

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

125

**TRASTORNOS MAMARIOS MAS FRECUENTES
EN LA ADOLESCENCIA, SERVICIO DE
MEDICINA DEL ADOLESCENTE
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"**



SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

2000

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A :
DRA. SANDRA ISABEL NUÑEZ BARRERA



ASESORES:
DRA. ELIZABETH VELARDE JURADO
DRA. RUTH HERNANDEZ MOTE

MEXICO, D.F.

2000

286183



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ "

TEMA:

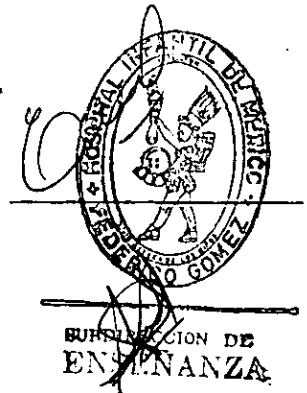
TRASTORNOS MAMARIOS MAS FRECUENTES EN LA
ADOLESCENCIA, SERVICIO DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO" FEDERICO GOMEZ".

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
PEDIATRIA MEDICA
PRESENTA:
DRA. SANDRA ISABEL NUÑEZ BARRERA

ASESORES:

DRA. ELIZABETH VELARDE JURADO.
MEDICO ADSCRITO AL DEPTO.
DE PSIQUIATRIA Y MEDICINA DEL
ADOLESCENTE.

DRA. RUTH HERNANDEZ MOTE.
MEDICO ADSCRITO AL DEPTO.
DE PATOLOGIA CLINICA Y EXPERI-
MENTAL.



MEXICO, D.F. 1999

2000

INDICE

1. ANTECEDENTES	1
1.1 VARIACIONES BENIGNAS COMUNES	6
1.2 PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA	7
1.3 PATOLOGIA MAMARIA MALIGNA	15
1.4 DIAGNOSTICO	15
1.5 TRATAMIENTO	18
2. JUSTIFICACION	25
3. OBJETIVO PRINCIPAL	25
4. OBJETIVOS SECUNDARIOS	26
5. HIPOTESIS	26
6. MATERIAL Y METODOS	26
6.1 POBLACION	26
6.2 CRITERIOS DE SELECCION	27
6.3 VARIABLES UNIVERSALES	27
6.4 VARIABLES A ESTUDIAR	27
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSION Y CONCLUSION	48
9. BIBLIOGRAFIA	55
10. ANEXOS	59



SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

ANTECEDENTES:

LA INQUIETUD ACERCA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS SON COMUNES EN LA ADOLESCENCIA, DEBIDO A QUE EXISTEN TEMORES SUBYACENTES ACERCA DEL ATRACTIVO FISICO, LA IDENTIDAD SEXUAL, LO CUAL EMERGE DEL HECHO DE SER NORMAL, ASOCIANDOSE LA ANSIEDAD DEL ADOLESCENTE (1).

LA ADOLESCENCIA SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OCURRE EN EL SEGUNDO DECENIO DE LA VIDA, ENTRE LOS 10-19 AÑOS DE EDAD, EXISTIENDO UNA DIFERENCIA ENTRE ADOLESCENCIA TEMPRANA (DE 10-14 AÑOS) Y ADOLESCENCIA TARDIA (15-19 AÑOS).(2)

LA ADOLESCENCIA ES UN PERIODO DE TRANSICION. LOS DESAFIOS QUE AFRONTA EL ADOLESCENTE COMUN SE CONSIDERAN TAREAS DEL DESARROLLO. ESTAS INCLUYEN CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS RELACIONADOS CON LA PUBERTAD Y LA INTEGRACION DE UNA MADUREZ SEXUAL, EN UN ESTUDIO PERSONAL DE COMPORTAMIENTO, ALEJAMIENTO PROGRESIVO DE LOS PADRES Y FAMILIA, EL ESTABLECIMIENTO DE UNA IDENTIDAD INDIVIDUAL ENRIQUECIDA Y EL DESARROLLO DE POTENCIALES A FUTURO.

LA MEDICINA DEL ADOLESCENTE DEBE SER INCLUIDA COMO UN MODULO EN EL PREGRADO EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA, EN

DONDE SE ENSEÑARIA LO BASICO DE LA HISTORIA CLINICA, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ASPECTOS PSICOSOCIALES, DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN LO BIOLÓGICO Y SOCIAL ADEMÁS DE QUE SE PROPORCIONARAN ESTILOS DE VIDA SANA. DEBE INCLUIRSE EN LAS ESPECIALIDADES DE PEDIATRIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y EN MEDICINA INTERNA(1).

LA MAMA ES UNA GLANDULA APOCRINA, FORMA PARTE DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS, DURANTE SU ETAPA EMBRIONARIA COMIENZA CON SUS MANIFESTACIONES EN LA QUINTA SEMANA DE GESTACION, FORMANDOSE UN REPLIEGUE EMBRIONARIO DEL ECTODERMO ("LINEA MAMARIA"), DESAPARECIENDO POCO A POCO, PRESENTANDO FINALMENTE UN SEGMENTO TORACICO. ES UN DERIVADO CUTANEO ALTAMENTE ESPECIALIZADO QUE PROVIENE DE LAS GLANDULAS SUDORIPARAS MODIFICADAS.(3)

LOCALIZADA EN LA MITAD SUPERIOR DE LA PARED TORACICA, CONSTITUIDA DE 12 A 20 LOBULOS CONICOS, CON BASE A NIVEL DE PARRILLA COSTAL Y VERTICE SITUADO CERCA DE AREOLA Y PEZON. FORMADA DE LOBULILLOS Y NUMEROSOS CONDUCTOS EXCRETORES PRINCIPALES, LOS CUALES SE UNEN Y FORMAN UN CONDUCTO PRINCIPAL QUE DRENA UN LOBULO, LOS CONDUCTOS PRINCIPALES SE ENSANCHAN Y FORMAN UNA AMPULA AL ALCANZAR EL PEZON. SOSTENIDO POR TEJIDO ADIPOSO EL CUAL

DA FORMA Y VOLUMEN. TIENE BANDAS QUE SE EXTIENDEN DEL TEJIDO MAMARIO AL TEJIDO SUBCUTANEO Y A DERMIS, DENOMINADAS "LIGAMENTOS DE COOPER" QUE LA SOSTIENEN EN UNA POSICION ERECTA. EN AREOLA HAY UNA GRAN CANTIDAD DE NODULOS EN LA PIEL (GLANDULAS SEBACEAS DE MONTGOMERY) (4).

LA IRRIGACION POR ARTERIA AXILAR, CON UNA RAMA ACROMIOTORACICA, RAMA PECTORAL, LA CUAL IRRIGA LA PARTE INTERNA DE LA GLANDULA. LA ARTERIA MAMARIA INTERNA, ENVIA RAMAS PERFORANTES EN CUADRANTES INTERNOS Y AL PECTORAL MAYOR Y MENOR. LA ARTERIA MAMARIA EXTERNA IRRIGA LA MITAD EXTERNA Y BORDE EXTERNO DEL MUSCULO PECTORAL MAYOR (4).

EL DRENAJE VENOSO DADO POR VENAS AXILARES QUE SE DIRIGEN A LA MAMARIA INTERNA, A PLEXO VENOSO VERTEBRAL Y A VENA CAVA SUPERIOR ADEMAS DEL SISTEMA ACIGOS.

EL DRENAJE LINFATICO DADO POR EL SUPERFICIAL O PLEXO LINFATICO CUTANEO Y EL DRENAJE PARENQUIMATOSO O PROFUNDO DE SAPEY. INERVADA POR RAMAS CUTANEAS EXTERNAS DE D4-D5, NERVIO DORSAL ANCHO Y NERVIO SERRATO MAYOR (4).

LOS ESTROGENOS SON EL PRINCIPAL ESTIMULO PARA EL DESARROLLO EN LA PUBERTAD Y ESTIMULAN LA PROLIFERACION

DEL EPITELIO DUCTAL. LA PROGESTERONA DETERMINA EL CRECIMIENTO DEL SISTEMA ALVEOLAR Y LA PROLACTINA ESTIMULA EL CRECIMIENTO ESTRUCTURAL ADEMÁS DE LA DIFERENCIACIÓN SECRETORAL. EL DESARROLLO DE RECEPTORES PARA ESTROGENOS NO SUCEDE EN AUSENCIA DE PROLACTINA. PARA QUE OCURRA LA DIFERENCIACIÓN TOTAL Y COMPLETA DE LA MAMA SE NECESITA DE LOS EFECTOS DE OTRAS HORMONAS COMO: INSULINA, CORTISOL, TIROXINA Y HORMONA DEL CRECIMIENTO (4).

LA GLANDULA MAMARIA MASCULINA ES SIMILAR EN ESTRUCTURA A LA FEMENINA INCLUIDOS LOS CONDUCTOS GALACTOFOROS DESDE EL DESARROLLO EMBRIONARIO HASTA LA PUBERTAD, LOS CAMBIOS POSPUBERALES SON LEVES A MENOS QUE UN DESEQUILIBRIO HORMONAL PROVOQUE HIPERTROFIA DENOMINADA GINECOMASTIA (4).

LA EVALUACION DE LAS ALTERACIONES MAMARIAS COMPRENDE:

1.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: INTERROGANDO INTENCIONADAMENTE ACERCA DE ALTERACIONES MAMARIAS EN FAMILIARES FEMENINOS DIRECTOS (MADRE, HERMANAS, TIAS Y ABUELA), LA EDAD DE PRESENTACION DE LA PATOLOGIA.

2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: INTERROGANDO ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS, CIRUGIAS, TRAUMATISMOS, ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y USO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTEN DIRECTAMENTE A LA GLANDULA MAMARIA.

3.- PADECIMIENTO ACTUAL: VALORANDO PRESENTACION DEL CUADRO, TIEMPO DE EVOLUCION, SINTOMATOLOGIA AGREGADA.

4.- EXPLORACION FISICA: A) **INSPECCION**: VALORAR ESCALA DE MADUREZ SEXUAL (TANNER), CARACTERISTICAS DE LA PIEL, SIMETRIA MAMARIA, TAMAÑO MAMARIO, FORMA, INGURGITACION VENOSA. B) **PALPACION**: VALORAR PRESENCIA DE MASAS, TAMAÑO, LOCALIZACION, CUADRANTE AFECTADO, CONSISTENCIA, CARACTERISTICAS DE TEJIDO MAMARIO CIRCUNDANTE. AL REALIZAR LA EXPLORACION MAMARIA SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE TODAS LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA TIENEN UNA MAMA CON TEXTURA NODULAR QUE REPRESENTAN LOS LOBULOS MAMARIOS. EL EXAMEN SE DEBE REALIZAR EN LA PRIMERA FASE DEL CICLO MENSTRUAL Y LOS HALLAZGOS SE DEBEN DIAGRAMAR EN LA HISTORIA CLINICA (5).

LA AUTOEXPLORACION MAMARIA PERMITE AL ADOLESCENTE FAMILIARIZARSE CON LAS CARACTERISTICAS MAMARIAS NORMALES, RECONOCIENDO ANORMALIDADES Y CREANDO UN

HABITO DE AUTOEXPLORACION. ESTE PROVOCA EN OCASIONES ANSIEDAD DEPENDIENDO DE LA EDAD DEL PACIENTE, CON UN COSTO BENEFICIO MUY BAJO, SIENDO INDICADO POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD COMO UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA Y COMO MEDIDA PUBLICA, PROMOCIONANDO LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD (6,7,8).

LA PATOLOGIA MAMARIA SE HA CLASIFICADO PARA SU ESTUDIO EN:

1.- VARIACIONES MAMARIAS BENIGNAS.

2.- PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA.

3.- PATOLOGIA MAMARIA MALIGNA(8,9).

1.- VARIACIONES BENIGNAS COMUNES:

SON ENTIDADES QUE SE PRESENTAN POR ALTERACIONES GENETICAS Y ANATOMICAS PRINCIPALMENTE.

ATELIA Ausencia del pezón, asociada a otras deformidades de la pared torácica.

POLITELIA: pezones supernumerarios, localizados en cualquier trayecto de línea láctea, de axila a muslo, más frecuentemente a nivel axilar, llegando a presentar tejido mamario aberrante. Patología común con incidencia del 0.2 a 0.5%

HIPOMASTIA: tamaño mamario pequeño, determinado por herencia.

