

# PATOLOGIA BENIGNA DE MAMA

SOLCA 1990

Autores: **DR. JAME SANCHEZ S.\***, **DR. JAIME PLAZA C.\***, **DR. NERY RIVADENEIRA\*\***, **DR. CARLOS MARENGO B.\*\*\***

## INCIDENCIA DE PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA - SOLCA AÑOS 1984 - 1989

La glándula mamaria es un órgano intraepitelial de secreción externa que alcanza su máximo desarrollo en la mujer adulta debido a la acción de las hormonas gonadales cuyo efecto preponderante comienza con el despertar es decir con el desarrollo en donde producen un aumento del tamaño de la misma y la proliferación de los conductillos y acinos que en épocas del embarazo producen la secreción láctea. Todos estos acontecimientos hacen establecer que la mama es un órgano blanco en donde actúan las hormonas produciendo cambios tanto desde el punto de vista fisiológico como anatómicos y cuya finalidad es la producción láctea durante la época de lactancia. (1,2,3).

\* Cirujanos Oncólogos

\*\* Médico-Cirujano

\*\*\* Jefe de Cirugía

SOLCA

Son los estrógenos y la progesterona las hormonas responsables del equilibrio a nivel de la glándula mamaria. Los primeros favorecen el crecimiento del estroma y de los tejidos mamaros y los segundos la proliferación de los conductillos y la preparación de los mismos para que después por acción de la prolactina se produzca la secreción láctea. (1,2,3).

El propósito de este trabajo es el de establecer las principales enfermedades benignas de la mama que se detectan en el Hospital Oncológico de Solca, la forma de presentación, las características clínicas y el tratamiento realizado.

## MATERIAL Y METODOS

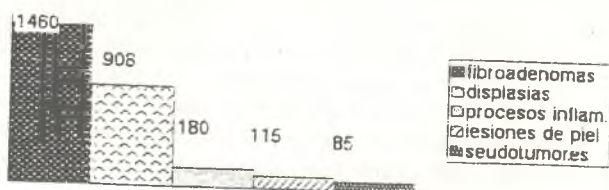
En el presente trabajo han sido revisadas las Historias Clínicas de 2748 pacientes que se encuentran archivadas en el Departamento de Estadística de Solca y codificadas con los números 611-670-786 los mismos que corresponden a la Clasificación Tumoral de la MS en 1970. (4)

Para poder realizar una mejor revisión y por ende una mejor comprensión de los datos hemos procedido a clasificar o a agrupar las patologías mamaras benignas en 5 grupos nosológicos de acuerdo a la clasificación de la OMS en 1966 que unifica las Patología Mamaras Benignas de acuerdo al sitio de origen en relación a la glándula mamaria y que son los procesos proliferativos como los fibroadenomas, las Displasias, los procesos inflamatorios, los procesos seudotumorales y las lesiones de la piel. Véase cuadro No. 1.

En el grupo de los fibroadenomas se encuentran las tumoraciones que se originan en el tejido fibroconjuntivo e incluyen a los fibroadenomas intra y extra canaliculares, los mixtos así como también a los fibrolipomas y los sarcomas filodes. Véase cuadro No. 3a. En el grupo de las displasias tenemos a las lesiones proliferativas de la mama con cambios y que incluyen a la mastopatía fibroquística, la adenosis y la fibrosis interticial. Cuadro No. 6.

En los procesos seudotumorales tenemos a la Ectasia Ductal, y al quiste galactóforo; y en los procesos inflamatorios está el absceso mamaro y las mastitis crónicas específicas y las inespecíficas. Cuadros 7a y 7b. Por último se han considerado las lesiones de la piel que por tener

coincidentalmente su asiento en la mama están catalogadas como procesos tumorales de la mama. Cuadro No. 8.



CUADRO #1  
TIPO DE TUMORES

Se han tomado los datos desde el punto de vista estadístico teniendo en cuenta ciertos factores como son la edad, el motivo de consulta, el diagnóstico clínico, la confirmación histológica y el tratamiento recibido. Es de anotar que en el presente estudio han sido descartados aquellos padecimientos como son las mastalgias, mastodineas y otros trastornos relacionados con aumento de tamaño de las mamas o Macromastía, sean uni o bilaterales, así como tampoco han sido incluidas las hiperplasias virginales que frecuentemente acuden a la consulta.

La tabulación de los datos se ha realizado con un programa de computación siguiendo esquemas de barras, pasteles y líneas. Los datos que se han tomado a consideración van relacionados a los grupos etarios que se los ha dividido en 5 grupos que van de menores de 20 hasta mayores de 50, cada grupo representa 10 años. Cuadro No. 2.

