



HOSPITAL DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"  
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E  
INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**MÉDICO ESPECIALISTA EN  
CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

TÍTULO

**PATOLOGÍA MAMARIA QUE REQUIERE TRATAMIENTO  
QUIRÚRGICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

**ALUMNO:** DR. OCTAVIO RODRÍGUEZ WYLER LÓPEZ

**ASESORES:**

DR. RUBEN MARTIN ÁLVAREZ SOLIS  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA  
PEDIÁTRICA, HOSPITAL DEL NIÑO "RODOLFO NIETO PADRÓN"

DR. DAVID BULNES MENDIZABAL  
JEFE DE SERVICIO DE PATOLOGÍA  
HOSPITAL DEL NIÑO "RODOLFO NIETO PADRÓN"



**Villahermosa, Tabasco. Mayo de 2007**



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 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.



HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"

Oficio No. HN/CDEICC/554/2007

Villahermosa, Tabasco, a 14 de Mayo de 2007

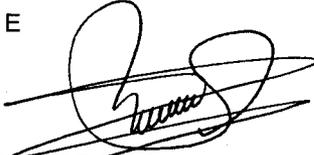
**DR. ENRIQUE GRAUE WIECHERS**  
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
PRESENTE.

Comunicamos a Usted la conclusión de Tesis "PATOLOGIA MAMARIA QUE REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO EN POBLACION PEDIATRICA" sustentado por el DR. OCTAVIO RODRIGUEZ WYLER LOPEZ, por lo que se autoriza para los fines y trámites correspondientes para la titulación en la Especialidad de CIRUGIA PEDIATRICA, ante esa Universidad Nacional Autónoma de México.

Sin otro particular, nos despedimos de Usted.

ATENTAMENTE

  
DR. GONZALO ANTONIO NEME DIAZ  
DIRECTOR GENERAL

  
DR. JOSE MANUEL DIAZ GOMEZ  
COORDINADOR DE LA DIVISION DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACION,  
CALIDAD Y CAPACITACION

  
DR. DAVID PABLO BULNES MENDIZABAL  
ASESOR DE TESIS

  
DR. RUBEN MARTIN ALVAREZ SOLIS  
ASESOR DE TESIS

HOSPITAL DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"  
UNIDAD DE ENSEÑANZA

DR. JMDG\*\*lemv\*

Av. Gregorio Méndez Magaña No. 2832  
Col. Atasta C.P. 86100  
Villahermosa, Tabasco  
Tel.(01) (993) 355-10-55, 355-10-90,  
355-10-78  
www.hn.gob.mx  
e.hnrrp@saludtab.gob.mx

## INDICE

RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	23
METODOLOGÍA	23
ESTRATEGIA DE TRABAJO CLINICO	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
METODO DE RECOLECCIÓN	25
RESULTADOS	26
FIGURAS	30
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35
GRÁFICAS	37
ANEXOS	41

## **RESUMEN**

**Título:** Patología mamaria que requiere tratamiento quirúrgico en población pediátrica.

**Objetivo:** Describir la patología mamaria que requiere intervención quirúrgica y conocer la frecuencia de dicha patología entre la población pediátrica atendida en un centro hospitalario de tercer nivel.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, analizando los casos de pacientes con patología mamaria que fueron intervenidos quirúrgicamente y cuya pieza quirúrgica fue analizada desde el punto de vista histopatológico en el Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” en el periodo comprendido entre 1989 y el año 2006,).

**Conclusiones:** 1. La patología quirúrgica mamaria es poco frecuente entre la patología quirúrgica en Pediatría y afecta principalmente al género femenino (88%). 2. La patología mamaria más frecuente es el fibroadenoma mamario y se presenta en pacientes del sexo femenino en la adolescencia. 3. La patología mamaria más frecuente en pacientes masculinos es la ginecomastia y la mayoría los casos son idiopáticas. 4. El comportamiento de las lesiones mamarias es de curso benigno en el 98% de los casos. 5. No se encontró ninguna neoplasia maligna primaria de la mama en población pediátrica y se encontró un solo caso de infiltración mamaria por leucemia mielóide del tipo megacariocítico (M7).

## **ANTECEDENTES.**

Las lesiones de la glándula mamaria en edad pediátrica se consideran raras y de curso benigno, siendo poco frecuentes dentro de la consulta pediátrica general y aún en la consulta del Cirujano Pediatra. La prevalencia y la incidencia de ésta patología no ha sido establecida. La presentación clínica de algunas de las patologías muestra lesiones de gran tamaño y hallazgos clínicos dramáticos, pudiendo confundir al clínico con patologías de curso y pronóstico diferente. Dentro de la población pediátrica en nuestro país no se ha realizado un estudio que describa la patología mamaria y que establezca la frecuencia, incidencia y prevalencia de dichas patologías.

