

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL OAXACA

11226
19A
2Ej.

SECRECION POR PEZON EN MUJERES NULIGESTAS

AUTOR
DRA. LIGIA HERNANDEZ SILVA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR
DR. FELIX BUSTAMANTE LANDEROS
MEDICO FAMILIAR

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


DR. LEONEL ESPINOZA GUZMAN
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL H.G.Z. NO. 1 COM M.F. OAXACA.


DR. FELIX BUSTAMANTE LANDEROS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR


DR. FELIX BUSTAMANTE LANDEROS
ASESOR DE LA INVESTIGACION



JEFATURA DE ENS E INVEST.
H. G. Z. No. 1
Oaxaca, Oax.



C O N T E N I D O

I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODO	6
III. RESULTADOS	7
IV. ANALISIS DE RESULTADOS	9
V. CONCLUSIONES	10
VI. BIBLIOGRAFIA	11

I. INTRODUCCION

Las mamas empiezan a desarrollarse en la pubertad; este desarrollo es estimulado por los estrógenos de los ciclos menstruales que aceleran el desarrollo del estroma y del sistema de túbulos, además de facilitar el depósito de grasa que comunica su masa y forma a estos órganos. Sin embargo, cuando se produce un crecimiento considerable es durante el embarazo, y generalmente durante este estado se adapta el tejido glandular a la producción de leche (1).

La síntesis y secreción de leche es un proceso fisiológico del tejido mamario que ocurre en respuesta a un medio hormonal adecuado. Aunque se ha descrito un complejo hormonal galactopoyético, la prolactina desempeña el papel más importante en la inducción de la producción de leche (2).

La prolactina es una hormona de estructura polipeptídica sin contenido en carbohidratos, producida en la adenohipofisis por las células "cromóforas". El mecanismo celular de síntesis y secreción de prolactina está gobernado y modulado por múltiples factores, pero el principal, fisiológicamente hablando, es el sistema dopaminérgico, cualquier modificación que se registre en la secreción de prolactina se hace a través de cambios en la concentración intercelular de dopamina, de alteraciones moleculares en

los receptores de dopamina y por impulsos nerviosos que a su vez generan cambios en el sistema dopaminérgico. Aunque existen observaciones experimentales que muestran la participación de otros neurotransmisores como son la serotonina, GABA e histamina, esto parece ser más el resultado de una acción farmacológica que fisiológica. El hipotálamo ejerce una acción predominantemente frenadora sobre la producción de prolactina. Se ha observado que la sección del tallo hipofisiario se acompaña de galactorrea y se ha demostrado que ésta era debida a una hiperprolactinemia. Así se postuló la existencia de un "factor inhibidor de prolactina", no obstante, no se ha logrado revelar su estructura, por lo que se acepta que puede ser simplemente la dopamina (3).

El feto produce cantidades apreciables de prolactina desde la décima semana, la cual va en aumento progresivo conforme transcurre la gestación. En el momento del nacimiento la concentración de prolactina medida en el cordón umbilical es comparable a la que se encuentra en la circulación materna. La concentración de prolactina desciende rápidamente después del nacimiento y estos niveles muy bajos se mantienen el resto de la infancia. Al presentarse la pubertad se nota un incremento en la producción de prolactina y tal elevación es mayor en las niñas que en los niños; además, se puede demostrar en el sexo femenino una reserva cuando se prueba con agentes prolactinémicos. Tal diferencia se explica

como el resultado de la acción estimulante que tienen los estrógenos endógenos sobre la célula mamotrópica. Esta etapa coincide con el desarrollo mamario que se presenta durante la pubertad.

Aunque los múltiples estudios que se han realizado para conocer el perfil de secreción de prolactina durante el ciclo menstrual han dado resultados contradictorios, la mayor parte parece indicar que la concentración de prolactina no guarda relación con el ritmo de secreción de gonadotropinas y por consiguiente con la ovulación y el funcionamiento del cuerpo lúteo.

Experimentalmente se han provocado en forma aguda tanto elevaciones como supresiones de la secreción de prolactina, sin que esto tenga una expresión sobre el ciclo ovulatorio. En cambio, si se mantiene por largo tiempo un estado de hiperprolactinemia, se desequilibra la interrelación sincrónica hormonal que existe y es determinante del ciclo ovulatorio. Durante la gestación se producen cantidades progresivamente crecientes de prolactina que actúan sobre las glándulas mamarias y las preparan para el periodo de lactancia. Los estrógenos que se producen durante el embarazo actúan directamente sobre las células mamotrópicas y son los responsables de la síntesis de prolactina (4). Después del alumbramiento la concentración sanguínea de prolactina permanece elevada y simultáneamente se depuran los estrógenos; estos

como el resultado de la acción estimulante que tienen los estrógenos endógenos sobre la célula mamotrópica. Esta etapa coincide con el desarrollo mamario que se presenta durante la pubertad.

