporción que hay en los Servicios de Enfermedades de la mama en todos los países: un 20 a un 25o/o de enfermas del grupo cáncer, quedando de un 75 a un 80o/o de procesos benignos. En este grupo de benignidad están las llamadas enfermedades "precancerosas" que se estima, por la mayoría de los observadores, que tienen un 15o/o de malignidad latente de larga duración.

Tienen importancia: la edad, ya que el práctico debe recordar: "Todo nódulo mamario después de los 40 años es maligno mientras no se demuestre lo contrario"; el número de partos, los datos de lactancia, el estado menopáusico y los antecedentes familiares. Es esencial preguntar acerca de cirugía previa de mama o pelviana, en particular ovariectomía o histerectomía, igual que la información acerca de cambios patológicos observados y de cualquier tratamiento complementario que pueda haberse utilizado. La edad de comienzo de la menstruación y el estado menstrual actual tienen valor ya que muchas lesiones mamarias mostrarán gran alteración durante el ciclo menstrual. Las preguntas específicas acerca de las quejas de la paciente han de descubrir si hay un nódulo o una masa en la mama, y si es dolorosa. La evolución cronológica del trastorno, la presencia de hinchazón o peso en la mama, una historia de traumatismo, el aumento y disminución periódicas de las molestias con los períodos menstruales, si hay un nódulo en la mama, procede registrar su ritmo de crecimiento, si la mama o la axila han aumentado de volumen, y si la piel de revestimiento se ha inflamado o ha cambiado de color. Hay que preguntar si aparece algún exudado por el pezón su carácter, frecuencia y cronología, también acerca de síntomas generales, como pérdida de peso, anorexia, dolores óseos, fiebre, tos y dolor en el tórax. Debe obtenerse una historia precisa de terapéutica, en particular de cualquier terapéutica hormonal. Si se ha empleado medicación anticoncepcional el tiempo durante el cual se ha tomado, el nombre del producto y su dósis, el plan terapéutico y cuando

tuvo lugar el último examen de la mama.

B) INSPECCION:

Para efectuar un examen físico adecuado hay que asegurar intimidad, de manera que la paciente pueda relajarse, la zona que se examina ha de estar bien iluminada para poder identificar cambios en la piel. La paciente desnuda de la cintura para arriba, se encuentra sentada en posición erecta con los brazos a los lados del cuerpo. Se compara la altura de ambas mamas en la pared toráxica y su tamaño relativo así como sus contornos desde el pliegue axilar anterior hasta la línea media. Se completa el examen haciendo que la paciente levante sus brazos o contraiga sus músculos pectorales para elevar el pecho, para esto último basta presionar las palmas de las manos juntas (con los brazos elevados) o teniendo las mismas apoyadas en la cadera, con los brazos "en jarras". Deben observarse las variaciones de simetría, calíbre, forma, color de la piel e imágenes venosas. La asimetría mamaria puede ser una anomalia de desarrollo, lo propio que la amastia (ausencia de una o ambas mamas).

La piel de la mama puede estar enrojecida y caliente (mastitis, cáncer agudo) edematosa (con singular importancia si el edema es periareolar) y con aspecto típico de piel de naranja, pues induce a pensar (excluidas algunas infecciones mamarias agudas en un proceso maligno con bloqueo de las vias linfáticas subepidérmicas) o retraída, ya sea en una zona limitada (como una simple fovea cutánea) o extensa que alcanza casi toda la mama. Estra retracción es más ostensible cuando la enferma levanta los brazos contrae sus músculos pectorales (por fijación anormal del tumor y su cápsula a la facia del músculo pectoral y a la piel).

La inspección debe completarse con el aspecto del pezón y la areola. La retracción del pezón puede ser congénita (unilateral o bilateral) signo precoz de mastitis aguda (sobre todo

en los abscesos del centro de la mama) o secundaria a fibrosis carcinomatosis que tira de los conductos glandulares dando lugar a una desviación del eje del pezon hacia sí. El pezon aplanado o retraído congénito se diferencia del sintomático en que el primero no ofrece resistencia alguna al ser traccionado entre los dedos pulgar e índice mientras que el segundo parece anclado en el fondo (signo de Benzadon).

