

Originales

Evaluación clínico-diagnóstica de una serie consecutiva de 129 fibroadenomas de mama

J. Torrecabota *, M. Herrera **,
J.M. Más ***, E. Amengual *,
L. Gijón *, J. Cortés *

Introducción

El fibroadenoma es la tumoración benigna de mama de más frecuente diagnóstico.^{3,4} la serie que aquí se comenta representa el 37,8 % (129/341) de todas las biopsias por procesos benignos de mama realizadas en nuestra unidad.

Se trata de una tumoración en cuya histogénesis interviene, probablemente, una rotura del balance estrógeno/gestágeno, con predominio estrogénico, que produciría una proliferación excesiva del mesénquima mamario y del epitelio ductal: el predominio de uno u otro tejido originaría un fibroma (únicamente conjuntivo), un adenoma (únicamente ductal) o, lo que es más común, un fibroadenoma (mixto), intra o pericalicular, diferenciación histológica que carece de

cualquier interés clínico-terapéutico-pronóstico.^{3,4}

Revisamos en el presente trabajo las circunstancias que concurren en la historia clínica y diagnóstico de una serie consecutiva de 129 fibroadenomas de mama confirmados histológicamente.

Material y métodos

Se han revisado las historias clínicas de 129 mujeres diagnosticadas histológicamente de fibroadenoma de mama. Se han analizado:

- Edad al diagnóstico.
- Antecedentes de riesgo para cáncer de mama: nuliparidad, primiparidad añosa (primer hijo pasados los 30 años), antecedentes familiares directos de cáncer de mama.
- Motivo de consulta.
- Especificidad del diagnóstico clínico, citológico (punción-aspiración con aguja fina, PAAF) y radiológico (mamografía).

En los casos pertinentes, se han manejado datos de población general a partir del censo elaborado por el Ayuntamiento de Palma en marzo de 1985.

Se han practicado test de comparación de porcentajes para la elaboración estadística de los resultados. Los criterios clínicos, citológicos y radiológicos utilizados para el diagnóstico han sido los ya descritos para este tipo tumoral.^{2-4, 13}

Resultados

- A) Edad al diagnóstico: tabla I.
- B) ● Antecedentes de riesgo para cáncer de mama:
 - 1) Nuliparidad: tabla II.
 - 2) Primiparidad añosa: 3/129: 2,4 %.
 - 3) Antecedentes familiares directos

Unidad de Patología Mamaria
* Servicio de Ginecología
** Servicio de Radiología
*** Servicio de Anatomía Patológica
Hospital General «Virgen de Lluch». Palma de Mallorca.

TABLA I
EDAD AL DIAGNÓSTICO

Edad	N	%
< 15	1	0,77
15-19	22	17,05
20-24	33	25,58
25-29	21	16,27
30-34	16	12,40
35-39	15	11,62
40-44	8	6,20
45-49	11	8,52
≥ 50	2	1,55

TABLA II
NULIPARIDAD

Edad	N
< 15	1
15-19	22
20-24	23
25-29	6
30-34	4
35-39	5
40-44	2
45-49	2
≥ 50	0
Total	65

de cáncer de mama: 12/129: 9,30 %.

- Factores de riesgo para cáncer de mama: 74/129: 57,36 %.

C) Motivo de consulta: véase cantidad y porcentajes en la tabla III.

D) Especificidad del diagnóstico clínico, citológico (PAAF) y radiológico (mamografía).

1) Clínico: véase cantidad y porcentajes en la tabla IV.

2) PAAF: véase cantidad y porcentajes en la tabla V.

3) Mamografía: véase cantidad y porcentajes en la tabla VI.

TABLA III
MOTIVO DE CONSULTA

	N	%
Autohallazgo	122	94,57
Revisión	10	7,75
Mastodinia	6	4,65
Secreción por pezón	2	1,54
No consta	1	0,77

TABLA IV
IMPRESIÓN CLÍNICA

Negativa para cáncer	122/129	94,57 %
Dudosa	3/129	2,32 %
Positiva para cáncer	0	
No consta	4/129	3,10 %

Comentarios

1) El 44,8 % de los diagnósticos han sido practicados en mujeres menores de 25 años. La pirámide de edades de la población femenina de Palma, según los datos de población de derecho, procedentes del Ayuntamiento de Palma, a 31.3.85 queda reflejada en la tabla VII.

Al establecer un test estadístico de comparación del porcentaje observado de fibroadenomas en el grupo de edad 15-24 años con el porcentaje teórico para este grupo de edad, hallamos $p < 0,0001$ que demuestra la significancia estadística de las diferencias observadas, significancia ($p < 0,001$), que se repite en el grupo de edad entre 45-54 años, pero en sentido inverso: hay menos fibroadenomas en este grupo que los esperados según el porcentaje teórico dado por el grupo de edad.

Podemos concluir, por tanto, que el fibroadenoma de mama presenta una mayor incidencia cierta entre los 15 y los 24 años y una menor incidencia entre los 45 y los 54, incremento y descenso no atribuibles al azar.

2) La mitad (65/129, 50,38 %) de las enfermas eran nulíparas; 46 de 65, 70,76 %, tenían menos de 25 años. El primer dato y el segundo se explican fácilmente: es lógico que un porcentaje elevado de mujeres jóvenes sean nulíparas. El fibroadenoma, como queda demostrado, es muy frecuente —mitad aproximado de casos—, en mujeres de menos de 25 años, y una gran mayoría de estas mujeres son nulíparas.

Esta exploración, sensu contrario, es igualmente válida al comentar el

2,4 % de primíparas añasas (3/129) encontrado.