Aunque los múltiples estudios que se han realizado para conocer el perfil de secreción de prolactina durante el ciclo menstrual han dado resultados contradictorios, la mayor parte parece indicar que la concentración de prolactina no guarda relación con el ritmo de secreción de gonadotropinas y por consiguiente con la ovulación y el funcionamiento del cuerpo lúteo. Experimentalmente se han provocado en forma aguda tanto elevaciones como supresiones de la secreción de prolactina, sin que esto tenga una expresión sobre el ciclo ovulatorio. En cambio, si se mantiene por largo tiempo un estado de hiperprolactinemia, se desequilibra la interrelación sincrónica hormonal que existe y es determinante del ciclo ovulatorio. Durante la gestación se producen cantidades progresivamente crecientes de prolactina que actúan sobre la glándula mamaria y la preparan para el periodo de lactancia. Los estrógenos que se producen durante el embarazo actúan directamente sobre las células mamotrópicas y son los responsables de la síntesis de prolactina (4). Después del alumbramiento la concentración sanguínea de prolactina permanece elevada y simultáneamente se depuran los estrógenos; estos dos eventos desencadenan la producción de la leche además de la succión (5).

dos eventos desencadenan la producción de la leche (5). Por otra parte, cuando se succiona el pezón se libera la hormona hipotalámica oxitocina, ésta a su vez origina contracción de las células mioepiteliales que rodean los alveolos de las mamas haciendo que la secreción se vacíe a través de los pezones (6).

Se considera que la secreción por pezón también denominada telorrea, es un fenómeno normal si se presenta en mujeres multiparas o de edad mediana, en las que a la expresión del pezón o zona subareolar se puede producir una gota de substancia espesa y grisácea, pero no sería normal en las nuligestas en quienes sería indicación de alguna patología. Sin embargo, algunos autores consideran que la secreción inducida por masaje del pezón es por lo común inocua y sin significado patológico tanto en multiparas como en nuligestas (7).

Las causas de la secreción por pezón son diversas y están en relación con trastornos endocrinos, aumento de la sensibilidad del epitelio secretor, manipulación mamaria frecuente, enfermedad fibroquística de la mama, inflamación y dilatación de conductos, papiloma intraductal, uso de algunos medicamentos, etc. Existen escasos datos de la presencia de telorrea en mujeres nuligestas y su significación clínica, en las que su descubrimiento por autoexamen manual de mama, provoca preocupación y distintos

critérios de enfoque clínico por existir opiniones diversas sobre su significación patológica o no. Al no disponer de estadísticas y constituir materia de preocupación en algunas mujeres solteras que acuden a la consulta externa de medicina familiar y que refieren haber efectuado el hallazgo de secreción al autoexamen de la mama, en el presente estudio se determinará su frecuencia en nuestro medio, su relación con su edad, ciclo menstrual, actividad sexual prematrimonial, uso de medicamentos.

II. MATERIAL Y METODO

Recursos humanos: Un investigador responsable
Un investigador colaborador
Pacientes nuligestas solteras que acudan a la consulta externa de medicina familiar.

Recursos materiales: Consultorio de medicina familiar
Libreta de recolección de datos
Libros y revistas calificados.

Para el estudio se seleccionarán a las pacientes nuligestas solteras que acudan a la consulta externa de medicina familiar por cualquier causa de consulta, excepto galactorrea franca asociada a otros trastornos ginecológicos o endocrinológicos. Se les recabarán los siguientes datos: edad, etapa del ciclo menstrual, actividad sexual, uso de medicamentos en los últimos dos meses y estimulación de las mamas. Al mismo tiempo se practicará exploración de las mamas en busca de tumoraciones o anomalías, se practicará un masaje y expresión de las mis-

mas en busca de secreción. Dicha expresión se efectuará a nivel de la areola insistiendo con una suave presión repetida y dirigida hacia el pezón.

III. RESULTADOS

Se evaluaron 31 nuligestas solteras mediante la expresión leve del pezón de ambas mamas, se encontró que aproximadamente una tercera parte presentaba secreción, por lo que se puede considerar como frecuente. La edad es una variable importante, ya que a medida que se incrementa es más frecuente la presencia de secreción por pezón como a continuación se muestra:

CUADRO 1

SECRECIÓN POR PEZÓN EN NULIGESTAS SEGUN EDAD

Secreción	19-21		22-25		26- +		Total	
		%		%		%		%
No tiene	7	22.58	11	33.48	2	6.45	20	64.51
Si tiene	2	6.45	6	19.35	3	9.67	11	35.47
Total	9	29.03	17	54.83	5	16.12	31	99.98

En relación con la etapa del ciclo menstrual y la presencia de secreción, se encontró más frecuentemente en la segunda mitad del ciclo menstrual (cuadro 2). La secreción fué unilateral en 5 pacientes y bilateral en 6, no encontrándose diferencia en relación con la edad ni el ciclo menstrual.