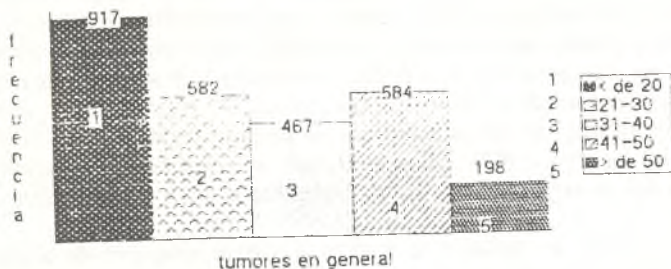
En lo referente al motivo de consulta se han agrupado todos los signos y síntomas principales en un solo cuadro en el que están el dolor, tumor o bulto, secreción por el pezón o telorrea, inflamación o retracción de la piel, y asintomáticas las que constituyen a aquellas pacientes que no tenían síntomas en la mama pero que acuden al servicio para despistaje de neoplasia. Es de destacar que el número total de signos y síntomas sobrepasa al número total de pacientes puesto que muchas pacientes presentaban uno o más síntomas. Cuadro No. 4.

En el transcurso de la discusión iremos estableciendo algunas de las características de las patologías y la forma cómo son manejadas en el Hospital de Solca.

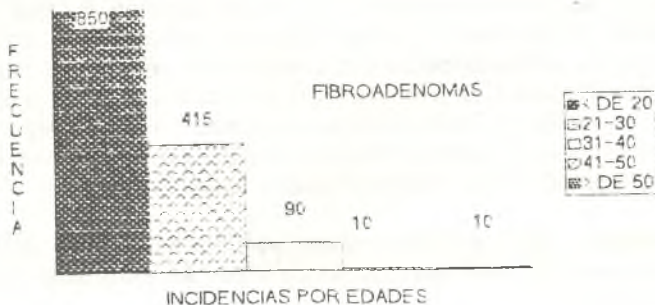
**RÉSULTADOS**

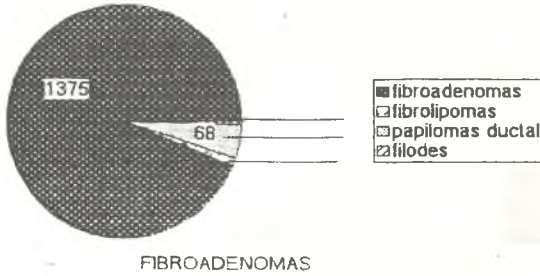
De acuerdo al estudio estadístico podemos determinar en el cuadro No. 2 que en los años en que se realizó el estudio estadístico se han tratado en el Instituto de SOLCA 2748 patologías benignas de mama, teniendo una incidencia mayor en mujeres jóvenes es decir en aquellas menores de 30 años las que constituyen casi el 50% de los casos. Así mismo podemos establecer que es el fibroadenoma la tumoración de mayor consulta y que ocurre con mayor frecuencia en mujeres menores de 20 años. Cuadro No. 3.

