

11237

136
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
DR. FEDERICO GOMEZ

TESIS CON
FACULTAD DE MEDICINA

PATOLOGIA MAMARIA EN EDADE PEDIATRICA



DIVISION DE ENSEÑANZA
MEXICO D.F. OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A
DRA. JULIA BEATRIZ OROZCO MOLES

ASESOR: DRA. ENRIQUETA SUMANO A.

MEXICO D.F.

1992

Handwritten signature

Handwritten signature



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE:

Introducción	1
Patología mamaria	1
Justificación	11
Objetivo	11
Material y métodos	11
Resultados	12
Conclusiones	17
Sugerencias	18
Bibliografía	21

INDICE DE CUADROS:

Patología Mamaria Masculina

Ginecomastia I

Patología Mamaria Femenina

Mastopatía Fibroquística III

Neoplasias: Fibroadenomas V

Neoplasias: Fibroadenoma Juvenil VII

Neoplasias: Cystosarcoma Phylloides VIII

Asimetría Mamaria IX

Anomalías Congénitas X

INTRODUCCION:

Los problemas mamarios en edades pediátricas suelen ser un aspecto descuidado dentro de la atención pediátrica, no obstante, su presentación no es infrecuente y constituyen comúnmente problemas de diagnóstico y manejo para el médico, además del problema orgánico y psicológico que representan para el paciente.

Consideraciones fisiológicas.- El desarrollo del tejido mamario usualmente comienza durante la sexta semana de vida intrauterina produciéndose las líneas mamarias, que formarán los conductos y la glándula mamaria, y a partir del mesénquima circundante, se desarrollarán el tejido adiposo y fibroso. La areola se desarrolla en el quinto mes, y el pezón aparece poco antes del nacimiento (1). Los diferentes estadios en el desarrollo mamario femenino han sido clasificados por Tanner del I al V; su edad de presentación y el tiempo de duración de cada etapa, presenta mucha variación, usualmente inicia entre los 8 1/2 y 13 1/2 años, y su falta de presentación a los 14 años debe considerarse anormal (1, 2). Usualmente es el primer signo de desarrollo sexual secundario femenino. Su desarrollo es en ocasiones desigual en estadios tempranos.

PATOLOGIA MAMARIA:

Se puede agrupar de la forma siguiente:

A) ANOMALIAS CONGENITAS:

Pueden afectar la mama entera y tórax anterior o limitarse al tejido glandular o los pezones. Se mencionan: POLITELIA (pezones supernumerarios), que se presenta en un 2% de la población general, y puede desarrollarse a cualquier nivel a lo largo de la "línea mamaria". Ocasionalmente se ha encontrado asociación con anomalías de los sistemas cardiovascular y urológico. No siempre es fácilmente reconocida ya que simula verrugas; AMASTIA (ausencia de mama), ATELIA (ausencia de pezón), éstas últimas comúnmente asociadas a defectos de la pared torácica, como en el Síndrome de Poland. Otra anomalía - descrita, la constituye el PEZON BIFIDO (1, 2).

B) ASIMETRÍA MAMARIA:

La mayoría de las mujeres tiene algún grado de asimetría, y es sumamente frecuente en jóvenes entre los estadios Tanner II y IV (1), aunque tiende a ser menos marcada con el paso del tiempo, si la asimetría es notoria a pesar de que se haya presentado ya la menstruación, deberá estudiarse estrechamente (2). Comprende:

HIPOPLASIA, que constituye un grave daño psicológico, que puede obedecer a una falla de respuesta de órgano terminal, a un estímulo hormonal inadecuado, como en los casos de disgenesia gonadal, o a una falta de desarrollo del botón mamario (1, 2, 4), así como a traumatismos o cicatrices que lesionen el desarrollo en la juventud (6); y debe tomarse en cuenta la posibilidad de que sea secundaria a radiaciones (5). De los casos presentados, se ha estimado que un 25% persisten con asimetría mamaria en la etapa adulta. Los casos de hipoplasia bilateral deben ser siempre evaluados para descartar disfunción ovárica; en esta situación hay también falla de otros caracteres sexuales secundarios, siempre con amenorrea primaria (1, 2); **HIPERTROFIA**, que puede presentarse en la etapa neonatal, observándose en la primera semana de vida tanto en mujeres como en hombres, y parece ser debida a estímulo estrogénico materno, se encuentra incremento de la glándula, y menos frecuentemente, descarga a través del pezón. Usualmente desaparece en pocos días. La hipertrofia idiopática mamaria puede ocurrir en adolescentes o adultos, y cuando aparece en los primeros es llamada **VIRGINAL** o **JUVENIL**, pudiendo ser uni o bilateral, así como familiar. Las formas extremas llamadas **MACROMASTIA**, son raras. La historia usual de la hipertrofia virginal es un explosivo crecimiento de las mamas poco después de iniciada la telarca. Su causa es desconocida, pero se presume que se debe a un aumento de la sensibilidad del tejido al estímulo hormonal, o a una producción endógena de hormonas dentro de las células de la glándula (2), cursando frecuentemente con ortopnea, dolor lumbar, etc (9); por último, se menciona la **PSEUDOASIMETRÍA**, que corresponde a -

los casos en los que hay una falsa impresión de desigualdad mamaria, y que es debida a problemas como escoliosis o anomalías de la parrilla costal (1).

C) ATROFIA MAMARIA:

Ocasionalmente vista en adolescentes. La causa más común es la pérdida repentina de peso. Las mamas lucen arrugadas, blandas y péndulas (1, 2). También se observa en enfermedades crónicas.

D) MAMAS TUBEROSAS:

Existe una herniación aparente del tejido mamario dentro de la areola (Tipo I, más común) o la base es pequeña y más deficiente vertical que horizontalmente (Tipo II) (1).

