

Malformaciones y Patología de la Glándula Mamaria en Adolescentes*

Dr. Alberto Duarte—Contreras. M.D.**

Desde el punto de vista ginecológico se considera la adolescencia como el tiempo que transcurre entre la menarca y el final del tercer año ginecológico o postmenárquico (los 17 años en promedio entre nosotros) Bajo este concepto adelantamos el presente estudio.

La glándula mamaria es una estructura derivada del ectodermo embrionario. Se le define como una glándula sudorípara modificada. Es una glándula de secreción externa, con una función específica, la lactancia. Es también, un receptor hormonal por excelencia que responde al estímulo estrogénico, de progesterona y de prolactina específicamente. En la civilización occidental se le ha considerado como un símbolo erótico sexual y para la mayoría de las adolescentes la hermosura y esbeltez de sus senos constituyen la mejor demostración de su feminidad.

En la especie humana sólo hay un par de mamas localizadas en la pared ante-

rior del tórax y cada una de ellas presenta una prolongación axilar llamada "cola axilar". En el cuadrante superoexterno se encuentra abundante cantidad de tejido glandular. Están cubiertas por una envoltura cutáneo adiposa y en su cúpula se hallan colocadas de manera simétrica la aréola y el pezón.

La glándula mamaria está constituida por tres elementos:

1. glandular (acinos, alvéolos, lóbulos y conductos).
2. adiposo, de relleno
3. de sostén

Cada glándula tiene entre 16 y 24 lóbulos que desembocan al pezón por los conductos galactóforos: son los constituyentes de la glándula adulta. Cada lóbulo mamario actúa como una glándula independiente.

La glándula inicia su crecimiento con la pubertad y se considera que alcanza su desarrollo hacia los 18 años, si bien el desarrollo máximo sólo se logra en la lactancia cuando la progesterona, actuando sobre una glándula sensibilizada por los estrógenos, determina el desarrollo túbuloalveolar.

En el examen ginecológico de la adolescente se debe incluir siempre el de la

* Del Seminario "Adolescencia" presentado al XV Congreso Colombiano de Ginecología y Obstetricia. Bucaramanga, diciembre 8 de 1983.

** Médico Jefe de la Consulta de Ginecología Pediátrica de la Clínica Infantil del Hospital San Juan de Dios. Cúcuta.

glándula mamaria, así no se le mencione en el motivo de consulta.

Al examinar los senos de una adolescente se puede observar la presencia de (7, 19):

- I Anomalías
- II Respuesta exagerada a estímulos hormonales.
- III Patología tumoral
- IV Procesos inflamatorios
- V Derrames por el pezón

I. ANOMALIAS

Las Anomalías son:

- A – Congénitas
- B – Adquiridas

Son CONGENITAS cuando están presentes al nacimiento: se originan en una perturbación embrionaria en el germen o yema de crecimiento. Cuando al nacimiento las mamas son normales pero se modifican por cualquier alteración que aparezca en determinado momento de la niñez o de la pubertad, se denominan ADQUIRIDAS.

A – Las ANOMALIAS CONGENITAS son:

- 1. por defecto
- 2. por exceso

y se pueden encontrar en uno o en los dos senos (17).

1. Las ANOMALIAS POR DEFECTO son:

- a. ATELIA o falta de pezones
- b. AMASTIA o ausencia de senos

La ATELIA es rara, pero se le encuentra con más frecuencia que la Amastia.

La AMASTIA es muy rara y puede ser:

- 1. de naturaleza familiar, u obedecer a:
- 2. falta de desarrollo de la porción pectoral de las "crestas mamarias".
- 3. o a alteraciones genéticas (disgenesia gonadal). (Foto 1).
- 4. o a extirpación o destrucción temprana de la glándula mamaria por maniobras quirúrgicas o por irradiación (v.g. al tratar hemangiomas).

Cuando obedece a alteraciones embriológicas suele acompañarse de otras malformaciones congénitas como ausencia de glándulas apocrinas axilares, defectos de desarrollo del sistema piloso, malformaciones faciales y de las extremidades. La más frecuente es la unila-

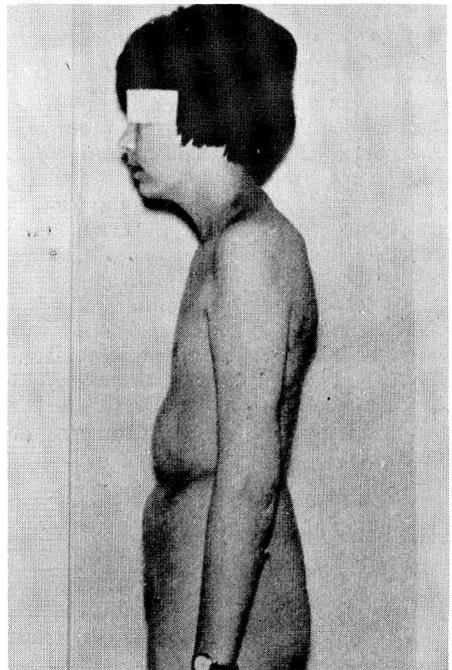


Foto No. 1. Falta de desarrollo mamario en una adolescente de 16 años, de estatura normal que presenta disgenesia gonadal pura.