CUADRO #2

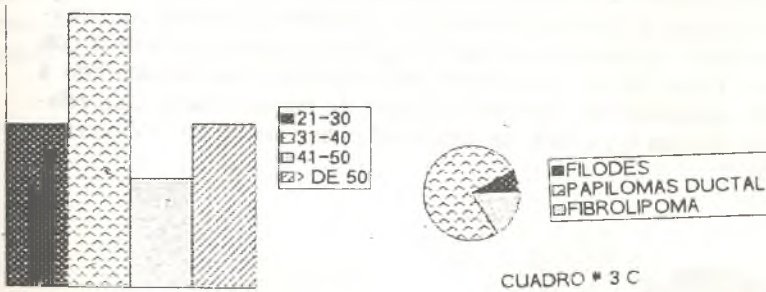


CUADRO #3





CUADRO # 3 A

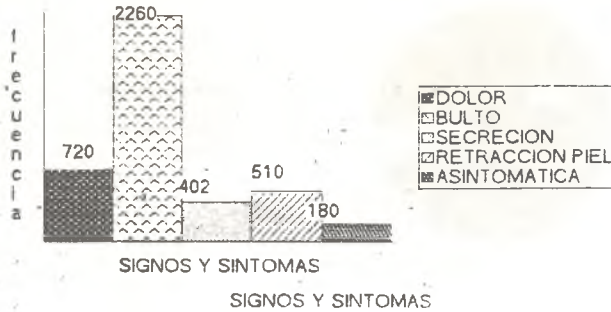


PAPILOMAS DUCTALES  
CUADRO #3B

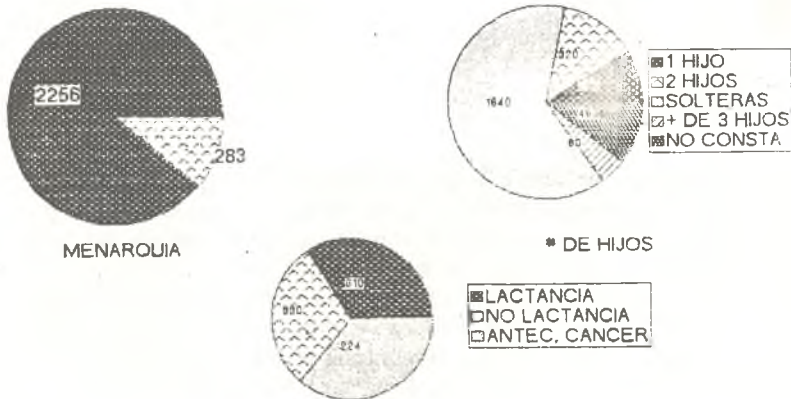
CUADRO # 3 C

En lo referente al síntoma o al signo de consulta en la patología mamaria benigna tenemos que es la presencia del bulto o tumor la causa por la que más frecuentemente consultaron las pacientes, seguido del dolor como segunda causa, aunque muchas veces fue la combinación de ambos lo que motivó la consulta. Otros signos como secreción y retracción de la piel también fueron causa de consulta. Hubieron muchas pacientes que no presentaban ningún síntoma sino que asistieron a consulta para realizarse despistaje de cáncer. Véase cuadro No. 4.

CUADRO #4

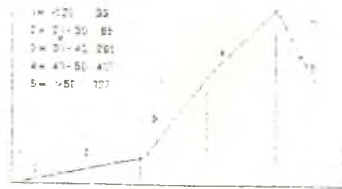
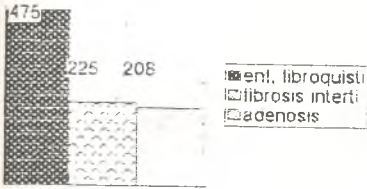


Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos podemos observar que la menarquía menor a los 15 años es la que predominó. Así mismo es notable el número de mujeres solteras que acuden a la consulta así como las mujeres que no han tenido hijos. También se destaca un importante número de mujeres que han tenido o que tienen un familiar con cáncer. Es de anotar que en este grupo sólo se han considerado a aquellas pacientes que han tenido cáncer de mama o que tienen relación directa con la paciente es decir madre, hermana o tía. Véase cuadro No. 5.



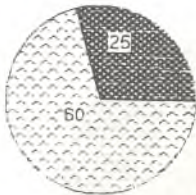
Es interesante también el hecho que se ha podido establecer que si bien el fibroadenoma es la patología que mayor se presenta en la mujer joven, es la displasia fibroquística que se presenta en mayor proporción en la mujer premenopáusia tal como vemos en el cuadro No. 6.

DISPLASIAS



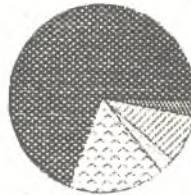
Las otras patologías se reparten indistintamente en los diferentes grupos etarios, siendo los quistes galactóforos preponderantes en las mujeres jóvenes y los procesos inflamatorios crónicos en las mujeres postmenopáusicas. Véase cuadro No. 7.

TOTAL 85



25 Q Galactóforo  
60 E.Ductal

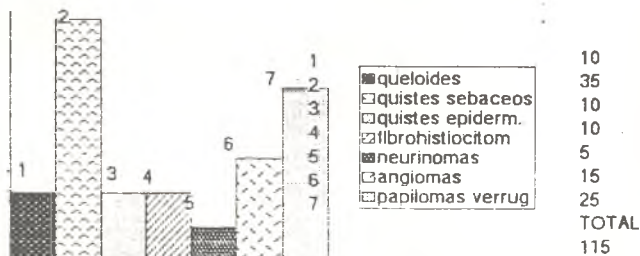
TOTAL 180



- 1 Mastitis Aguda 125
- 2 Mastitis crónica 30
- 3 Forunculos 5
- 4 Queilitis 15
- 5 Tb 5

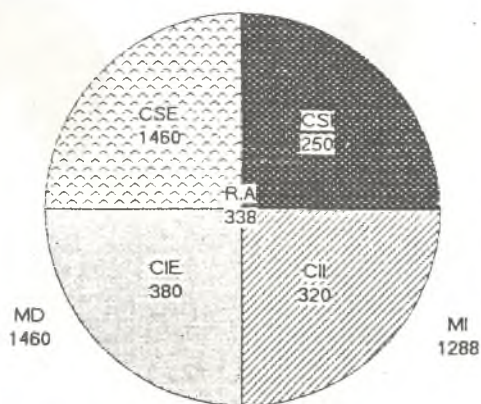
CUADRO #7

Por último, hemos incluido en el presente estudio estadístico a las lesiones que ocurren en la piel de la mama y que si bien es cierto no constituyen una característica especial es necesario identificarlas completamente puesto que pueden englobar una neoplasia tal como es el caso de la enfermedad de Paget de la mama la misma que muchas veces pasa como un proceso inflamatorio sencillo. Véase cuadro No. 8.