## **MARCO TEÓRICO**

### ***EMBRIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA***

En humanos se desarrollan estructuras pareadas en la cara ventral del tronco, a lo largo de las líneas mamarias, de origen ectodérmico y endodérmico, que formarán la glándula mamaria definitiva. Este proceso se lleva a cabo bajo control hormonal gonadal desde las etapas más tempranas del desarrollo. Es hasta un año previo a la menarca, en la que los cambios sobre el tejido mamario comienzan a suceder, secundario a la producción ovárica de estrógenos, lo que da lugar a la diferenciación ductal y lobular formando los acinos mamarios. Uno de los signos tempranos de pseudopubertad precoz es el desarrollo mamario en una niña menor de 8 ó 9 años, quien puede presentar un quiste ovárico funcional o un tumor de células de la granulosa. El desarrollo mamario se ha dividido convencionalmente en cinco etapas, descritas originalmente por Tanner. Un espectro de alteraciones normales en la glándula

mamaria se observa en las primeras dos décadas de la vida. La patología quirúrgica mamaria en la población infantil se puede dividir en alteraciones congénitas del desarrollo; y lesiones adquiridas <sup>1</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La patología mamaria es, quizá, uno de los motivos de consulta al Pediatra y al Cirujano Pediatra de menor incidencia, sin embargo, resulta un reto diagnóstico y terapéutico que puede resultar en una resolución tardía y en ocasiones de resultados desfavorables, tanto para la función como para la vida de los pacientes. Consideramos importante conocer la frecuencia de las lesiones mamarias en la población pediátrica de ambos sexos, así como el tiempo de evolución y los tratamientos previos recibidos previos a la referencia a un centro de atención médica de tercer nivel.

## **JUSTIFICACIÓN**

No se cuenta con un estudio de revisión que identifique las lesiones mamarias en la población pediátrica que ayude a normar conductas, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento oportuno de dichas lesiones. Este estudio ofrece el conocimiento de la patología mas frecuente en una determinada población y mediante un estudio detallado de ésta, el conocimiento de las principales afecciones de la población sobre la que tiene influencia nuestro Centro Hospitalario, sirviendo como fuente de información para médicos de atención primaria y secundaria para la oportuna referencia de los pacientes con dichas patologías.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir la patología mamaria que requiere intervención quirúrgica y conocer la frecuencia de dicha patología entre la población pediátrica atendida en un centro hospitalario de tercer nivel.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la patología mamaria que requirió atención quirúrgica en la población de influencia del Hospital del Niño "Rodolfo Nieto Padrón" y describir las características demográficas, presentación clínica, abordaje diagnóstico, y tratamiento.
2. Conocer la frecuencia de patología quirúrgica mamaria en relación a otras patologías en la población pediátrica.
3. Describir las lesiones desde el punto de vista histopatológico.



## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

Universo de estudio: Pacientes del Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” de Villahermosa, Tabasco.

## **ESTRATEGIA DE TRABAJO CLINICO**

1. Se obtuvo la muestra de los registros de expedientes de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se haya obtenido tejido mamario para diagnóstico histopatológico, capturados en los archivos del servicio de Patología del Hospital del Niño de Tabasco de julio de 1989 a febrero del 2006.

2. Se solicitó los expedientes clínicos al servicio de Archivo del Hospital del Niño para la recolección de datos.

3. Descripción de resultados

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### *Criterios de Inclusión:*

1. Pacientes con patología mamaria de ambos sexos con un rango de edad de los 0 a los 15 años. En el periodo comprendido entre los años 1989 y 2006.
2. Pacientes intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital del Niño "Rodolfo Nieto Padrón.
3. Casos a cuya pieza quirúrgica se la haya realizado análisis histopatológico por parte del departamento de Patología del Hospital del Niño de Tabasco,

*Criterios de Exclusión:*

1. Pacientes con patología mamaria no intervenidos quirúrgicamente.
2. Pacientes con patología mamaria cuya pieza quirúrgica en los que no se haya realizado estudio histopatológico.
3. Casos en los que el expediente clínico no cubra con los datos epidemiológicos establecidos en la hoja de recolección de datos.

**METODO DE RECOLECCION**

Se incluyó en la hoja de recolección de datos la ficha de identificación completa de cada paciente y antecedentes relevantes para la patología buscada. Mediante incisos se determinó el tiempo de evolución, las manifestaciones clínicas, incluyendo mama afectada, localización de la lesión por cuadrantes y signos y síntomas relacionados. En caso de haberse realizado estudios paraclínicos de diagnóstico se capturó fecha y reporte del estudio. Se realizó una copia del reporte histopatológico para documentar el diagnóstico final y se incluyó en la hoja de recolección de datos. Se anotó la fecha de la última consulta para calcular el tiempo de seguimiento postquirúrgico e identificar complicaciones.

## RESULTADOS

En el periodo de 1989 al año 2006, en el Hospital del Niño "Rodolfo Nieto Padrón" de Tabasco se intervino a 51 pacientes y se operó un total de 53 mamas (ver *Gráfica 1*). De los 51 pacientes 45 del sexo femenino (88%) y 6 del masculino (12%) ver *Gráfica 2*. El rango de edad en total fue de los 9 meses a 15 años (promedio 12 años). Entre los pacientes del sexo femenino el rango de edad fue de 3 a 15 años (prom. 12.5 años) y entre los varones el rango de 9 meses a 15 años (prom. 8.8 años). El tiempo de evolución promedio de todos los pacientes fue de 12.5 meses (rango 1-36 meses).

