

REUNION DEL DÍA 29 DE NOVIEMBRE DE 1996
"CONDICION FIBROQUISTICA DE LA MAMA (CFQ)"

PARTICIPANTES

PATOLOGOS: Gino Bianchi. Universidad Central de Venezuela.

Harold Essefeld. Policlínica Metropolitana.

Nelson Hamana (Relator) Policlínica Santiago de León.

Luis Orlando Herrera. Hospital Luis Razetti

Ylvia Madrid. Policlínica Leopoldo Aguerrevere.

América Montes. Hospital Luis Razetti.

Laura Piñero. Laboratorio Plaza (Maracay).

Antonieta Rébola. Hospital Oncológico Padre Machado.

María T. Urdaneta. Centro Médico de Caracas.

CIRUJANOS:

Francisco Arcia R. Policlínica Santiago de León.

Alberto Contreras. Hospital Oncológico Padre Machado.

Iván Gonzalez. Puerto La Cruz.

Alvaro Gómez. Hospital Oncológico Padre Machado.

Biaggio Maccarone. (Relator). Policlínica Metropolitana.

Leopoldo Moreno. Hospital Oncológico Padre Machado.

Ramón Pérez B. Hospital Oncológico Padre Machado.

Angel Emiro Rivas. Maracay.

Augusto Tejada. Hospital Oncológico Padre Machado.

IMÁGENES:

Jorge Abalo. Puerto La Cruz.

Lilian Casas. Centro Médico de Caracas.

Norma Fiorella. Clínica Santa Sofía.

Ramón Gonzalez. Hospital Oncológico Padre Machado.

Itala Longobardi. Clínica Leopoldo Aguerrevere.

Jorge Pérez. Sociedad Anticancerosa de Venezuela.

Mariela Salazar. (Relator) Hospital de Clínicas Caracas.

Sarah Urdaneta. Policlínica Santiago de León.

DEFINICION:

Conjunto de alteraciones anatómicas y/o clínicas cambiantes, benignas, radicadas en el epitelio y en el estroma, que ocurren durante la evolución de la glándula, como consecuencia de una respuesta inadecuada a los estímulos fundamentalmente hormonales.

MOTIVO POR EL QUE CONSULTAN.

Dolor. Cíclico o no cíclico, de intensidad significativa para el paciente. Localizado en la mama, por lo general sin irradiar, con exacerbación premenstrual, mejora o desaparece después de la menstruación. Puede haber sensibilidad local.

Nódulo. Cambio de consistencia o de volumen.

Secreción por el pezón. Espontánea, no fisiológica. Uni o bilateral, de cualquier color.

Alteraciones en la pesquisa mamográfica.

EXAMEN CLÍNICO.

Inspección. No aporta datos.

Palpación de ganglios regionales. No aporta datos.

Palpación mamaria. Cambios en el patrón normal de palpación con cualquiera de las siguientes características: Incremento en la nodularidad.

Incremento en la consistencia.

Nódulos sominantes. Unicos o múltiples.

Hipersensibilidad

Secreción a la compresión de areola o pezón/p>

METODOLOGIA DIAGNÓSTICA.

Pacientes portadoras clínicas de CFQ. Procedimiento inicial:

Menores de 30 años - ECOGRAFIA.

Entre 30 y 35 años - ECOGRAFIA si es necesario - MAMOGRAFIA..

Mamas muy grandes o grasas - MAMOGRAFIA.

Mayores de 35 años - MAMOGRAFIA y si hay cambios de CFQ - ECOGRAFIA.

Punción con aguja fina. Indicación.

Quistes: Sintomáticos. Habitados.

Nódulos sólidos: Mayores de 25 años en todos los casos.

Menores de 25 años de acuerdo a clínica e imágenes.

Deben ser guiados por mamografía previa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Carcinoma de la mama.

Dolor de la pared costal. Neuritis intercostal. Síndrome de Tietze. Condritis. Miositis.

Entre 30 y 35 años - ECOGRAFIA si es necesario - MAMOGRAFIA..

Tumores benignos.

Procesos inflamatorios.

TRATAMIENTO MEDICO.

Apoyo emocional e información sobre cambios hormonales y ciclo menstrual con sus efectos en la mama. Información sobre stress y dolor mamario

Uso de sostén como soporte mecánico.

Eliminar xantinas de la dieta.

Tratamiento del dolor.

Cualquier otro medicamento no ha demostrado su eficiencia.

INDICACION QUIRURGICA.

Dudas sobre la naturaleza benigna del proceso.

Lesiones proliferativas con atipias.

SEGUIMIENTO.

Instruir a la paciente para autoexamen mamario.

Examen clínico cada 6 meses.

Mamografía anual.

EXAMEN POR IMÁGENES.

EQUIPOS MINIMOS NECESARIOS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Carcinoma de la mama.

Dolor de la pared costal. Neuritis intercostal. Síndrome de Tietze. Condritis. Miositis.

Entre 30 y 35 años - ECOGRAFIA si es necesario - MAMOGRAFIA..

Tumores benignos.

Procesos inflamatorios.

MAMÓGRAFO

Punto focal: 0,1 y 0,3 mm.

Pantalla antidifusora (bucky)

Exposímetro.

Compresión localizada (hidráulica).

Magnificación.

ECOGRAFO.

Transductor de 7,5 MHZ

Equipo lineal con buen registro de imágenes.

MATERIAL.

Utilizar material compatible con los equipos que se utilizan.

CONTROL DE CALIDAD.

Debe ser contratado a la compra del equipo.

Normalizar los promedios de control de calidad para los equipos de mamografía.