teral y casi siempre se acompaña de malformaciones de la parrilla costal con atrofia o ausencia de los músculos pectoral mayor y deltoideos. (foto 2). Tratamiento: Dado el serio problema psicológico que ocasionan se debe ante todo tranquilizar a los padres y a la paciente; aconsejarles el uso diario de sostenes con relleno, y cuando se haya frenado el desarrollo mamario, o sea después de los 18 años, practicar cirugía plástica.

Hay cirujanos que prefieren operar a temprana edad pero se ven obligados a reintervenir para que el tamaño de los senos esté en todo momento acorde con el desarrollo somático (14).

En el caso de que se aprecien deficiencias hormonales, puede tener alguna utilidad la terapia de sustitución.

2. Las ANOMALIAS POR EXCESO son:

- a. La POLITELIA o más de dos pezones.
- b. La POLIMASTIA o más de dos glándulas mamarias.

Una y otra se encuentran siempre a lo largo de la "línea" o "cresta mamaria" y su localización sigue los esquemas trazados por Williams o por Merkel. (Foto 3). En raras oportunidades se les encuentra por fuera de esta línea, como en el tercio medio de la cara interna del brazo o en la cara anterior del muslo, tercio medio, y aún en los labios mayores. La Politelia más frecuente corresponde al par 5 de Williams o de Merkel.

La adolescente confunde fácilmente la politelia con lunares.

Al encontrar una carnosidad pigmentada sobre la "línea mamaria", pensar siempre en la posibilidad de una Politelia. Evans dice que la politelia se ve



Foto No. 2. Amastia de la mama derecha en una adolescente de 14 años, con ausencia del pectoral mayor y defectos de parrilla costal; seno izquierdo normal.

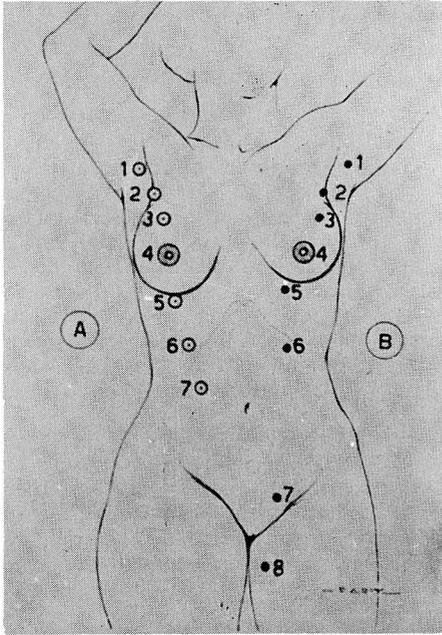


Foto 3. Ubicación de la Cresta mamaria; A) según Williams; B) según Merkel.

con más frecuencia en pacientes con cardiopatía congénita acompañada de hipertensión pulmonar (5).

Conducta. Si la politelia es muy pequeña y no ha sido reconocida por la paciente, bien se puede hacer caso omiso de ella y nada decir o dar información de la anomalía pero sin causar alarma.

Las politelias se deben extirpar solamente cuando son motivo de seria preocupación, inclusive de trauma síquico o cuando la estética así lo exija. Bajo anestesia local se incide en forma de ojal, se reseca, se hace hemostasis y se suturan los labios cutáneos.

Se pueden observar algunas anomalías del pezón: éste puede ser aplanado, corto, invaginado, umbilical o hendido.

Algunas de estas anomalías son tratadas por el cirujano plástico.

La POLIMASTIA puede ser familiar o racial. Entre nosotros se le ve en proporción de un caso por cada 500 adolescentes, (0.2^o‰); en las japonesas en el 5^o‰ y en las chinas en el 3.6^o‰ (7) (Foto 4).

Esta anomalía se debe, en opinión de diferentes autores, a "dislocación de las células primordiales del amnios", o a "glándulas sudoríparas modificadas y agrandadas", o a "un fenómeno atávico progresivo" o a "un capricho de la naturaleza". (17).

La Polimastia puede presentar diferentes aspectos:

- a. remedar una mama completa con glándula, conductos y pezón.
- b. una glándula sin pezón
- c. pezón con glándula muy rudimentaria.

Se pueden encontrar mamas en el hombro o en el dorso, hecho que obedece a una prolongación de la "cresta mamaria". La que se ve entre nosotros con más frecuencia es la POLIMASTIA AXILAR.