E) DESARROLLO MAMARIO TEMPRANO:

Puede encontrarse cuando ocurre PUBERTAD PRECOZ, y se asocia con aparición de otros caracteres sexuales secundarios. Pero también puede corresponder a una TELARCA PRECOZ, lo cual se refiere al desarrollo mamario de los 8 a 8 1/2 años, sin otros datos de evidencia de pubertad. La edad usual de presentación es entre los 1 y 3 años. Los estudios de determinación hormonal (FSH, LH, TSH) son normales. Las citologías vaginales muestran la ausencia de efecto estrogénico. La regresión espontánea es la regla. Se piensa que representa una sensibilidad inusual del órgano terminal a muy bajos niveles de estrógenos circulantes (1, 2).

F) PROCESOS INFLAMATORIOS Y TRAUMATICOS:

Las lesiones inflamatorias de la mama son poco frecuentes. En la etapa neonatal se ha encontrado un incremento de infección de la glándula mamaria en los casos de Hiperplasia mamaria secundaria a estrógenos maternos. En estos pacientes la MASTITIS involucra la totalidad de la mama, y la septicemia puede ocurrir. La mastitis en la adolescencia usualmente se -

presenta durante la lactancia. Aproximadamente 2% de las mujeres embarazadas desarrollan tal problema, siendo una forma de mastopatía obstructiva, en la cual la estasis de leche en los conductos favorece la infección. Los casos no asociados a lactancia se dividen en periféricos, que se asocian frecuentemente a : traumatismos de la areola, anomalías de los conductos (como ectasias), e infecciones locales de la piel; y los subareolares, cuyo factor precipitante es difícil de determinar (30). Dentro de los gérmenes causales se enumeran principalmente: Staphylococcus aureus, E. Coli, Pseudomonas sp, Streptococcus Grupo B, y otros. El cuadro clínico consiste en un aumento súbito de volumen, eritema, y calor local; así como ataque al estado general (1, 2, 8, 9).

Los TRAUMATISMOS de la región podrán ir de lesiones superficiales (por ejemplo equimosis, escoriaciones), a grandes colecciones de sangre en el tejido mamario. Las contusiones se presentarán como masas firmes, pobremente delimitables. Los hematomas en cambio, se presentan como lesiones mejor definidas, siempre con equimosis en piel. Pueden tardar varios meses en resolverse, y dejar como secuela permanente una cicatriz tisular. La necrosis grasa es relativamente común, se presenta como una masa delimitable, firme, dolorosa y móvil (1, 2).

C) NEOPLASIAS MAMARIAS:

La gran mayoría corresponde a procesos benignos, y no raramente, reflejan meramente un área de respuesta glandular a la estimulación hormonal, por lo que la conducta suele ser expectante y no invasiva, con vigilancia periódica (1, 8, 9).

De las neoplasias mamarias en etapa pediátrica, menos del 1% corresponden a los problemas oncológicos de estas edades, y a menos del 0.1% de todos los casos de cáncer mamario (8).

El diagnóstico diferencial de las masas discretas primariamente incluye - Fibroadenomas y Mastopatía fibroquistica, ésta última es probablemente la

causa más común de masas en la adolescente.

FIBROADENOMAS:

Constituye el tipo más común de neoplasia, detectándose en un 70-95% de las lesiones biopsiadas de la adolescencia, según diversas series (1, 8, 9, 12, 26). La forma de presentación clínica es como la de una tumoración firme pero no dura, móvil, fácilmente delimitable, con crecimiento lento en varias semanas a meses, que puede ser de contorno regular o irregular. No se observa secreción a través del pezón. Generalmente es unilateral, pero hasta en un 25% de casos es bilateral o se presenta en forma múltiple; en estos casos la entidad es denominada Fibroadenomatosis (27). Puede localizarse en cualquier cuadrante, pero predomina en los superiores. Las principales edades de presentación en etapa pediátrica son de los 17 a 20 años. La regresión espontánea puede ocurrir (28), aunque también puede presentarse un incremento en el crecimiento durante el embarazo, atribuido a una sensibilidad estrogénica aumentada. Se han identificado receptores a esta hormona en la tumoración.

La conducta a seguir es inicialmente expectante, con vigilancia por un período de 4 a 6 meses. Si la lesión progresa, la excisión es recomendada. El diagnóstico diferencial debe hacerse con Mastopatía Fibroquística, Cystosarcoma Phylloides, Hiperplasia vaginal, entre otros.

FIBROADENOMA JUVENIL (GIGANTE):

Un tipo de fibroadenoma menos común, en el cual existe un rápido crecimiento tumoral, por definición, éste es mayor de 5 cm de diámetro y aumenta sus dimensiones al doble en tres a seis meses (1). Constituye cerca del 7% de los Fibroadenomas (20). La presentación característica es la de una tumoración dolorosa, de crecimiento acelerado, levemente firme (aunque de menor consistencia que el fibroadenoma clásico), móvil, y que puede asociarse a cambios en las características de la piel, como eritema, aspecto de piel de naranja, aumento de la vasculatura local (1, 13, 20). Algunas series reportan aparición de adenopatías cervicales o axilares (13). La posición concéntrica del

pezón y la areola ayuda a distinguirlo de la Hipertrofia virginal unilateral (lo más común), o bilateral. A pesar de su evolución simulando un proceso maligno, su curso es benigno. Debe hacerse un diagnóstico diferencial básicamente con Cystosarcoma Phylloides, que histológicamente se establece en base al incremento de celularidad, pleomorfismo y proliferación del estroma del segundo (9, 21). La recurrencia posterior a la extirpación quirúrgica es muy rara en los casos únicos y frecuente en los múltiples (20, 21).