Las pequeñas lesiones de la areola y el pezon, grietas, úlceras, nódulos, pueden ser los signos iniciales del carcinoma de Paget, de malignidad relativamente baja y escasa tendencia a metastatizar. En forma avanzada muestra un tejido ulceroso, granular crostáceo, de tendencia invasora, que llega a destruir todo el pezon y alcanzar a la areola y el resto de la mama.

C) PALPACION:

La palpación de la mama es particularmente eficaz cuando la paciente está acostada de preferencia con una pequeña almohada o una toalla debajo de los hombros, su brazo elevado mientras se examina la mitad interna de la mama y su brazo a lo largo del cuerpo durante el examen de la mitad externa. Es esencial una palpación cuidadosa con las puntas de los dedos presionando contra la parrilla costal, y un examen sistemático, cuadrante por cuadrante. Deben vigilarse cambios de temperatura, turgencia y espesor de la pie, cualquier tipo de secreción deberá ser controlado por un examen citológico, anotando el eje del conducto del cual proviene. La palpación de la mama busca una masa anormal discreta, separada del estroma mamario. Una masa lisa, móvil, dura y completamente separable del tejido lobulillar vecino, se identifica fácilmente, y con toda probabilidad es benigna.

En presencia de una masa tumural, consideraremos de manera sucesiva: a) *Tamaño:* Se expresa en centímetros, así diremos por ejemplo de 3 cms., si es esférico; de 3 y 5 si los

diámetros son diferentes. b) *Forma:* Los quistes y adenofibromas suelen ser redondos; los cánceres de contorno irregular, y en forma de disco o masa, las fibrosis. c) *Consistencia:* Es un dato de valor relativo. Los tumores malignos son duros; los adenomas, relativamente elásticos, y las mastitis, supuradas, a veces fluctuantes. d) *Número:* Los grandes quistes y tumores malignos suelen ser únicos; estos últimos sienten predilección por el cuadrante superoexterno de la mama izquierda; e) *Sensibilidad:* Los nódulos neoplásicos y quistes son indolores, al revés de lo que ocurre con las mastosis (sobre todo en los días premestruales) y procesos inflamatorios; f) *Movilidad:* Es signo de gran valor diagnóstico. Los tumores malignos están muy solidamente incluídos en el espesor de la glándula; alguien ha dicho que parecen una tienda de campaña con los cables que la fijan al terreno; por el contrario los adenomas y quistes están más libres, más sueltos, en la mama. Una zona de fibrosis mamaria o esclerosis, es también fija con relación al parenquima, pero en .cambio, no está tan bien limitada ni circunscrita como un tumor; g) *Contorno y dintorno del tumor:* Con ello Tijerina quiere señalar dos cosas: por una parte, el contorno mismo de la masa tumural lisa o rugosa, con nódulos o con masas gruesas; y el dintorno, es decir, el grado de fusión con el parenquima glandular, que puede ser muy notorio o definirse mal sus límites. Un procedimiento muy eficaz para comprobar la movilidad del tumor es el siguiente: la enferma fija la fascia pectoral contrayendo los músculos pectorales mayor y menor, el Médico coloca ambos bordes cubitales de las manos limitando el tumor, y moviendolos hacia los lados y de arriba abajo, determina el grado de fijación tumoral a la mama y a la fascia pectoral.

Palpación de los Ganglios Satélites de la mama:

Los tumores o las inflamaciones de la mama pueden seguir tres vías linfáticas de diseminación: 1) La axilar la más común; 2) La supraclavicular que resulta invadida después de la axilar; 3) La mamaria interna, que también es lesionada después del

bloqueo de la axilar; en los tumores de localización medial de la mama puede estarlo precozmente. De las tres áreas de los ganglios linfáticos sólo la axilar y supraclavicular resultan accesibles a la palpación. No podemos, clínicamente señalar el estado de los ganglios de la mamaria interna. La presencia de adenopatías axilares ha sido señalada en procesos inflamatorios (Tuberculosis) o tumorales benignos (fibroadenomas; mastosis) o malignos de la mama. El pronóstico de un tumor de mama con ganglios axilares invadidos por la neoplasia con nidos celulares es un 50o/o peor que cuando no hay invasión. Pero no significa una contraindicación operatoria (3)

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO CLINICO:

Se llega a éste basándose en el cuadro clínico y en los hallazgos del examen físico, referidos ya con anterioridad por lo que no se insistirá en el mismo; únicamente nos limitaremos a conocer los métodos complementarios imprescindibles para el diagnóstico correcto de los procesos patológicos que afectan la mama, siendo estos: la transiluminación, la mamografía, la mediastinoscopía, la linfografía, punción y biopsia.