●
MACROMASTIA: hiperplasia mamaria hereditaria asociado a dolor mamario o dorsal, problemas posturales e intensa angustia psicológica.

HIPERTROFIA VIRGINAL: crecimiento explosivo o súbito de mamas secundario a hipersensibilidad del órgano blanco a niveles hormonales normales. se presenta de forma bilateral, unilateral o segmentaria.

ASIMETRIA: ritmo desigual de desarrollo mamario durante la pubertad, ocasionado por hemihipertrofia corporal generalizada o por una glándula sub o sobredesarrollada. Presentándose en el 25% de las mujeres

●
EXCORIACION DEL PEZON: por excesiva fricción, con múltiples diagnósticos diferenciales dermatológicos (puede ser ocasionada por manipuleo del juego sexual).

VELLO AREOLAR: es perceptible, hereditario, benigno (1,3,8,9).

PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA:

●
PATOLOGIA RELATIVAMENTE COMUN EN LA ADOLESCENCIA. SE HAN REALIZADO MULTIPLES ESTUDIOS LOS CUALES REPORTAN QUE LA LESION MAS COMUN ES EL FIBROADENOMA (63%) SEGUIDO DE ENFERMEDAD FIBROQUISTICA MAMARIA (18.5%) PAPILOMA INTRADUCTAL, ABCESOS, HIPERPLASIA, CISTOSARCOMA PHYLLOIDES ETC. (3,4,5,10,11).

LAS ALTERACIONES MAMARIAS SE HAN CLASIFICADO DE ACUERDO A LOVE EN LAS SIGUIENTES CATEGORIAS:

- 1.- DOLOR FISIOLÓGICO.
- 2.- MASTALGIA CICLICA Y NO CICLICA.
- 3.- NODULOS.
- 4.- MASAS MAMARIA: FIBROADENOMAS, QUISTES, ETC.
- 5.- DESCARGA POR PEZON.
- 6.- INFECCIONES E INFLAMACION.(10)

1.-DOLOR MAMARIO:

ES FISIOLÓGICO. SE POSTULA HIPERSENSIBILIDAD A NIVELES HORMONALES NORMALES POR PARTE DE ORGANO BLANCO. SE PUEDE PRESENTAR ANORMALIDAD EN EL METABOLISMO LIPIDICO, MEDIDADO POR PROLACTINA. EL CUADRO CLASICO CONSISTE EN TUMEFACCION, HIPERSENSIBILIDAD E INGURGITACION MAMARIA , LO CUAL INICIA EN FASE LUTEINICA, CON PICOS PREVIOS AL SANGRADO MENSTRUAL (11).

2.- MASTALGIA CICLICA , NO CICLICA Y DOLOR TORACICO:

MASTALGIA CICLICA: SE RELACIONA CON LA FASE LUTEINICA DEL CICLO MENSTRUAL, CON PICO EN DIAS PREVIOS A MENSTRUACION. RESUELVE DESPUES DEL COMIENZO DEL FLUJO MENSTRUAL. ES BENIGNO Y AUTOLIMITADO.

MASTALGIA NO CICLICA: AFECTA EN EL MISMO SITIO, BILATERAL, EN CUADRANTE SUPEROEXTERNO, SIN RELACIONARSE CON CICLO MENSTRUAL.

DOLOR TORACICO: SECUNDARIO A ALTERACIONES OSTEOCONDRALES Y RADICULARES, UNILATERAL EN EL 92% DE LOS CASOS, LOCALIZADO EN LA PARTE LATERAL DEL TORAX, SIN PRESENTAR NODULARIDAD MAMARIA (8,9,12,13).

3.-NODULOS MAMARIOS:

SCANLON DEFINE A ESTOS COMO CAMBIOS FIBROQUISTICOS, CON MASAS MAMARIAS PALPABLES, DOLOR, SENSIBILIDAD AUMENTADA, FLUCTUANTES EN CICLOS MENSTRUALES, DISMINUYEN POSTERIOR A SANGRADO MENSTRUAL. SE PRESENTAN EN EL 50% DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (10 A 25AÑOS). ETIOLOGIA DESCONOCIDA, PROBABLEMENTE SECUNDARIA A UN DESEQUILIBRIO ENTRE ESTROGENOS Y PROGESTERONA, LOS PRIMEROS ESTIMULAN UNA PROLIFERACION DEL TEJIDO MAMARIO INCLUYENDO LOS DUCTOS ALVEOLARES Y ESTROMA. LA PROGESTERONA DETIENE LA PROLIFERACION, DISMINUYENDO LA DIFERENCIACION EPITELIAL Y REDUCIENDO LAS MITOSIS. HAY ALTOS NIVELES DE ESTRADIOL, PROVOCANDO PROLIFERACION EPITELIAL CON OBSTRUCCION DE CONDUCTOS, PRESENCIA DE MATERIAL SECRETORIO Y FORMACION DE QUISTES. LA CAUSA MAS COMUN DE MASAS DOLOROSAS. LAS MANIFESTACIONES CLINICAS

SON MASA UNICA, DOLOROSA, LISA, ESPONJOSA Y MOVIL (8,9,14,15,16).

4.- MASAS MAMARIAS:

FIBROADENOMA:

TUMOR MAMARIO MAS COMUN, REPRESENTA EL 60 AL 90% DE LAS LESIONES MAMARIAS EN ESTUDIOS DE BIOPSIA DE ADOLESCENTES. SE PRODUCE POR LA ACCION DE ESTROGENOS SOBRE EL ESTROMA MAMARIO, AUMENTANDO LA CELULARIDAD DEL ESTROMA, FIBROSIS E HIPERPLASIA DEL EPITELIO.

EL RANGO DE TAMAÑO ES DE 1CMS A 10 CM O MAS, CON TAMAÑO PROMEDIO DE 2-3CMS. DE APARIENCIA GRUESA, FIRME, NODULAR, CONSISTENCIA DE CAUCHO, LOCALIZADO LA MAYOR PARTE EN EL CUADRANTE SUPERO EXTERNO DE LA GLANDULA, UNICO O MULTIPLE(8,9,17,18).

FIBROADENOMA GIGANTE :

ES POCO COMUN OBSERVARLO, PRESENTANDOSE EN 1.1% DE LA POBLACION SEGUN LA REVISION HECHA POR NEINSTEIN EN 1994, EN ADOLESCENTES JOVENES DE RAZA NEGRA. MASA ASIMETRICA, RAPIDAMENTE PROGRESIVA, CON TAMAÑO MAYOR DE 5 CMS, FIRME MOVIBLE, OVAL O REDONDO, CON SUPERFICIE LISA ASOCIADO A DILATACION SUPERFICIAL DE VENAS (8,9,17,18).

5.-DESCARGA A TRAVES DEL PEZON:

SE PRESENTA EN ALGUNAS PATOLOGIAS MAMARIAS, POR LO QUE SE PUEDE UTILIZAR PARA REALIZAR UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

TIPO DE DESCARGA	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
LECHE	GALACTORREA
VISCOSA , MULTICOLOR	ECTASIA DUCTAL
PURULENTA	MASTITIS
ACUOSA	PAPILOMA CANCER
SEROSA SANGUINOLENTA	PAPILOMA INTRADUCTAL,
CANCER, ECTASIA DUCTAL.	

A) GALACTORREA PRIMARIA:

REPRESENTA ANTECEDENTES DE EMBARAZO RECIENTE, ABORTO, LACTANCIA MATERNA.

B) GALACTORREA SECUNDARIA:

SU PRESENCIA ESTA CONTROLADA POR PROLACTINA HIPOFISIARIA, INFLUENCIADA POR FACTORES LIBERADORES O INHIBIDORES. SE PRESENTA EN ADENOMAS PITUITARIOS O HIPOTIROIDISMO, UTILIZACION DE DROGAS: FENOTIACINAS, CONTRACEPTIVOS ORALES, RESERPINA, ESPIRONOLACTONA Y ESTROGENOS. LA PRESENCIA DE HIPOTIROIDISMO ES FACTOR DE LIBERACION DE PROLACTINA, AL IGUAL QUE LA MANIPULACION DEL PEZON, TROTE, SOPORTE CON MULETAS, ESTRES PSICOGENO SEVERO Y TUMORES GERMINALES.

SE PRESENTA DE FORMA BILATERAL O UNILATERAL, AL REALIZAR PRESION FIRME SOBRE EL PEZON, CON HIPERSENSIBILIDAD MAMARIA.

LOS TUBERCULOS DE MONTGOMERY PUEDEN PRODUCIR DESCARGA POR INCREMENTO DE LA PRODUCCION DE GLANDULAS SEBACEAS Y CONDUCTOS GALACTOFOROS (8,9,19).

6.- INFLAMACION E INFECCION:

ABSCESOS MAMARIOS:

CELULITIS SECUNDARIA A INTRODUCCION DE BACTERIAS DE LA PIEL AL SISTEMA INTRADUCTAL DURANTE INFECCIONES CUTANEAS, TRAUMATISMOS, QUISTES EPIDERMICOS Y ALTERACIONES DURANTE EL JUEGO SEXUAL. SE ASOCIA A LACTANCIA. REPORTANDOSE POR NEINSTEN EN UN 3.7% DE LAS PACIENTES, SIENDO SIMILAR AL ESTUDIO DE DIEHL Y KAPLAN. CARACTERIZADOS POR MASA DOLOROSA, FLUCTUANTE, CON ERITEMA EN PIEL. LOS GERMENES MAS COMUNES SON *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aureginosa*, *Streptococcusb hemolítico* y ANAEROBIOS (1,8,9,20).

MASTITIS:

FRECUENTE EN EL MOMENTO DE LA LACTANCIA POR ABRASION DEL PEZON, PROVOCANDO INFECCION DE DUCTOS LACTIFEROS CON LA CONSIGUIENTE ESTASIS DE LECHE, LO CUAL PROVOCA DOLOR, AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD, INDURACION Y FIEBRE. SIENDO EL GERMEN MAS FRECUENTE *Staphylococcus aureus* (1,8,9,20).

ECTASIA DUCTAL:

PROVOCA DILATACION DE CONDUCTOS CON INFLAMACION SECUNDARIA Y PROLIFERACION BACTERIANA, AFECTANDO FRECUENTEMENTE A PACIENTES MAYORES DE 36 AÑOS. SIEMPRE EN UNA PATOLOGIA POR INFLAMACION O INFECCION SE DEBE DESCARTAR LA PRESENCIA DE HEMATOMAS, CONTUSIONES, NECROSIS GRASA Y FLEBITIS (8,9).

GINECOMASTIA:

ES EL DESARROLLO MAMARIO PALPABLE EN EL VARON. CONSIDERADA PATOLOGIA BENIGNA POR UN DESEQUILIBRIO HORMONAL TRANSITORIO DE ESTROGENOS BIOLOGICAMENTE ACTIVOS CON SENSIBILIDAD AUMENTADA DE ORGANO BLANCO. SE PRESENTA EN VARONES DE 12 A 14 AÑOS, CON MASAS MAMARIAS UNILATERALES, ENTRE 2-3 cm. LA EVALUACION DEBE DIFERENCIAR PROCESOS PUBERALES NORMALES.

SE DIVIDE EN DOS TIPOS:

TIPO I: PUBERAL, EN PACIENTES CON ESTADIO DE MADUREZ SEXUAL (SEGUN TANNER) III A IV, CON UNA INCIDENCIA DEL 38.7%, PICO MAXIMO A LOS 14 AÑOS (64.5%). SE CARACTERIZA POR UNA FORMA DOLOROSA, FIRME, DISCOIDE, MASA RETROAREOLAR, DE 3 cm. RESUELVE ESPONTANEAMENTE DOS AÑOS DESPUES DE SU PRESENTACION.

TIPO II: FORMA GENERALIZADA, SE PRESENTA EN PACIENTES CON TANNER IV O MAS, EN ESTA FORMA ES IMPORTANTE VALORAR LA HISTORIA FAMILIAR, OBESIDAD, USO DE MEDICAMENTOS, DURACION E HISTORIA DE PATOLOGIAS SISTEMICAS (1,8,9,20,21).

LA GINECOMASTIA DE COMIENZO TARDIO O PERSISTENTE PUEDE SER INDUCIDA POR UNA GRAN VARIEDAD DE MEDICAMENTOS O POR TUMORES SECRETORES DE HORMONAS U OTRAS CAUSAS ENDOCRINAS.