Doce enfermas sobre 129 (9,30 %) presentaban antecedentes familiares directos de cáncer de mama. Un 57,36 % (74/129) presentaban algún factor de riesgo para cáncer de mama. Al desconocer con qué frecuencia estos datos se presentan en la población general no es correcto sacar ningún tipo de conclusión al respecto.

3) El 94,57 % de enfermas (122/129) consultaron por autohallazgo del tumor. Se confirma absolutamente la enorme importancia que la autoexploración mamaria tiene en la detección precoz del cáncer de mama.⁷ Debe añadirse que tan importante como enseñar bien⁸ a las mujeres la técnica de autoexploración, es facilitarles el acceso a la atención de unidades de mama que puedan ofrecerles una buena asistencia.⁵ Otros motivos de consulta (mastodinia, secreción por pezón), con frecuencia muy alarmantes para las mujeres, son responsables en escasas ocasiones —como en esta serie—, ya no sólo de tumores benignos, sino, incluso, de cánceres de mama.⁶

4) Ningún fibroadenoma impresionó clínicamente como posible cáncer. La inmensa mayoría (94,57 %) pre-

TABLA VII

Edad en años	Población	%
15-24	24.271	28,11
25-34	24.274	28,11
35-44	20.855	24,15
45-54	16.942	19,62

sentaban sus clásicas características: tumoraciones lisas, móviles, duras, redondeadas, a veces lobuladas, bien delimitadas. Únicamente en tres casos (2,32 %) la exploración presentaba dudas de diagnóstico diferencial. Es decir: casi todos los fibroadenomas tienen aspecto clínico de tales. En un próximo trabajo, centrado en el diagnóstico pre-bióptico del cáncer de mama, comentaremos que algunos cánceres tienen aspecto clínico benigno, dato que reviste, como es obvio, gran importancia diagnóstica.

5) En 7 de 119 casos en que se puncionó para citología, no se obtuvo material para lectura. Este 5,88 % es un porcentaje de «no valorables» habitual.^{9, 13}

Hubo 2 falsos positivos: se informó «citología compatible con cáncer ductal» y la biopsia diagnosticó fibroadenoma. Releídas las extensiones citológicas, se mantuvo el diagnóstico previo de positividad. El fibroadenoma de mama tiene unas características citológicas que en algunas ocasiones son particularmente agresivas, fuente frecuente de falso positivo, y que, a veces, 5/119, 4,20 % en esta serie, impiden dar un diagnóstico de precisión.^{11, 12}

6) En 63 pacientes entre 129 (48,83 %) no realizamos mamografía. No prodigamos esta exploración en mujeres jóvenes, en las que la sensibilidad/especificidad del método tiene sus niveles más bajos. No hubo falsos positivos. Un 6,06 % fue informado como «dudoso». La frecuente asociación, en mujeres jóvenes, del fibroadenoma con cuadros de displasia fibroquística expli-

TABLA V
DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO

No realizado	10/129	7,75 %
Negativo para cáncer	106/119	89,07 %
Dudoso	5/119	4,20 %
Positivo para cáncer	2/119	1,68 %
No valorable	7/119	5,88 %

TABLA VI
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

No realizado	63/129	48,83 %
Negativo para cáncer	62/66	93,93 %
Dudoso	4/66	6,06 %
Positivo para cáncer	0	

can la relativamente frecuente falta de definición del patrón radiológico.¹⁰

Conclusiones

- La mitad de fibroadenomas de mama se presenta en mujeres menores de 25 años.
- Nueve de cada diez enfermas con fibroadenomas de mama descubren

ellas mismas el tumor. La autoexploración de mama debe ser potenciada al máximo.

- Nueve de cada diez fibroadenomas tenían aspecto de tumoración benigna; la radiología no tuvo falsos positivos, pero presentó un 6 % de informes dudosos; la citología presentó 2 falsos positivos. La combinación de las tres técnicas, por su complementariedad, ofrece los mejores resultados y debe ser recomendada.¹

Bibliografía

1. Azzarelli A, *et al.* Accuracy of breast cancer diagnosis by physical, radiologic and cytologic combined examinations. *Tumori*, 1983; 69: 137-141.
2. Gershon-Cohen J, *et al.* Roentgenography of fibroadenoma of the breast. *Radiology*, 1952; 59: 77-87.
3. Gross Ch. *Les Maladies du sein*. Paris, Masson & Cie; 1983.
4. Haajensen CD. *Diseases of the breast*. Filadelfia, WB Saunders; 1971.
5. Harris WG, *et al.* Autoexploración mamaria. *The Lancet*, Edición Española, 1985; 6: 290-291.
6. Koss LG. *Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases*. 3.^a edición. JB Lippincott Co. Philadelphia; 1979.
7. *The Lancet*, ed. esp., *Detección sistemática del cáncer de mama*. 1985; 7: 112-114.
8. Nichols GP. Ingredients of survival: Breast self examination. *Obst. Gynecol.*, 1985; 65: 295-296.
9. Schöndorf M. *Citología por aspiración de la mama*. Salvat Eds. Barcelona; 1979.
10. Velasco M., *et al.* Manifestaciones radiológicas del fibroadenoma de mama. *Análisis de 200 casos*. *Clin. Invest. Obstet. Ginec.*, 1985; 12: 211-251.
11. Vorherr H. *Breast Aspiration Biopsy*. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 1984; 148: 127-133.
12. Wollenberg NJ, *et al.* Fine Needle Aspiration Cytology of the breast. A Review of 321 cases with statistical evaluation. *Acta Cytol.*, 1985; 29: 425-428.
13. Zajicek J. *Aspiration Biopsy Cytology*. N.º 4 en la serie «*Monograph in Clinical Cytology*». S. Kasger Eds. Basel; 1974.