Cuando la mama axilar no tiene pezones ni conductos excretorios se le llama ABERRANTE. Si los tiene es SUPER-NUMERARIA. La aberrante carece de relación con la "cresta mamaria" y se deriva de la estrangulación y separación total de un trozo de mama primitiva normal y única, proceso realizado durante el desarrollo embrionario. Se le debe diferenciar de un LIPOMA: la mama ordinariamente crece y duele antes de la menstruación (Figura No. 5).

Conducta. La polimastia se debe extirpar por dos razones: 1 — por estética y 2 — porque el tejido glandular que la constituye está abocado a padecer toda la patología intrínseca de la glándula mamaria, benigna y maligna.



Foto No. 4. Polimastia en una adolescente de 16 año .

Cuando por su localización (axilar e inguinal) esté expuesta a roce y traumatismo permanente se le debe extirpar lo más pronto posible.

Para la extirpación de las axilares se recomienda la incisión transversal siguiendo las líneas de Langer.

B. ANOMALIAS ADQUIRIDAS

Estas anomalías solamente se aprecian después de que se ha iniciado el desarrollo mamario con la pubertad, y pueden ser:

1. en más o por exceso, las HIPERTROFIAS.
2. en menos o por disminución, las HIPOTROFIAS y las ATRESIAS.
3. por diferencia de tamaño, de orientación o de localización, las ASIMETRIAS.

Las en más y las en menos indican siempre modificaciones de volumen.

1. La HIPERTROFIA MAMARIA puede ser:
 - a. virginal o puberal
 - b. gravídica
 - c. por obesidad

La HIPERTROFIA VIRGINAL o PUBERAL se inicia con el comienzo del desarrollo mamario y puede alcanzar volumen considerable; es de crecimiento rápido y doloroso. Es uni o bilateral y puede acompañarse de asimetría. Es una hipertrofia glándulo grasosa que no contiene tumor. Dado el tamaño y el peso que alcanzan pueden constituirse en penduladas. (foto No. 6).



Foto No. 5. Mama axilar "aberrante" en una adolescente de 17 años.

Esta anomalía puede obedecer a:

1. exceso de estrógenos, lo que es muy raro.
2. aumento de la sensibilidad del tejido mamario a los estrógenos, casi siempre.

Cuando es unilateral se le debe diferenciar del Fibroadenoma gigante.

Conducta. Siempre producen trauma psicológico y por ello se debe tranquilizar a la adolescente y a la familia. No se conoce medicación hormonal capaz de frenar el crecimiento ni menos de reducir el tamaño cuando se ha constituido la hipertrofia.

Hay adolescentes que con la esperanza de ocultar su anomalía, inician dietas de engorde, sin saber que con ello aumentan el tejido graso mamario y que al problema de la hipertrofia van a sumar el del aumento de peso.



Foto No. 6. Hipertrofia virginal en una niña de 14 años.

El tratamiento no es otro que la cirugía estética practicada cuando haya frenado el crecimiento mamario; cuando son intervenidas antes de que se haya frenado el desarrollo mamario, se pierde la bondad de la cirugía ya que la mama sigue creciendo aproximadamente hasta los 18 años. En esta intervención se extirpa tejido mamario, pero siempre periférico y nunca de la parte central puesto que destruiría los canales galactóforos (9).

La HIPERTROFIA DEL EMBARAZO y DE LA LACTANCIA puede ser uni o bilateral. Rara vez regresan, por ello el tratamiento debe ser el de la cirugía estética posterior a la lactancia. La HIPERTROFIA QUE ACOMPAÑA A LA OBESIDAD en sus distintos tipos, se desarrolla a expensas del tejido graso y nunca del tejido glandular como sucede en las demás hipertrofias mamarias. Por el tamaño y por el peso se pueden hacer pendulares. Cuando la adolescente adelgaza puede disminuir un poco el volumen mamario pero los senos quedan pendulares y requieren cirugía estética.

2. HIPOTROFIA MAMARIA

Un hallazgo muy frecuente es el de la HIPOTROFIA o HIPOPLASIA MAMARIA. Es bilateral y se debe a:

- 1 a. deficiencia estrogénica, rara vez, y se acompaña entonces de escaso desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
- b. falta de respuesta del tejido mamario (tejido refractario) a un estímulo estrogénico normal, causa ésta la más frecuente.
- c. algunos casos de intersexo.
- d. destrucción o extirpación parcial temprana del botón de crecimiento mamario por irradiaciones, o por manipulaciones en recién nacidas, o por

cirugías anteriores en la creencia de estar ante un tumor mamario cuando lo que había era el inicio de crecimiento mamario. Cuando la destrucción ha sido de un solo seno, se tendrá una hipotrofia unilateral.

Es muy raro observar que después de la lactancia mejore la hipotrofia y los senos queden con un tamaño aceptable. Estas adolescentes viven acomplejadas e incluso al casarse tienen serios problemas conyugales pues a todo momento desean ocultar su hipoplasia.