CUADRO # 8

En lo que a ubicación de la lesión en la mama se refiere ésta es mayor en los cuadrantes supero externos; así como hay un predominio de las lesiones en la mama derecha en relación a la izquierda. Véase cuadro No. 9



MD: MAMA DERECHA  
MI: MAMA IZQUIERDA



En el estudio de la patología benigna de la mama se ha considerado también el establecer el tamaño de las tumoraciones sólidas es decir de los fibroadenomas y podemos establecer que de los 1455 tumores catalogados como tales, las tumoraciones de tamaño menor a los 2 cm. son las que prevalecen. Véase cuadro No. 10.



CUADRO 10

Otro de los aspectos que se han considerado en el presente trabajo es la característica de las fibroadenomas a ser múltiples o en su defecto a reaparecer posteriormente es decir ser sincrónicos en el primer caso y metacrónicos en el segundo. En la siguiente tabla podemos determinar la frecuencia de lo aseverado.

TUMORACIONES SINCRONICAS	AÑO	2 TUMORES	+ DE TRES
	1984		28
1985		24	10
1986		22	11
1987		26	12
1988		75	12
1989		36	6

AÑOS	2 TUMORES	3 TUMORES
1984	10	6
1985	18	4
1986	15	2
1987	20	6
1988	12	6
1989	15	8

TABLA #2

AÑOS	# DE CASOS
1984	5
1985	3
1986	18
1987	25
1988	35
1989	39

TABLA # 3

En nuestra práctica diaria hemos tenido oportunidad de manejar tumores recidivantes o metacrónicas las cuales si bien es cierto no son muy frecuentes es necesario saber que pueden ocurrir por lo que la paciente debe de conocerlo véase tabla No. 3

Por último como estableceremos en la Discusión al analizar cada uno de los tipos de patología hemos realizado procedimientos para establecer el diagnóstico tales como son las punciones y aspiraciones de los procesos así como una vez obtenido el material si es líquido no infeccioso se ha enviado al laboratorio de Citología para realizar tinciones de Papanicolau, si el material es purulento se envía al Laboratorio Clínico para estudios bacteriológicos y en caso sólo material celular al Laboratorio de Patología para tinciones histológicas. Otro de los procedimientos que usamos con frecuencia es la biopsia que como estableceremos puede ser excisional, incisional o en algunos casos tumorectomía.

## DISCUSION

Como establecimos al principios la glándula mamaria es un órgano blanco en donde ejercen su acción las hormonas gonadales en el transcurso de toda la vida sexual. Este constante estímulo por un lado e inhibición por otro está controlado en el organismo por el denominado eje Hipotálamo-Hipofisiario que a su vez produce la denominada regulación neuro endócrina de la glándula mamaria.

El hipotálamo con sus factores de liberación hormonal estimula la hipófisis para la producción de gonodotrofinas las mismas que a su vez

estimulan a los ovarios para la producción de estrógenos los mismos que producen a nivel de la glándula mamaria cambios fisiológicos que se traducen en aumento del tamaño del tejido mamario, proliferación de los conductillos y luego con la acción de la progesterona alcanzar el máximo desarrollo para que después con la estimulación de la prolactina producir la secreción láctea. Todos estos efectos fisiológicos completamente integraados llegan a producir la denominada Eutrofia mamaria, por lo que cualquier desarreglo por muy insignificante que sea producirá en la glándula mamaria efectos que pueden traducirse en una enfermedad sea ésta cíclica es decir en relación con los períodos menstruales y manifestarse con dolor y tensión mamaria que es lo que comúnmente se denomina mastodinea o en su defecto producir cambios orgánicos como son la aparición de tumoraciones como los fibroadenomas o cambios celulares como son las displasias. (4,5,6).

A continuación empezaremos a analizar las diversas características de las patologías benignas de Solca, haciendo hincapié en el diagnóstico y el tipo de tratamiento que efectuamos en el Instituto.

### FIBROADENOMAS

Como se observa en los gráficos números 1 y 3, los fibroadenomas constituyen el mayor número de las tumoraciones y por ende de la patología tumoral benigna de Solca.