En cuanto a la localización, 25 afectaron la mama izquierda (49%), 20 la mama derecha (39%), 3 bilaterales (6%) de los cuales sólo en dos casos se intervino ambas mamas, la que no se intervino fue un caso de infiltración leucémica; y en 3 casos la localización fue axilar (6%). Ver *Gráfica 3*. En cuanto a la región anatómica afectada en el 72% no se reportó el cuadrante o cuadrantes afectados. La distribución en porcentaje de regiones anatómicas reportadas se expresa en la *Gráfica 4*.

El diámetro mayor promedio fue de 6.3 cm; El volumen promedio de las lesiones fue de 139cc. Entre los pacientes con fibroadenomas el diámetro promedio fue de 5.3 cm. y un volumen promedio de 122cc Entre las pacientes intervenidas por hiperplasia virginal el diámetro superior promedio fue de 8.3 cm con un volumen promedio de 423cc, siendo el mayor entre todas las patologías.

La manifestación clínica presentada en todos los casos fue masa mamaria, y en el 24% dolor, sin tipo establecido. Con porcentaje más bajo encontramos secreción a través del pezón (8%), sangrado cutáneo (6%) y cambios de color

de la piel , inversión del pezón y congestión venosa. (4%). .Raras la fiebre y piel en “naranja” y nula la disminución ponderal. Ver *Tabla 2*.

**Tabla 2.** Síntomas relacionados a patología mamaria

SINTOMA	No. (total 51)	%	PATOLOGÍA (No.)
Dolor	12	24	FAM (7) HV (1) TMA (2) Adenosis (1) Ginecomastia (1)
Secreción pezón	4	8	Galactocele (1) FAM (1) Adenosis (2)
Sangrado cutáneo	3	6	Hemangioma capilar (2) FAM (1)
Cambio color	2	4	Hemangioma capilar (2)
Inversión pezón	2	4	FAM (1) HV (1)
Congestión venosa	2	4	FAM (1) HV (1)
Piel de “naranja”	1	2	HV (1)
Fiebre	1	2	Leucemia (1)
Disminución ponderal	0	0	—

Dentro de las patologías sistémicas asociadas se encuentra un caso de leucemia mieloide tipo megacariocítica (LMA M7) y uno de obesidad en otro caso. Solo un caso se tuvo antecedente de trauma local (2%).

El 23% de los casos fue estudiado previo a la cirugía, en todos, mediante ultrasonido. En todos los casos el tipo de intervención quirúrgica fue la biopsia excisional, con un seguimiento promedio de 2 meses (rango 1 a 25).

Al 100% de las piezas quirúrgicas se realizó estudio histopatológico. Los diagnósticos finales incluyen entre 53 piezas estudiadas. Ver *Tabla 3 y Gráfica 5*. De éstos 27 fibroadenomas mamarios (*figs. 1 y 2*), de los cuales 8 fueron reportados como intracanaliculares (30%), 5 pericanaliculares (19%), 2 del tipo juvenil (7%), en 8 no se reportó tipo específico (29%) y de los cuatro casos restantes uno se reportó gigante con componente intra y pericanalicular, en tres casos se asoció a mastopatía fibroquística (11%) Ver *gráfica 8*. La segunda patología mas frecuente en la muestra global fue la hipertrofia virginal (7 casos =13%) (*fig. 3*). Las siguientes patologías mas frecuentes fueron la ginecomastia, la cual fue la patología más frecuente encontrada en el sexo masculino (72%); y la adenosis (ambas con 5 casos = 9%) (*fig.4*), El resto de las patologías por orden de frecuencia fueron: 3 casos de tejido mamario accesorio (3=6%) (*fig. 5*), 2 hemangiomas capilares (4%) (*fig. 6A*) y con un caso: galactocele, adenoma tubular, quiste simple (*fig.6B*) e infiltración leucémica (2% cada uno). La distribución de acuerdo al sexo se reporta en las *Gráficas 6 y 7*. Del total de piezas quirúrgicas recibidas en el servicio de Patología del Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón” en el periodo comprendido en el presente estudio (Total = 11681), las que involucraron a la glándula mamaria corresponden al 0.43%.

**Tabla 3.** Diagnóstico histopatológico de pacientes operados de patología mamaria.

<b>PATOLOGIA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Fibroadenoma mamario	27	51
Hipertrofia virginal	7	13
Ginecomastia	5	9
Adenosis	5	9
Tejido mamario accesorio	3	6
Hemangioma capilar	2	4
Quiste simple	1	2
Galactocele	1	2
Adenoma tubular	1	2
Leucemia mieloide aguda (M7)	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