Conducta. Se les debe tranquilizar y aconsejar el uso de sostenes con relleno y, cuando lo deseen, practicar la cirugía plástica pero nunca antes de que haya frenado el desarrollo mamario. Si obedece a deficiencia estrogénica el tratamiento substitutivo puede mejorar un poco, el volumen mamario. En general, ni el tratamiento estrogénico ni la administración de drogas que aumenten la tasa de prolactina surten efecto benéfico. (foto 7).

La ATRESIA o ATROFIA MAMARIA se encuentra solamente cuando hay pérdida importante de peso ocasionada por:

- a. dietas incontroladas de adelgazamiento
- b. enfermedad caquetizante
- c. anorexia nerviosa
- d. carencia alimenticia con desnutrición

En la atresia hay pérdida del tejido graso, glandular y de sostén. Los senos se tornan pendulares y la piel, y el pezón y la aréola toman aspecto senil.

Tratamiento. Mejorar el estado general y administrar alimentación hiperprotéica; en este caso surte buen efecto la administración de estrógenos a bajas dosis.



Foto No. 7. Hipoplasia mamaria en adolescente de 17 años, madre de dos hijos y vida sexual activa.

DESARROLLO MAMARIO

El desarrollo mamario está acorde, casi siempre, con el desarrollo físico, constitucional, racial y familiar. Se inicia con la pubertad y se frena generalmente hacia los 18 años. Está regido por factores genéticos, metabólicos, nutritivos y hormonales primordialmente. La glándula mamaria, cuando no es refractaria o insensible al estímulo hormonal, responde a la administración de estrógenos naturales y sintéticos, así sean aplicados localmente por fricción; en esta forma si se frota una pomada que contenga dosis bajas de estrógenos sobre un solo seno, éste se desarrollará más que el contralateral; si la dosis es alta, responderán ambos senos. La valoración del desarrollo mamario se hace según los esquemas

de Tanner (16), quien en 1955 propuso las siguientes secuencias, aceptadas universalmente y no modificadas desde entonces. Tanner propone 5 estados o etapas.

1. Etapa infantil con discreta elevación del pezón.
2. Etapa de brote o yemas: se revela por la aparición de un pequeño montículo constituido por mamas y pezones con aumento del diámetro de la aréola.
3. Pequeña mama adulta formada por desarrollo de la mama y de la aréola pero sin diferencia de relieve entre una y otra.
4. Hay un montículo accesorio constituido por aréola y pezón formando un relieve sobre la mama. Es una etapa inconstante que no se aprecia en el crecimiento de todas las adolescentes; el 75^o/₁₀₀ pasan de un Tanner 3 a un Tanner 5. (Foto 8).

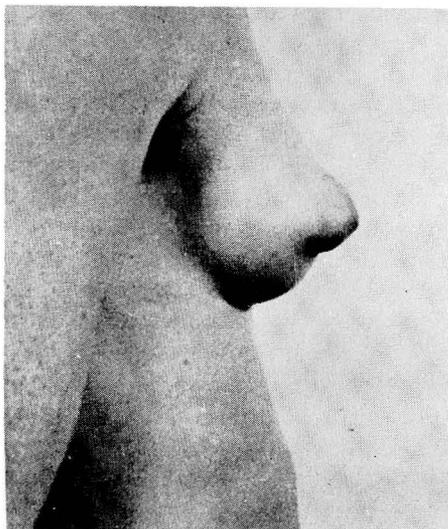


Foto No. 8. Tanner 4. Aréola y pezón hacen relieve sobre la mama. Etapa inconstante.

5. Desaparición del relieve de la aréola y evidencia de una mama esférica, globular, adulta, con corpúsculos de Montgomery, pezones bien desarrollados y eréctiles. (foto 9).

Para constatar si el desarrollo mamario es normal, es indispensable usar un cartabón o metro de tela para tomar medidas cada 6 meses aproximadamente, medidas que se consignan en la historia clínica para su comparación posterior (2). Estas medidas son:

1. el diámetro o cúpula (tomado siguiendo las manecillas del reloj, de 3 a 9 y de 6 a 12).
2. el perímetro

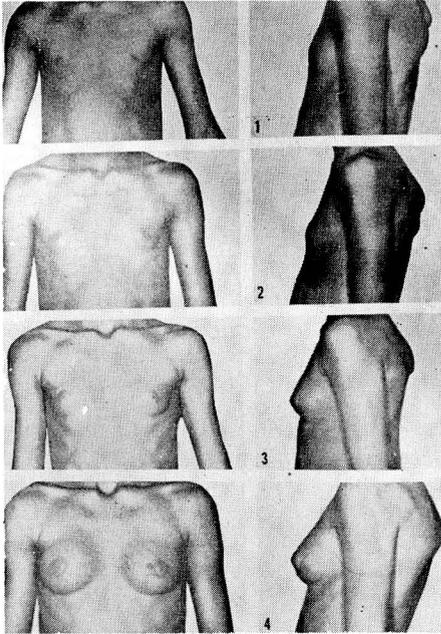


Foto No. 9. Clasificación de Tanner. Grados 2, 3, 4 y 5.