La presentación del mismo ocurre con mayor frecuencia en los cuadrantes súpero externo de la mama como se demuestra en el cuadro No. 9, en el que se establece que hay 1460 tumoraciones ubicadas en dicho cuadrante de las cuales 1165 corresponden a los fibroadenomas. Desde el punto de vista de su principal signo o síntoma es la tumoración o bulto en la mama la que mayor número de veces motiva la consulta y esporádicamente el dolor es el segundo síntoma importante. En lo que a la edad se refiere la mayor incidencia ocurre en las mujeres menores de 20 años y su incidencia va disminuyendo significativamente a medida que aumenta la edad en la mujer hasta casi desaparecer en los grupos etarios mayores a los 40 años, este fenómeno es similar a lo señalado por otros investigadores. (8) En lo que al tamaño se refiere la mayor frecuencia es en tumoraciones de 2 cm y la característica básica es la de presentarse como una tumoración móvil, de consistencia semidura no dolorosa y de aspecto benigno. Véase Cuadro No. 10.

El diagnóstico se estableció por el examen clínico, en el que se detectó la presencia de la tumoración y al ser catalogada como benigna se procedió a realizar la excéresis de la misma y luego la confirmación de la patología benigna por medio de la Patología.

Nosotros no hacemos uso de la Radiología para el diagnóstico de estas tumoraciones. Esporádicamente se han practicado Ecografías fuera del Instituto en lugares donde tienen las máquinas con los transductores para mama.

En algunas ocasiones se ha practicado punción de la tumoración y el material obtenido se expande en una placa de tinción y se realiza estudio citológico, en el caso de confirmarse la benignidad del proceso hemos realizado tratamiento conservador de la tumoración similar a lo que se realiza en otras partes pero manteniendo un estricto control de la paciente y en caso al cabo de un año no ha habido resolución espontánea se procederá a la excéresis (9,10,11). Esto último se realiza puesto que sabemos que el sarcoma Filodes se origina a partir de un fibroadenoma intracanalicular. (12) Otra de las características de estas lesiones es que pueden ser múltiples, en la misma mama, o en ambas mamas o a su vez recidivar años después. El tratamiento en estos casos consiste en la excéresis simple. Véase tablas 1-2-3.

Siguiendo con el análisis de las tumoraciones parenquimatosas benignas de la mama tenemos que en los 6 años de la revisión estadística hemos tenido oportunidad de manejar 7 casos de sarcoma Filodes, el cual descrito por primera vez por Muller en 1838 lo había considerado como una lesión benigna hasta que Cooper y Ackerman establecieron que es un tumor potencialmente maligno. (13).

El sarcoma filodes llamado también fibroadenoma gigante de Symmers o enfermedad de Brodie, o Mixoma Intracalicular Gigante es una tumoración de crecimiento lento, no dolorosa que puede alcanzar dimensiones gigantes de ahí su nombre. Se origina a partir de un fibroadenoma intracanalicular con el que se confunde, y el diagnóstico se establece mediante la biopsia la cual muchas veces puede ser sólo incisional para realizar el estudio histológico que establecerá que se trata de un sarcoma filodes y luego el tratamiento definitivo será bajo anestesia general, el que consiste en la excéresis amplia de la tumoración dejando un margen de tejido sano de seguridad, en caso de recidiva el

tratamiento consistirá en la Mastectomía Subcutánea. El pronóstico del mismo va en relación al tamaño, al crecimiento rápido, al número de mitosis, y al tipo de Cirugía realizado. (14,15) Véase cuadro No. 3a.

Otra de las tumoraciones que hemos tenido oportunidad de manejar son los papilomas intraductales los cuales se caracterizan muchas veces sólo por la presencia de secreción a través del pezón lo cual se conoce con el nombre de telorrea, la que puede ser sero-sanguinolenta, purulenta, o mixta de aspecto lechoso llamada galactorrea. Otras ocasiones pueden presentarse como tumoraciones retroareolares o para-areolares. (16)

Hemos tenido oportunidad de manejar 68 casos en el Instituto. La edad promedio ocurre en especial en la tercera y cuarta década de la vida y el síntoma principal de consulta es la telorrea y en ocasiones la presencia de tumoración. El diagnóstico se establece primero por el Pap de la secreción en el que se detecta la presencia de células ductales, galactóforas, esponjosas y ausencia de células malignas. En caso haya tumoración palpable practicamos la excéresis. En caso no se detecte ninguna tumoración se practicará mamografía muchas veces con el propósito de marcar la zona con azul de metileno, en otras ocasiones se practicará fistulografía y al encontrar el conducto dilatado se puede obturar el orificio de salida de la secreción con yeso con el propósito de que se llene el conducto y así tener mejor oportunidad de realizar la excéresis. Véase cuadro 3b.

Por último tenemos los fibrolipomas los cuales son tumoraciones que aparecen por lo general en la cuarta o quinta década de la vida. Son difíciles de detectar debido a su consistencia poco firme que los confunde con el tejido mamario circunvecino normal. Otras veces se ubican en el hueso axilar y se confunden con las prolongaciones axilares de la mama. La radiología puede revelar la presencia de macrocalcificaciones. El tratamiento es la excéresis (17). Hemos tenido oportunidad de manejar 15 casos de fibrolipomas. Véase cuadro No. 3c.