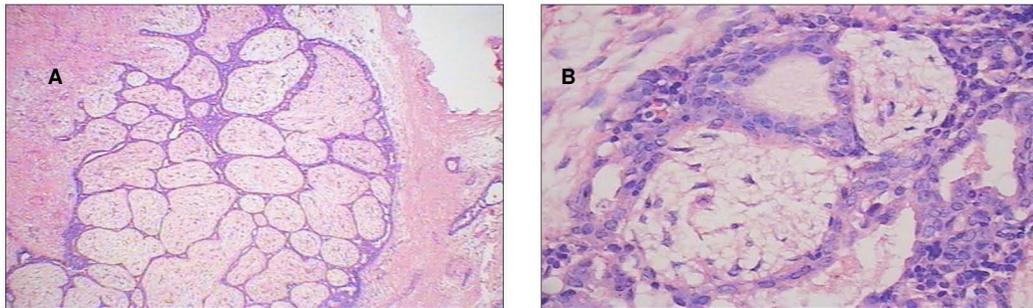
**FIGURAS**

## Fibroadenoma Mamario



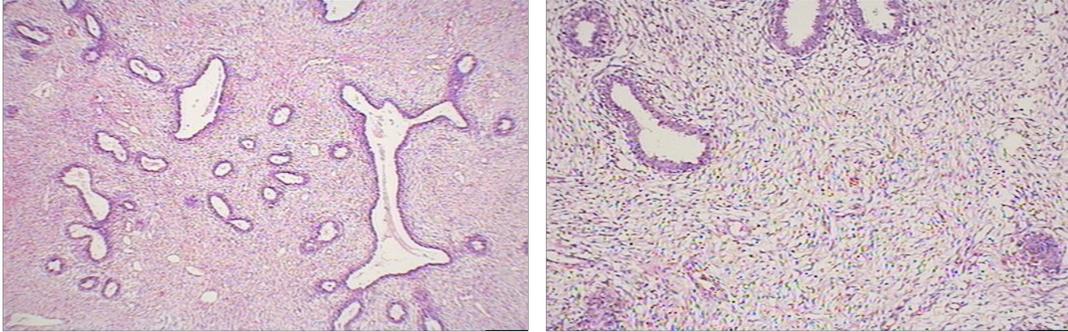
**Fig 1.** Macrofotografía de la lesión mamaria extirpada donde se aprecia un tumor multilobulado no encapsulado, café claro. La superficie de corte también lobulada pero sólida.

## Fibroadenoma Mamario



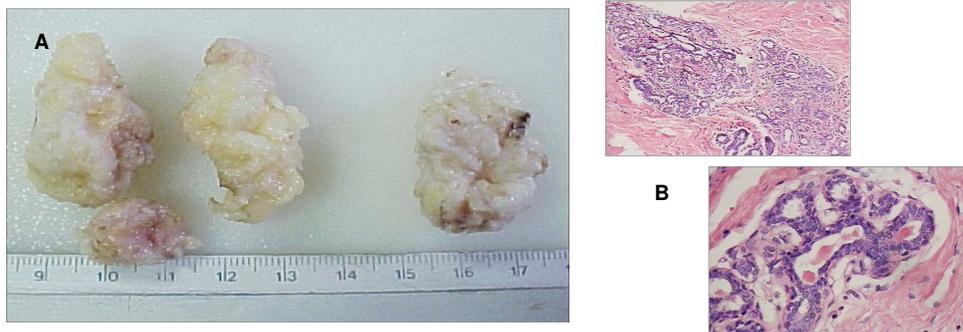
**Fig 2.** Microfotografías de tumores mamarios donde la proliferación de los ductos y el epitelio es muy acentuado, ocluyendo las luces en forma incompleta con un estroma mixoide laxo poco celular sin atipia (**A.**Fibroadenoma Canalicular) en cambio en este otro caso los ductos son delgados el epitelio superficial tiene a tener una sola capa de espesor y predomina el estroma laxo mixoide poco celular sin atipia o pleomorfismo (**B.** Pericanalicular)

## Hipertrofia Virginal



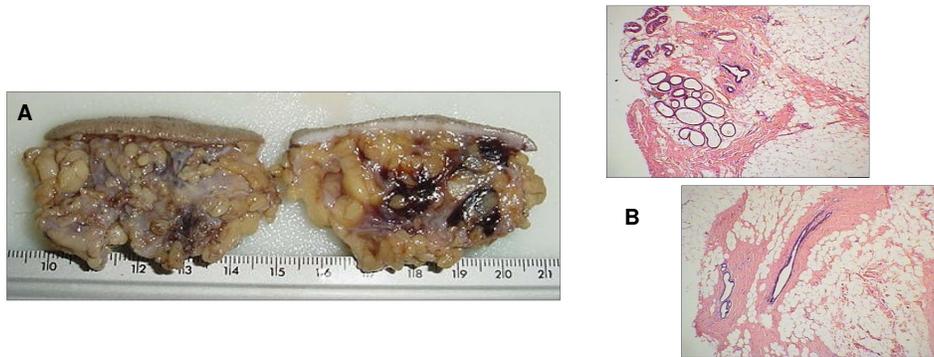
**Fig 3.** Microfotografía del tejido donde se observa la proliferación rudimentaria de los elementos epiteliales ductales sin desarrollo pleno de acini secretorios, el estroma es moderado en celularidad pero no contiene células atípicas.