3. ASIMETRÍAS

Las asimetrías son frecuentes y pueden ser de tres clases:

1. por desigualdad en el crecimiento
2. por posición dispar
3. por diferencia de orientación

Normalmente las dos glándulas mamarias reciben igual estímulo estrogénico, con todo, aproximadamente en el 70% de las adolescentes hay un desarrollo mayor, aunque discreto, en uno de los senos.

Las ASIMETRÍAS POR DESIGUALDAD EN EL CRECIMIENTO se pueden explicar así: (Foto 10).

a. en la vida embrionaria tuvo mejor desarrollo el botón de un lado y al iniciarse el crecimiento mamario este botón responde mejor al estímulo hormonal y crece con mayor rapidez. Esta asimetría puede persistir durante el embarazo y aún después de él. Sin embargo, en algunos casos va disminuyendo con el correr del tiempo y al culminar el desarrollo mamario es menos manifiesta. Puede acompañarse de asimetría de posición, y aún de ptosis.

b Puede deberse a un factor iatrogénico por cicatrices de cirugías a corta edad que acarrear además retracciones del pezón.

En las ASIMETRÍAS DE POSICION uno de los senos está más bajo o más cercano de la línea medioesternal que el otro. Y en las ASIMETRÍAS DE ORIENTACION las aréolas y los pezones están orientados en direcciones opuestas o diferentes. Estas asimetrías son poco frecuentes y casi siempre son de origen iatrogénico.

Generalmente estas alteraciones provocan molestias emocionales desproporcionadas para la anomalía padecida.



Foto No. 10. Asimetría más hipertrofia virginal unilateral.

Conducta. Cuando la asimetría es poco llamativa y la adolescente la ha tolerado con tranquilidad y sin preocupación, se debe hacer caso omiso de ella y no despertar problemas emocionales. Si hay preocupación se debe tranquilizar a la paciente y a su familia y adaptar sostenes con relleno para igualar el volumen de los senos. Si al frenar el desarrollo mamario no se aprecia una franca corrección espontánea, se practicará cirugía correctora de aumento o disminución, según el caso. De nada sirve el tratamiento hormonal. En las asimetrías de posición y de orientación el tratamiento ha de ser siempre quirúrgico.

Al tomar la medida del pezón a la línea medio esternal o del pezón al punto medioclavicular en exámenes sucesivos se sabrá si hay o no corrección

espontánea o si hay necesidad de recurrir a la cirugía estética.

II RESPUESTA A ESTIMULOS HORMONALES

Hay una serie de trastornos mamarios que son motivo de consulta de las adolescentes y que no se pueden calificar como patológicos pues son simplemente la intensificación de la respuesta fisiológica de la glándula mamaria a la acción hormonal intensa que se produce en la pubertad.

La superficie de la glándula mamaria en la adolescente no es lisa ni blanda: es nodular y un poco endurecida (8).

Motivo frecuente de consulta es la presencia de senos densos, ingurgitados, que aumentan de volumen antes de la

menstruación, con presencia de abundantes nódulos densos a la palpación. No se puede clasificar este hallazgo en el rubro de enfermedad fibroquística, que es persistente y que se encuentra por encima de los 18 años (6, 18). A estas pacientes se les debe examinar una vez más después de la menstruación y entonces se encontrará que la glándula ha disminuido en volumen y en tensión como también en el número de nódulos palpados en el premenstruo. Esta adolescente presenta una NODULARIDAD FISIOLÓGICA TRANSITORIA como respuesta exagerada a la acción de los estrógenos y que tiene relación con el ciclo menstrual.

Conducta. No requiere tratamiento, fuera de tranquilizar a la adolescente y a sus padres explicándoles que el seno en esta época de la vida es nodular y que lo que presenta la joven en la actualidad es simplemente una respuesta normal, si bien un poco exagerada, a la acción de las hormonas, hecho que se va a repetir por algún tiempo, de manera cíclica, antes de las menstruaciones.

Con frecuencia esta nodularidad fisiológica se acompaña de MASTODINIA o MASTALGIA o DOLOR MAMARIO, como se le quiera llamar, de variada intensidad, a veces incapacitante que no permite ni el uso del sostén.

Conducta. En este caso se debe prescribir tratamiento. Se ordenará aplicación local de hielo y administración de analgésicos al ser requeridos. Surte buen efecto la administración de Prometazina a razón de una tableta de 25 mg. diaria, por 4 a 6 meses, o de antihistamínicos, cuyo mecanismo de acción no se conoce: se usan de manera empírica. Se administran colagogos, coleréticos y protectores de la célula hepática que activan el metabolismo de dichas células y por lo tanto el de los esteroides sexuales. Se considera como de utilidad el alfa tocoferol. Como último recurso se puede

administrar Progesterona tipo Medroxi-progesterona en la segunda mitad del ciclo a razón de 5 a 10 mg. diarios. Es bueno recordar que a las adolescentes no se les debe administrar ni hormona masculina ni derivados del 19 Nor. (3).

