

Tratamiento médico de los macroquistes mamarios

A. Fernández-Cid

SUMMARY

We have studied, in two different series, 46 patients, with macrocysts, who underwent medical treatment. One series was treated with Danazol and the other with bromocriptina. The size of the cysts was echotomographically controlled before starting the treatment and after three months of treatment and we were able to observe the reduction of statistically significant diameters with better results for bromocriptina.

Palabras clave

Macroquistes mamarios, Mastopatía fibroquística.

Key words

Mammary macrocysts, Fibrocystic mastopathy.

Jefe de los Servicios del Instituto Dexeus. Vicepresidente de la Asociación Española de Senología y Patología Mamaria.

INTRODUCCION

La alta incidencia de la mastopatía fibroquística (MF) ha sido confirmada a través de exámenes mamarios postmortem en mujeres sin evidencia de patología mamaria.¹ La mayor frecuencia de MF incide entre los 35 y 49 años de edad, con un pico menor adicional entre los 25 y 29 años de edad, como demostraron en su estudio evolutivo Cole et al.²

El estradiol, la progesterona y otras hormonas han sido consideradas factores reguladores en el desarrollo mamario humano fisiológico.³ La prolactina también puede estar involucrada en la regulación de la glándula mamaria.^{4,5}

Se sospecha que en la etiología de la mama fibroquística existen factores hormonales. Mauvais-Jarvis y cols.⁴ propusieron que una alteración en el cociente estrógenos/progesterona podría ser un factor patogénico de la MF. La implicación de la prolactina en la fisiopatología de la MF aún es desconocida; en ocasiones se han encontrado cifras basales de prolactina sérica elevada,⁵ aunque también existe evidencia contraria, con determinaciones únicas de prolactina.^{6,7} Se han descrito trastornos en el ritmo circadiano de la prolactina en pacientes con MF.⁸

A pesar de no estar bien dilucidado el papel de la prolactina en la MF, se ha venido utilizando bromocriptina en el tratamiento de dicha patología, demostrando su

eficacia en el mejoramiento de los síntomas clínicos, principalmente la mastodinia (Fresnadillo y cols.⁹).

En este trabajo se ha realizado un estudio comparativo entre Parlodel® y Danazol para comprobar su eficacia en la reducción del tamaño de los quistes en la mama fibroquística a través de evaluación ecotomográfica.

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron 46 pacientes en edad fértil portadoras de mastopatía fibroquística diagnosticada por historia clínica y exploración física. Todas las pacientes eran portadoras al menos de un macroquiste de un diámetro mínimo de 5 mm. Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes con amenorrea o alguna alteración endocrina importante o con tratamientos concomitantes tales como diuréticos, gestágenos, contraceptivos orales o, por supuesto, cualquier fármaco capaz de alterar la secreción de prolactina.

Después de su admisión en el estudio, las pacientes fueron sometidas a una exploración física detallada y a todas se les practicó una ecotomografía para determinar el diámetro del macroquiste.

Las pacientes se clasificaron en dos grupos, las del primero, 31 pacientes recibieron bromocriptina (Parlodel®), iniciando el tratamiento con una dosis de 1,25 mg/día, incrementándose la posología hasta 5 mg/día,

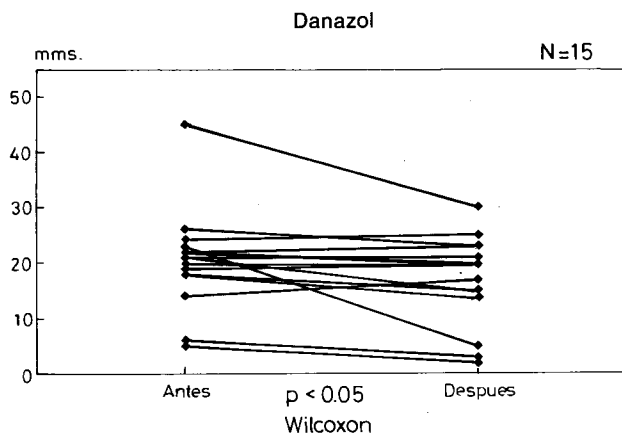


Fig. 1. Tamaño quistes mamarios antes y después del tratamiento con Danazol.

mantiéndose dicha dosis a lo largo de los 3 meses que duró el tratamiento, y el segundo grupo, formado por 15 pacientes, recibieron Danazol a dosis de 400 mg/día también durante 3 meses.