## Adenosis



**Fig 4. A.** Macrofotografía de nódulo mamario no encapsulado con zonas hemorrágicas alternando con otras blanquecinas. **B.** Microfotografía de el tejido mamario donde se aprecia el desarrollo de acini a partir de los elementos ductales, Constituyendo lobulillos rudimentarios, en el mayor aumento se observa un ducto con secreción acidófila y las yemas de tejido epitelial que desarrollan los acini rudimentarios.

## Tejido Mamario Accesorio

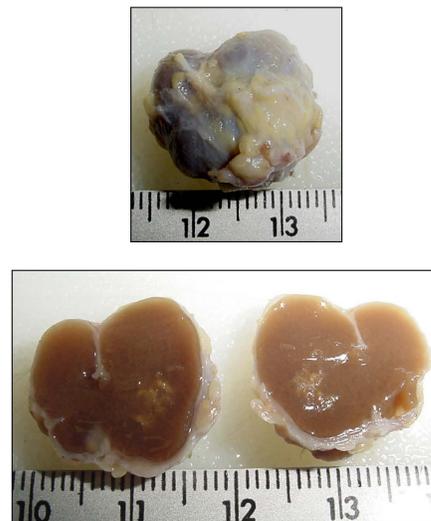


**Fig 5. A.** Macrofotografía de la resección axilar que incluye la piel y el tejido subcutáneo, al corte solo se aprecian bandas blanquecinas separando los lobulillos adiposos. **B.** Microfotografías del tejido axilar donde además de identificar glándulas sudoríparas apócrinas (propias de la axila) hay tabiques de tejido conjuntivo con ductos de lúces aplanadas que se meten en el tejido adiposo.

## Hemangioma



## Quiste Simple



**Fig 6.** Macrofotografías que corresponden a: **A.** Lesión proliferativa de vasos capilares en la dermis, constituye un nódulo con manguillo de epidermis que lo circunscribe. **B.** Masa lobulada, renitente, azul grisacea, Al corte se aprecian cavidades ocupadas por material mucoide coagulado.

## DISCUSIÓN

La patología mamaria en la población pediátrica incluye lesiones congénitas y adquiridas. Dentro de la literatura médica, la frecuencia y prevalencia de dicha patología no se ha establecido. En el presente trabajo se describe los hallazgos patológicos encontrados en una casuística de diecisiete años en un hospital de tercer nivel de atención médica, encontrando que la frecuencia de intervenciones quirúrgicas en patología mamaria mostró un incremento anual en la última década del 50%. Se observó que las lesiones congénitas y del desarrollo representan el 28% de los casos y las patologías adquiridas el restante 72%.

La patología más frecuente es el fibroadenoma mamario, de acuerdo con lo publicado en el texto de Cirugía Pediátrica de Zeigler como el 50% de los reportes histopatológicos en mujeres adolescentes (64% en pacientes del sexo femenino de nuestra muestra). El subtipo intracanalicular fue el más frecuente en nuestra muestra. Asimismo no se encontró datos de malignización dentro del los casos de fibroadenoma ni casos de cistosarcoma filodes, patología reportada rara, pero con incidencia en adolescentes y adultos jóvenes del sexo femenino. Debido al seguimiento no podemos establecer la relación con el desarrollo de neoplasia mamaria en la etapa adulta, lo que debe ser motivo de estudio, por el impacto que esta asociación puede tener.

La segunda patología encontrada en nuestro reporte es la hipertrofia virginal, la cual, conforme a Zeigler<sup>12</sup> en el texto de Cirugía Pediátrica en mujeres prepúberes con presencia de crecimiento difuso y en ocasiones incapacitante por las dimensiones, que en nuestros pacientes alcanzó el diámetro superior promedio de 8.3cm, siendo la mayor encontrada de 17cm.

Dentro de la población masculina, la patología más frecuente fue la ginecomastia, en todos los casos de carácter idiopático, uno de ellos asociado a obesidad y en todos los casos intervenidos por el impacto psicológico.

Como se mencionó, la mayoría de las lesiones (98%) fueron de comportamiento benigno y no pudimos establecer posibles complicaciones postoperatorias por el pobre seguimiento de los casos (promedio 2 meses).

Dentro de las condiciones malignas, solo se presentó un caso (2%) asociado a leucemia linfoblástica aguda tipo megacariocítico, que conforme a lo expresado por Stocker<sup>13</sup> en su texto de Patología Pediátrica se asocia a todo tipo de leucemias y a linfomas, tanto Hodgkin, como no Hodgkin, representando un sitio de infiltración rara.

## **CONCLUSIONES**

1. La patología quirúrgica mamaria es poco frecuente entre la patología quirúrgica en Pediatría y afecta principalmente al género femenino (88%).
2. La patología mamaria más frecuente es el fibroadenoma mamario y se presenta en pacientes del sexo femenino en la adolescencia.
3. La patología mamaria más frecuente en pacientes masculinos es la ginecomastia y la mayoría los casos son idiopáticas.
4. El comportamiento de las lesiones mamarias es de curso benigno en el 98% de los casos.
5. No se encontró ninguna neoplasia maligna primaria de la mama en población pediátrica y se encontró un solo caso de infiltración mamaria por leucemia mieloide del tipo megacariocítico (M7).