III. PATOLOGÍA TUMORAL

En las adolescentes se pueden encontrar:

1. Lesiones de origen funcional:

- a. — enfermedad quística
- b. — ectasia en conductos mamarios

2. Neoplasias

- a. — benignas
- b. — malignas

QUISTES

Son muy raros a esta edad. Son blandos, renitentes y pueden localizar en el interior de un fibroadenoma. La punción sirve para el diagnóstico y para el tratamiento. El líquido extraído se debe remitir siempre a estudio citológico. Solamente se deben extirpar cuando

- a. reaparece rápidamente
- b. el contenido es hemático
- c. al puncionarlos no se obtiene material.

GALACTOCELE

Lo que clínicamente se diagnostica como quiste, en oportunidades la punción nos revela que es un Galactocele. Estos se inician por galactoforitis. Son poco frecuentes hoy en día dado el uso de antibióticos al primer síntoma de infección. Se desarrollan después de la lactancia y suelen localizar debajo de la areola.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica por vía circunareolar.

TUMORES BENIGNOS

El FIBROADENOMA es prácticamente el único tumor que se encuentra en la mama de la adolescente. Es un tumor fibroepitelial, no encapsulado pero que se deja separar fácilmente del tejido mamario circunvecino. Es nodular, no doloroso, de crecimiento lento, único o múltiple, móvil, que no se adhiere ni a tejidos profundos ni a la piel.

Se desconoce su origen pero su aparición en la pubertad sugiere relación con los cambios hormonales que ocurren a esta edad. El hecho de que el embarazo acelere la proliferación de un fibroadenoma ya existente, refuerza la suposición anterior.

Se le puede encontrar desde el momento en que se inicie el crecimiento mamario. No se modifica en tamaño ni en densidad con el ritmo del ciclo menstrual. Es razonable hacer el diagnóstico de Fibroadenoma cuando se encuentre una masa circunscrita y móvil en el seno de una adolescente (1). Conducta. Se aconseja no adelantar tratamiento alguno mientras la glándula mamaria esté en desarrollo, pero vigilando siempre la paciente; con frecuencia cuando frena el desarrollo mamario la masa ha disminuido de tamaño o ha desaparecido. No se justifica la extirpación apresurada cuando las posibilidades de malignización son tan escasas. Solamente un crecimiento rápido, exagerado, o un estado síquico preocupante obligarían a extirparlo antes de los 18 años. Después de extirpado, puede aparecer una o más veces: son las llamadas "mamas predisuestas".

La incisión ideal es la transareolar, por dentro del reborde en las mujeres blancas y por fuera en las de color; conducta que obedece a que la cicatriz areolar es poco pigmentada, ligeramente acrómica. Las incisiones radiadas están proscritas por simple estética.

En prepúberes y al comienzo de la adolescencia se puede encontrar el FIBROADENOMA GIGANTE: es un tumor benigno, de evolución rápida; alcanza un tamaño que puede abarcar hasta las dos terceras partes de la glándula, impresionante, no doloroso, de consistencia menos dura que la del fibroadenoma. Se debe diferenciar de una Hipertrofia Virginal unilateral. Una vez hecho el diagnóstico se debe extirpar. (3, 4, 6). (Foto 11).

El CISTOSARCOMA FILODES aparece por lo general después de los 45 años. Es un tumor fibroepitelial que para algunos autores es una variante rara del fibroadenoma que se puede encontrar ocasionalmente en las adolescentes. Muy a pesar de lo que su nombre indica, es usualmente benigno, de crecimiento rápido que no altera la piel ni los tejidos profundos.

Conducta. Hecho el diagnóstico se debe extirpar, teniendo el cuidado de resecar un poco de tejido mamario sano para evitar recidivas locales.

TUMORES MALIGNOS

Si bien existen unos pocos casos descritos en la literatura mundial en niñas de 3 a 15 años, son una rareza a esta edad. En las estadísticas publicadas, con diagnóstico oportuno, y con simple extirpación del tumor, se ha encontrado supervivencia 100% a los 5 años (10, 12).

IV. PROCESOS INFLAMATORIOS

Se debe considerar:

1. La Mastitis que puede ser puerperal o virginal.
2. Los abscesos crónicos perialeolares.
3. Los postraumáticos: golpes, quemaduras, cicatrices retráctiles.

FOTO No.11



La MASTITIS PUERPERAL se ve durante el embarazo, después de abortos y principalmente en el puerperio y lactancia. Se inicia con dolor, enrojecimiento y estado febril.

La MASTITIS VIRGINAL se presenta sin que haya embarazo ni secreción láctea. Puede ser complicación de una lesión dermatológica local.

Conducta. Se tratan con aplicación local de hielo, antiinflamatorios, antibióticos, analgésicos y antipiréticos. Cuando hay absceso se debe drenar.