Al finalizar el tratamiento se practicó un nuevo estudio ecotomográfico a todas las pacientes.

Método estadístico

Se comprobó si las dos series de datos seguían una distribución de tipo normal que permitiese la aplicación de tests estadísticos paramétricos. Dicho análisis se llevó a cabo mediante la aplicación del test de Kolmogorov-Smirnoff.

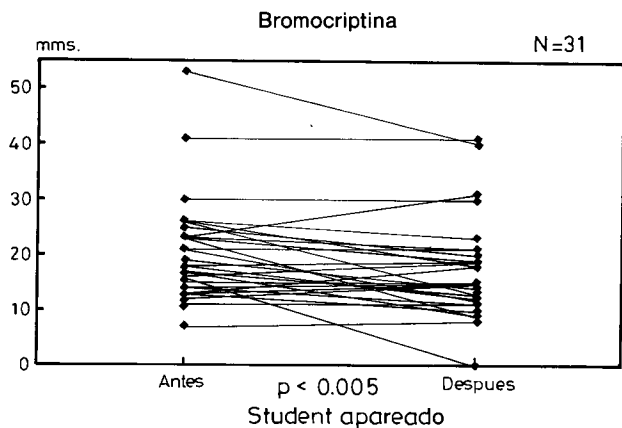
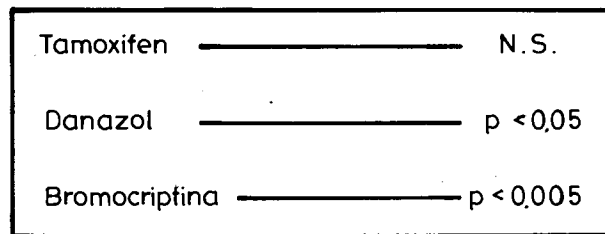


Fig. 2. Tamaño quistes mamarios antes y después del tratamiento con bromocriptina.



Inst. Dexeus: Barcelona A. Fernández-Cid.1988

Fig. 3. Tratamiento médico de los macroquistes mamarios.

La eficacia de cada tratamiento se comprobó mediante el test de Wilcoxon para datos apareados (Wilcoxon signed rank test) en el grupo tratado con Danazol y mediante el test de «t» de student para datos apareados en el caso el grupo tratado con bromocriptina (Parlodel®).

RESULTADOS

La media de edad de las pacientes que recibieron Parlodel era de 42,5 (40-47) años y de las que recibieron Danazol era de 40,1 (36-49) años.

La evolución de la eficacia del tratamiento se basó en la disminución del tamaño de los quistes.

La aplicación del test de Kolmogorov-Smirnoff rechazó la condición de normalidad para los datos del grupo tratado con Danazol. Asimismo, tampoco acepta la condición de normalidad para las diferencias antes y después del tratamiento del mismo grupo.

En el grupo tratado con Parlodel, el diámetro medio de los quistes antes del tratamiento fue de 20,2 mm y después del tratamiento de 17,2 mm. En el grupo tratado con Danazol el diámetro medio antes del tratamiento fue de 20,0 mm y después del tratamiento fue de 16,9 mm.

La eficacia del tratamiento con Danazol se comprobó mediante el test de Wilcoxon para datos apareados, poniendo de manifiesto una reducción significativa del tamaño de los quistes (u = 99, z = 2.215, pc = 0,05) (figura 1). El test de student apareado puso de manifiesto una reducción significativa del tamaño de los quistes (t = 3.082 con 3 gL; p < 0,005) en el grupo tratado con bromocriptina (fig. 2). En la figura 3 están expresadas las diferencias estadísticamente significativas de los distintos tratamientos.