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INCLUYE GINECOMASTIA PUBERAL TRANSITORIA, GINECOMASTIA FISIOLÓGICA PERSISTENTE E INDUCIDA POR DROGAS, TEJIDO ADIPOSEO, TUMORES PRODUCTORES DE HORMONAS, HEPATOPATIAS, TRASTORNOS TIROIDEOS, NEFROPATIA Y SX. DE KLINEFELTER (21).

PATOLOGIA MAMARIA MALIGNA:

POCO FRECUENTE EN LOS ADOLESCENTES, EN MENOS DEL 1% DE TODAS LAS ADOLESCENTES, SE PRESENTA EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. EL CARCINOMA DUCTAL ES EL MAS COMUN (50%) (1,8,9). EL RESTO PERTENECE A CARCINOMAS SECRETORES, CISTOSARCOMA PHYLLOIDES MALIGNO, SARCOMAS METASTASICOS Y TUMORES QUE SON EL RESULTADO DE PATOLOGIAS SISTEMICAS INCLUYENDO LINFOMAS, LEUCEMIA Y MIELOMA MULTIPLE. ADEMAS DE QUE SE PRESENTAN COMO SEGUNDAS NEOPLASIAS POSTERIOR A LAS RADIACIONES DE OTROS TUMORES (17,22,23).

DIAGNOSTICO:-

LA EVALUACION DE MASAS MAMARIAS EN ADOLESCENTES ES UN PROBLEMA DEBIDO A QUE SE DEBE REALIZAR EL DIAGNOSTICO CON ESTUDIOS NO INVASIVOS.

EL TRIPLE TEST: EXAMEN MAMARIO, MAMOGRAFIA Y ASPIRACION POR AGUJA FINA ES UN METODO DESARROLLADO DESDE 1970, OBSERVANDOSE UNA ALTA SENSIBILIDAD CON LOS TRES ELEMENTOS . TIENEN UNA SENSIBILIDAD DEL 100% PARA PATOLOGIA MALIGNA Y UN 100% SENSIBILIDAD PARA PATOLOGIA BENIGNA. EL ELEMENTO MAS PRODUCTIVO, CON SENSIBILIDAD DEL 95-96% ES LA CITOLOGIA POR ASPIRACION DE AGUJA FINA (24).

EXAMEN MAMARIO:

SE HA RECOMENDADO LA AUTOEXAMINACION EN LAS ADOLESCENTES TENIENDO COMO OBJETIVOS:

- 1.- EL FAMILIARIZARSE CON LAS CARACTERISTICAS MAMARIAS Y EL RECONOCIMIENTO DE ANORMALIDADES.
- 2.- ESTABLECER POR TIEMPO INDEFINIDO LA PRACTICA DEL MISMO PARA RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE PATOLOGIA (6,8,9).

ULTRASONIDO Y MAMOGRAFIA:

LA MAMOGRAFIA SE ENCUENTRA CONTRAINDICADA DEBIDO A LA DENSIDAD DEL TEJIDO MAMARIO DEL ADOLESCENTE POR LO CUAL ES INSENSIBLE CON RANGOS DE DETECCIONES MENORES DEL 37%.

EL USO DE ULTRASONOGRAFIA PARA EVALUAR LESIONES MAMARIAS TIENE LA IMPOSIBILIDAD DE DIFERENCIAR LESIONES MALIGNAS DE BENIGNAS. SATUREN REFIERE QUE PUEDE MOSTRAR LESIONES QUE PUEDEN SER MALIGNAS POR ALGUNAS CARACTERISTICAS ULTRASONOGRAFICAS AYUDA A DETERMINAR SI LA MASA ES SOLIDA O QUISTICA, EN UN 100%, PERO NO DISTINGUE DE FORMA ADECUADA UNA MASA BENIGNA DE MALIGNA. BRAND EN SU ESTUDIO REFIERE QUE EL ULTRASONIDO TIENE UNA ALTA SENSIBILIDAD, PERO UNA BAJA ESPECIFICIDAD DEBIDO A QUE DA FALSOS POSITIVOS. PUEDE SER UTILIZADA PARA GUIAR EL DRENAJE DE UN ABSCESO O QUISTES (24).

ASPIRACION POR AGUJA FINA:

LA ASPIRACION POR AGUJA FINA EN LA EVALUACION DE MASAS MAMARIAS SE ENCUENTRA BIEN ESTABLECIDA EN LA LITERATURA Y EN LA PRACTICA CLINICA EN ADULTOS, PERO EN ADOLESCENTES NO SE ENCUENTRA SUFICIENTEMENTE ESTUDIADA, ESTA OFRECE UN RAPIDO Y SENSIBLE DIAGNOSTICO, COMPARADO CON EL COSTO BENEFICIO, SE HAN REALIZADO ALGUNOS ESTUDIOS EN ADOLESCENTES PERO NINGUNO TIENE LA SUFICIENTE EXPERIENCIA PARA HABLAR DE FNA (ASPIRACION CON AGUJA FINA).

SU TECNICA ES FACIL, RAPIDA Y ALTAMENTE PRECISA. LA FNA SE REALIZA CON ANESTESIA LOCAL O GENERAL, DEPENDIENDO DE LA ANSIEDAD DE LA PACIENTE, CADA LESION SE ASPIRA DE UNA A 5 OCASIONES, CON AGUJAS DE 21-25 mm , CON JERINGAS DE 10 - 20 mL. EN LESIONES DE 1-5 cm, Y POSTERIORMENTE SE ENVIAN A CITOLOGIA (26).

TRATAMIENTO:

ASPECTOS GENERALES:

EDUCACION:

LA PRIMERA LINEA DE MANEJO ES LA AFIRMACION DE LA PATOLOGIA BENIGNA O MALIGNA QUE PRESENTA LA PACIENTE, EN OCASIONES SE HA VISTO EN 85% ALIVIO EN PACIENTES EN LAS CUALES SE CONFIRMO QUE NO PRESENTABAN CANCER.

INDICAR EL PERIODO DE REALIZACION DEL AUTOEXAMEN MAMARIO, VALORAR QUE SINTOMATOLOGIA PRESENTA, QUE CONDICIONES LA EMPEORAN O MEJORAN, SE DEBE ACONSEJAR EL USO DE UN SOSTEN A LA MEDIDA CON TIRANTES DE TELA, NO ELASTICO, ROPAS LIVIANAS Y HOLGADAS, MEJORA EL SOPORTE DE LA MAMA, EVITANDO QUE SE ENCUENTRE PENDULA LO CUAL REDUCE LA TENSION EN LOS LIGAMENTOS DE SOPORTE DISMINUYENDO LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y EL EDEMA DEL PARENQUIMA MAMARIO (15).

DIETA:

SE HA REFERIDO EN LA PATOLOGIA FIBROQUISTICA QUE LA SUSTITUCION DE LAS METILXANTINAS EN LA DIETA Y LA NICOTINA MEJORAN LA PATOLOGIA, AUNQUE SE REFIERE QUE AL DISMINUIR ESTRICTAMENTE ESTAS SUSTANCIAS SE DISMINUYE ENTRE EL 60-65% LA SINTOMATOLOGIA, SE REDUCE LA INGESTA DE GRASAS EN UN 15% Y SE AUMENTA LOS CARBOHIDRATOS EN UN 65% (14).

● **FARMACOS:**

VITAMINAS:

SE HA OBSERVADO EFICACIA CON VITAMINA E, FUNCIONANDO COMO ANTIOXIDANTE, REGULANDO LA SINTESIS DE PROTEINAS Y ENZIMAS ESPECIFICAS. MEJORA LA MASTALGIA POR MECANISMO RELACIONADO CON EL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS., OTROS AUTORES REFIEREN LA UTILIZACION DE VITAMINA A CON DOSIS DE 150000 UI, CON LEVES EFECTOS COLATERALES (14).

● **DIURETICOS:**

SE REFIEREN QUE PRESENTAN UN EFECTO PURAMENTE SINTOMATICO, UTILIZADO DOS A TRES DIAS PREVIOS AL INICIO DE MENSTRUACION. PRINCIPALMENTE TIACIDAS (14).

HORMONALES ORALES:

ESTROGENOS:

● SE HA REFERIDO QUE ESTOS MEDICAMENTOS SON UTILES HASTA EN UN 90% DE LAS MUJERES DENTRO DE LOS TRES A 6 MESES DE INICIADO EL TRATAMIENTO, PREVINIENDO EL DESARROLLO DE FIBROADENOMAS E HIPERPLASIA ATIPICA. EL 30-40% REFIERE RECIDIVA POSTERIOR A SU SUSPENSION. SU EFECTO SE ENCUENTRA BASADO EN LA DISMINUCION DE PRODUCCION DE ESTRADIOL OVARICO CON ALTERACION EN LA PROPORCION DE RECEPTORES ESTROGENICOS DE LA MAMA POR EL COMPONENTE PROGESTACIONAL (14).

PROGESTAGENOS:

SE REFIERE QUE SE UTILIZA EN PACIENTES CON DEFICIENCIA DE FASE LUTEA, CON UNA DOSIS DE 5 A 10 MGS DIARIO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DESDE EL DIA 16 AL 25 DEL CICLO MENSTRUAL, SIENDO EFICAZ EN UN 85 % DE LAS PACIENTES POR NUEVE A DOCE MESES. LO ANTERIOR DISMINUYE EL TEJIDO MAMARIO PROVOCANDO COMO EFECTOS ADVERSOS EL EMPEORAMIENTO DE EPILEPSIA, MIGRANA, DEPRESION Y ALTERACION DE LAS LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD (14).

INHIBIDORES DE HORMONAS SEXUALES:

DANAZOL:

ESTE ES UN DERIVADO ANDROGENICO ANTIGONADOTROPICO QUE PREVIENE EL PICO DE HORMONA ESTIMULANTE DEL FOLICULO Y LUTEINIZANTE EN LA MITAD DEL CICLO, LO CUAL REDUCE EL ESTIMULO HORMONAL DE LA MAMA A TRAVES DE LA SUPRESION DE GONADOTROPINAS, DE LA INHIBICION ENZIMATICA DE LA SINTESIS DE ESTEROIDES SEXUALES Y POR UNION COMPETITIVA CON LOS RECEPTORES DE ESTEROIDES SEXUALES, LO CUAL PROVOCA HIPOESTROGENISMO. SE ADMINISTRAN DOSIS DE 50-400MGS DIA POR 2 A 6 MESES, CON DISMINUCION DE SINTOMATOLOGIA DE UN 47-75% SEGUN LA DOSIS UTILIZADA.

LOS EFECTOS COLATERALES MAS IMPORTANTES SON: IRREGULARIDADES MENSTRUALES, AMENORREA, AUMENTO DE PESO, ACNE, HIRSUTISMO Y CAMBIOS DE VOZ. SU USO SE CONTRAINDICA EN EMBARAZO, ENFERMEDADES HEPATICAS Y RENALES ADEMAS DE CARDIACAS Y EN LOS CASOS DE SANGRADO UTERINO ANORMAL (14).

BROMOCRIPTINA:

ESTE ES UN INHIBIDOR DE LA SECRECION DE PROLACTINA. LA CUAL SE PUEDE UTILIZAR EN PATOLOGIAS EN LAS QUE SE ENCUENTREN TUMORES DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE PROVOQUEN GRAN CANTIDAD DE PROLACTINA. LA DOSIS RECOMENDADA ES DE 2.5 A 5 mg DÍA, CON MEJORIA EN UN 60-80% DE LAS PACIENTES. SUS EFECTOS COLATERALES NAUSEAS, CEFALEA Y VERTIGO, ADEMAS DE CONGESTION NASAL, HIPOTENSION POSTURAL, CONSTIPACION RESEQUEDAD BUCAL, VASOESPASMO DIGITAL Y EDEMA, ADEMAS DE SANGRADO GASTROINTESTINAL Y OCASIONALMENTE PSICOSIS (14).

GESTRINONA:

INHIBE LA DOMINANCIA DEL ESTIMULO ESTROGENICO, CON EFECTO ANDROGENICO, ANTIESTROGENICO Y ANTIPROGESTACIONAL. DOSIS RECOMENDADA DE 2.5 MGS DOS VECES POR SEMANA POR TRES MESES, CON MEJORIA DEL 41%.