En adolescentes con inmersión congénita del pezón se pueden formar pequeños ABSCESOS CRONICOS PERIAREOLARES que generalmente se fistulizan y no responden a tratamiento médico.

Conducta. Se debe practicar incisión amplia para poder extirpar la fístula en totalidad, cuidando de no dejar retracciones ni asimetrías de posición del pezón.

Las CICATRICES RETRACTILES y los PROCESOS QUELOIDES consecutivos a quemaduras, deben recibir tratamiento quirúrgico oportuno a más de una buena dosis de psicoterapia.

La HIPERTROFIA DE LOS CORPUSCULOS DE MONTGOMERY, que son glándulas sebáceas, dan una secreción propia de la glándula, no láctea, que desaparece espontáneamente en corto tiempo. Se pueden infectar y dar abscesos.

En los senos se pueden encontrar una serie de LESIONES DERMATOLÓGICAS que requieren tratamiento especia-

lizado. Las más frecuentes entre ellas son las Dermatitis por contacto (como respuesta al uso de cosméticos o a componentes químicos de la tela de los sostenes), las micosis, los eczemas y la sarna. La miasis por larva migrans es frecuente en las adolescentes que van a climas cálidos y duermen plácidamente en los potreros; el diagnóstico no es fácil en la mayoría de los casos y se le confunde con abscesos y, lo he visto, con tumores benignos.

V. DERRAMES POR EL PEZON

Los derrames por el pezón pueden ser:

1. purulentos
2. sanguinolentos
3. Ide secreción clara o amarilla.

Es norma que todo derrame por el pezón que no sea sanguinolento, es leche mientras no se demuestre lo contrario. El derrame purulento se encuentra en la galactoforitis; si no se trata oportunamente con antibióticos puede ser el inicio de un galactocele. Al examen se aprecia salida de secreción purulenta, hecho que se comprueba por el laboratorio (examen en fresco, gram y cultivo). Se acompaña de dolor, congestión y fiebre. Se trata de antibioticoterapia.

Si se consulta por DERRAME SANGUINEO espontáneo sin antecedente traumático se debe pensar en la presencia de un PAPILOMA INTRACANALICULAR, y puede dar también derrame hemático a la expresión digital. Su hallazgo no es tan infrecuente. A la palpación no se aprecia masa. Son papilomas benignos. Es una excepción encontrar lesiones malignas intracanaliculares en adolescentes.

Al secar con una gasa un derrame por el pezón, si es sanguinolento deja una mancha roja central rodeada de un halo claro.

Conducta. El tratamiento es quirúrgico y su extirpación se practica con cierta facilidad por vía transareolar (11). Si se comprueba que el derrame por el pezón es LACTEO, estamos en presencia de una GALACTORREA.

La galactorrea se encuentra:

1. En el embarazo o en el puerperio, caso en el cual es fisiológica.
2. En algunas adolescentes que toman anticonceptivos.
3. En quienes ingieren drogas que originan aumento de concentración de prolactina, tales como la fenotiazina, reserpina, alfa metil dopa, diazepam, antidepresores tricíclicos y antihistamínicos.
4. En el hipotiroidismo primario pues la hormona liberadora de tiotropina estimula también la producción de prolactina.
5. En la insuficiencia renal crónica.
6. Cuando hay estimulación física permanente bien sea por expresión o por succión.

Con el interrogatorio y el examen clínico se puede reconocer la presencia de cualquiera de estas causas que expliquen la galactorrea, hecho que facilita el tratamiento, el que consiste, simplemente en la suspensión del estímulo productor (3). Si a pesar de ello persiste la galactorrea se debe estudiar con sumo cuidado a la adolescente practicando dosificación de prolactina, valoración radiológica de silla turca, tomografía, campimetría y demás exámenes pertinentes clínicos y paraclínicos.

El tratamiento se hará con Bromocriptina de 1.5 a 5 mg. diarios o con intervención quirúrgica cuando se encuentre prolactinoma.

COMO EXAMINAR LOS SENOS

Se debe empezar por una cuidadosa inspección que debe ir desde la axila, hasta la región inguinal siguiendo el recorrido de la "línea mamaria". Con la paciente sentada frente al examinador se buscan asimetrías y ptosis. Cuando hay asimetrías se tomarán algunas medidas valiéndose de un cartabón o metro de tela: distancia de los pezones a la línea medio esternal y al punto medioclavicular, y de pezón a pezón, como también el radio, el diámetro y el perímetro de cada seno; estas medidas se consignan en la historia clínica para compararlas con las halladas en consultas posteriores. Es la única manera de valorar el crecimiento real de las mamas lo mismo que la corrección espontánea de las asimetrías.

Luego, en posición supina y con los brazos extendidos debajo de la nuca, se buscarán anomalías del desarrollo, manifestaciones clínicas de alteraciones funcionales y patología propia de la mama.