1. **Transiluminación:** Se dirige un haz de luz concentrado a través de la mama, en una habitación oscura. Este procedimiento puede revelar si una masa es sólida o quistica, llena de liquido translucido.

Ayuda también a localizar un conducto terminal dilatado en la paciente con secreción de la mamila (3).

En los casos de carcinoma, papiloma intraductal y fibroadenoma hay opacidad (6).

2. **Mamografía:** Este procedimiento es útil para examinar la mama normal en el diagnóstico diferencial de los procesos benignos y en la demostración de carcinomas. Se obtienen dos imagenes radiográficas (cromocaudal y mediolateral) de cada mama y una de cada axila.

La tumoración benigna de la mama suele ser homogenea de bordes suaves y levemente festoneada; desplaza al tejido mamario, puede contener gruesas calcificaciones y no origina cambios secundarios. En general, las calcificaciones son más gruesas, aisladas y escasas.

El tumor maligno desplaza y comprime las estructuras de

la mama e infiltra en mayor grado el tejido circundante provocando la destrucción travecular.

Los fibroadenomas, son visualizados en la mamografía por presentar ligera opacidad y en oportunidades, calcificaciones diseminadas que pueden confundirse con cáncer mamario; el diagnóstico diferencial se hará por estar el fibroadenoma encapsulado, además es redondo y de orillas bien diferenciada.

3. **Mediastinoscopía:** Kolarov (1969) la aconseja para investigar la presencia de ganglios paratraqueales, los cuales contraindican la intervención y justifican un tratamiento radioterápico combinado con hormonas y quimioterápicos. En 10 casos encontró metástasis paratraqueales en tres de ellos.

4. **Linfografía:** La inyección en la parte inferior del esternón visualiza la cadena ganglionar de la mamaria interna (Brehant -Penet) y en la propia mama o en la mano los ganglios de la axila (Kendall).

5. **Punción:** La punción aspiradora del contenido líquido de las lesiones mamarias es un método de diagnóstico sumamente sencillo y muy práctico. Puesto en boga en el diagnóstico de las lesiones sobre todo las de tipo quiste (10) cómo lo demuestran reportes de Vander Berg (1946), Patey y Murick 1963) Johnston en 1958 quienes recomendaban en todo quiste o masa hacer una punción con aspiración del contenido, realizando examen citológico del mismo previa fijación con alcohol - éter y coloreado con azul de metileno, Giemsa o papanicolau seguido de una cuidadosa observación para evaluar la evolución posterior. Este procedimiento nos permite hacer el diagnóstico diferencial entre quiste y fibroadenoma, en el mismo momento del procedimiento, dada la consistencia, pues el quiste dá la impresión de puncionar algo hueco, mientras que el fibroadenoma es de consistencia sólida en toda su extensión. Asimismo cuando se encuentra ante una masa sólida que fué confundida con quiste o

puncionada, permite hacer una pequeña biopsia similar a la biopsia del hígado.

6. Biopsia; Uno de los principales objetivos de este trabajo es precisamente insistir y recomendar la biopsia por congelación en todos los casos de escisión de lesiones mamarias pues sabemos que se ha demostrado que un 11o/o de masas biopsiadas son carcinomas aunque hayan sido catalogadas como benignas clinicamente.

La biopsia tiene un valor definitivo. El aforismo "Toda masa mamaria individualizada debe ser sometida a biopsia"; se ha convertido casi en ley común en la práctica médica. Puede ser preoperatoria (con examen histológico inmediato y subsiguiente mastectomía) o por punción aspirativa, con la remota posibilidad de diseminación neoplásica. Un resultado positivo (dado por un buen patólogo) tiene valor definitivo, mientras que un resultado negativo no descarta la naturaleza maligna de la lesión.