VISUALIZACION

Negatoscopios con luz de neón de no menos de 25 Watts.

PERSONAL.

Operador: Técnico especialmente entrenado y aprobado pro Sociedad de Radiología y Sociedad de Mastología.

Interpretación: Médico radiólogo especialmente entrenado.

MAMOGRAFIA NORMAL.

No hay cambios radiológicos anormales después de correlacionar con edad, estado ginecoobstétrico, cirugías y tratamientos hormonales

MAMOGRAFIA DE PESQUISA.

No hay síntomas ni signos. Debe incluir dos proyecciones. No menos de una vez al año en mujeres mayores de 40 años.

MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA.

Se realiza en mujeres sintomáticas, independiente de la edad. Se realizan las proyecciones necesarias hasta llegar a un diagnóstico.

MAMOGRAFIA EN CFQ.

No es suficiente por si sola. Es necesaria la Ecografía para la comprobación de los quistes.

Si no hay comprobación de quistes se hablará de condición fibrosa.

IMÁGENES MAMOGRÁFICAS.

Aumento de la densidad más allá de lo esperado por la edad.

Con o sin nódulos.

Con o sin calcificaciones, gruesas o finas, de apariencia benigna con o sin prominencia ductal.

IMÁGENES ECOGRÁFICAS.

Lesiones de contenido líquido de forma y tamaño variables.

EL INFORME DE IMÁGENES.

Descriptivo tomando en cuenta los siguientes parámetros:

Densidad - Nodularidad - Calcificaciones - Prominencia Ductal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

DEFINICIÓN.

Criterios mínimos indispensables: hiperplasia epitelial, localización en lobulillos mamarios, repuesta del estroma mamario.

"Proliferación epitelial que ocurre en los lobulillos mamarios, que se acompaña de una proliferación estromal"

ESPECTRO HISTOLOGICO.

Proliferaciones epiteliales:

Adenosis: Proliferación de lobulillos mamarios.

Hiperplasias epiteliales: Aumento del número de capas de los ductos terminales o de los adenómeros.

Hiperplasia atípica: Pérdida del orden en la disposición de las células en los ductulos, están compuestas solo por células epiteliales y hay alteraciones en la morfología de los núcleos.

Todas las hiperplasias de los adenómeros son atípicas.

Los papilomas pertenecen al grupo de las hiperplasias epiteliales y pueden ser típicos a atípicos.

Proliferación estromal: Va desde la condensación lobulillar hasta la esclerosis que deforma los adenómeros.

Presencia de quistes y macroquistes.

Cambios secundarios: Metaplasia apocrina - Calcificación grumosa o esferular - Inflamación.

No pertenecen a la CFQ las siguientes lesiones: Fibroadenoma - Adenoma puro de la mama.

JERARQUIZACION DE LAS LESIONES.

Es indispensable para diagnosticar CFQ:

Proliferación estromal acompañada por:

Adenosis.

Quistes o macroquistes.

Hiperplasia epitelial.

No estan relacionadas con el cáncer:

Adenosis.

Proliferación estromal.

Quistes y macroquistes

Hiperplasia epitelial típica leve.

Riesgo bajo para desarrollo de cáncer:

Hiperplasia epitelial típica moderada y florida.

Riesgo aumentado para el desarrollo de cáncer:

Hiperplasias ductales atípicas.

Hiperplasias lobulillares.

Metaplasia apocrina atípica.

DEFINICION DE LOS TIPOS DE HIPERPLASIA.

Leve: Más de dos capas de células pero menos de 5 en los ductulos mamarios.

Moderada: Más de cinco capas sin ocupación de la luz del ducto.

Florida: Ocupación de la luz del ducto por una hiperplasia sólida o cribiforme.

METODOLOGIA E INFRAESTRUCTURA.

Información sobre el paciente: Edad, sexo, localización de la lesión, ciclo menstrual, antecedentes personales y familiares. Datos del examen físico

Información sobre imágenes: Tamaño, forma, bordes, calcificaciones, relación con la piel, relación con el pezón, datos de la axila.

Punción por aguja fina: En todas las lesiones palpables. (Sensibilidad: 95% Especificidad: 95%) Previsión de falsos positivos en Fibroadenomas e Hiperplasias epiteliales.

Localización estereotáctica: Indicación indudable en lesiones no palpables. Se requiere más información.

Biopsia congelada: Nunca es excluyente de malignidad.

No es recomendable en lesiones menores de 1 cm. Y en lesiones subclínicas.

CONFIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO.

Depende de: Relación clínico patológica.

Proceso adecuado del material.

Personal técnico de laboratorio bien entrenado.
Muestra suficiente. Depende de: Cantidad suficiente.

Manipulación adecuada.

Fijación adecuada.

MANEJO DE LA PIEZA QUIRURGICA.

Estudio mamográfico de pieza: Lesiones no palpables ni visibles.

Microcalcificaciones.

Estudiar todas las lesiones marcadas con la mamografía.
Marcar los márgenes en todos los casos.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO. (Elementos mínimos)

Macroscópico: Peso, tamaño de fragmentos, número y tamaño de las lesiones, localización y relación con los bordes.

Microscópico: Diagnóstico. Gradación de la hiperplasia si está presente.
Metaplasia apocrina

NATURALEZA BIOLÓGICA DE LA CONDICIÓN FIBROQUISTICA.

Condición de naturaleza discutible que constituye una desviación del paradigma de mama normal. Sus componentes están presentes en un universo muy extenso de mujeres, por lo que puede discutirse como una verdadera entidad patológica o especie morbosa.

Es una enfermedad en la medida en la que produce síntomas y signos y comporta riesgos para la mujer que la padece.