La palpación de la glándula debe ser cuidadosa siguiendo radios de dentro hacia afuera a partir del pezón y en el recorrido de las agujas del reloj desplazando la yema de los dedos de manera ligeramente rotatoria. Se debe practicar siempre expresión de los pezones en busca de derrames.

Por último se debe dar instrucción sobre la bondad del autoexamen y sobre la manera de practicarlo correctamente.

Perdería valor este Seminario si nada se dijera sobre algo que no se debe hacer:

LA MAMOGRAFIA

La densidad del seno de la adolescente es muy grande y la imagen patológica es difícil de ver y diferenciar del resto del tejido mamario al practicar un examen radiológico.

El Comité Científico de las Naciones Unidas para los Efectos Biológicos de las Radiaciones Ionizantes calculó que como consecuencia de la irradiación se presentan 1 a 8,4 nuevos casos de cáncer por cada millón de mujeres por rad y por año. Ritcher y colaboradores demostraron que se inducen de 3 a 10 rad por cada mamografía y por ello solamente en mujeres de edad avanzada los beneficios del examen radiológico superan el riesgo de los efectos cancerígenos. En menores de 35 años el peligro de cáncer es cuatro veces mayor que la posibilidad de descubrir un carcinoma subclínico. Por ello, el riesgo de inducir un carcinoma nos obliga a no emplear este excelente método diagnóstico en mujeres jóvenes y menos aún en adolescentes y niñas. Podemos decir categóricamente que en ausencia de síntomas francos de malignidad el examen radiológico del seno está contraindicado en menores de 35 años (12, 14).

El empleo del ULTRASONIDO es inócuo pero requiere personal médico idóneo y experimentado para su interpretación en el campo mamario.

BIBLIOGRAFIA

1. ASHIKARI, R., FARROW, J.S. and O'HARA, J. Fibroadenoma in the breast of juveniles. Surg. Gynecol. Obstet. 132: 259, 1971.
2. CAPRARO, J.V. and GALLEGU, M.V. Breast disorders in adolescents. *Pediatr. Ann.* 4: 82, 1975.
3. CAPRARO, J.V. y DEWHURST, C.J. Enfermedades de la mama en la infancia y la adolescencia. *Cl. Obstet. Ginec.* 2: 23, 1975.
4. DEWHURST, C.J. Trastornos mamaros en niñas y adolescentes. *Clín. Ped. N. Am.* 2: 287, 1981.

5. EVANS, W. Polythelia in cardiovascular disease. *Brit. Heart. J.* 21: 130, 1959.
6. GORINS, A. Pathologie tumorale, dystrophique, plastique et fonctionnelle de la glande mammaire chez l'adolescence. Vol. des Rapports, IIIème Symposium intern. sur la Gyn. de l'enfant e de l'adolescence. Lausanne, 1978, pág. 178.
7. HAAGENSEN, C.D. Diseases of the breast. 2a. Ed. Philadelphia, Saunders, 1971.
8. HERRIOT, E. y GOLDTEIN, D.P. La mama. Exploración y lesiones. En "Ginecología de la niña y de la adolescente". Ed. Médico y Técnica, Barcelona. 1981, pág. 161.
9. MAYL, N. and col. Treatment of macromastia in the actively enlarging breast. *Plast. Reconstr. Sur.* 54: 6, 1974.
10. McDIVITT, R.W. and STERWARD, F.W. Breast carcinoma in children. *J.A.M.A.* 195: 388, 1961.
11. MOSTO, A. BERNARDELLO, E.T. y URIBURU, J.V. Tumores papilares. En "La mama". 2a. Ed. Edit. López. Buenos Aires, 1977, pág. 651.
12. OBERMAN, H. and STEPHENS, P. Carcinoma of the breast in childhood. *Cancer* 30: 740, 1972.
13. ROTENBERG, L.N. and alt. Patient exposures from films and xeroradiographic mammographie techniques. *Rad. Physiol.* 117: 701, 1975.
14. SHUH, F. and ALT. Breast disorders during adolescence. In "Adolescent Obstetrics and Gynecology. Chicago. Year book Medical Publishers, Inc. 1978.
15. SOUCHON, E.A. Epidemiología, screening y diagnóstico de las enfermedades de la mama. En "Oncología Ginecológica" Tercera conferencia anual para el gineco obstetra latinoamericano. Tulane Un. New Orleans, 1982.
16. TANNER, J.M. Growth at adolescence. 2a. Ed. Oxford, Blackwell, 1962
17. URIBURU, J.V. Anomalías mamarias. En "La mama". 2a. Ed. Ed. López, Buenos Aires, 1977, pág. 355.
18. URIBURU, J.V. Introducción al estudio de las displasias mamarias. En "La mama". 2a. Ed. López, Buenos Aires, 1977, pág. 433.
19. VELEZ, Z.A. Desarrollo, malformaciones y patología de la glándula mamaria en niñas y adolescentes. Conferencia en el Curso de Ginecología Infanto Juvenil. Cúcuta, oct. 10, 1982. Inédita.