CYSTOSARCOMA PHYLLOIDES:

Es una neoplasia poco frecuente, pero que constituye el tipo más común de -patología maligna en este grupo de edad. Es benigno en 85 a 95% de casos (1, 8, 9, 13, 14), aunque los casos malignos y fatales han sido reportados en diversas series, incluyendo un caso de metástasis a pulmón, parrilla, costal, y pared torácica (15). Puede haber recurrencia tras la excisión tanto en los casos benignos, como en los malignos (16). Dentro de los factores etiológicos mencionados están traumatismos, lactancia, y efecto estrogénico. Se ha asociado a una variedad de lesiones, como Tumor desmoide, Tumor de Brenner, Carcinoma mamario intraductal y otros. Puede aparecer a cualquier edad, y en las edades pediátricas se ha reportado incluso en pacientes prepúberes (1). Los hallazgos clínicos consisten en la presencia de una tumoración dolorosa, que presenta crecimiento lento inicial y que puede cursar posteriormente con un explosivo incremento de tamaño. Se asocia a cambios cutáneos, consistentes en aumento de vasculatura local, cambios en la coloración de la piel, ulceraciones, retracción, descarga a través del pezón. Puede presentarse en forma múltiple o bilateral.

El tamaño de las lesiones según la literatura varía de 1 a 45 cm. El 20% de -pacientes cursan con linfadenopatía local. Las formas que metastatizan lo hacen por vía hematógena, no linfática, el órgano blanco lo constituye el pulmón (1). Se ha clasificado en tres tipos histológicos; el benigno, en el cual adopta forma predominantemente quística, el intermedio, y el maligno, en el -que hay un marcado crecimiento del estroma, atipias nucleares, figuras mitóti-

cas, e infiltración a tejidos adyacentes (14, 16, 33). El diagnóstico diferencial incluye al Fibroadenoma gigante, Hiperplasia virginal, Lipomas, etc. **CANCER:**

Entidad muy rara en estas edades. Se han reportado casos en niños y adolescentes, incluyendo tan pequeños como de 3 y 5 años de edad. Dentro de los factores que incrementan el riesgo de cáncer mamario, se mencionan: una historia familiar positiva, que se detecta en aproximadamente 30% de los casos. Los hijos usualmente desarrollan el padecimiento 10 a 12 años antes que su madre. Se ha encontrado asociación con Síndromes como el de Cowden y Li Fraumeni. Dentro de los factores endocrinológicos, se menciona la exposición prolongada a estrógenos (como los casos de pubertad temprana, nulíparas); mencionando, por último, las radiaciones. No se ha demostrado asociación con Mastopatía fibroquistica. La forma de presentación es la de una tumoración dura, solitaria, de márgenes difíciles de delimitar, que puede asociarse a alteraciones cutáneas como edema (piel de naranja), involucreo del pezón, descarga a través del pezón, y linfadenopatía. Puede originarse de los lobulillos mamaros, o de los conductos. 50% de casos son de origen ductal. La forma histológica básica es la de adenocarcinoma. Parece ser menos agresivo que el del adulto (1, 2, 9, 10, 22).

H) MASTOPATIA FIBROQUISTICA:

Se han utilizado diferentes términos para describirla: Enfermedad fibroquistica, Mastitis crónica, Mastopatía y otros (1). Se caracteriza clínicamente por varios procesos incluyendo aumento de volumen mamario y pesantez en forma cíclica o no, aparición de nodulaciones o tumoraciones cíclicas o no, sensación de plenitud mamaria o mastalgia cíclicas o no; en ocasiones con aparición de quistes solitarios que son característicamente fluctuantes a la palpación, pero que pueden tornarse duros y confundirse con Fibroadenomas o eventualmente con procesos malignos (34).

Como factores etiológicos se han implicado los hormonales; parece que obedece

a un hiperestrogenismo relativo, debido a deficiencia en la actividad del cuerpo lúteo (1). La Mastopatía fibroquistica constituye según algunas series la primera causa de tumoraciones en la adolescencia, reportándose hasta en un 66% de casos (8, 17).

I) GALACTORREA:

El término se refiere a la presencia de descarga mamaria persistente no causada por el embarazo o lactancia (1). Las causas pueden ir desde trastornos tan serios como un tumor hipofisiario, o comparativamente sin importancia, como el efecto secundario a fármacos o estímulo físico (2). En la adolescencia, la mayoría de los casos son debidos a un incremento en la producción de prolactina por Hipófisis. Una causa también común obedece a lactancia tras un aborto electivo, especialmente durante la mitad del primer período. Dentro de los fármacos que se han asociado a esta entidad, se enumeran: las fenotiazinas, reserpina, antihistamínicos, diazepam, antidepresivos tricíclicos, anticonceptivos orales (18). Otra causa a considerar la constituye el Hipertiroidismo primario, ya que la TSH también estimula la producción de prolactina (2, 18).

J) GINECOMASTIA:

Denota el crecimiento glandular mamario en el varón, ocurriendo cuando hay una exposición a un decremento de la relación andrógenos/estrógenos (1, 19, 23, 29). Existen dos tipos: la PUBERAL, que se presenta comúnmente en adolescentes sanos, y la PATOLÓGICA, asociada a un trastorno subyacente de base. Puede confundirse con los casos de Lipomastia, que algunas veces se observan en pacientes obesos (19). Se presenta entre los 10 y 16 años, con un pico a los 14 años. Cerca de un 40% de adolescentes desarrollan ginecomastia transitoria (19, 29). La Ginecomastia puberal desaparece espontáneamente en cerca de 75% de casos dentro de un período de dos años, y en cerca de 90% dentro de tres años. Dentro de los factores etiológicos, debe decirse que en

los estadios tempranos de la pubertad, la hipófisis estimula a los testículos a secretar testosterona solo durante la noche, y conforme la pubertad avanza, los niveles tenderán a mantenerse altos también durante el día. En contraste, los estrógenos, que principalmente derivan de las glándulas - suprarrenales, mantienen niveles durante las 24 horas del día en la adolescencia temprana, y como consecuencia, existe una mayor exposición de la glándula mamaria a éstos, con efecto supresor de los andrógenos sobre su acción solo en las noches (19). Las características clínicas de la Ginecomastia son: en la Fisiológica o Puberal la glándula mamaria es usualmente menor de 4 cm de diámetro. El término de MACROGINECOMASTIA se refiere al crecimiento glandular similar a los estadios medios y finales de la mama femenina, y la dimensión se extiende más allá de los 5 cm de diámetro. Puede traducir un proceso fisiológico o patológico. Los caracteres sexuales masculinos preceden a la aparición de la ginecomastia (19). La Ginecomastia Patológica puede ser secundaria a diversos procesos:

Fármacos: Mencionándose como la causa más común a los antagonistas de la testosterona: ketoconazol, espironolactona, cimetidina y dilantin (19, 23, 31); y a otros como los Hormonales, incluyendo estrógenos, andrógenos, gonadotropina coriónica; los fármacos psicoactivos como los antidepresivos tricíclicos, diazepam, fenotiazinas; los agentes cardiovasculares como reserpina, metildopa, digital, bloqueadores de canales de calcio, amiodarona; los antifímicos como etionamida, HAIN; citotóxicos como busulfán, vincristina, procarbazona, ciclofosfamida; y otros como marihuana, heroína, anfetaminas y alcohol.

ENDOCRINOPATIAS: Hipogonadismo, Hipertiroidismo, desórdenes Adrenales (19, - 35).

Neoplasias: de tipo Hipofisiario, adrenal, testicular o hepático.

Enfermedades crónicas: hepáticas, renales, desnutrición, CUCI, SIDA.

Lesiones a Sistema Nervioso: como paroplegias, daño a nervios intercostales.

Familiares: que parecen corresponder a un trastorno recesivo ligado al cromosoma X (19).

Dentro de la evaluación clínica, debe recordarse obtener la Historia familiar a este problema, la historia de administración de fármacos, búsqueda de patología renal, hepáticas, tiroideas, hipofisaria, daño a pared torácica; y recordar que el crecimiento mamario antes del inicio de la pubertad requiere valoración endocrinológica completa (19, 31).

JUSTIFICACION:

Los problemas mamarios en niños y adolescentes son un aspecto descuidado - comúnmente dentro de la atención pediátrica, no obstante, su presentación no es infrecuente y suelen ser problemas de diagnóstico y manejo para el - médico, además del problema orgánico y psicológico que representan para el paciente.

Son pocos los estudios en la literatura a este respecto, y no existen publicaciones sobre los pacientes de nuestro Hospital sobre el tema, por lo que es conveniente realizar un estudio retrospectivo para ubicar el problema.

OBJETIVO:

Conocer la frecuencia, tipo, edades de presentación, cuadro clínico, manejo y evolución de la patología mamaria en niños y adolescentes que acuden al Hospital Infantil de México.

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo corresponde a un estudio retrospectivo. Se revisaron - 119 expedientes con diagnóstico de patología mamaria diversa y que acudieron al Hospital Infantil de México en el periodo comprendido de Enero de 1980 a Diciembre de 1990; 107 reunieron los requisitos solicitados para el estudio.

La recolección de datos se hizo acorde a un formato conteniendo los siguientes tópicos:

- a) Sexo
- b) edad
- c) motivo de consulta
- d) tiempo de evolución
- e) diagnóstico
- f) cuadro clínico y patologías agregadas.
- g) tratamiento
- h) evolución

RESULTADOS:

De los 107 expedientes, se encontró que cuarenta y tres (40%) de los pacientes fueron del sexo masculino, y sesenta y cuatro (60%) del femenino; las edades oscilaron para el primero de 11 a 18 años, y para el segundo de 5 a 19 años. Las patologías encontradas por sexo por orden de frecuencia correspondieron a:

HOMBRES

1. Ginecomastia: cuarenta y dos casos (98%).
2. Quiste mamario: un caso (2%).

MUJERES

1. Mastopatía fibroquística: veintidós casos (33%).
2. Neoplasias: veintidós casos (33%).
3. Asimetría mamaria: siete casos (11%).
4. Mastopatía fibroquística y neoplasia: cinco casos (8%).
5. Anomalías congénitas: cuatro casos (6%).
6. Inflamaciones y traumatismos: dos casos (3%).
7. Desarrollo mamario temprano: un caso (1.5%).
8. Mastopatía fibroquística e hipertrofia mamaria: un caso (1.5%).
9. No clasificados: dos casos (3%).

Los casos no clasificados correspondieron a telarca unilateral y a una tumoración mamaria no especificada.

Se estudió cada patología por sexo, dividiéndose en grupos de edades de 0 a 5, 6 a 10, 11 a 15 y 16 a 19 años.

La Ginecomastia se presentó en los grupos de edades de 11-15 años en 39 de los pacientes (93%) y de 16-19 años en tres casos (7%). El tiempo de evolución fué menor a 6 meses en 27 de los casos (64%), y de 7 meses a un año en 9 casos (21%), y mayor a un año en 6 (14%). El motivo de consulta principal correspondió a crecimiento mamario en 98% de los casos y a mastalgia

en 2%. La localización fué bilateral en 19 casos (45%), en mama derecha en 14 casos (33%), y en mama izquierda en 9 casos (21%). Se encontró como -patología agregada en tres casos obesidad (7%); uno de los pacientes habia sido sometido a orquidopexia a los 8 años (2%). La evolución correspondió a remisión dentro de los siguientes seis meses para seis casos (14%), en -siete a dieciocho meses en cinco casos (12%), y de diecinueve a treinta y seis meses en seis pacientes (14%). Veinte pacientes no volvieron después de las primeras citas (48%). Cinco de los pacientes fueron manejados quirúrgicamente (12%), el resto de pacientes sólo fueron vigilados.

A ninguno se le administró tratamiento farmacológico. (Cuadros 1 y 2).