● **ANALOGOS DE HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA:**

SE UTILIZA POR TRES A SEIS MESES CON TRASTORNOS MAMARIOS REFRACTARIOS A OTROS TRATAMIENTOS HORMONALES. LO CUAL PRODUCE HIPOESTROGENISMO.

LO ANTERIOR ES EL MANEJO MEDICO MAYORMENTE UTILIZADO EN ESTOS PACIENTES CON PATOLOGIA MAMARIA (14).

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

● EL CIRUJANO DEBE TENER EN CUENTA QUE EL ADOLESCENTE PRESENTA UN BROTE MAMARIO (MUJERES DE LOS 8 A 12 AÑOS, HOMBRES DE 13 A 18 AÑOS), POR LO CUAL EN ESTE PERIODO NO SE DEBEN REALIZAR MANEJOS QUIRURGICOS SI LA PATOLOGIA ES BENIGNA, LO CUAL RESULTA EN DEFORMIDADES MAMARIAS PERMANENTES, PRINCIPALMENTE EN MUJERES. POR LO ANTERIOR SE DEBE REALIZAR OBSERVACION CONTINUA DE LA PATOLOGIA.

● SI SE DETECTA PATOLOGIA INFECCIOSA O INFLAMATORIAS, SE DEBE DAR INICIALMENTE MANEJO ANTIINFLAMATORIO Y ANTIMICROBIANO PARA VALORAR LA EVOLUCION DE LA PATOLOGIA Y POSTERIORMENTE VALORAR EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE DRENAJE.

UNA PATOLOGIA EN LA CUAL EL MANEJO QUIRURGICO SE DEBE REALIZAR ES EL GALACTOCELE, EL CUAL PUEDE INVOLUCIONAR OCASIONALMENTE O SER PROGRESIVO, POR LO CUAL SE DEBE REALIZAR EXCISION POR SU INCREMENTO PAULATINO. EN HIPERTROFIA VIRGINAL SE DEBE REALIZAR RESECCION EXCESIVA DE TEJIDO MAMARIO, PRESERVACION DEL PEZON Y RECONSTRUCCION MAMARIA. EN GINECOMASTIA SE DEBE DE VALORAR EL CRECIMIENTO DURANTE 1 A 2 AÑOS, LA CIRUGIA SE INDICA SOLAMENTE EN UNA PROMINENCIA EXTREMA DE MAMA CON TRASTORNOS PSICOLOGICOS.

EN CUANTO A LA PATOLOGIA MAMARIA MALIGNA EL TRATAMIENTO ES EXCISION LOCAL O MASTECTOMIA.

LAS INDICACIONES ESPECIFICAS PARA EL TRATAMIENTO QUIRUGICO EN LA EDAD PEDIATRICA SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- ESTABLECER UN DIAGNOSTICO ADECUADO.
- 2.- DRENAJE DE UN ABSCESO.
- 3.- CORRECCION DE UNA DEFORMIDAD MAMARIA.
- 4.- TRATAMIENTO COADYUVANTE PARA LA PATOLOGIA MAMARIA MALIGNA.

SE RECOMIENDA QUE EL TRATAMIENTO SE DEBE REALIZAR CON ANESTESIA GENERAL, LO CUAL FACILITA Y AGILIZA LA CIRUGIA, CON UNA HEMOSTASIA ADECUADA, AUNQUE PUEDE HABER MASAS LAS CUALES SE PUEDEN RESECAR DE FORMA LOCAL DEPENDIENDO DE EL TIPO DE PACIENTE CON EL CUAL NOS ENFRENTAMOS (20,22,27,29).

JUSTIFICACION:

LAS INQUIETUDES ACERCA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS SON COMUNES EN LA ADOLESCENCIA, DEBIDO A QUE EXISTEN TEMORES ACERCA DEL ATRACTIVO FISICO, LA IDENTIDAD SEXUAL, LO CUAL EMERGE DEL HECHO DE SER NORMAL, ASOCIANDOSE A LA ANSIEDAD DEL ADOLESCENTE, POR LO CUAL ES IMPORTANTE CONOCER LAS PRINCIPALES ALTERACIONES MAMARIAS QUE AFECTAN A ESTE GRUPO ETARIO.

ADEMAS DE PROPONER EL ABORDAJE CLINICO Y DIAGNOSTICO EN LA POBLACION ADOLESCENTE, CON ALTERACIONES MAMARIAS, QUE ACUDEN AL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ".

OBJETIVO PRINCIPAL:

CONOCER LA INCIDENCIA Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ADEMAS DE LA EVOLUCION DURANTE EL PRIMER AÑO DE LAS ALTERACIONES MAMARIAS EN LA POBLACION ADOLESCENTE QUE ACUDE AL SERVICIO DE "MEDICINA DEL ADOLESCENTE" EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1RO. DE ENERO DE 1996 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998, EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ".

● **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

1.- CONOCER LOS METODOS MAS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS EN EL DIAGNOSTICO (CLINICO, DE GABINETE Y LABORATORIO) DE LAS ALTERACIONES MAMARIAS EN ESTA POBLACION.

2.- CORRELACIONAR ENTRE EL DIAGNOSTICO INICIAL Y EL DEFINITIVO.

● **HIPOTESIS:**

DEBIDO A QUE ES UN ESTUDIO RETROSPECTIVO NO REQUIERE.

MATERIAL Y METODO:

POBLACION:

● SE INCLUIRAN A TODOS LOS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE " MEDICINA DEL ADOLESCENTE".

● **CRITERIOS DE SELECCION:**

CRITERIOS DE INCLUSION:

TODO ADOLESCENTE QUE ACUDIO A LA CONSULTA (10-19AÑOS)
CON ALTERACIONES MAMARIAS DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

● TODOS LOS PACIENTES QUE NO CUENTEN CON UN SEGUIMIENTO
POR LA CONSULTA DE "MEDICINA DEL ADOLESCENTE" DE POR LO
MENOS 3 MESES.

VARIABLES UNIVERSALES:

EDAD: PACIENTES ENTRE LOS 10 Y 19 AÑOS, ESTABLECIENDOSE
DOS GRUPOS DE EDAD Y CLASIFICANDOSE DE ACUERDO A LA
OMS, EN EL GRUPO DE 10-14 AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS.

● **SEXO:**MASCULINO Y FEMENINO

VARIABLES A ESTUDIAR

DIAGNOSTICO DE INGRESO: LA ALTERACION MAMARIA MAS
PROBABLE QUE MOTIVO LA CONSULTA EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL ADOLESCENTE.

DIAGNOSTICO VERDADERO: ALTERACION MAMARIA DEFINITIVA APOYADA EN LA VALORACION CLINICA, DE LABORATORIO Y GABINETE QUE MOTIVA EL SEGUIMIENTO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE.

1.-VARIACIONES BENIGNAS COMUNES: ATELIA, POLITELIA, HIPOMASTIA, MACROMASTIA, MACROMASTIA MASIVA O HIPERTROFIA VIRGINAL, ASIMETRIA, EXCORIACION DEL PEZON, VELLO AREOLAR.

2.- PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA:(DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE LOVE)

A) DOLOR FISIOLÓGICO

B) MASTALGIA CICLICA Y NO CICLICA, DOLOR TORACICO.

C) NODULOS CICLICOS Y NO CICLICOS.

D) MASAS MAMARIAS.

E) DESCARGA A TRAVES DEL PEZON.

F) INFECCIONES E INFLAMACION.

G) GINECOMASTIA.

3.- PATOLOGIA MAMARIA MALIGNA: SEGUN DIAGNOSTICO POR HISTOPATOLOGIA.

4.- OTRAS VARIABLES: PATOLOGIAS ASOCIADAS:

GENITOURINARIAS: INFECCION DE VIAS URINARIAS, VULVOVAGINITIS, MALFORMACIONES RENALES, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, GLOMERULOPATIAS.

SISTEMICAS: INMUNOLOGICAS, INFECCIOSAS, NEUROLOGICAS, ENDOCRINOLOGICAS, CARDIOLOGICAS, ONCOLOGICAS, GENETICAS, GASTRONUTRICIONALES, HEMATOLOGICAS.

TRATAMIENTO: REPERCUSION Y EFECTO SECUNDARIO EN MAMA.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO: A) MEJORIA TOTAL

B) MEJORIA PARCIAL

C) SIN MEJORIA

D) RECIDIVA

E) ABANDONO.

LO CUAL SE ANOTARA EN LA HOJA DE CAPTACION DE DATOS (ANEXO 1) VALORADO EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA, A LOS 3 - 4 MESES, 6 MESES, 9 MESES Y 12 MESES.

ETICA:

EN ESTE ESTUDIO NO SE REQUIERE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL FAMILIAR DEL PACIENTE, DEBIDO A QUE ES RETROSPECTIVO Y SOLO SE REVISARAN EXPEDIENTES.

SE MANTENDRA LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS PACIENTES

TIPO DE ESTUDIO:

ES UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO, LONGITUDINAL..

● **ANALISIS ESTADISTICO:**

SE REALIZARA UNA BASE DE DATOS EN EL PROGRAMA D BASE.
SE REALIZARAN PRUEBAS PARA ESTADISTICA DESCRIPTIVA
CALCULANDOSE ADEMAS INCIDENCIA Y CORRELACION DE
DIAGNOSTICOS.

● **PROGRAMA DE TRABAJO:**

● ELABORACION DE PROTOCOLO: JULIO 1999.
DISEÑO DE MATERIAL DE TRABAJO: AGOSTO DE 1999.
RECOPIACION DE DATOS: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 1999.
ESCRITO FINAL: DE ENERO A FEBRERO DEL 2000.

RESULTADOS:

EL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS DEL PERIODO DEL 1RO. DE ENERO DE 1996 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998 FUE DE 56 PACIENTES CUALES ACUDIERON CON DIAGNOSTICO DE PRIMERA VEZ DURANTE ESE PERIODO Y SE CONTINUO SU VIGILANCIA A TRAVES DE DOS AÑOS. LA EDAD MAS FRECUENTE QUE PRESENTARON NUESTROS PACIENTES FUE DE 15 AÑOS (25%), Y LA MENOS FRECUENTE : 19 AÑOS (2%) (CUADRO 1). EN CUANTO AL GRUPO DE EDAD 25(45%) PERTENECE AL GRUPO DE 10-14 AÑOS (ADOLESCENCIA TEMPRANA) Y 31(55%) CORRESPONDE AL GRUPO DE 15-19 AÑOS (ADOLESCENCIA TARDIA) (CUADRO NO. 2).

EL SEXO PREDOMINANTE FUE FEMENINO CON UN NUMERO DE 45 REPRESENTANDO EL 80% DE LA MUESTRA.

EN CUANTO A LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS 44 (79%) DEL TOTAL RADICAN EN EL DISTRITO FEDERAL.

SE ENCONTRO QUE 6 (11%) PACIENTES TENIAN RELACION CON ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES POSITIVOS.

LOS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE SE BUSCARON DURANTE LA REVISION FUE LA PRESENCIA DE TRASTORNOS MENSTRUALES, UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS, INICIO DE VIDA SEXUAL, PRESENCIA DE PATOLOGIA SISTEMICA, UTILIZACION DE

MEDICAMENTOS QUE AFECTAN MAMA Y SE VALORO LA PRESENCIA DE PATOLOGIA GENITOURINARIA. (CUADRO 3)

SE RELACIONO LA PRESENCIA DE PATOLOGIA MAMARIA CON TRASTORNOS MENSTRUALES Y LA MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADA FUE EL FIBROADENOMA MAMARIO 9 (16%), SEGUIDO DE ENFERMEDAD FIBROQUISTICA MAMARIA EN 8(14%), SEGUIDA DE MASTALGIA CICLICA Y PROLACTINOMA ENTRE OTRAS.

LA ASOCIACION DE ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES CON PATOLOGIA MAMARIA SE OBSERVO EN 2(40%) PARA FIBROADENOMA Y 2 (40%) PARA HIPOPLASIA MAMARIA DERECHA

EN CUANTO A LA ASOCIACION DE PATOLOGIA MAMARIA Y PATOLOGIA SISTEMICA SE RELACIONO CON PRESENCIA DE FIBROADENOMA EN 11 (20%), 6 (11%) CON GINECOMASTIA BILATERAL, Y 3 (5%) CON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA.