## DISPLASIAS

Las displasias mamarias constituyen el segundo grupo de las neoplasias benignas más frecuentes de la glándula mamaria en el Instituto de

Solca. Hemos tenido oportunidad de manejar 608 casos en los 6 años del estudio. Véase cuadro No. 1 y cuadro No. 6.

La mastopatía fibroquística es la que se presenta con mayor frecuencia con un total de 475 casos. Ocurre en especial en la mujer a partir de la tercera década y es más frecuente a partir de la cuarta década. Véase cuadro No. 6.

La forma de presentación es como una masa tumoral dolorosa, en ocasiones de aparición reciente ubicada indistintamente en cualquier cuadrante de la mama; aunque se ve con mayor frecuencia en los cuadrantes superiores; de consistencia blanda, renitente y muchas veces multilobulada.

El diagnóstico se establece por el examen físico, en el que se detecta una tumoración con las características expuestas. En este tipo de tumores la Ecografía y la Radiología tienen un gran valor. La primera porque nos permite identificar la lesión quística y realizar punción aspiración con lo que se obtiene el líquido que es enviado para centrifugado y bloque celular, el cual en caso de ser negativo para neoplasia constituye el tratamiento de elección, y la segunda es de gran valor puesto que como son lesiones que ocurren en una etapa de la vida en que las neoplasias malignas tienen su mayor predominio, nos permite observar la presencia de cualquier lesión asociada y en caso de no haber ninguna signo radiológico tener un conocimiento de la estructura radiológica de la paciente para futuras comparaciones. (18-19)

El tratamiento consiste como ya se estableció en la punción y aspiración del líquido, el cual analizado en el laboratorio y siendo negativo para células neoplásicas establecerá una actitud expectante, de control. En caso de producirse nuevamente llenado del quiste, si éste se produce en un tiempo menor a 6 meses nosotros practicamos la excéresis del quiste o los quistes, si el llenado se produce a más del año realizamos nuevamente aspiración y control.

La fibrosis intersticial es otra de las displasias que frecuentemente se observan. Llamada también mastodinea o mazoplastia, es la proliferación del tejido conectivo fibroso mamario relacionado con los conductillos y atrofia por consiguiente de los acinos glandulares. (20).

Hemos tenido la oportunidad de manejar 215 casos. Es más frecuente

en la mujer joven, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, con una media de 35 años. Se presenta por lo general como una zona dolorosa en la mama, con edema e induración de la zona en especial en el CSE, se acompaña frecuentemente de trastornos ginecológicos tales como irregularidades menstruales, dismenorreas, etc.

El diagnóstico se establece por el examen clínico en que se detecta una placa dura, dolorosa semimóvil. La radiología demuestra una zona de aumento de la densidad glandular lo que impide observar muchas veces pequeñas microcalcificaciones u otras lesiones compatibles con un proceso maligno (21). El tratamiento es médico y/o quirúrgico. El primero a base de Hormonoterapia con progesterona, diuréticos en fase premenstrual, anti-inflamatorios y controles seriados, y el segundo con una biopsia incisional con extirpación del tejido afecto y controles periódicos. Si la paciente es menopáusica se impone controles radiológicos.

Otra de las displasias que frecuentemente hemos tenido oportunidad de tratar es la adenosis mamaria o hiperplasia del tejido glandular lobulillar. Han habido 218 casos en el Instituto con una mayor incidencia en la mujer joven en especial en la tercera década. Esta patología es la que más se asocia a contracepción oral o a la terapia estrogénica (21). La mayoría de las veces la paciente sólo consulta por dolor sin que haya tumor palpable, o se percibe la presencia de pequeñas nodulaciones múltiples. Es más frecuente en los cuadrantes supero-externos y a los rayos x las imágenes pueden ser compatibles con lesiones pre-malignas tales como microcalcificaciones, imágenes en las que hay retracciones de la piel, cambios en la densidad, presencia de espículas, etc. por lo que muchos autores consideran a estas lesiones como pre-malignas (22).

El tratamiento es quirúrgico. La extirpación de los microquistes y el tejido circunvecino es lo ideal. Se impone un seguimiento estricto así como la suspensión de todo tipo de tratamiento hormonal.

## PROCESOS INFLAMATORIOS

En lo que a esto se refiere el absceso mamario constituye la causa de mayor consulta en el Hospital. La edad ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida y la causa por lo general es traumática posterior a lesiones del complejo areola-pezones. La bacteria

responsable en la mayoría de los casos es el estafilococo, aunque puede ser por gram negativos o por anaerobios cuando la causa es la mordedura humana (23). El tratamiento es quirúrgico, con el simple drenaje del absceso y antibiotico-terapia previo cultivo. Hemos manejado 125 casos en total. Véase cuadro No. 7.