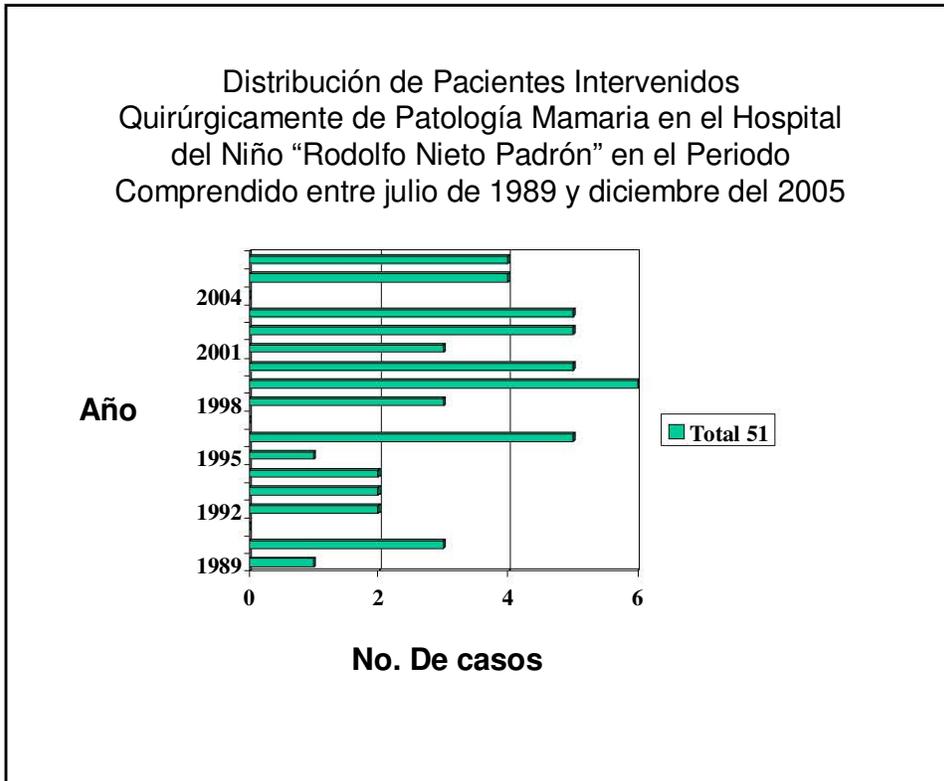
## BIBLIOGRAFÍA

1. Stocker T, Louis D. *Pediatric Pathology*. 2a Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 994-1010
2. Ziegler M, Azizkhan R, Weber T. *Operative Pediatric Surgery*. 1a Ed. McGraw Hill 2005: 243-254.
3. Kollias J, Gill P, Leong A, and Clarkson A: Gynaecomastia presenting as fibroadenoma toid tumors of the breast in a renal transplant recipient associated with cyclosporin treatment. *Aust. N.Z. Surg*, 1998, 68:679-681.
4. Davis S, and Wallace A: A 19 Year old with complete androgen insensitivity syndrome and juvenile fibroadenoma of the breast. *The Breast Journal*, 2001, 6:430-433.
5. Veneti S, and Manek S: Benign phyllodes tumour vs fibroadenoma FNA cytological differentiation. *Cytopathology* 2001, 12:321-328.
6. Scolyer R, McKenzie P, Achmed D, and Soon C: Can Phyllodes tumours of the breast be distinguished from fibroadenomas using fine needle aspiration cytology? *Pathology* 2001, 33:437-443.
7. Hasabe T, Imuto S, Sasaki S, Tsubono Y, and Mukai K: Proliferative activity and tumor angiogenesis is closely correlated to stromal cellularity of fibroadenoma: Proposal fibroadenoma, cellular variant. *Pathology International* 1999, 49:435-443.
8. Yilmaz E, Sal S, and Lebe B: Differentiation of Phyllodes tumors versus fibroadenomas. *Acta Radiológica* 2002, 43:34-39.
9. Chao T, Lo Y, Chen S, and Chen M: Sonographic features of phyllodes tumors of the breast. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002, 20:64-71.

10. Kinoshita T, Fukutomi T, and Kubochi K: Magnetic Resonance imaging of benign phyllodes tumors of the breast. *The Breast Journal* 2004, 10:232-236.
11. Millar E, Beretov J, Marr P, Sarris M, Clarke R, Kearsley J, and Lee C: Malignant phyllodes tumours of the breast display increased stromal p53 protein expression. *Histopathology* 1999, 34:491-496.
12. Ross W, Kaye P, and Dent D: Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *British Journal of Surgery* 1999, 86:396-399.
13. Valdes E, Boolbol S, Cohen J-M, and Feldman Sh: Malignant transformation of a breast fibroadenoma to cystosarcoma phyllodes: Case report and review of the literature. *The American Surgeon* 2005, 71:348-353.