LOS FARMACOS QUE AFECTAN MAMA (PRINCIPALMENTE ANTICONVULSIVANTES) SE ASOCIARON CON LA PRESENCIA DE FIBROADENOMA EN 4 (7%) Y GINECOMASTIA EN 6 (11%). (CUADRO 4)

LA PATOLOGIA GENITOURINARIA SE ASOCIO A FIBROADENOMA EN 5 (9%) Y ENFERMEDAD FIBROQUISTICA EN 4 (7%).

LA SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE AL INGRESO SE MUESTRA EN EL SIGUIENTE CUADRO. (CUADRO 5)

LA ALTERACION MAMARIA ASOCIADA CON MASTALGIA Y MASAS MAMARIAS FUE EL FIBROADENOMA EN 11 (20%), GINECOMASTIA EN 5 (9%) Y 4 (7%) PRESENTARON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA MAMARIA. LA ALTERACION ASOCIADA A DESCARGA DEL PEZON FUE ECTASIA DUCTAL, POSTERIORMENTE DESCARGA POR ESTIMULACION SEXUAL Y PRESENCIA DE PROLACTINOMA .

LA ASOCIACION ENTRE INFECCION E INFLAMACION SE OBSERVO EN ECTASIA DUCTAL 2 (5%).

GINECOMASTIA SE PRESENTO EN 9 PACIENTES CON ESTADIO DE TANNER III. (CUADRO 6)

EN ESTE ESTUDIO SE OBSERVO QUE HUBO AFECCION BILATERAL EN 21 (38%), EN CUANTO A AFECCION UNILATERAL 20 (37%) PRESENTARON ALTERACION EN GLANDULA DERECHA Y 15 (27%) EN GLANDULA IZQUIERDA. EL CUADRANTE AFECTADO FUE EL SUPERO EXTERNO EN 25 (63%), SEGUIDO DE LA REGION RETROAREOLAR EN 7 (13%). (CUADRO 7-8)

LA PATOLOGIA MAMARIA ASOCIADA A MASAS MAMARIAS EN EL GRUPO DE 10-14 AÑOS SE RELACIONO MAS CON FIBROADENOMA

MAMARIO EN 12 (21%) SEGUIDO DE 6 (10.5%) CON GINECOMASTIA Y 2 (4%) CON ECTASIA DUCTAL, PRESENTANDOSE SOLAMENTE 1 (3.5%) CON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA. EN EL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS SE OBSERVARON 12 (21%) CON FIBROADENOMA MAMARIO, 6 (10.5%) CON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA Y 5 (9%) CON GINECOMASTIA. (CUADRO 9-10)

EN CUANTO AL DIAGNOSTICO INICIAL FIBROADENOMA MAMARIO SE OBSERVO EN 20 (45%), SEGUIDO GINECOMASTIA EN 11 (20%) Y ENFERMEDAD FIBROQUISTICA EN 9 (16%). (CUADRO 11)

AL VALORAR EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO POSTERIOR A EXPLORACION FISICA Y UTILIZACION DE METODOS DIAGNOSTICOS SE OBSERVO QUE EL FIBROADENOMA MAMARIO OCUPO EL PRIMER LUGAR CON 25 (45%) DEL TOTAL DE LA MUESTRA, SEGUIDO DE ENFERMEDAD FIBROQUISTICA EN 9 (16%), GINECOMASTIA EN TERCER LUGAR CON 11 (20%). (CUADRO12)

EL METODO DIAGNOSTICO MAS UTILIZADO FUE EL ULTRASONIDO EN 50 (89%), LA BIOPSIA DE GLANDULA FUE REALIZADA EN 11 (19.56%), LA CITOLOGIA DE SECRECION SE REALIZO EN 4 (7%) Y EL PERFIL HORMONAL SE REALIZO EN 2 (4%).

EL TRATAMIENTO MAYORMENTE UTILIZADO FUE EL USO DE ANTIINFLAMATORIOS EN 34%, MANEJO CON ANTIINFLAMATORIOS Y DIURETICOS DE ASA (FUROSEMIDE) EN 13 (23%), EL TRATAMIENTO

QUIRURGICO SE REALIZO EN 12 PACIENTES (22.5%) Y VIGILANCIA EN 10 PACIENTES LOS CUALES PRESENTABAN GINECOMASTIA, OTRO TRATAMIENTO SE DIO EN 2 PACIENTES, LOS CUALES PRESENTABAN UN PROLACTINOMA Y ECTASIA DUCTAL BILATERAL.(CUADRO 13)

LA EVOLUCION DE LA PATOLOGIA: AL AÑO DE EVOLUCION EL ABANDONO SE PRESENTO EN 2 PACIENTES, RECIDIVA EN 8 PACIENTES, REMISION PARCIAL 6 PACIENTES Y 40 PACIENTES TUVIERON REMISION TOTAL . LA EVOLUCION SE EXPONE EN CUADRO 14.

LA COMPARACION DE DIAGNOSTICOS EN EL GRUPO DE 10-14 AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS SE OBSERVA EN CUADRO 23-24.EN DONDE SE HACE EVIDENTE QUE LA PATOLOGIA MAMARIA QUE MAYORMENTE AFECTA AL GRUPO DE 10-14 AÑOS ES EL FIBROADENOMA EN 12 PACIENTES LOS CUAL ABARCA UN 48% DE ESTE GRUPO, SEGUIDO DE GINECOMASTIA EN 6 PACIENTES REPRESENTANDO UN 24% DEL TOTAL, SEGUIDO DE ENFERMEDAD FIBROQUISTICA EN 3 PACIENTES (12%), ECTASIA DUCTAL 2 PACIENTES (8%), E HIPOPLASIA EN 1 PACIENTE(4%).

EN CUANTO AL GRUPO DE 15-19 AÑOS SE OBSERVA QUE EL FIBROADENOMA SE PRESENTO EN MAYOR FRECUENCIA 13 (42%), 6 (19%) CON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA, SEGUIDO DE GINECOMASTIA EN 5 (16%).

CUADRO NO. 2

GRUPO DE 10-14 AÑOS	GRUPO DE 15 A 19 AÑOS
25	31
45%	55%

CUADRO NO. 3

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.					
TRAS- TORNOS MENS- TRUALES	ANTICON- CEPTI- VOS	INICIO DE VIDA SE- XUAL ACTIVA	PATOLO- GIA SIS- TEMICA	PATOLO- GIA GENI- TOURINA- RIA	MEDICA- MENTOS QUE AFECTAN MAMA
21	3	1	25	16	12
37.50%	5%	2%	45%	29%	21%

CUADRO NO. 4

PATOLOGIA MAMARIA ASOCIADA A INGESTA DE MEDICAMENTOS		
FIBROADENOMA MAMARIO BILATERAL	2	17.00%
FIBROADENOMA MAMARIO DERECHO	1	8.00%
FIBROADENOMA- TOSIS BILATERAL	1	8.00%
GINECOMASTIA BILATERAL	5	43.00%
GINECOMASTIA IZQUIERDA	1	8.00%
HIPOPLASIA MAMARIA IZQUIERDA	1	8.00%
MASTALGIA CICLICA	1	8.00%

CUADRO NO. 5

SINTOMATOLOGIA AL INGRESO

HIPO- MAS- TIA.	DOLOR FISIO- LOGI- CO.	ASIME- TRIA MAMA- RIA	MAS- TAL- GIA	NODU- LOS MAMA- RIOS	MASAS MAMA- RIAS	DES- CARGA A TRA- VEZ DEL PEZON	INFLA- MA- CION E INFECCION.
4	1	2	25	1	47	3	1
7.00%	2.00%	4.00%	45.00%	2.00%	84.00%	5.00%	2.00%

CUADRO NO. 8

CUADRANTE AFECTADO		
INFERO EXTERNO	2	5%
INFERO INTERO	3	7.50%
RETROAREOLAR	7	17.50%
SUPERO EXTERNO	25	62.50%
SUPERO INTERO	3	7.50%

CUADRO NO. 9

PATOLOGIA MAMARIA ASOCIADA A MASAS EN EL GRUPO DE 10-14 AÑOS		
ECTASIA DUCTAL BILATERAL	2	10.00%
ENFERMEDAD FIBROQUISTICA	1	5.00%
FIBROADENOMA MAMARIO	12	57.00%
GINECOMASTIA	6	28.00%

CUADRO NO. 10

PATOLOGIA MAMARIA ASOCIADA A MASAS EN EL GRUPO D

ENFERMEDAD FIBROQUISTICA	6	23%
FIBROADENOMAS MAMARIOS	12	46%
GINECOMASTIA	5	19%
MASTALGIA CICLICA	2	7%
PROLACTINOMA	1	5%

CUADRO NO. 11

DIAGNOSTICO INICIAL		
ASIMETRIA MAMARIA	2	4.00%
ENFERMEDAD FIBROQUISTICA	9	16.00%
FIBROADENOMA MAMARIO	25	44.00%
GALACTORREA EN ESTUDIO	3	5.00%
GINECOMASTIA	11	20.00%
HIPOPLASIA MAMARIA	3	5.00%
MASTITIS	1	2.00%
MASTALGIA CICLICA	1	2.00%
NODULOS MAMARIOS	1	2.00%

CUADRO NO. 12

DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
ASIMETRIA MAMARIA	1	2.00%
DESCARGA POR ESTIMUL. SEXUAL	1	2.00%
ECTASIA DUCTAL	2	4.00%
ENFERMEDAD FIBROQUISTICA	9	16.00%
FIBROADENOMA MAMARIO	25	43.00%
GINECOMASTIA	11	20.00%
HIPOPLASIA MAMARIO	4	7.00%
MASTALGIA CICLICA	2	4.00%
PROLACTINOMA	1	2.00%

CUADRO NO. 14

EVOLUCION DE LA PATOLOGIA DURANTE UN AÑO						
EVOLUCION	3 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	TOTAL
REMISSION TOTAL	1	4	23	39	40	43
REMISSION PARCIAL	20	1124	26	11	6	45
SIN MEJORIA	7	1	6	8	8	9
RECIDI-VA					2	2
ABAN-DONO						0

DISCUSION Y CONCLUSION:

LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO AL IGUAL QUE OTROS MUESTRAN QUE LA PATOLOGIA MAMARIA EN PACIENTES ADOLESCENTES ES BENIGNA, QUE TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA PARA EL PACIENTE, SUS PADRES Y EL PEDIATRA, POR LO CUAL SE DEBE REALIZAR UN ABORDAJE ADECUADO PARA QUE EL RESULTADO SEA SATISFACTORIO, DEBIDO A QUE EL MANEJO DE MASAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA ES DIFICIL.

EL GRUPO MAS FRECUENTE DE EDAD FUE EL DE ADOLESCENCIA TARDIA, LO CUAL SE ASOCIA A LOS CAMBIOS HORMONALES QUE PRESENTAN.

LA EDAD DE PRESENTACION FUE DE 15 AÑOS, DEBIDO A QUE A ESTA EDAD YA LA MAYOR PARTE DE ADOLESCENTES PRESENTAN CICLOS MENSTRUALES Y HA INICIADO EN CASO DEL SEXO MASCULINO EL DESARROLLO DE CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS, LO CUAL SE LLEVA A CABO POR MEDIO DE ESTROGENOS, ANDROGENOS Y TESTOSTERONA ASOCIADOS DE FORMA IMPORTANTE CON LA PATOLOGIA MAMARIA.

EL SEXO FEMENINO REPRESENTA EL MAYOR GRUPO DE ESTA MUESTRA CON UN 80%, LO CUAL HA SIDO REFERIDO POR ESTUDIOS PREVIOS, TENIENDO PREDOMINIO DE ESTE SEXO POR PRESENTAR LAS ALTERACIONES MAMARIAS DESDE LOS 8 A 12 AÑOS Y EL SEXO MASCULINO LAS PRESENTAN DE LOS 13 A LOS 18 AÑOS (20).

EN ESTE ESTUDIO SE OBSERVO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES PROVIENEN DEL DISTRITO FEDERAL, DEBIDO A QUE ES EL AREA URBANA EN LA CUAL SE ENCUENTRA LOCALIZADA ESTA INSTITUCION Y POR LA GRAN DENSIDAD DEMOGRAFICA CON LA QUE CUENTA ESTE ESTADO.

LOS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE SE BUSCARON PRINCIPALMENTE FUERON LA PRESENCIA DE ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES POSITIVOS EN 6 PACIENTES. SE REFIERE POR LA LITERATURA QUE LA PRESENCIA DE ALTERACIONES MAMARIAS EN LINEA ASCENDENTE POR RAMA MATERNA, ES UN FACTOR PREDISPONENTE PARA EL DESARROLLO DE PATOLOGIA EN SUS DESCENDIENTES FEMENINOS (8,9).