Otro de los procesos infecciosos que hemos tenido oportunidad de manejar ha sido la mastitis crónica que se produce en especial en la mujer adulta a partir de la cuarta o quinta década de la vida y que cursa con dolor, edema e infección persistente. Se impone la biopsia incisional para descartar que se trate de una neoplasia. El tratamiento consiste en la extirpación del tejido mamario afecto, curaciones frecuentes y antibióticos de acción local. Hemos tenido 30 casos. Véase cuadro No. 7.

Los forúnculos y la queilitis constituyen también procesos infecciosos. Se ven en especial en la mujeres jóvenes, en especial los segundos que son frecuentes en las mujeres que dan de lactar. El tratamiento consiste en drenaje, suspensión de la lactancia y antibióticos.

La tuberculosis mamaria es otro de los procesos infecciosos crónicos que hemos tenido oportunidad de tratar. No es muy común, se presenta como un proceso fistuloso crónico, rebelde al tratamiento con antibióticos convencionales, que no cicatriza y cuyo diagnóstico se realiza por medio de la biopsia en la que se detecta la presencia de las células de Langhans. El tratamiento se establece con tuberculostáticos por el lapso mínimo de un año. Hemos manejado 5 casos.

## PROCESOS SEUDOTUMORALES

Dentro de los procesos seudotumorales tenemos a la Ectasia ductal y el Quiste Galactóforo. Véase cuadro No. 7.

La ectasia ductal llamada también comedomastitis es un proceso en el que el conducto galactóforo está dilatado o el diámetro es mayor a 1mm; es similar a un proceso infeccioso no purulento, no guarda relación con el embarazo; y el síntoma principal es la telorrea la cual puede ser sanguinolenta o serosa, y muchas veces cursa con tumoración retroareolar. Se presenta por lo general en la mujer a los 40 años, y el tratamiento es la excéresis (23). Hemos tenido 60 casos en el servicio.



El galactocele o quiste galactóforo es un quiste único con leche ubicado en la zona central de la glándula mamaria. La causa probable es un conducto galactóforo no comunicado con el sistema excretor del pezón, por lo que se acumula secreción láctea. Cursa la gran mayoría de las veces con el embarazo o la lactancia, aunque hemos visto algunos casos aislados en que no hay ninguna de estas 2 causas. El diagnóstico se establece al detectar la presencia de una tumoración reistente única en la porción central de la mama, no dolorosa de aspecto benigno. La ecografía revela la presencia de una tumoración quística. El tratamiento consiste en la punción aspiración del líquido, el cual se envía a Citología para la determinación de células por medio de la tinción de Papanicolau, en caso es negativo se mantendrá en control. Si hay recidiva se realizará la excéresis. (24) Hemos tenido 25 casos.

### LESIONES DE LA PIEL DE LA MAMA

Las lesiones de la piel de la mama incluyen una amplia gama de afecciones que sin tener ninguna característica fundamental con ningún proceso hormonal de la glándula mamaria son incluidas en el presente estudio debido más que nada a que en la gran mayoría de los casos el motivo de consulta es por descartar que se trate de un proceso neoplásico maligno. La edad de presentación no es uniforme y ocurre en cualquier grupo etario. En el cuadro No. 8 se enumeran las principales afecciones que hemos tenido oportunidad de manejar y el tratamiento consistió en la simple excéresis.

### CONCLUSIONES

- 1) Como hemos podido observar a lo largo del presente trabajo la principal patología benigna que se observa en Solca es el fibroadenoma, el cual ocurre en especial en las mujeres jóvenes y la forma más apropiada de tratarlo es la excéresis simple, aunque existen ciertos conceptos para realizar tratamiento conservador.
- 2) Las Displasias mamarias constituyen el segundo grupo de las patologías benignas de Solca. Como hemos determinado que la causa es por lo general déficit de progesterona y a su vez es conocido el hecho de que el cáncer de mama es 4 ó 6 veces más frecuente en la mujer portadora de una mastopatía fibroquística durable, creemos oportuno señalar que las pacientes con estas patologías son vigiladas periódicamente en Solca, con control clínico y con mamografía. La terapia sus-

titutiva a base de progesterona es también indicado aunque no existe un criterio universal para este tipo de tratamiento; otros tratamientos como son los antiestrógenos como el Tamoxifen también son usados en algunos casos aunque debe hacerse con las precauciones características para este tipo de sustancias. El uso del Danazol también está indicado aunque su costo elevado y el resultado final que para la displasia fibroquística sólo responden entre el 40 y 50% limitan su aplicación.