El caso del Quiste mamario se reportó en un adolescente de 14 años, cuyo motivo de consulta fué la presencia de una tumoración mamaria de cuatro -años de evolución, con cuadro de crecimiento gradual sin otra sintomatología, detectando una masa irregular, blanda, con salida de material seroso por pezón y mejoría clínica tras lo anterior. El tratamiento recibido consistió en drenaje y antibióticoterapia, con evolución adecuada.

En el sexo femenino, la Mastopatía fibroquistica se presentó en los grupos de edades de 11-15 años en 13 casos (62%) y de 16-19 años en ocho casos - (38%). El motivo de consulta fué presencia de tumoraciones mamarias en 17 casos (81%), y mastalgia en cuatro (19%). El tiempo de evolución fué inferior a seis meses en 12 pacientes (57%), de siete a doce meses en cinco (24%), y mayor a doce meses en tres (14%). Se desconocía en un caso (5%). La localización fué bilateral en siete (35%), en mama derecha en cuatro (19%) y nueve en mama izquierda (43%). No se precisó en un caso (5%). Los cuadrantes afectados fueron: primero, el Superior externo (CSE) en nueve casos - (43%), Inferior externo (CIE) en tres (14%), en todos los cuadrantes tres (14%), Superior interno (CSI) en dos (10%). No se precisó en cuatro casos (19%). En dos de las pacientes se asoció a secreción sanguinolenta intermitente a través del pezón (10%). Se encontró asociación con obesidad en tres pacientes (14%), y trastornos menstruales en una paciente (5%). Hubo mejo-

ría al tratamiento médico (analgésicos, antiinflamatorios, crioterapia) en seis casos (28%), falta de respuesta en tres pacientes (14%), y no volvieron a seguimiento once pacientes (52%). No se precisa evolución en una paciente (5%). Hubo relación de la sintomatología con los ciclos menstruales en cuatro de las pacientes (19%). La detección fué realizada en la mayoría de los casos por la misma paciente (95%). (Cuadros 3 y 4).

Las Neoplasias encontradas correspondieron a Fibroadenomas en diecinueve casos (90%), Fibroadenoma juvenil en una paciente (5%), y Cystosarcoma phylloides en un caso (5%). El motivo de consulta en la totalidad de casos fué la presencia de tumoración mamaria. Para los Fibroadenomas, el principal grupo de edad afectado correspondió al de 11-15 años, con trece casos (68%), y se presentaron seis casos en el grupo de 16-19 años (32%). El tiempo de evolución fué inferior a seis meses en once casos (58%), de siete a doce meses en cuatro (21%), y mayor a un año en tres (16%); no se especificó en un caso (5%). La mama más afectada fué la izquierda en nueve casos (47%), seguida de la derecha en ocho (42%). La afección fué bilateral en un caso (5%) y no se especifica en otro (5%). El cuadrante más afectado fué el CSE en diez casos (52%), seguido del CSI en cuatro (21%), y del CIE en dos (10%), subareolar en uno (5%). El CII fué afectado en un caso (5%); no se precisaron cuadrantes en un caso (5%). Se encontró asociación con trastornos menstruales en dos casos (10%), y obesidad en uno (5%). Se instituyó tratamiento quirúrgico a ocho de las pacientes (42%) ya fuera por el tamaño inicial del tumor o por crecimiento progresivo, y se mantuvo conducta expectante en las once restantes (58%). Uno de los casos presentó reaparición de la tumoración tras la cirugía. 95% de los casos fueron detectados por la propia paciente y la mayoría de Fibroadenomas tenían dimensión igual o inferior a 3 cm de diámetro al momento de su valoración (47%), entre 4 y 6 cm 38% y de 7 o más cm 10%. En 5% de casos no se precisó. (Cuadros 5 y 6).

El Fibroadenoma juvenil se presentó en el grupo de edad de 11-15 años, con un tiempo de evolución inferior a seis meses, presentando localización —

subareolar en mama izquierda, sin cursar con patologías agregadas. Tuvo un diámetro mayor a 7 cm a su valoración inicial. Presentó buena respuesta al tratamiento quirúrgico. (Cuadro 7).

El Cystosarcoma phylloides se presentó en una paciente de doce años, con un tiempo de evolución menor a seis meses; bilateral, afectando el CSE de una mama y la porción subareolar de otra, con un diámetro superior a 7 cm a su detección, recibiendo tratamiento quirúrgico consistente en mastectomía bilateral y colocación de prótesis, evolucionando tórpidamente, con recidivas. (Cuadro 8).

Se encontró asociación de Fibroadenomas con Mastopatía fibroquistica en cinco de las pacientes, cuatro casos en el grupo de edad de 11-15 años (80%) y uno en el de 16-19 años. El único dato interesante a consignar es que tres de los casos fueron tratados quirúrgicamente en base a la asociación de la Mastopatía con neoplasias con un diámetro mayor o igual a 7 cm.

No se reportó ningún caso de cáncer mamario.

Los casos de Asimetría mamaria fueron divididos en los tipos de Hipoplasia Hipertrofia y Pseudoasimetría. Fueron referidos en siete pacientes. Hubo dos casos de Hipoplasia, el grupo de edad fué 11-15 años, el motivo de consulta fué falta de desarrollo mamario, afectando en un caso la mama derecha, y en otro, la izquierda. En uno se encontró como patología de base una Enfermedad de Romberg y no se instituyó tratamiento, presentando el caso no asociado a Romberg evolución adecuada tras tratamiento hormonal.

Hubo tres casos de Hipertrofia, en el grupo de edad de 11-15 años, presentando la totalidad como motivo de consulta tumoración mamaria, con un tiempo de evolución para dos de menos de seis meses (67%) y en uno de siete a doce meses (33%), caracterizados por crecimiento acelerado mamario, con localización en mama derecha en dos casos (67%) y bilateral en uno (33%), - instituyendo tratamiento quirúrgico en dos casos tras diagnóstico inicial de Fibroadenoma y no volviendo a valoración uno de ellos, éste último caso tuvo asociación con Mastopatía fibroquistica bilateral.