En nuestro estudio al 100o/o de los pacientes estudiados les fué efectuada la biopsia por congelación, reportados como fibroadenomas intracanaliculares No. 100 y como fibroadenomas pericanaliculares No. 6.

Como clasicamente se sabe la forma intracanalicular es la más frecuente y como la hiperplasia complica con frecuencia al tejido conjuntivo especializado lobulillar, el tumor es más un fibroma que un adenoma.

Es generalmente bien encapsulado, de consistencia blanda y aspecto húmero, la superficie al corte muestra pequeñas fajas paralelas como las hojas de un libro y a veces se aprecian masas incluídas en pequeños espacios. La encapsulación puede ser parcial o fusionarse al tejido circundante por uno de los polos.

El aspecto microscópico muestra gran proliferación de tejido conjuntivo laxo que invagina la pared de los conductos proyectándose al lúmen para formar masas polipoides. Hay gran distensión, dilatación y alargamiento de los conductos. El tejido circunvencino muestra a menudo hiperplasia y la encapsulación es parcial.

El pericanalicular es más denso y generalmente más pequeño, se encapsula mejor, hay proliferación fibrosa y glandular, el tejido fibroso rodea a los conductos sin invaginarlos, de ahí su nombre. La diferenciación de los dos tipos es fácil, aunque a menudo innecesaria.

TRATAMIENTO

Las fibroadenomas se tratan de preferencia por biopsia de extirpación, ya que siguen creciendo y es necesario tener la seguridad del diagnóstico; consiste básicamente en la enucleación del tumor por procedimientos quirúrgicos de preferencia siguiendo las líneas de Langer (12).

Sean los fibroadenomas duros o blandos y hecho ya un diagnóstico clínico generalmente, se recomienda de ser posible el estudio mamográfico aunque se sabe desde ya que en todos los casos es preferible la evidencia anatomopatológica la cual se consigue mediante la escisión completa del nódulo o en algunos casos fragmentada del tumor y en los menos frecuentes por mastectomía simple.

Señala Bayley que el fibroadenoma duro generalmente está próximo a la areola no así el blando de mujeres de más edad (30 años en adelante) que por su profundidad es deseable escindirlo mediante incisión submamaria de (Beidenheuer), lo mismo podrá decirse para los fibroadenomas gigantes (Cistosarcoma Phyllodes) que el acceso y escisión se facilitan por la vía mencionada (9).

Aún con diagnóstico clínico muy evidente se da muchas veces el caso de que el diagnóstico se haga en sala de operaciones con el estudio por congelación. En caso que este no sea concluyente de neoplasia benigna podrá esperarse el informe de un estudio por fijación, en 24 horas después de la escisión, tiempo que es aún permisible para una intervención radical en caso de otra patología.

Existen además otras ideas acerca del abordaje de las tumoraciones de la mama (12) (Técnica de Grewe) basada en que no sólo el factor estético priva, sino además la posibilidad de prolongar la incisión para una operación más amplia, hasta llegar

a la amputación de la mama; es así como se recomiendan incisiones radial y longitudinales.

Se mencionana las incisiones periareolares y submamarias, con los mejores resultados estéticos (5).

La incisión semicircular rodeando la areola puede ampliarse por medio de una incisión radial obteniendo así en conjunto una incisión en forma de T. Se recomienda fijar el nódulo mediante presión digital externa y mantenerlo por debajo de la incisión hasta su completa enucleación. Al practicarse disección extensa o quedar muchos espacios muertos se recomienda dejar drenajes. En caso contrario basta con una hemostasis cuidadosa y sutura por planos, seguida de colocación de apósitos secos. (13).

ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis de los 106 casos estudiados con registros de pacientes del departamento de ginecología del I.G.S.S., nos da los siguientes resultados:

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON FIBROADENOMAS

	No. de casos	Porcentaje
Ciudad Capital	71	66.981
San Marcos	4	3.773
Escuintla	4	3.773
Retalhuleu	3	2.833
Progreso	2	1.886
Zacapa	2	1.886
Sanarate	2	1.886
Puerto Barrios	2	1.886
Jutiapa	2	1.886
San Juan Sacatepéquez	2	1.886
Quetzaltenango	2	1.886
Santa Rosa	2	1.886
Huehuetenango	1	0.943
Baja Verapaz	1	0.943
Villa Canales	1	0.943
Villa Nueva	1	0.943
Cobán	1	0.943
San José Pinula	1	0.943
Chimaltenango	1	0.943
Mazatenango	1	0.943
Total	106	

FUENTE: Archivos del Hosp. Ginecología del IGSS.

EDADES DE LAS PACIENTES

15 - 25 años	79	74.528
26 - 35	23	21.698
36 - 45	3	2.830
48 - y más	1	0.943
Total	106	100o/o

CASOS SEGUN ESTADO CIVIL

Estado Civil	No. de Casos	Porcentaje
Solteras	68	64.15
Casadas	38	35.84
Total	106	100o/o

CASOS SEGUN LA EDAD DE MENARQUIA

Edad	No. de Casos	Porcentaje
De 11 a 15 años	88	83.01
de 16 años en adelante	18	16.98
Total	106	100o/o

CASOS EN RELACION A PARIDAD

No. de Gestas	Nos de Casos	Porcentaje
Con Gestas	35	33.01
Sin Gestas	71	66.98
Total	106	100o/o

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS CASOS, SEGUN MOTIVO DE CONSULTA

Tiempo de Evolución	No. de Casos	Porcentaje
4 semanas	26	24.52
3 meses	15	14.17
4 meses	3	2.83
5 meses	2	1.88
6 meses	18	16.98
12 meses	39	36.79
24 meses	3	2.83
Total	106	100o/o

LOCALIZACION

Localización	No. de Casos	Porcentaje
Cuadrante súpero externo	77	72.64
Cuadrante súpero interno	22	20.75
Cuadrante Infero externo	4	3.77
Cuadrante Infero interno	3	2.83
Total	106	100o/o

MAMA MAS AFECTADA

	No. de Casos	Porcentaje
Izquierda	56	52.83
Derecha	50	47.16
Total	106	100o/o

TRATAMIENTO:

Tratamiento	No. de Casos	Porcentaje
Escisión Completa	103	97.16
Mastectomía Simple	4	2.83
Total	106	

EVOLUCION POST-OPERATORIA:

Evolución	Nos de Casos	Porcentaje
Satisfactoria	98	92.45
Recidiva	2	1.88
Hematoma de la herida	6	5.66
Total	106	

ANALISIS

En cuanto a procedencia de todas las pacientes estudiadas, la mayoría era de la capital (71 casos).

Respecto a grupos de edades; nos sitúa en iguales condiciones a estudios extranjeros (14), como podemos observar, la mayor frecuencia se encuentra en mujeres por debajo de los 25 años de edad.

Se consideró importante recopilar el dato sobre estado civil (marital) de las pacientes encontrándose mayor frecuencia en pacientes solteras.

En cuanto a menarquia de todas las pacientes la edad promedio fué de 13 años; encontrándose alteraciones menstruales únicamente en 26 pacientes (24.52o/o) así: 16 casos irregularidad, oligomenorrea y polimenorrea. Dismenorrea en 9 casos y 1 caso de embarazo.

En relación a paridad se puede observar sucede lo opuesto a la frecuencia de tumores malignos y embarazos que están en sentido inversamente proporcional.

El tiempo de evolución promedio fué de 12 meses; clasicamente (14) se describe como tiempo promedio de evolución 10 meses.

En cuanto a localización encontramos mayor frecuencia en cuadrante súpero externo, como lo señala la bibliografía; la mama más afectada fue la izquierda; generalmente los fibroadenomas son unilaterales; en nuestro estudio encontramos 98 pacientes (92.4o/o) de este tipo y únicamente 4 bilaterales (3.77o/o).

El tamaño de nódulo varió de 0.5 a 4 cms., de diámetro, encontrándose mayor frecuencia de 1 - 3 cms., el mayor número

de los casos fue móvil 100 casos (94.33o/o) y fijos 6 casos (5.66o/o); ninguna de las pacientes presentó secreción por el pezón.