3) Con lo anteriormente expuesto, y además teniendo en consideración que en el presente estudio no se han tomado en cuenta las otras patologías mamarias benignas como son las mastodineas, las hiperplasias virginales, los trastornos producidos en el inicio de la pubertad, y que en general constituyen en algunos casos más del 40% de la consulta diaria del servicio de Cirugía del Hospital Oncológico, creemos oportuno desde ya con miras a un mejor funcionamiento del Departamento de Cirugía de Solca, la implementación de un Servicio de Mastología el cual anexo al Departamento de Cirugía funcionará para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de todas las patologías de la glándula mamaria y que para el efecto necesitará:

a) Un Cirujano-Oncólogo cuyas funciones serán ser Jefe del Servicio y coordinador del Area y del manejo de las pacientes.

b) Un Radiólogo que tendrá el manejo de la Ecografía con los transductores para mama, así como la realización e interpretación de las mamografías.

c) Un Cito-Patólogo que realizará las investigaciones citológicas y patológicas de la mama.

d) Un Residente que será el encargado de realizar la Historia Clínica especial que para el efecto se programará con los especialistas arriba expuestos.

e) Un Cirujano Plástico para realizar el programa de Reconstrucción Mamaria.

f) La infraestructura Hospitalaria que contará con los quirófanos, las salas de recuperación y hospitalización así como el Laboratorio Clínico que para el efecto deberá ser implementado con las últimas técnicas en lo que a análisis se refiere.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) FERNANDEZ-CID FENOLLERA, Atlas de Patología Mamaria. Diagnóstico Multidisciplinario. Vol. No. 1 Mama Normal. Año 1986.
- 2) GRANTS. Atlas de Anatomía. Año 1962. pág. 12.
- 3) FERNANDEZ-CID Y COLS. Patología Mamaria Cap. No. 2 pág. 9-24. Salvat Editores, año 1982.
- 4) OMS. Clasificación General de Tumores y Codificación. Año 1970.
- 5) FERNANDEZ-CID Y COLS. Patología Mamaria Cap. 3 pág. 35-55
- 6) IDEM 5.
- 7) IDEM 5.
- 8) WILKINSON S. FORREST. Fibroadenoma de mama. British Journal Surgery. 1985; 72: pág. 832-840.
- 9) WILKINSON S. ANDERSON, COLS. Fibroadenoma de mama, un seguimiento del tratamiento conservador. British Journal Surgery, Vol. 2, Número 1, Julio de 1989, pág. 58-60.
- 10) BENTLEY, Un sencillo soporte para la orientación de las biopsias de mama, Br, J. Surg. año 1989, vol 76, Marzo, pág. 312.
- 11) DIXON JM ANDERSON, Punción por aguja fina y aspiración celular y relación con mamografía y examen clínico en el diagnóstico de masas sólidas de mama. Br. J. Sur. 1984, vol. 71, pág. 593-596.
- 12) PAREDES Y GARCIA. Cystosarcoma Phyllodes. Analisis de 9 casos y Revisión Bibliográfica. Revista Mejicana de Cáncer. Año 1989, Abril-Junio Vol. 35 No. 2 pág. 805-808.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) FERNANDEZ-CID FENOLLERA, Atlas de Patología Mamaria. Diagnóstico Multidisciplinario. Vol. No. 1 Mama Normal. Año 1986.
- 2) GRANTS. Atlas de Anatomía. Año 1962. pág. 12.
- 3) FERNANDEZ-CID Y COLS. Patología Mamaria Cap. No. 2 pág. 9-24. Salvat Editores, año 1982.
- 4) OMS. Clasificación General de Tumores y Codificación. Año 1970.
- 5) FERNANDEZ-CID Y COLS. Patología Mamaria Cap. 3 pág. 35-55
- 6) IDEM 5.
- 7) IDEM 5.
- 8) WILKINSON S. FORREST. Fibroadenoma de mama. British Journal Surgery. 1985; 72: pág. 832-840.
- 9) WILKINSON S. ANDERSON, COLS. Fibroadenoma de mama, un seguimiento del tratamiento conservador. British Journal Surgery, Vol. 2, Número 1, Julio de 1989, pág. 58-60.
- 10) BENTLEY, Un sencillo soporte para la orientación de las biopsias de mama, Br. J. Surg. año 1989, vol 76, Marzo, pág. 312.
- 11) DIXON JM ANDERSON, Punción por aguja fina y aspiración celular y relación con mamografía y examen clínico en el diagnóstico de masas sólidas de mama. Br. J. Sur. 1984, vol. 71, pág. 593-596.
- 12) PAREDES Y GARCIA. Cystosarcoma Phyllodes. Analisis de 9 casos y Revisión Bibliográfica. Revista Mejicana de Cáncer. Año 1989, Abril-Junio Vol. 35 No. 2 pág. 805-808.