Dos casos fueron catalogados como Pseudoasimetría, ambos con motivo de consulta correspondiente a aumento unilateral de volumen mamario, afectando en un caso la mama derecha (50%), y en otro, la izquierda (50%). En uno de los casos se detectó asimetría de la caja torácica, y en otro una asimetría fisiológica atribuida a variaciones normales del desarrollo mamario. En ninguno de los casos se instituyó tratamiento. (Cuadro 9). Las Anomalías congénitas se detectaron en el grupo de edad de 11-15 años en un caso (25%) y en el 16-19 años en tres (75%). Hubo dos casos de Politelia, presentando el primero como motivo de consulta una "verruca", y el otro correspondiente a un hallazgo médico. La localización correspondió para un caso a la línea mamaria izquierda, siendo único el pezón supernumerario, y para el otro, ambas líneas. No se instituyó tratamiento. Los otros dos casos correspondieron a Amastia, detectando el problema posterior al inicio de la pubertad, por falta de crecimiento mamario. Un caso se localizó a mama izquierda, y el otro a la derecha. Uno de los casos fue manejado quirúrgicamente (amputación mamaria), y el otro no volvió a control. (Cuadro 10).

Los problemas Inflamatorios y traumáticos se presentaron en dos de las pacientes, en el grupo de edad de 11-15 años. Ambos casos correspondieron a Mastitis, con un tiempo de evolución inferior a 7 días, y un cuadro caracterizado por mastalgia. No se refirió ningún factor causal desencadenante aparente. Ambos evolucionaron satisfactoriamente con la terapéutica antimicrobiana. La mama afectada en los dos casos fue la derecha. Hubo un caso con desarrollo mamario temprano, en una paciente de 5 años de edad, con un cuadro de seis meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen mamario bilateral. No hubo seguimiento ulterior.

CONCLUSIONES:

La patología mamaria en edades pediátricas es poco conocida, existiendo escasas referencias de ella, esto probablemente sea debido a que la patología neoplásica maligna es excepcional; sin embargo la que se presenta, aunque es generalmente benigna debe ser identificada para evitar la iatrogenia.

En la presente revisión se encontró que la patología más frecuente para el sexo masculino fué la Ginecomastia, detectándose en el 98% de los pacientes revisados, la mayoría correspondieron al grupo de edad de 11-15 años, acorde a las series revisadas (19, 23, 29). Hubo un alto porcentaje de abandono al seguimiento (48%), lo que parece indicarnos la necesidad de dar al adolescente una explicación amplia y detallada acerca de este problema, pues como pudo advertirse a la revisión de las notas de valoración psicológica, la mayoría de los pacientes deseaban un tratamiento quirúrgico, por lo cual la conducta expectante decidida en la mayoría de los casos, pudo haberlos desalentado, cabe mencionar no obstante, que uno de los pacientes desertó posterior a plantearsele el manejo quirúrgico.

Las patología más frecuentes para el sexo femenino, correspondieron en igual frecuencia, primeramente a Mastopatía fibroquistica y a Neoplasias. Si contamos a la primera dentro del grupo de las neoplasias, como en algunas series revisadas (8), sería la principal causa de masas mamarias en etapa pediátrica: 56% de los casos, correspondiendo a lo reportado en la literatura. Tomando las Neoplasias en forma separada, la primera causa es, y coincidiendo con las revisiones (1, 8, 9, 12, 26), el Fibroadenoma. La localización principal como ya se ha mencionado, es en mama izquierda en el CSE. Los grupos de edad más afectados encontrados en este trabajo, fueron de los 11-15 años, observándose en pacientes más jóvenes que lo referido en la literatura (17 a 20 años), posiblemente explicable porque las pacientes de 18 o más años son canalizadas a otros hospitales para su manejo.

Los Fibroadenomas juveniles se presentaron con una frecuencia similar a lo reportado en la literatura, 5% en nuestra serie, contra 7-10% en otras (20, 1).

Se reportó un caso de Cystosarcoma phylloides, el cual al momento ha evolucionado trópidamente, con recidivas, habiendo sido la paciente sometida a dos intervenciones quirúrgicas hasta la fecha, y sin evidencia de metástasis. La presentación corresponde a 4.5% del total de masas estudiadas, correspondiendo a lo reportado en la literatura (1, 8, 9).

No hubo ningún caso de cáncer mamario, coincidiendo con la baja incidencia referida en las revisiones, inferior al 1% (8, 20).

De todas las patologías mamarias en el sexo femenino, 75% correspondieron a masas (incluyendo la Mastopatía fibroquística), lo cual resalta la importancia de fomentar la autoexploración, pues ha de mencionarse que en más del 90% de casos la tumoración fué detectada por la propia paciente, un porcentaje similar a lo referido en la literatura (2, 3); y será una forma de preparar a la adolescente para la vida adulta, en que el cáncer de mama es una patología frecuente.

Los estudios paraclínicos como mamografías están contraindicados en edades pediátricas, dada la densidad mamaria en esta etapa, y por tratarse de un tejido en desarrollo; por lo que la palpación mamaria es un recurso básico (3, 24).

El manejo conservador debe preferirse, recordando la baja incidencia de malignidad en estas edades, por lo que deberán valorarse en forma juiciosa los procedimientos quirúrgicos. El diagnóstico diferencial de las masas discretas deberá incluir primeramente, a la Mastopatía fibroquística y Fibroadenomas. La conducta inicial para éstos últimos casos ha de ser expectante por un período aproximado de 6 meses, recordando que la regresión espontánea puede ocurrir, y que el manejo no invasivo evitará daño a un tejido mamario en formación. Debe darse a la paciente una orientación adecuada acerca de su padecimiento, pues la mayoría referían un gran temor a cursar con un evento maligno.