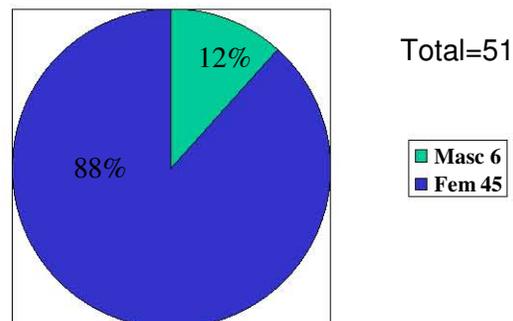
## GRAFICAS

### GRAFICA 1



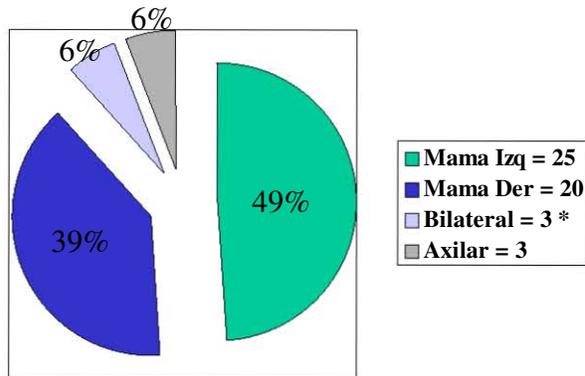
### GRAFICA 2

Distribución de Pacientes Intervenido  
Quirúrgicamente de Patología Mamaria por Género



### GRAFICA 3

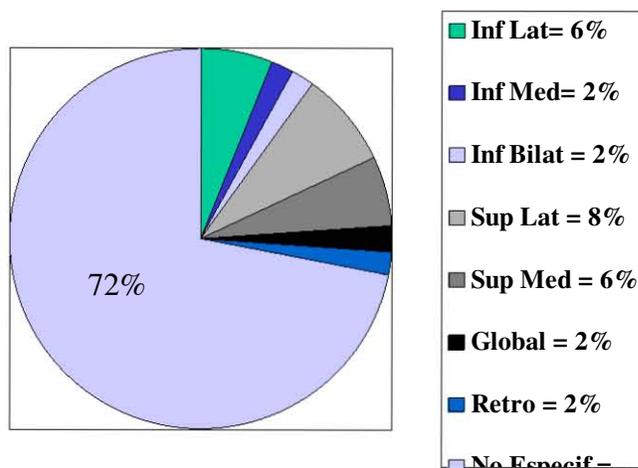
Localización de Patología Mamaria Intervenida



\* De los casos bilaterales, en uno de ellos únicamente se intervino un solo lado

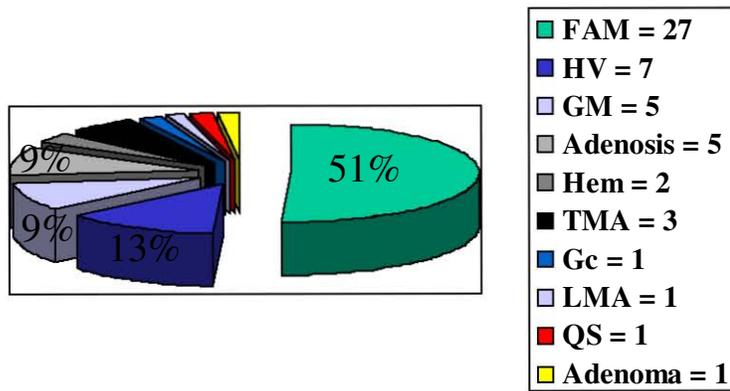
### GRAFICA 4

Región Anatómica Mamaria Afectada



## GRAFICA 5

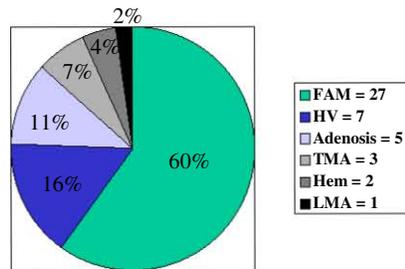
### Diagnóstico Histopatológico General



FAM= FIBROADENOMA MAMARIO, HV= HIPERTROFIA VIRGINAL, GM= GINECOMASTIA, Hem= HEMANGIOMA, TMA= TEJIDO MAMARIO ACCESORIO, Gc= GALACTOCELE, LMA= LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, QS= QUISTE SIMPLE

## GRAFICA 6

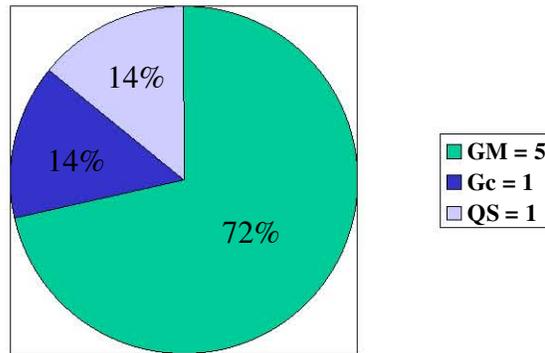
### Diagnóstico Histopatológico Entre Pacientes Género Femenino