CUADRO 2

SECRECIÓN POR PEZON EN MULIGESTAS
SEGUN CICLO MENSTRUAL

Secreción	Pre-mens	menst	Post-mens	mitad-cic	Total
	%	%	%	%	%
No tiene	6 19.35	1 3.25	3 9.67	10 32.25	20 64.50
Si tiene	6 19.35	1 3.25	0	4 12.9	11 35.50
Total	12 38.70	2 6.50	3 9.67	14 45.15	31 100.00

El tipo de secreción obtenida fué blanquesina predominante, en segundo lugar incolora y en tercer lugar amarillenta.

CUADRO 3

TIPO DE SECRECIÓN POR PEZON
EN MULIGESTAS SEGUN EDAD

Secreción					
	%	%	%	%	%
Blanquesina	2 11.76	5 29.41	3 17.64	10 58.81	
Incolora	1 5.88	3 17.64	1 5.88	5 29.40	
Amarillenta	0	1 5.88	1 5.88	2 11.76	
Total	3 17.64	9	5 29.40	17 99.97	

Se interrogó acerca de la actividad sexual en el grupo estudiado, obteniéndose los siguientes resultados:

CUADRO 4

VIDA SEXUAL ACTIVA EN MULIGESTAS
SOLTERAS SEGUN EDAD

Rel. Sex.	18-21	22-25	26- +	Total
	%	%	%	%
Si	1 3.25	4 12.9	3 9.67	8 25.80
No	2 6.45	9 29	1 3.25	12 38.70
No contesto	6 19.35	4 12.9	1 3.25	11 35.80
Total	9 29.05	17 54.8	5 16.17	31 100.00

En el siguiente cuadro mostramos la relación que existe entre la actividad sexual y la presencia de secreción:

CUADRO 5

VIDA SEXUAL ACTIVA EN RELACION CON SECRECION POR PEZON EN NULIGESTAS

	V.S.A. Secreción por pezón Total					
	SI		NO			
		%		%		%
Si	4	20	4	20	8	40
No	7	35	5	25	12	60
Total	11	55	9	45	20	100

IV. ANALISIS DE RESULTADOS

El presente estudio fue llevado a cabo con 31 mujeres nuligestas solteras que acudieron espontáneamente a la consulta externa de medicina familiar, por cualquier causa de consulta exceptuando padecimientos ginecológicos y endocrinológicos relacionados con la presencia de secreción por pezón. Entre los resultados obtenidos se encuentran los siguientes:

- a) la secreción por pezón en nuligestas solteras es un fenómeno frecuente que se presentó en el 35.5% de las mujeres examinadas y en las que a medida que incrementaba la edad, era más frecuente.
- b) La secreción se encontró unilateral en el 45.4% y bilateral en el 54.6% de las mujeres que presentaban secreción.
- c) la secreción fué blanquecina en el 58.81%, incolora en el

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29.40% y amarillenta en el 11.76% de los casos.

d) la secreción se encontró en cantidad escasa en el 87.09%, en cantidad moderada en el 12.9% de los casos.

e) todo el grupo estudiado negó la ingesta de medicamentos y contraceptivos orales en los dos meses anteriores al estudio.

f) la actividad sexual no demostró ser un factor determinante en la presencia de secreción por pezón.

V. CONCLUSIONES

Se concluye que la secreción por pezón en mujeres nuligestas solteras es un hecho frecuente que se presenta en nuestro medio, que aumenta con la edad y no tiene trascendencia patológica.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Cuyton, Arthur, Tratado de Fisiología Médica, Editorial Intera americana, México, 1977, 5a. Edición, pp. 1111-1113.
2. Malacara, Manuel, Fundamentos de Endocrinología Clínica, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1979, 3a. Edición, pp. 35-37.
3. Pepperell RJ. Prolactin and Reproduction. Fertil Steril 1981; 35:267.
4. Zárate A. Soria J, Canales ES. Prolactin. New Eng J. Med 1978; 109:215
5. Vemer HM, Rolland R. The dyanimes of prolactin secretion during the puerperium in women. Clin Endocrinol 1981; 15:155.
6. Aubert ML, Grumbach MM, Kaplan SL: The Ontogenesis of human fetal hormones. III Prolactin. J Clin Invest 1975; 56:155.
7. Bohnet HC, McNeilly AS. Prolactin: Assesment of its Role in the Human female. Horm metab res 1979; 533.