No se observaron diferencias con respecto a la TA y frecuencia cardíaca, a lo largo del tratamiento.

DISCUSION

La eficacia del tratamiento con bromocriptina en la sintomatología clínica de la mastopatía fibroquística, principalmente en lo que se refiere a la mastalgia, ha sido comprobada por diversos autores,^{9,10} sugiriendo que aunque la etiopatogenia de la mastopatía fibroquística es aún confusa, parece evidente que la prolactina está implicada en ella.

Parlati y cols.¹¹ realizaron un ensayo a doble ciego para determinar la eficacia de la bromocriptina en comparación con placebo en el tratamiento de la mastopatía fibroquística, encontrando en el examen clínico una reducción del tamaño y consistencia de las lesiones mamarias de las pacientes que recibieron bromocriptina. Sin embargo, la ecografía de la mama y la termografía no mostraron apoyo en estos datos. El desacuerdo entre la respuesta clínica e instrumental fue justificado por los autores como debido a un escaso período de tiempo entre el primer y segundo control mamográfico.

En nuestro trabajo, aparte de encontrar una mejoría

clínica, se ha observado una disminución del tamaño de los quistes en ambos grupos de pacientes, aunque las mujeres tratadas con bromocriptina (Parlodel®) han presentado menos efectos secundarios y mejor tolerancia al tratamiento.

Aunque el papel de la prolactina en la fisiopatología de la MF aún no está resuelto, parece evidente que el tratamiento con un inhibidor de la misma (bromocriptina) produce un mejoramiento de la sintomatología y una reducción del tamaño de los quistes.

RESUMEN

Se estudian 46 pacientes con macroquistes que se someten a tratamiento médico, en dos series, con Danazol una y con bromocriptina otra. Se controlan las medidas de los quistes ecotomográficamente antes y después de 3 meses de tratamiento, observando una disminución de los diámetros estadísticamente significativos, con mejores resultados para la bromocriptina.

REFERENCIAS

1. Frantz VK, Pickren JW, Melcher GW, Auchincloss H (Jr). Incidence of chronic cystic disease in so-called normal breasts. A study based on 225 post-mortem examinations. *Cancer* 1951; 4: 762-738.
2. Cole P, Wlwood JM, Raplan SD. Incidence rates and risk factors of benign breast neoplasms. *Am J Epidemiol* 1978; 108: 112-120.
3. Porter JC. Hormonal regulation of breast development and activity. *J Invest Dermatol* 1974; 63-68.
4. Mauvais-Jarvis P, Rutten F, Mowsawicz I, Struk-Ware R. Mastopathies benignes: Etude hormonale chez 125 malades. *Nouv Presse Med* 1977; 6: 4115-4118.
5. Cole EN, Sellwood RA, England PC, Griffiths R. Serum prolactin concentrations in benign breast disease throughout the menstrual cycle. *Europ J Cancer* 1977; 13: 597-603.
6. Gorins A, Netter. La prolactine, son dosage radioimmuno-
7. Halarkey WB. Disorder nocturnal prolactin regulation in women with breast cancer. *Cancer Res* 1977; 37: 4650.
8. Farquini B, Cheri R, Romano SR, Costa A, Cagnoni M, Lee JR, Halberg F. Circadian variations of serum prolactin and TSH of women in health or with mammary carcinoma, fibroadenoma or fibrocystic mastopath. *Int J Chronobiol* 1980; 101: 15.
9. Fresnadillo A, Humet R, Lienas B. Mastopatía fibroquística. Efecto terapéutico de la bromocriptina comparada con un gestágeno. *Progr Obst Ginecol* 1985; 28: 563-567.
10. Dogliotti L, Mussa A. L'impiego di farmaci poprolattinemi-zanti nel trattamento delle lesione benigne della mammella. *J Endocr Invest* 1981; 4: 433-435.
11. Parlati E, Polinari U, Salvi G, Giorlandino C, Liberale I, Fiorella G, Dell'Acqua S. Bromocriptina en el tratamiento de la enfermedad mamaria benigna. *Acta Obstet Gynecol Scand* (ed esp) 1988; 1: 236-242.