EL RIESGO DE PRESENTAR PATOLOGIA MALIGNA SE INCREMENTA DE 2 A 3 VECES SI LA MADRE O ALGUNA HERMANA LLEGA A DESARROLLAR PATOLOGIA MALIGNA.

LA EVALUACION DE LOS ADOLESCENTES CON ALTERACIONES MAMARIAS DEBE INCLUIR APARTE DE LA HISTORIA FAMILIAR DE LESIONES BENIGNAS O MALIGNAS, LA PRESENCIA DE HISTORIA POSITIVA PARA TRAUMATISMOS, TRASTORNOS MENSTRUALES, LA HISTORIA DE UTILIZACION DE CONTRACEPTIVOS ORALES U OTRAS HORMONAS, LA PRESENCIA DE PATOLOGIAS SUBYACENTES TANTO SISTÉMICAS COMO GENITOURINARIAS ADEMAS DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS LOS CUALES PUEDEN LLEGAR A AFECTAR LA GLANDULA MAMARIA. LO ANTERIOR SE BASA EN LA TEORIA DE KOEREMAN EL CUAL PROPONE QUE LA EXPOSICION DE

ESTROGENOS DE FORMA TEMPRANA EN LA PUBERTAD Y EN EL PERIODO PERIMENSTRUAL MAXIMIZA EL IMPACTO DE CARCINOGENOS Y FACTORES QUE DAÑAN LA GLANDULA MAMARIA. SE REFIERE LA PRESENCIA DE PROGESTERONA POSTOVULATORIA COMO UN EFECTO PROTECTOR. EL ANTECEDENTE MAS IMPORTANTE EN ESTA SERIE FUE LA PRESENCIA DE TRASTORNOS MENSTRUALES POR SU ASOCIACION CON ALTERACIONES ENDOCRINAS SEGUIDA DE LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS, PRINCIPALMENTE FENITOINAS EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES MASCULINOS QUE PRESENTABAN GINECOMASTIA(9).

LA SINTOMATOLOGIA MAMARIA FUE EN UN GRAN PORCENTAJE LA PRESENCIA DE MASAS MAMARIAS Y MASTALGIA, LO CUAL FUE MOTIVO DE CONSULTA, EN UN 84% DE TODOS LOS PACIENTES. EN OTROS ESTUDIOS NO SE HA REPORTADO EL SINTOMA MAS FRECUENTE.

DENTRO DE LAS ALTERACIONES CONGENITAS MAS FRECUENTES SOBRESALE LA HIPOMASTIA QUE SE ASOCIO A SINDROME DE POLAND Y LA ASIMETRIA MAMARIA ASOCIADA A TRAUMATISMOS Y QUEMADURAS, LO CUAL EN LA LITERATURA SE REPORTA QUE HASTA UN 25% DE LAS MUJERES PRESENTAN ASIMETRÍA VISIBLE PERSISTENTE (8).

EL ESTADIO DE MADUREZ SEXUAL PRESENTE EN SU MAYORIA FUE TANNER III DEBIDO A QUE ESTE SE ENCUENTRA EN ADOLESCENTES QUE ALCANZAN YA LA MADUREZ SEXUAL Y POR LO TANTO PRESENTAN TRASTORNOS HORMONALES.

LA GLANDULA MAMARIA AFECTADA MAS FRECUENTEMENTE FUE LA DERECHA Y DE FORMA BILATERAL AMBAS GLANDULAS, LO CUAL SE HA REFERIDO DE IGUAL FORMA POR TURBEY Y COLS. EL CUADRANTE MAS AFECTADO ES EL SUPERO EXTERNO, DEBIDO A QUE ESTE PRESENTA UNA PROLONGACION DE TEJIDO MAMARIO QUE SE DENOMINA COLA DE ESPENCER, POR LO CUAL EN VARIAS SERIES SE HA REFERIDO COMO EL SITIO MAS FRECUENTE DE PATOLOGIA MAMARIA (4,6, 8,9,17,20,21).

LA ALTERACION MAMARIA MAS FRECUENTE AL IGUAL QUE REPORTA LA LITERATURA FUE EL FIBROADENOMA MAMARIO EN 40.5% DE LAS PACIENTES, LO CUAL FUE DIFERENTE A LA LITERATURA YA QUE REFIEREN UNA PREVALENCIA DEL 70-90% DE TODAS LAS BIOPSIAS, PERO ESTO ES TOMANDO EN CUENTA AL GRUPO DE ADOLESCENTES Y ADULTOS . SEGUIDO DE LA ENFERMEDAD FIBROQUISTICA LA CUAL SE HA ASOCIADO PRINCIPALMENTE A TRASTORNOS HORMONALES Y A ALIMENTOS ESPECIFICOS. ESTA ES LA CAUSA MAS COMUN DE MASAS DOLOROSAS (8,9,,11,17,18,20,21,22)..

LA GINECOMASTIA ES LA PATOLOGIA MAMARIA MAS FRECUENTE EN HOMBRES, PRESENTANDOSE EN ESTE GRUPO DE TIPO I, SE OBSERVO EN PACIENTES CON ESTADIO DE MADUREZ SEXUAL III, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA AGREGADA. SE HA REFERIDO QUE APROXIMADAMENTE EN 38.7% DE TODOS LOS ADOLESCENTES MASCULINOS PRESENTAN GINECOMASTIA TIPO I, LA CUAL TIENDE A DESAPARECER AL AÑO O DOS AÑOS DE VIGILANCIA.

LA GINECOMASTIA TIPO II QUE SE PRESENTO EN DOS PACIENTES SE RELACIONO CON LA INGESTA DE MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS PRINCIPALMENTE Y CON UN ESTADIO DE MADUREZ SEXUAL IV Y V. NO SE ENCONTRO OTRA ALTERACION AGREGADA (8,9,20).

EN CUANTO AL GRUPO DE 10-14 LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE AL IGUAL QUE EN EL DE 15-19 FUE EL FIBROADENOMA MAMARIO, SEGUIDO DE ENFERMEDAD FIBROQUISTICA , GINECOMASTIA Y ECTASIA DUCTAL POR TRAUMATISMOS. EN EL GRUPO DE 15-19 SE ENCONTRO FIBROADENOMA, POSTERIORMENTE ENFERMEDAD FIBROQUISTICA Y GINECOMASTIA SEGUIDO DE MASTALGIA CICLICA Y PROLACTINOMA.

LAS ALTERACIONES ASOCIADAS A DESCARGA A TRAVEZ DEL PEZON, SON COMO SE REFIERE EN LA LITERATURA A ESTA EDAD POR PROCESOS INFECCIOSOS O INFLAMATORIOS COMO ECTASIA DUCTAL, Y COMO CAUSA DE GALACTORREA SECUNDARIA LA PRESENCIA DE TUMORACION A NIVEL DE SNC (9).

EL METODO DIAGNOSTICO MAS UTILIZADO FUE PRINCIPALMENTE LA CLÍNICA, DEBIDO A QUE COMPARANDO EL DIAGNOSTICO INICIAL SIN REALIZACION DE OTRO TIPO DE EXAMEN INVASIVO O NO, SE DIAGNOSTICO EN UN 44.5% FIBROADENOMA, MISMO PORCENTAJE QUE SE PRESENTO EN DIAGNOSTICO DEFINITIVO, SOLAMENTE SE CONSIDERO UN CASO COMO GALACTORREA EN ESTUDIO, QUE SIN OTROS ESTUDIOS INVASIVOS NO SE HUBIERA LLEGADO AL DIAGNOSTICO DE PROLACTINOMA.

- EL AUTOEXAMEN MAMARIO SE DEBE REALIZAR COMO UNA TECNICA PREVENTIVA CON LA CUAL EL PACIENTE SE HACE RESPONSABLE DE SU SALUD.

- LA PRESENCIA DE MASAS MALIGNAS INCREMENTA CON LA EDAD.

- LA ASPIRACION CON AGUJA FINA AYUDARA A DISMINUIR COSTOS TANTO PSICOLOGICOS COMO HOSPITALARIOS POR LA RAPIDEZ Y CONFIABILIDAD DE SU REALIZACION.

- EL MANEJO CONSERVADOR ES LA REGLA.

- EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEBE SER REALIZADO TOMANDO EN CUENTA RAZONES COSMETICAS Y PSICOLOGICAS. TOMANDO EN CUENTA QUE ESTE METODO PUEDE CONFIRMAR DIAGNOSTICO Y RESOLVER PATOLOGIA.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Mc Anarney, Kreipe O. Medicina del Adolescente. Primera edición. México. Editorial Panamericana. Páginas:757-766.**

- 2.- Sumano EA. Enseñanza sobre adolescencia en medicina. En Memorias de Reunión Latinoamericana sobre salud integral del adolescente. Jóvenes de hoy, padres del mañana. 1994:134-41.**

- 3.- Langman J. Embriología médica. Segunda Edición. México. Editorial Interamericana. 1969.Páginas:233-34.**

- 4.- Brinkfeld A, Kase NG. Funtional anatomy and physiology of the female breast. Obstet Gynecol Clin North Am 1994;21:433-48.**

- 5.- Smith BL, Gadd MA, Lawler C, Mc Donald DJ, Grudberg SC, Carlson K, Comegno A. Perception of breast carncer risk among women in breast center and primary care settings: correlation with age and family history of breast cancer. Surgery 1996; 120:297-303.**

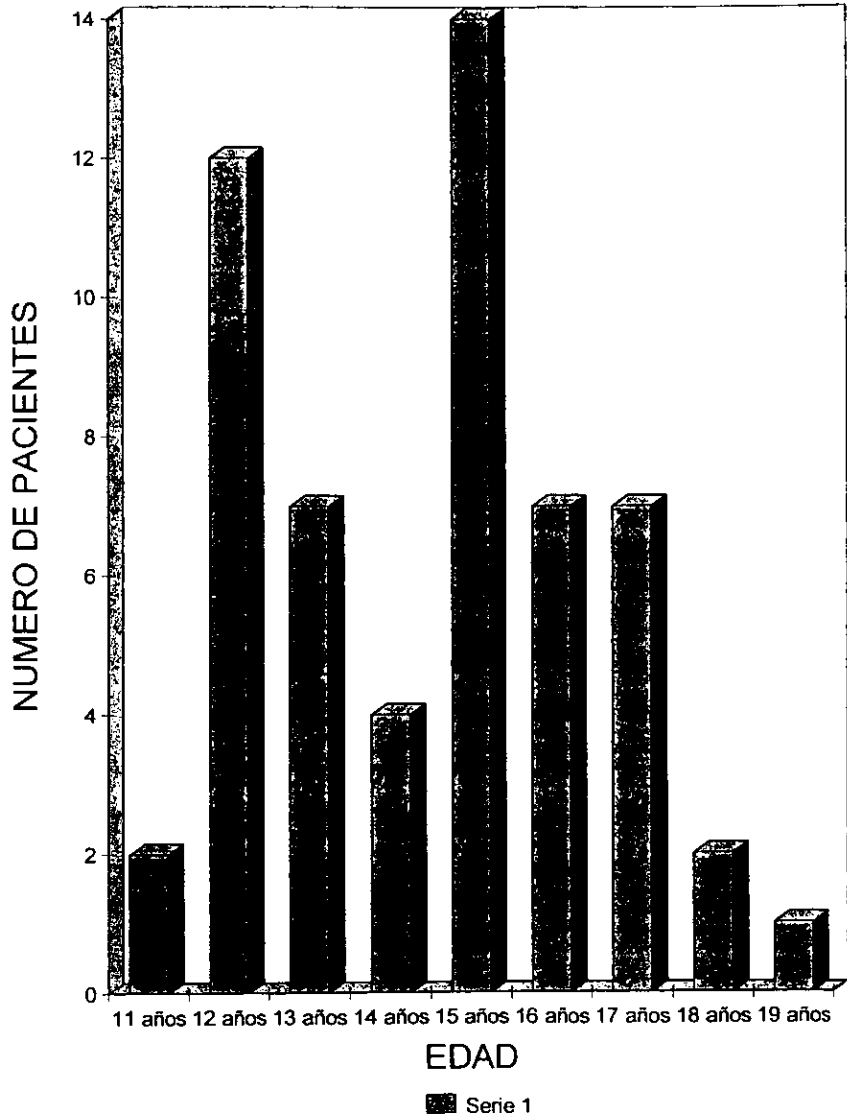
- 6.- Goldbloom RB. Self examination by adolescents. Pediatrics 1985;76:126-128.**

- 7.- Vetto JT, Pommier RF, Schmidt WA. Diagnosis of palpable breast lesions in younger women by the modified triple test is accurate and costeffectiv. Arch Surg 1996;131:967-974.**

- 23.- Morrow M, Wong S, Venta L. The evaluation of breast masses in women younger than forty years of age. *Surgery* 1998;124:643-60.
- 24.- Vetto J, Pommier RF, Schmidt WA, Alexander PW. Diagnosis of palpable breast lesions in younger women by the modified triple test. Is accurate and cost-effective. *Arch Surg* 1996;131:967-74.
- 25.- Mussukaris S, Gibbs P, Horsman A. Primary breast abnormalities: Selective pixel sampling on dynamic gadolinium enhanced MR Images. *Radiology* 1998;206:465-73.
- 26.- Pacinda SJ, Ramsy I. Fine needle aspiration of breast masses. *J Adol Health* 1998; 23:5-6.
- 27.- Palmer ML, Tsangaris TN. Breast biopsy in women 30 years old or less. *Am J Surg* 1993;165:708-712.
- 28.- Kern WH, Clark R. Retrogression of fibroadenomas of the breast. *Am J Surg* 1972;126: 59-62.
- 29.- Collis N, Sharpe T. Breast implants: a survey of cosmetic clinics. *B J Plastic Surg* 1998;51:311-13.