FAM= FIBROADENOMA MAMARIO, HV= HIPERTROFIA VIRGINAL, Hem= HEMANGIOMA, LMA= LEUCEMIA

## GRAFICA 7

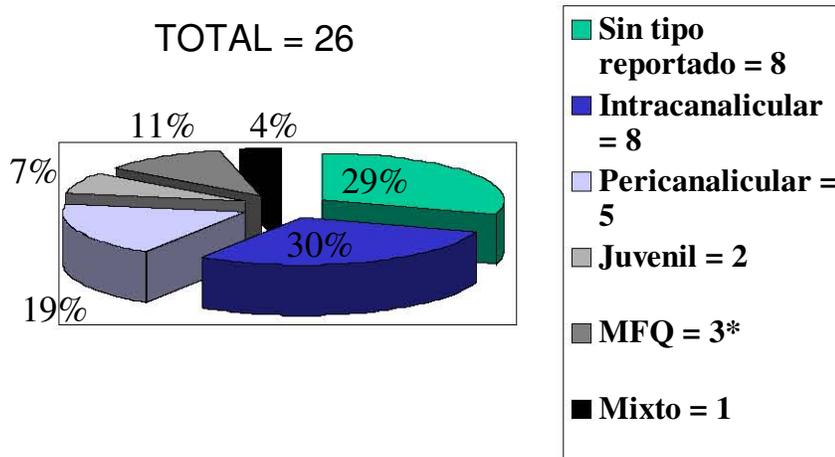
Diagnóstico Histopatológico Entre Pacientes Género Masculino



GM= GINECOMASTIA, Gc= GALACTOCELE, QS= QUISTE SIMPLE

## GRAFICA 8

Tipos de fibroadenomas mamarios diagnosticados en un periodo de 15 años en el Hospital del Niño "Rodolfo Nieto Padrón"



\*MFQ= ASOCIADO A MASTOPATIA FIBROQUISTICA

# ANEXOS

## ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1. NOMBRE

### 2. SEXO ( )

- a MASCULINO
- b FEMENINO

### 3. FECHA DE NACIMIENTO

### 4. FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL DEL NIÑO

### 5. EDAD AL DIAGNOSTICO

### 6. FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

### 7. FECHA DE REPORTE DE PATOLOGÍA

### 8. TIEMPO DE EVOLUCION ( )

- c 0-6 MESES No( )
- d 7-12 MESES No( )
- e 1-2 AÑOS No( )
- f > 2 AÑOS No( )

### 9. MAMA AFECTADA ( )

- g DERECHA
- h IZQUIERDA
- i BILATERAL

### 10. REGION ANATOMICA ( )

- j CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO
- k CUADRANTE SUPERIOR DERECHO
- l CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO
- m CUADRANTE INFERIOR DERECHO
- n MÚLTIPLE

### 11. DATOS CLINICOS DURANTE LA MANIFESTACION

#### o TAMAÑO ( )

- a. < 1cm
- b. 1-10cm
- c. > 10cm

#### p DOLOR ( )

- 1 si
- 2 no

#### q ERITEMA ( )

- 1 si
- 2 no

#### r INVERSION DEL PEZÓN ( )

- 1 si
- 2 no

#### s PIEL DE NARANJA ( )

- 1 si
- 2 no

#### t FIEBRE ( )

- 1 si
- 2 no

#### u ADENOMEGALIAS ( )

- a. CERVICALES
  - 1 si
  - 2 no
- b. AXILARES ( )
  - 1 si
  - 2 no
- c. SUPRACLAVICULARES ( )

- 1 si
- 2 no

#### v. DILATACIÓN VENOSA ( )

- 1. si
- 2. no

#### w. Disminución ponderal ( )

- 1. si
- 2. no

#### y. Sudoración nocturna ( )

- 1. si
- 2. no

### 12. TRATAMIENTO PREVIO

#### z ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ( )

- 1 si
- 2 no

#### aa HORMONALES ( ) CUÁL?

- 1 si
- 2 no

#### bb ANTIBIOTICOS ( ) CUÁL?

- 1 si
- 2 no

#### cc OTROS ( )

- 1 si
- cuál:

- 2 no

### 13. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ( )

#### dd 0-6 MESES

#### ee 6-12 MESES

#### ff > 12 MESES

### 14. TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ( )

#### gg BIOPSIA INCISIONAL

#### hh BIOPSIA EXCISIONAL

#### ii MASTECTOMIA

#### jj MASTECTOMIA RADICAL

### 15. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

#### kk FIEBRE ( )

- 1 si
- 2 no

#### ll DOLOR ( )

- 1 si
- 2 no

#### mm INFECCION DE INCISIÓN ( )

- 1 si
- 2 no

#### nn RECURRENCIA ( )

- 1 si
- 2 no

#### oo SIN COMPLICACIONES ( )

- 1 si
- 2 no

#### pp SANGRADO

- 1. si
- 2. no

#### qq DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA

- 1. si
- 2. no

#### rr HEMATOMA

- 1. si