Las masas de rápido crecimiento deberán orientar a Fibroadenoma juvenil o Cystosarcoma phylloides, así como a Hiperplasia virginal.

Los casos de Asimetría mamaria fueron divididos como se ha mencionado previamente, en Hipoplasia, Hipertrofia y Pseudoasimetría. En el primer caso, hubo una incidencia de 28%, en uno se encontró como trastorno subyacente - Enfermedad de Romberg, y en otro no hubo un factor desencadenante aparente. Los casos de Hipertrofia correspondieron al 43%, dos de las pacientes fueron sometidas a cirugía tras el diagnóstico inicial de Fibroadenoma (en los casos de presentación unilateral). Los casos de pseudoasimetría correspondieron al 28%. En todas las pacientes con asimetría mamaria existía vergüenza y gran preocupación por su problema, lo que sacaremos en conclusión es - la importancia de ofrecer corrección a un problema ocasionador de graves - traumas psicológicos por lo que el cirujano plástico adquiere un papel primordial (6, 1).

Las anomalías congénitas se encontraron en 6% de los casos, 50% correspondientes a Politelia, y 50% a Amastia, presentando una frecuencia similar a lo descrito en diversas series (1, 2, 4).

Los procesos inflamatorios fueron infrecuentes (3%), lo cual concuerda con lo reportado en la literatura. No hubo un factor desencadenante aparente dentro de los mencionados (trauma, lactancia, infecciones locales de la piel, etc). No se realizaron estudios microbiológicos para detección del agente - causal.

Se ha intentado en el presente trabajo mostrar un panorama general sobre la patología mamaria en etapa pediátrica, ya que ha sido un aspecto descuidado dentro de la atención médica, y no existía un trabajo similar en los - pacientes de nuestro Hospital.

Debe recalcararse la importancia que éstos problemas pueden generar psicológica y orgánicamente al paciente, por lo cual es obligación del Pediatra conocerlos para su mejor manejo y resolución.

ESTA TESTIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUGERENCIAS:

- Incluir siempre en edades pediátricas como parte de la exploración física la región mamaria.
- En las edades puberales deberá darse información en la consulta médica sobre los cambios puberales.
- En los últimos estadios puberales femeninos deberá fomentarse la auto-exploración mamaria.
- Están contraindicadas las mamografías en la edad puberal por tratarse de un tejido en desarrollo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Greynanus D: Breast disorders in children and adolescent. *Ped Clin North Am* 36(3): 601-35, 1989.
2. Dewhurst T: Breast disorders in children and adolescent. *Ped Clin North Am* 28(2): 287-308, 1981.
3. Hein K: Self detection of a breast mass in adolescent females. *J Adolesc Health care* 3: 15-7, 1982.
4. Kopans DB: Asymmetric breast tissue. *Radiology* 171: 639-43, 1989.
5. Furst CJ: Breast hypoplasia following irradiation of the female breast in infancy and early childhood. *Acta Oncol* 28: 519-23, 1989.
6. Horton E: The unilateral hypoplastic breast. *Br J Plast Surg* 23: 161, 1970.
7. Homer M: Asymmetric breast tissue. *Radiology* 173(2): 577, 1989.
8. Diehl T: Breast masses in adolescent females. *J Adolesc Health care* 6: 353-7, 1985.
9. Bayer B: Mammary masses in the adolescent females. *Surg Gynecol Obstet* 165: 63-5, 1987.
10. Divit RW: Breast carcinoma in children. *JAMA* 195(5): 144-6, 1966.
11. Turbey WJ: The surgical management of pediatric breast masses. *Pediatrics* 56: 736-9, 1975.
12. Ligon R: Breast masses in young women. *Am J Surg* 140: 779-82, 1980.
13. Ashikari R: Fibroadenomas in the breast of juveniles. *Surg Gynecol Obstet* 132: 259-62, 1971.
14. Amerson R: Cystosarcoma phylloides in adolescent females. A report of seven patients. *Ann Surg* 171(6): 849-56, 1975.
15. Hoover H: Metastatic Cystosarcoma phylloides in an adolescent girl, an - unusually malignant tumor. *Ann Surg* 181(3): 279-82, 1975.
16. Briggs R: Cystosarcoma phylloides in adolescent females patients. *Am J Surg* 146: 712-4, 1983.
17. Meyer EC: Vitamin E and benign breast disease. *Surgery* 107(5): 549-51, 1990.

18. Cavanaugh RB: Detecting galactorrhea in adolescent girls. Clin Ped (Phil) 22: 718, 1983.
19. Mahoney C: Adolescent gynecomastia. Differential diagnosis and management. Ped Clin North Am 37(6): 1389-1401, 1990.
20. Beckman CH: Juvenile adenofibromas. A case report. J Reprod Med 35(4): 422-4, 1990.
21. Pike AM: Juvenile (cellular) adenofibromas. Am J Surg Pathol 9: 730, - 1985.
22. Casteels VD: Nipple discharge in children and adolescent: an irritating cause. Clin Ped Jan: 53, 1990.
23. Hernández V: Ginecomastia puberal. Bol Med Hosp Infant Mex 46(3): 175-9, 1989.
24. Ciatto S: The role of mamography in women under 30. Radiol Med (Torino) 80(5): 676-8, 1990.
25. Seltzer MH: Diseases of the breast in young women. Surg Gynecol Obstet 150: 360-2, 1980.
26. Daniel WA: Tumors of the breast in adolescent females. Pediatrics 41: 743-9, 1968.
27. Bryant: Unilateral breast enlargement in adolescent. Am Surg 38: 560-2, 1972.
28. Kern WH: Retrogression of fibroadenomas of the breast. Am J Surg 126: 59-62, 1973.
29. Nydick M: Gynecomastis in adolescent boys. JAMA 178(5):449-54, 1961.
30. Ekland DA: Abscess in the nonlactating breast. Arch Surg 107: 398-401, 1973.
31. The patogenesis of gynecomastia. Adv Intern Med 25: 1-3, 1980.
32. Byrne MP: Breast cancer with axillary metastasis in an eight and one half years old girl. Cancer 31: 726, 1973.
33. Lester J: Cystosarcoma Phylloides. Cancer 7: 335-53, 1954.

34. Greenblatt RB: Fibrocystic disease of the breast. Clin Obstet Gynecol 25: 365-71, 1982.
35. Hochberg Z: Mineralocorticoids in the mechanism of gynecomastia in adrenal hyperplasia caused by 11 β -Hydroxylase deficiency. J Ped 118(2): 258-60, 1991.

PATOLOGIA MAMARIA MASCULINA
GINECOMASTIA

CUADRO 1

EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	TIEMPO DE EVOLUCION		
		0-6/12	7-12/12	>12/12
11 a 15 años	Crecimiento mamario: 38 (90%) Mastalgia: 1 (2%)	27 (64%)	6 (14%)	6 (14%)
16 a 19 años	Crecimiento mamario: 3 (7%)		3 (7%)	

CUADRO 2

PATOLOGIA MAMARIA MASCULINA

GINECOMASTIA (continuación)

EDAD	LOCALIZACION			EVOLUCION				TRATAMIENTO	
	MD	MI	BIL	Involución 6/12	Involución 7-18/12	Involución 19-36/12	No volvió	QX	CONSERVADOR
11 a 15 años	13 (31%)	8 (19%)	18 (43%)	6 (14%)	5 (12%)	6 (14%)	18 (43%)	5 (12%)	34 (81%)
16 a 19 años	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)			1 (2%)	2 (5%)		3 (7%)

CUADRO 3

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

MASTOPATIA FIBROQUISTICA

EDAD	MOTIVO CONSULTA	TIEMPO EVOLUCION				LOCALIZACION			
		0-6/12	7-12/12	>12/12	?	MD	MI	BIL.	?
11-15 a	Tumoraciones	9 (42%)	3 (14%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (19%)	3 (14%)	5 (24%)	1 (5%)
	11 (52%)								
	Mastalgia								
	2 (9%)								
16-19 a	Tumoraciones		6 (29%)	2 (9%)		6 (29%)	2 (9%)		
	6 (29%)								
	Mastalgia								
	2 (9%)								

CUADRO 4

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

MASTOPATIA FIBROQUISTICA (continuación)

EDAD	EVOLUCION				TRATAMIENTO	
	Mejoría con tx	No mejoría	No vuelve	?	Qx	Conservador
11-15 a	4 (19%)	2 (9%)	6 (29%)	1 (5%)	1 (5%)	12 (57%)
16-19 a	2 (9%)	1 (5%)	5 (24%)			8 (38%)

* Tratamiento quirúrgico por diagnóstico inicial de Fibroadenoma

CUADRO 5

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

NEOPLASIAS: FIBROADENOMAS

EDAD	MOTIVO CONSULTA	TIEMPO EVOLUCION				LOCALIZACION			
		0-6/12	7-12/12	>12/12	?	MD	MI	BIL	?
11-15	Tumoración 13 (68%)	8 (42%)	2 (10%)	3 (16%)		7 (37%)	5 (26%)		1 (5%)
16-19	Tumoración 6 (32%)	3 (16%)	2 (10%)		1 (5%)	1 (5%)	4 (21%)	1 (5%)	

CUADRO 6

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

NEOPLASIAS: FIBROADENOMAS (continuación)

EDAD	EVOLUCION			TRATAMIENTO	
	Remisión espontánea	Remisión quirúrgica	No vuelve	Qx	Conservador
11-15 a	3 (16%)	6 (31%)	4 (21%)	6 (31%)	7 (37%)
16-19 a	1 (5%)	2 (10%)	3 (16%)	2 (10%)	4 (21%)

CUADRO 7

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

NEOPLASIAS: FIBROADENOMA JUVENIL

EDAD	MOTIVO CONSULTA	TIEMPO EVOLUCION			LOCALIZACION			EVOLUCION			TRATAMIENTO	
		0-6/12	7-12/12	>12/12	MD	MI	HL	Remisión espont.	Remisión qx	Recidiva trés qx	Qx	Conservador
11-15 a	Tumoración +	+				+			+		+	

CUADRO 8

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

NEOPLASIAS: CYSTOSARCOMA PHYLLOIDES

EDAD	MOTIVO CONSULTA	TIEMPO EVOLUCION			LOCALIZACION			EVOLUCION			TRATAMIENTO	
		0-6/12	7-12/12	>12/12	MD	MI	HEL	Remisión espont.	Remisión qx	Recidiva trás qx	Qx	Conservador
11-15 a	Tumoración +	+					+			+	+	

CUADRO 9

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

ASIMETRIA MAMARIA

TIPO	EDAD	MOTIVO CONSULTA	TIEMPO EVOLUCION			LOCALIZACION			TRATAMIENTO	
			0-6/12	7-12/12	>12/12	MD	MI	HL	CK	CONSERVADOR
Hipoplasia	11-15 a	falta desarrollo mamario: 2		1	1	1	1			2
Hipertrofia	11-15 a	aumento volumen mamario: 3	2	1		2		1	2	1
Pseudasimetría	6-10 a	aumento volumen mamario: 1			1		1			1
	11-15 a	aumento volumen mamario: 1	1			1				1

PATOLOGIA MAMARIA FEMENINA

CUADRO 10

ANOMALIAS CONGENITAS

TIPO	EDAD	MOTIVO CONSULTA	TIEMPO EVOLUCION			LOCALIZACION			TRATAMIENTO	
			Detección nacimiento	Detección pubertad	Hallazgo médico	MD	MI	BIL	QX	CONSERVADOR
Politelia	11-15 a	"verruca"	1				1			1
	16-19 a	dismenorrea			1			1		1
Amastia	16-19 a	falta desarrollo mamario: 2		2		1	1		1	1