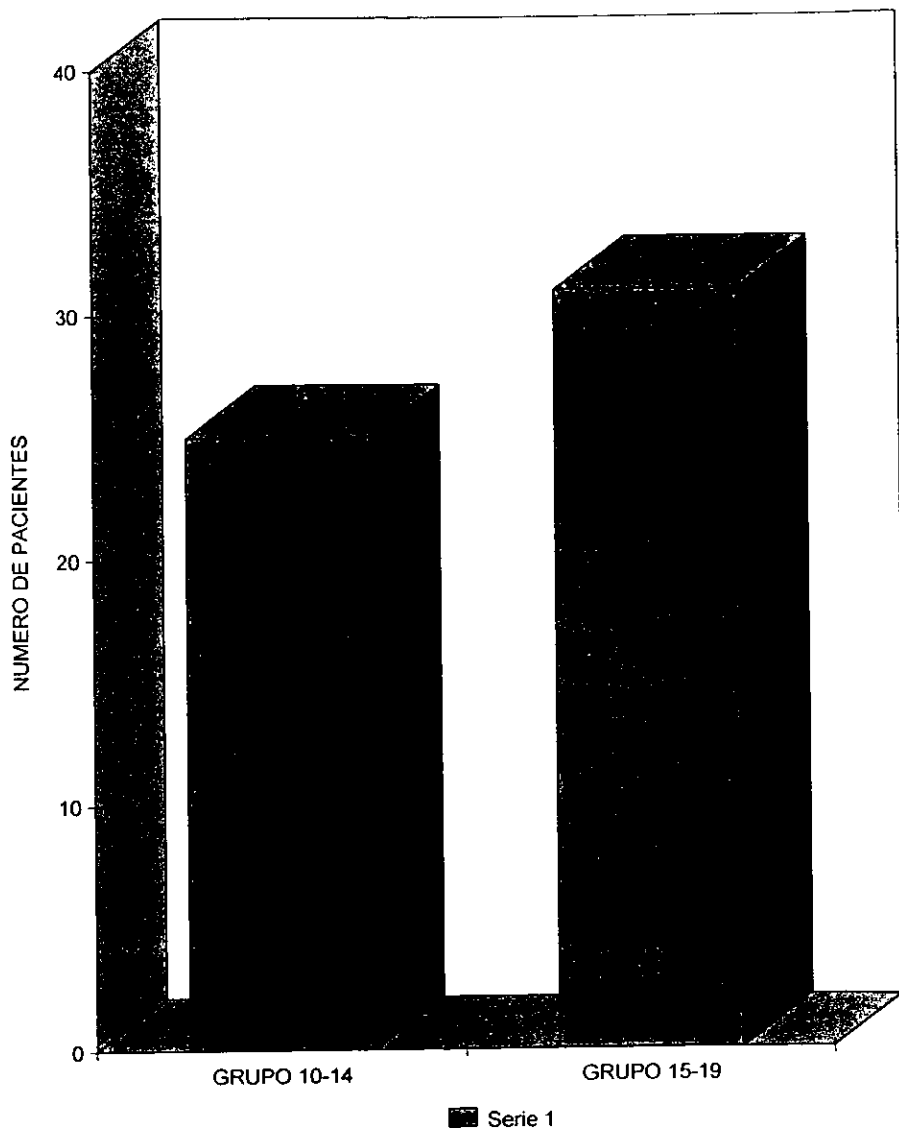
GRAFICOS Y ANEXOS

TRASTORNOS MAMARIOS
EDAD DE PRESENTACION. GRAFICA NO. 1



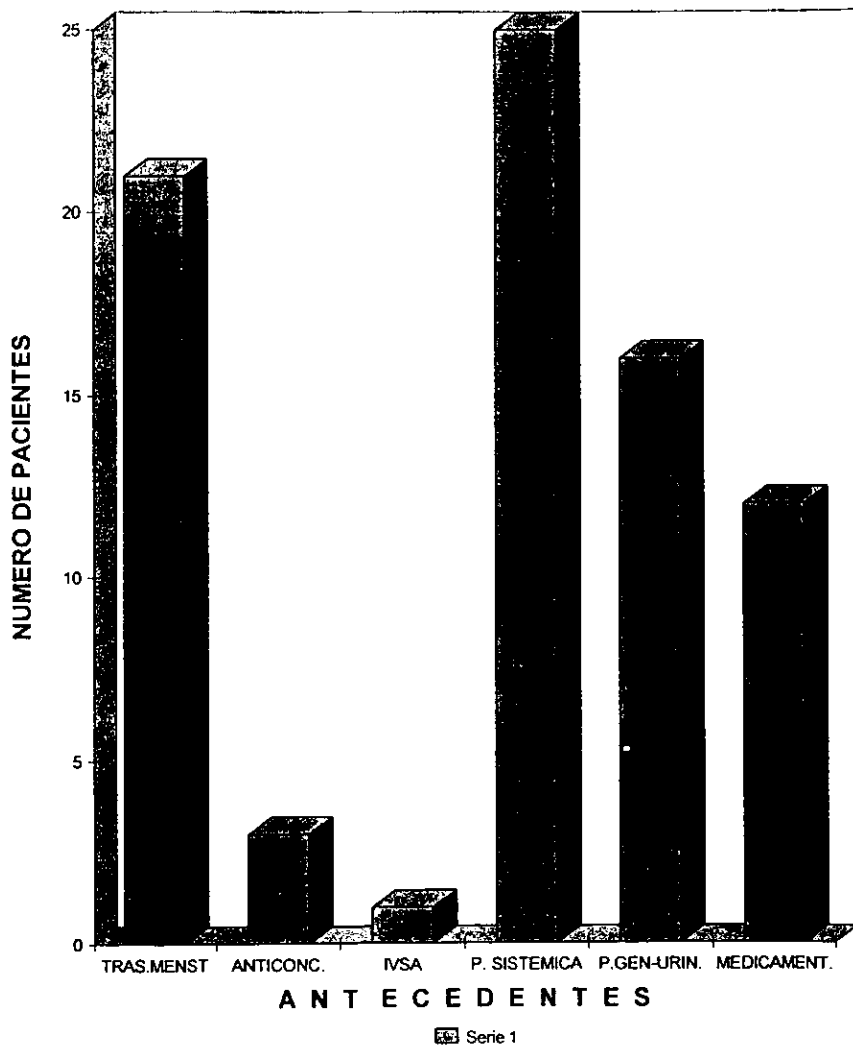
COMPARACION POR GRUPOS DE EDAD

GRAFICA.NO. 2



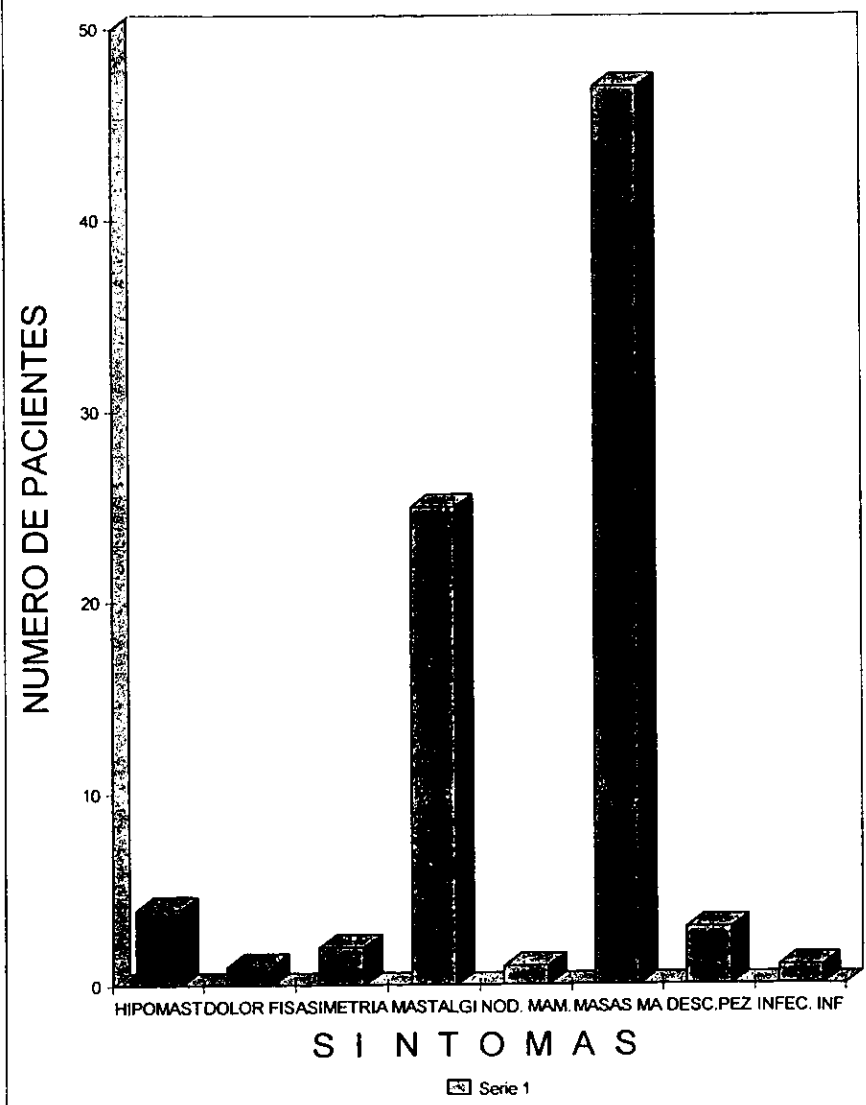
ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA

GRAFICA NO. 3



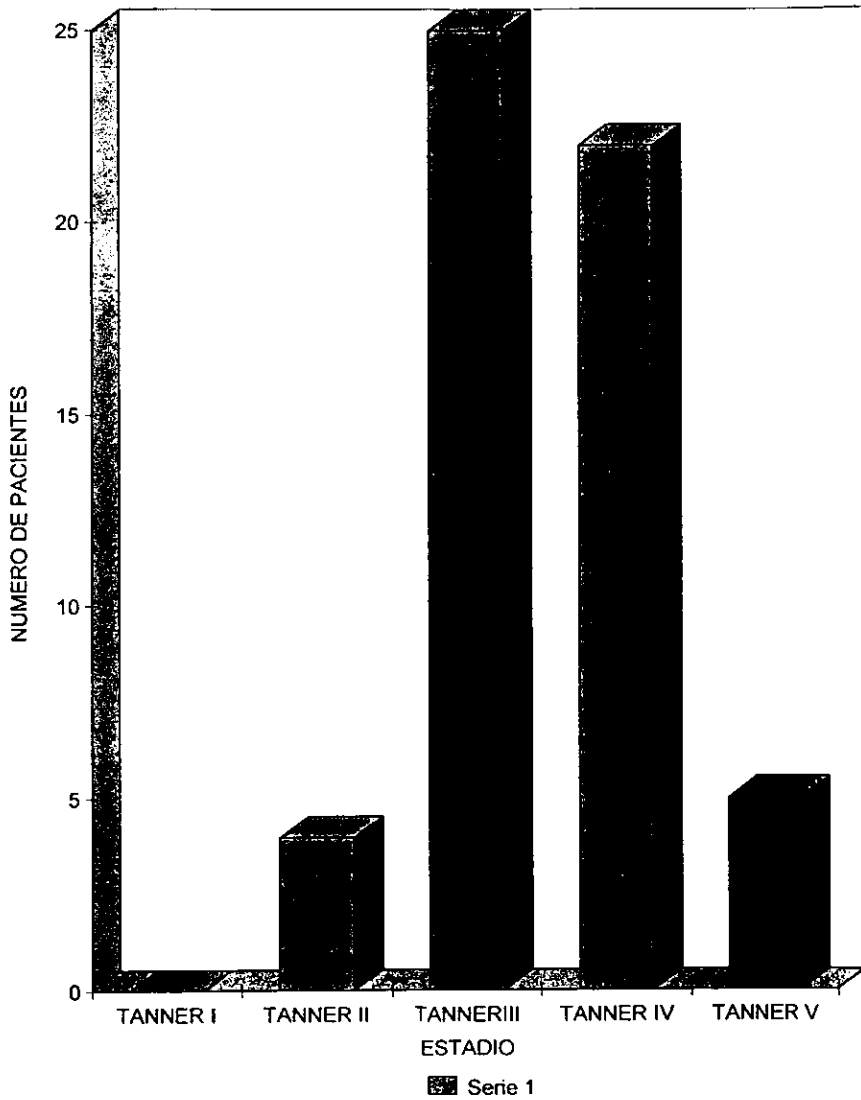
SINTOMATOLOGIA AL INGRESO

GRAFICA NO. 4



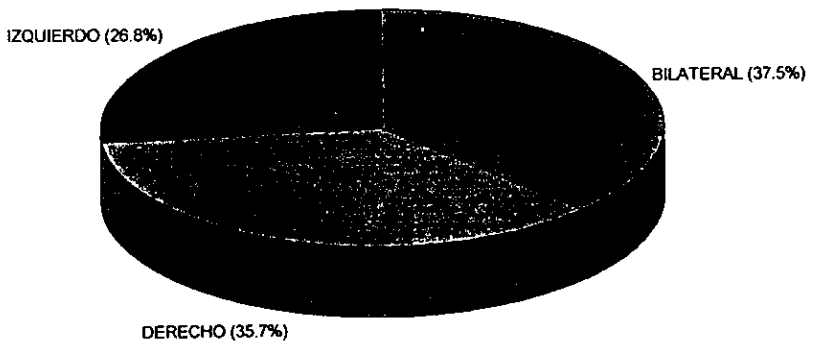
ESTADIO DE MADURACION SEXUAL

GRAFICA NO. 5



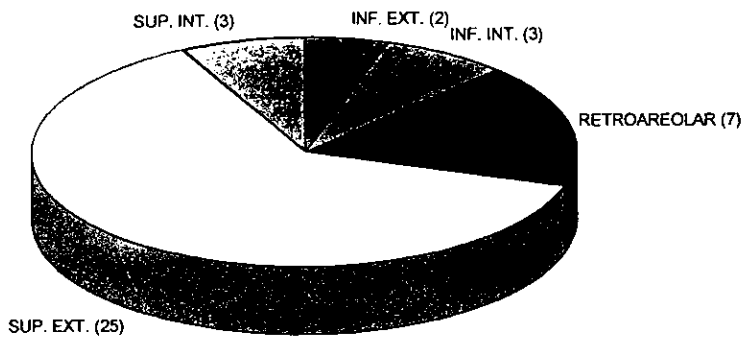
GLANDULA MAMARIA AFECTADA

GRAFICA NO. 6



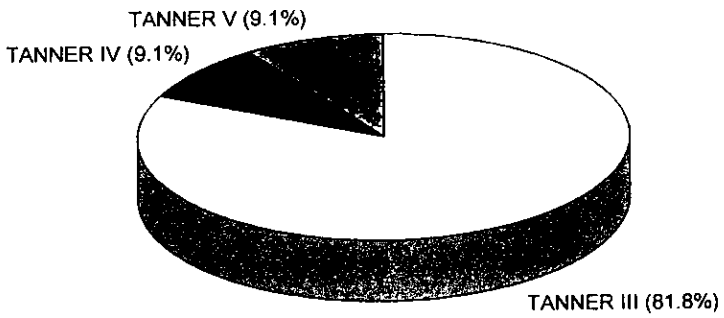
CUADRANTE AFECTADO

GRAFICA NO. 7



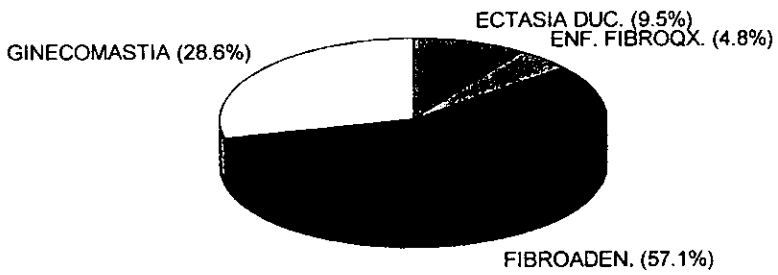
MADUREZ SEXUAL Y GINECOMASTIA

GRAFICA NO. 8

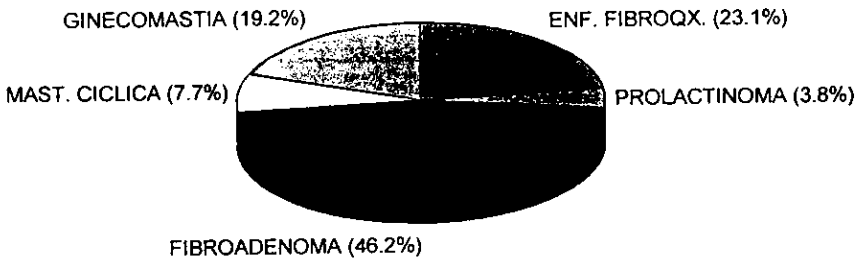


TRASTORNO MAMARIO ASOCIADO A MASAS

GRUPO_DE 10-14. GRAFICA.NO. 9

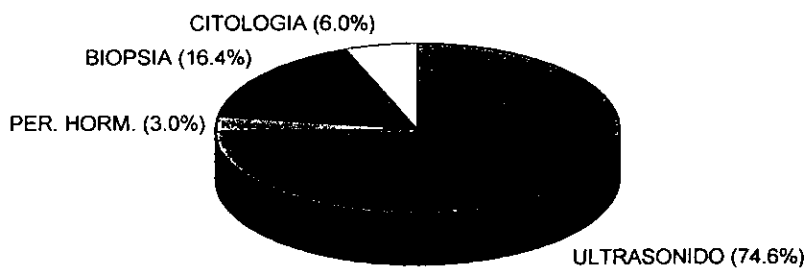


TRASTORNO MAMARIO ASOCIADO A MASAS
GRUPO 15-19. GRAFICA NO. 10



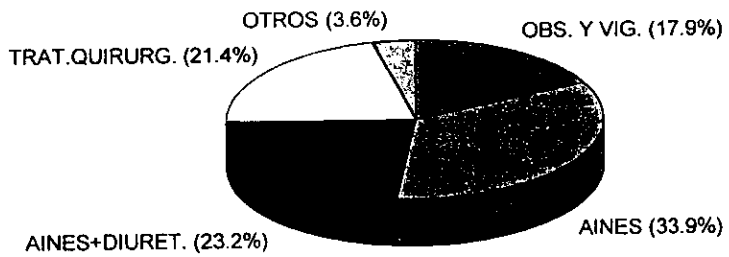
METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

GRAFICA NO. 11



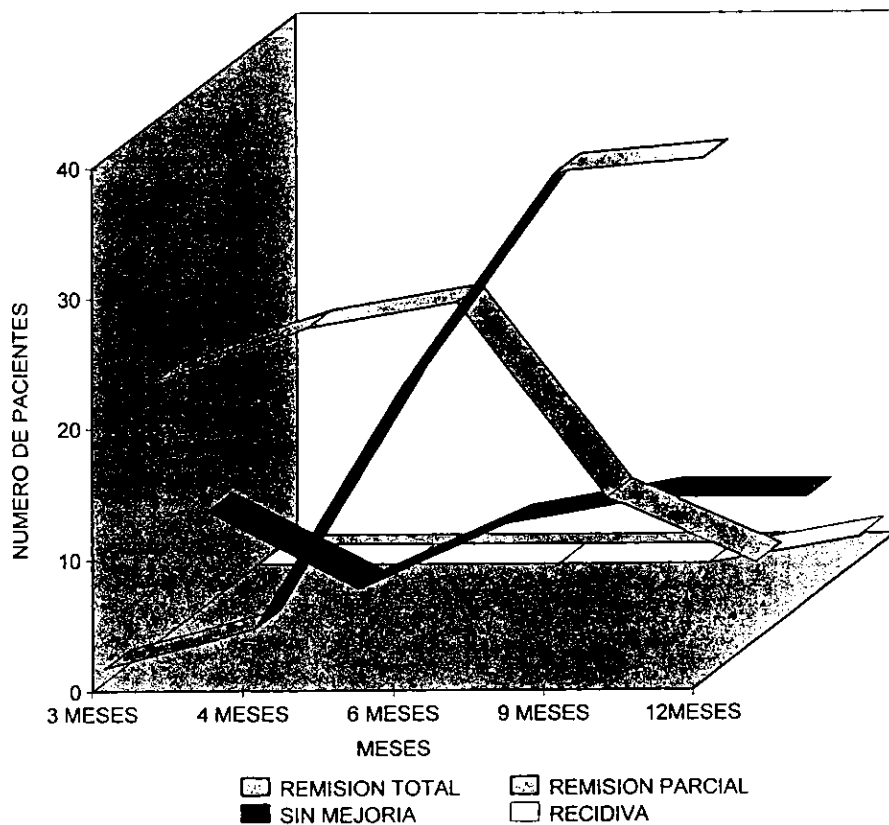
TRATAMIENTO UTILIZADO

GRAFICA NO. 12



EVOLUCION DE TRASTORNO MAMARIO

GRAFICA NO. 13



ANEXO NO. 1

TRASTORNOS MAMARIOS MAS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA

1.- NUMERO DE EXPEDIENTE:

2.- SEXO: A) F B) M

3.- EDAD: _____ A)10-14 B)15-19

4.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: A)SI B)NO

5.- ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

ESTADIO DE MADURACION SEXUAL (TANNER)

A)I B)II C)III D)IV E)V

TRASTORNO MENSTRUAL A)SI B)NO

VIDA SEXUAL A)SI B)NO

USO DE HORMONALES A)SI B)NO

6.- PATOLOGIA ASOCIADA:

 SISTEMICA: A)SI B)NO

 GENITOURINARIA A)SI B)NO

7.- USO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTA GLANDULA MAMARIA:

 A)SI B)NO

8.- DIAGNOSTICO:

	DIAGNOSTICO INICIAL	DIAGNOSTICO FINAL
I VARIACIONES MAMARIAS BENIGNAS	_____	_____
II PATOLOGIA BENIGNA	_____	_____
III PATOLOGIA MALIGNA	_____	_____

9.- METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS:

ULTRASONIDO	A)SI	B)NO
CITOLOGIA	A)SI	B)NO
CULTIVO	A)SI	B)NO
PERFIL HORMONAL	A)SI	B)NO
BIOPSIA	A)SI	B)NO

10.- TRATAMIENTO UTILIZADO:

- A) OBSERVACION Y VIGILANCIA
- B) ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
- C) AINE + DIURETICO
- D) AINE + DIURETICO+ANTIOXIDANTES
- E) AINE + DIURETICO+ANTIOXIDANTE+DIETA LIBRE DE XANTINAS
- F) TRATAMIENTO QUIRURGICO

11.- EVOLUCION DE TRASTORNO MAMARIO:

	3	6	9	12 MESES
A) REMISION TOTAL				
B) REMISION PARCIAL				
C) SIN MEJORIA				
D) RECIDIVA				
E) ABANDONO				