Tratamiento: Escisión completa en 103 casos (97.16o/o) y mastectomía simple en 3 casos (2.83o/o); el estudio anatomopatológico se efectuó en el 100o/o de los casos.

La evolución post-operatoria fué satisfactoria en 98 casos (92.45o/o) existieron 2 casos de recidiva y 6 casos de hematoma de la herida (5.66o/o).

No hubo mortalidad y la morbilidad se resumió a 8 casos ya mencionados en el último cuadro.

CONCLUSIONES

1) Los fibroadenomas son padecimientos de gente joven y el promedio de edad en nuestro medio es alrededor de 25 años.

2) Aunque se ignora la etiología exacta de los fibroadenomas, es notoria una decidida acción hormonal probablemente estrógena, como lo demuestra el hecho de que ninguna de las pacientes era premenárquica.

3) El fibroadenoma es más frecuente en nulíparas habiendo sido de ésta condición el 66.98o/o de las pacientes.

4) El síntoma más frecuente fué una tumefacción mamaria autopalpable por la paciente; a este síntoma siguió en frecuencia el dolor, y el tiempo de evolución fué en la mayor parte de los casos de 12 meses.

5) El diagnóstico de más certeza es el anatomopatológico aunque el clínico y el radiológico son de gran ayuda.

6) Deberá planearse siempre escisión quirúrgica con biopsia por congelación aún en tumores calificados como benignos.

RECOMENDACIONES

1) Es necesario difundir en la población más susceptible la idea de el auto examen, y educarla para que lo efectúe de manera más adecuada.

2) Se considera de suma importancia la creación de clínicas para detectar el diagnóstico temprano de cualquier tumoración de la mama, para lo cual es conveniente establecer como norma el que el médico examine la mama a toda paciente por cualquier motivo de consulta.

3) Consideramos de importancia efectuar escisión y biopsia por congelación en toda masa mamaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, Norman B.
   Cáncer and Surgery. The American Journal of surgery. 118:3 - 4, July 1969.

2. Davis Christopher
   Tratado de Patología Quirúrgica
   10a. Edición. Editorial Interamericana 1974.

3. J. Surós.
   Semiología Médica y Técnica Exploratoria
   Salvat Editores, S.A. 5a. Edición; reimpresión revisada 1973.

4. Stanley E. Robbins
   Tratado de Patología. 3a. Edición Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1968.

5. Barillas Noriega, Alfredo Enrique.
   Fibroadenomas de la Mama. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Agosto 1965. 31 p.

6. Farrow, Joseph y Ashikari Hiroshuki.
   Lesiones Mamarias en muchachas jóvenes. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Abril 1969. pp. 261-269.

7. Febres, Villasmil, Romulo.
   Tumores Benignos de la Mama. Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Caracas 22(5): 1031-1043, Marzo 1967.

8. Madden, John L.
   Atlas de Técnicas en cirugía. 2a. Ed. México. Ed. Interamericana. 1967. 1057 p.

9. Urban, Jerome.
Biopsia de la Mama normal en el tratamiento del cáncer mamario. Clínicas Quirúrgicas de Norteamerica. Abril 1969. pp. 261-301.

10. Tong K.
The Treatment of solitary cystis in the breast. The British Journal of Surgery 56: (12): 885-890, Dec. 1969.

11. Hamilton, Bayley.
Semiología Quirúrgica. Barcelona. Ediciones Toray 1963, pp. 271-296.

12. Grewe, H.E. y Kremier Karl.
Atlas de técnica quirúrgica. Barcelona, Salvat Editores, 1964, 356 p.

13. Guilera, Luis G.
Enfermedades de la Mama. Barcelona, Salvat Editores, 1955, 582 p.

14. Haines, C.R.
et al. Clinical evaluation of strogen - Androgen combination in advanced breast cancer. Américan Jornal of surgey. 117: 701-704, May 1969.

Br. CECILIO H. MAYORGA LOPEZ

Asesor
Dr. JORGE MORALES G.

Revisor
Dr. CARLOS WALDHEIM

Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEON M.

Secretario General
Dr. RAUL A. CASTILLO

Vo.Bo.

Decano
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO