



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA

**INCIDENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE MAMA EN PACIENTES
COMPRENDIDAS ENTRE 18 A 45 AÑOS DE EDAD. CONSULTA
EXTERNA MASTOLOGÍA - HOSPITAL TEODORO MALDONADO
CARBO. OCTUBRE 2018 - MARZO 2019**

AUTORES:

**VANESSA STEPHANIA VELÁSQUEZ APOLO
HÉCTOR JONATHAN VERA PONCE**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

DR. WALTER LUIS ANDRADE MENDOZA

**GUAYAQUIL, ECUADOR
11 DE SEPTIEMBRE DE 2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Velasquez Apolo Vanessa Stephania y Vera Ponce Hector Jonathan, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR

Dr. Walter Luis Andrade Mendoza

DIRECTOR O DECANO DE LA CARRERA:

Dr. Jose Luis Jouvin Martillo

Guayaquil, a los once días del mes de septiembre del año 2020



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Velasquez Apolo Vanessa Stephania;
Vera Ponce Hector Jonathan.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Incidencia de Tumores benignos de mama en pacientes comprendidas entre 18 a 45 años de edad. Consulta Externa Mastología - Hospital Teodoro Maldonado Carbo. octubre 2018 - marzo 2019 previo a la obtención del título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre de 2020.

LOS AUTORES

VELASQUEZ APOLO VANESSA

VERA PONCE HECTOR



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

**Nosotros, Velásquez Apolo Vanessa Stephania;
Vera Ponce Héctor Jonathan**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de titulación, “Incidencia de Tumores benignos de mama en pacientes comprendidas entre 18 a 45 años de edad. Consulta Externa Mastología - Hospital Teodoro Maldonado Carbo. octubre 2018 - marzo 2019”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría

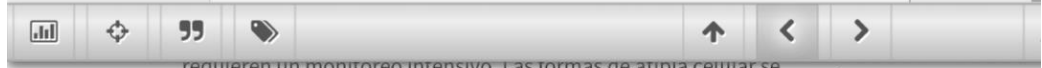
Guayaquil, a los once días del mes de septiembre de 2020.

LOS AUTORES

VELASQUEZ APOLO VANESSA

VERA PONCE HECTOR

Documento	Velasquez_Vanessa_FINAL.pdf (D79001885)	Posición	C
Presentado	2020-09-11 21:52 (-05:00)	1	>
Presentado por	Andres Mauricio Ayon Genkuong (andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec)	2	
Recibido	andres.ayon.ucsg@analysis.orkund.com	3	
Mensaje	RV: VELASQUEZ_VANESSA_FINAL Mostrar el mensaje completo	4	
	1% de estas 25 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.	5	
		6	
		7	
		8	
		9	
		10	
		11	
		12	
		13	
		14	
		15	
		16	
		17	
		18	



requieren un monitoreo intensivo. Las formas de atipia celular se incluyen en la clasificación de biopsias bajo lesiones con potencial biológico incierto (B3) y no se cuentan entre las lesiones puramente benignas. De los cambios fibroquísticos comunes en los senos, solo las lesiones proliferativas con atipia se asocian con un riesgo claramente mayor de cáncer de mama. Estos incluyen atipia epitelial plana, hiperplasia ductal atípica e hiperplasia lobular atípica. (16) A partir de los 30 años, alrededor del 50% de las mujeres desarrollan enfermedad fibroquística de la mama, y en el 20% de ellas los macroquistes causan síntomas (dolor, masa palpable). La adenosis esclerosante se encuentra en 10% a 30% de todas las mujeres. La fisiopatología de estos cambios probablemente esté relacionada con un desequilibrio en las hormonas sexuales femeninas, con predominio de la estimulación de estrógenos y deficiencia relativa de progesterona (16). Las investigaciones de diagnóstico incluyen la obtención de una historia clínica completa y un examen clínico. La palpación revelará la localización del dolor, cualquier masa o masas y las glándulas linfáticas inflamadas. En las mujeres a partir de los 40 años, o en aquellas con factores de riesgo adicionales,

Anterior

100% # 1 Activo Fuente ext

Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(33-34):565-74.

doi: 10.3238/arztebl.2019.0565. ...

Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(33-34):565-74.



Agradecimiento

A Dios y a la Virgen por guiarme por el buen camino, por darme mucha salud y paz. A mis padres por ser pilares fundamentales en mi vida y educación, brindándome apoyo incondicional para culminar esta exitosa carrera, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el triunfo en la vida. En especial a mi padre, mi orgullo, por enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue. A mi familia, por sus oraciones y palabras de aliento. En especial, a mi abuelita Estiba que siempre aportó a mi vida virtudes y positivismo; y que ahora desde el cielo me acompaña en mis logros con amor.

A mi tutor por guiarme y ayudarme con sus conocimientos en este camino para lograr la culminación de este trabajo con mucho éxito. Una meta más en mi vida se ha cumplido de esta larga carrera. Hoy me dispongo a conquistar nuevas metas y a lograr mi realización personal. A Dios y a ustedes les debo este logro, y con ustedes lo comparto.

Vanessa Velásquez Apolo.

Antes que nada, agradecer a Dios ya que sin él nada sería posible, a mis padres por sus sacrificios, enseñanzas de vida, y a guiarme hacia los caminos correctos enseñándome que la vida está llena de altos y bajos, y que lo importante es no decaer y seguir adelante, por eso y por más, gracias. A mi esposa e hijos que son la inspiración para levantarme cada mañana y seguir adelante, gracias por el amor y el apoyo incondicional que me han brindado día a día y que me da la fuerza para perseguir y alcanzar mis metas. A mi tutor por guiarnos, compartir sus conocimientos y ayudarnos en la elaboración del trabajo de tesis, muchas gracias.

Héctor Vera Ponce.

Dedicatoria

A mis padres por sus consejos, valores y lecciones de vida que me han ayudado a crecer como persona siendo mi ejemplo a seguir.

a mi pequeña hija sophia, la luz de mis ojos, quién llegó a mi vida para convertirse en mi principal motivación y mi esfuerzo en el presente y en el mañana. como en todos los demás logros venideros, en éste tú estás presente.

VANESSA VELÁSQUEZ APOLO.

A mis padres, mi esposa y mis hijos, ellos son lo más importante que tengo y sé que sin ellos no estuviera escribiendo estas palabras, asique toda mi dedicatoria para ellos.

HÉCTOR VERA PONCE.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

F. _____
OPONENTE

F. _____
OPONENTE

F. _____
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACION

**DR. Walter Luis Andrade Mendoza
TUTOR**

**Dr. Jose Luis Jouvin Martillo
DIRECTOR O DECANO DE LA CARRERA**

**Dr. Andres Mauricio Ayon Genkuong
COORDINADOR DEL AREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	3
1.2 FORMULACIÓN	4
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	5
2.1 GENERAL	5
2.2 ESPECÍFICOS	5
3. REVISIÓN DE LITERATURA	6
3.1 LESIONES BENIGNAS DE MAMA	6
3.1.1 CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	6
3.1.2 ATIPIAS.....	7
3.1.3 TUMORES BENIGNOS (CAMBIOS NEOPLÁSICOS)	10
3.1.4 TUMORES FILOIDES Y PAPILOMAS INTRADUCTALES.....	11
3.1.5 ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA MAMA	12
3.2 ENFERMEDAD BENIGNA DE MAMA Y RIESGO DE CÁNCER ..	16
4. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	17
5. MÉTODOS	18
5.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	18
5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
5.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	18
5.2.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	19
5.2.3 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	19
5.3 VARIABLES.....	20
5.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	22
7. DISCUSIÓN.....	35
8. CONCLUSIONES.....	37
9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	38

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION.....	19
TABLA 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20
TABLA 3: PREVALENCIA DEL TIPO DE LESIONES BENIGNAS DE MAMA DISTRIBUIDAS POR AÑOS.....	24
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON LESIONES BENIGNAS SEGÚN GRUPOS DE EDAD.....	26
TABLA 5: CLASIFICACIÓN DE MUESTRA SEGÚN PARIDAD.....	27
TABLA 6: MUESTRA DISTRIBUIDA SEGÚN TIEMPO DE LACTANCIA.....	28
TABLA 7: PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO ENTRE LA MUESTRA DE MUJERES CON LESIONES BENIGNAS.....	29
TABLA 8: CLASIFICACIÓN DE LA MUESTRA DE MUJERES CON LESIONES BENIGNAS DE MAMA SEGÚN MÉTODO COMPLEMENTARIO DE DIAGNÓSTICO EMPLEADO.....	30
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES BENIGNAS ENCONTRADAS EN LA MUESTRA CLASIFICADAS SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA BIRADS.....	31
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN BENIGNA DE MAMA.....	32
TABLA 11: COMPOSICIÓN DE LA LESIÓN BENIGNA DE MAMA ESTUDIADAS EN LA MUESTRA.....	33
TABLA 12: TRATAMIENTO EMPLEADO PARA EL MANEJO DE LAS LESIONES BENIGNAS DE MAMA ENTRE LA MUESTRA.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

ILUSTRACIÓN 1: PREVALENCIA DE LESIONES BENIGNAS. HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO. PERIODO 2018 – 2019	22
ILUSTRACIÓN 2: INCIDENCIA DE LESIONES BENIGNAS DE MAMA POR 1000 CASOS DE LESIONES DE MAMAS. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO. 2018 – 2019	23
ILUSTRACIÓN 3: PREVALENCIA DE LESIONES BENIGNAS ENTRE GRUPOS ETARIOS DE MUJERES	25

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: BASE DE DATOS	43
------------------------------	----

Resumen

Antecedentes: La enfermedad mamaria benigna se ha vuelto más común a medida que ha aumentado el uso de la mamografía y la ecografía y, por lo tanto, es imperativo nuevas estimaciones epidemiológicas sobre su frecuencia ya que estas lesiones son un factor de riesgo de neoplasia.

Objetivo: Establecer la incidencia de lesión mamaria Benigna en la consulta externa de Mastología del hospital Teodoro Maldonado Carbo en mujeres de 18 a 45 años atendidas entre octubre 2018 y marzo de 2019

Metodología: se realizó un reporte de casos que incluyó aleatoriamente 70 casos de pacientes con lesiones benignas de mama atendidas en la institución. Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias relativas, absolutas, tasas, promedio y desviación estándar.

Resultados: La prevalencia de lesiones benignas fue del 38.1%. La incidencia de 2.24 x 1000 casos 2018 y se elevó a 4.71 x 1000 casos para 2019. Se reportaron 2 tipos de lesiones benignas, los cambios fibroquísticos (34.5%) y las neoplasias benignas que fueron las más frecuentes (65.5%). La edad promedio de la muestra fue 34.1 ± 8 años. Los factores de riesgo de mayor importancia fueron ingesta de xantinas (77.1%), antecedentes familiares de cáncer de mama (27.1%) y uso de anticonceptivos (25,7%). En el 95.7% de los casos se realizaron ultrasonido para el diagnóstico.

Conclusiones: La incidencia de lesiones benignas de mama es baja, con una prevalencia menor que el de las lesiones malignas, consecuencia del estatus de este hospital como de referencia.

Palabras Clave: Mama. Lesiones Benignas. Epidemiología.

Abstract

Background: Benign breast disease has become more common as the use of mammography and ultrasound has increased, and therefore new epidemiological estimates of its frequency are imperative as these lesions are a risk factor for neoplasia.

Objective: To establish the incidence of benign breast lesion in the Mastology outpatient clinic of the Teodoro Maldonado Carbo hospital in women aged 18 to 45 treated between October 2018 and March 2019

Methodology: a case report was carried out that randomly included 70 cases of patients with benign breast lesions treated at the institution. For the statistical analysis, relative and absolute frequencies, rates, average and standard deviation were calculated.

Results: The prevalence of benign lesions was 38.1%. The incidence of 2.24 x 1000 cases in 2018 and rose to 4.71 x 1000 cases for 2019. 2 types of benign lesions were reported, fibrocystic changes (34.5%) and benign neoplasms that were the most frequent (65.5%). The mean age of the sample was 34.1 ± 8 years. The most important risk factors were xanthine intake (77.1%), family history of breast cancer (27.1%), and use of contraceptives (25.7%). In 95.7% of the cases ultrasound was performed for diagnosis.

Conclusions: The incidence of benign breast lesions is low, with a lower prevalence than that of malignant lesions, a consequence of the status of this hospital as a reference.

Key Words: Mama. Benign Lesions. Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mamarias son un componente importante de la carga de trabajo rutinaria y la experiencia de un mastólogo debido al creciente problema del cáncer de mama. La identificación de la enfermedad mamaria benigna se ha vuelto más común a medida que ha aumentado el uso de la mamografía y la ecografía y, por lo tanto, es imperativo contar con actualización de las estimaciones epidemiológicas sobre su frecuencia ya que estas lesiones son un factor de riesgo de neoplasia, por lo que los cambios desarrollados en las mamas son una causa de ansiedad en las pacientes y por lo tanto requieren ser abordados mediante un proceso de diagnóstico cuidadosamente dirigido.

Por este motivo, se propuso la realización de una investigación que ayude a establecer una línea de base de las características y el comportamiento epidemiológico de los tumores benignos de mama en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, sobre la base de la experiencia histopatológica retrospectiva en un hospital de atención terciaria. Los hallazgos también se compararon con publicaciones internacionales y nacionales recientes lo que ayudará a establecer si existe o no una similitud con los datos mundiales sobre el tema

1. EL PROBLEMA

1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Los tumores benignos de mamas son una patología de alta frecuencias (60% - 90%) entre pacientes que presentan una lesión de mama. Estas patologías cubren un amplio espectro clínico y una diversidad de incidencia y prevalencia que hace difícil su estudio. Esto es preocupante ya que una importante parte de estos podría progresar a una enfermedad de tipo maligna. (1–5).

En 2010, una investigación efectuada en el Centro Ambulatorio del Seguro Social nro 40 en Quevedo (6) mostró que el 90% de las lesiones de mama eran de tipo benigno. Otro estudio efectuado en el Hospital Eugenio Espejo en Quito en 2011 (7) informó que las lesiones benignas más frecuentes eran las de tipo no proliferativo enfatizando que la lesión proliferativa era la adenosis esclerosante lo que era preocupante ya que es una patología que requiere seguimiento estricto. En 2015 (8) un estudio efectuado en el mismo hospital reportó que las tumoraciones benignas de mayor prevalencia seguían siendo las de tipo no proliferativo

El manejo de los patologías de mama, y entre estas específicamente los tumores benignos de mama representa un gran impacto médico-económico y requiere un llamamiento razonado a las investigaciones paraclínicas, tanto radiológica como anatomopatológicamente (9–13). La información sobre los tumores benignos de mama no se encuentra disponible en el hospital Teodoro a pesar de que en la consulta externa de mastología de la Unidad Técnica de Ginecología en el año 2018 se realizaron aproximadamente 2956 atenciones y en 2019 en el periodo comprendido entre enero a agosto de 2019 existen 1966 atenciones.

Al contrario de lo que ocurre con el cáncer de mama, hay pocos datos y pautas disponibles para explorar y manejar los Tumores benignos de mama y esto depende del tipo de la lesión. La prevalencia de lesiones puede tener una distribución étnica, racial y geográfica diferente. Por lo tanto, varias escuelas de expertos (14,15) en el tema en todo el mundo han decidido recomendar la realización de estudios de tipo descriptivos – epidemiológicos para establecer

las bases para el desarrollo de guías de práctica clínica para el manejo de este tipo de lesiones del seno

1.2 Formulación

- ¿Cuál es la incidencia de Enfermedad Mamaria Benigna en la consulta externa de Mastología del hospital Teodoro Maldonado Carbo en mujeres de 18 a 45 años atendidas en el periodo octubre 2018 - marzo de 2019?
- ¿Qué prevalencia tienen las lesiones benignas de mama con relación al total de lesiones de mamas atendidas?
- ¿Cuántos casos nuevos de lesiones benignas de mama se presentaron en 2018 y 2019?
- ¿Qué características de edad, antecedentes obstétricos, antecedentes familiares y factores de riesgo, tienen las pacientes de la muestra?
- ¿Qué tipo de lesión y que tipo de manejo se les realizó?

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1

2

2.1 General

Establecer la incidencia de Enfermedad Mamaria Benigna en la consulta externa de Mastología del hospital Teodoro Maldonado Carbo en mujeres de 18 a 45 años atendidos en el periodo octubre 2018 - marzo de 2019

2.2 Específicos

- Determinar la prevalencia de lesiones benignas de mama con relación al total de lesiones de mamas atendidas.
- Estimar el número anual de casos nuevos de lesiones benignas de mama.
- Caracterizar a la muestra de estudio según la edad, antecedentes obstétricos, antecedentes familiares s y factores de riesgo.
- Describir el tipo de lesión y el tipo de manejo.

3. REVISIÓN DE LITERATURA

3

3.1 Lesiones Benignas de Mama

3.1.1 Cambios fibroquísticos

Por cambios fibroquísticos se designa una variedad de cambios clínicos e histopatológicos de la glándula mamaria femenina, algunos de los cuales deben considerarse no tanto como una enfermedad, sino más bien como un trastorno del desarrollo fisiológico, la maduración y la involución. En la clasificación histológica de Dupont y Page (1985), los cambios fibroquísticos se dividen según el riesgo en cambios proliferativos y cambios no proliferativos. Las publicaciones más recientes también incluyen formas de atipia celular, porque están asociadas con un riesgo notablemente elevado de cáncer de seno y requieren un monitoreo intensivo. Las formas de atipia celular se incluyen en la clasificación de biopsias bajo lesiones con potencial biológico incierto (B3) y no se cuentan entre las lesiones puramente benignas. De los cambios fibroquísticos comunes en los senos, solo las lesiones proliferativas con atipia se asocian con un riesgo claramente mayor de cáncer de mama. Estos incluyen atipia epitelial plana, hiperplasia ductal atípica e hiperplasia lobular atípica. (16)

A partir de los 30 años, alrededor del 50% de las mujeres desarrollan enfermedad fibroquística de la mama, y en el 20% de ellas los macroquistes causan síntomas (dolor, masa palpable). La adenosis esclerosante se encuentra en 10% a 30% de todas las mujeres. La fisiopatología de estos cambios probablemente esté relacionada con un desequilibrio en las hormonas sexuales femeninas, con predominio de la estimulación de estrógenos y deficiencia relativa de progesterona (16).

Las investigaciones de diagnóstico incluyen la obtención de una historia clínica completa y un examen clínico. La palpación revelará la localización del dolor, cualquier masa o masas y las glándulas linfáticas inflamadas. En las mujeres a partir de los 40 años, o en aquellas con factores de riesgo adicionales, como hallazgos clínicos anormales, antecedentes familiares de cáncer de mama o la mastalgia no cíclica unilateral, debe solicitarse una mamografía

(complementada por ultrasonografía) para descartar el cáncer de mama, que es la causa subyacente en el 2% al 7% de los casos. Una vez que se ha excluido la malignidad, la mayoría de las mujeres no requieren tratamiento para el alivio de los síntomas dolorosos (16).

Los quistes de mama son masas de aspecto líquido de las unidades lobulares del conducto terminal (ULCT), revestidos con una sola capa de epitelio. Se descubren por palpación de una masa (lisa, elástica, móvil) como un hallazgo incidental durante la obtención de imágenes o en el estudio histológico de una muestra de biopsia de seno. La ecografía es patognomónica y muestra quistes como focos bien circunscritos, ovales a redondos, anecoicos o hipoeoicos de tamaño variable. La aspiración solo es necesaria para lesiones grandes que causan síntomas persistentes. El líquido del quiste varía ampliamente en color y viscosidad, desde un contenido claro y delgado hasta una secreción blanquecina y opaca hasta una secreción verde, azulada o grisácea. El color no tiene importancia diagnóstica. Los quistes se forman como resultado de cambios hormonales y generalmente se revierten en la posmenopausia (16).

3.1.2 Atipias

Hiperplasia ductal habitual

La hiperplasia ductal habitual se caracteriza por la proliferación celular sin atipia, dentro de los conductos. La adenosis de conducto romo se caracteriza por un aumento en el tamaño y el número de células epiteliales. La adenosis esclerosante presenta un mayor número y tamaño de los acinos dentro de la ULCT (Unidades Lobulares del Conducto Terminal) acompañados de hiperplasia del estroma. Debido a sus calcificaciones intraluminales (CIL) o subepiteliales (adenosis de conducto romo), estas dos formas de adenosis a menudo se detectan en el contexto de biopsias mínimamente invasivas de microcalcificaciones sospechosas identificadas en la mamografía y según la clasificación de biopsia se clasifican como benignas (B2). Las cicatrices radiales son cambios benignos que en las imágenes muestran cambios sugestivos de malignidad; histológicamente muestran un núcleo fibroelástico estrellado con conductos atrapados y estructuras epiteliales radiales. Con frecuencia, se encuentran cambios benignos dentro de esto, como en la

hiperplasia ductal habitual, adenosis o ectasia ductal, y ocasionalmente también en la hiperplasia epitelial atípica. Las lesiones mayores a 1 cm se denominan lesiones esclerosante complejas (LEC). Las cicatrices radiales descubiertas incidentalmente y eliminadas por completo durante los procedimientos de diagnóstico mínimamente invasivos se clasifican como lesiones B2; de lo contrario, se consideran B3. Después de la escisión quirúrgica de cicatrices radiales diagnosticadas mínimamente invasivas, la tasa general de malignidad según un metanálisis reciente es del 7%, y después de una biopsia asistida por vacío y sin atipia es solo del 1% (17).

Después de la evidencia histológica de hiperplasia ductal habitual, adenosis esclerosante o de conducto romo y cicatriz radial, es importante correlacionar los hallazgos clínicos, de imágenes y patológicos en una conferencia de caso postintervencional, para evitar un resultado falso negativo de la biopsia. Es igualmente importante distinguir estas condiciones por estudio histológico de lesiones mamarias atípicas y malignas.

Es de mencionar que esta adenosis esclerosante no requiere un seguimiento médico estricto por cuanto rara vez llega a malignizarse. Los cambios proliferativos sin atipia se asocian con un riesgo ligeramente mayor de cáncer de mama. La quimioprevención, por ejemplo, con raloxifeno o tamoxifeno, no está indicada debido a la desfavorable relación riesgo-beneficio. Del mismo modo, si no hay antecedentes familiares ni síntomas clínicos, no se necesitan investigaciones particulares fuera del programa de detección de cáncer de mama recomendado oficialmente (detección cada 2 años desde los 50 hasta los 69 años) (16,17).

Atipia epitelial plana

La atipia epitelial plana (AEP) es una lesión neoplásica de bajo grado que consiste en unas pocas capas de células de tipo columna neoplásicas con atipia de bajo grado (monomórfica) sin ninguna arquitectura secundaria (arquitectura plana). El inmunofenotipo de una lesión AEP es idéntico al de un CDIS de bajo grado, que es negativo para las citoqueratinas basales y positivo para los receptores de estrógenos. En histología, existe una asociación clásica con lesiones de bajo grado o altamente diferenciadas como carcinoma invasivo altamente diferenciado, ADH / CDIS, y con las otras lesiones B3 como NL

clásica. A menudo hay calcificaciones asociadas y, por lo tanto, la AEP es a veces el único objetivo de biopsia en la mamografía. La AEP parece estar asociada con un aumento muy leve del riesgo de cáncer de mama (1 a 2 veces). La subestimación del riesgo se asocia con Hiperplasia Ductal Atípica (HDA) en biopsia de mama mínimamente invasiva (BMMI). Las lesiones encontradas después de la AEP en la biopsia de mama con aspiración con aguja gruesa son principalmente HDA y CDIS de bajo grado, mientras que el carcinoma invasivo (en la mayoría de los casos altamente diferenciado) puede ocurrir, pero menos frecuente. La recomendación de las guías actuales está cada vez más a favor de la vigilancia si la lesión es pequeña y los hallazgos radiológicos fueron eliminados completamente o la biopsia por aspiración. (17)

Lesiones papilares

En las imágenes, los papilomas intraductales varían en tamaño y presentación, mostrando un espectro de lesiones en masa de lesiones quísticas y calcificadas. La histología demuestra una proliferación papilar como base con un núcleo fibrovascular central que contiene células ductales y mioepiteliales. En caso de cualquier incertidumbre histológica con respecto a la presencia de células mioepiteliales, es útil el uso de inmunohistoquímica (p 63, citoqueratinas basales y receptores de estrógenos). En la clasificación actual de la OMS de tumores de mama, las lesiones papilares se dividen en (a) papilomas, (b) papilomas con atipia (ADH o LN clásica), ambos pertenecientes a la categoría B3 en BMMI (pequeños papilomas solitarios (<2 mm) pueden ser categorizado como lesión B2, si la lesión está completamente rodeada por una estructura de conducto) y (c) papilomas con DCIS o papilomas completamente involucrados por DCIS (carcinoma papilar encapsulado) más extendido, y finalmente (d) carcinoma papilar sólido perteneciente a la categoría B4 o B5a (17).

Lesión esclerosante compleja

Se caracteriza por un área central que imita una cicatriz, que contiene uno a varios conductos que muestran mastopatía obliterante, y rodeada de fibras elásticas. Además, otros conductos convergen en el área con forma de cicatriz

de forma estrellada. El epitelio que recubre los últimos conductos puede mostrar una gran variedad de cambios, siendo la epiteliosis benigna la más frecuente (hiperplasia ductal habitual). El área central similar a una cicatriz junto con la apariencia estrellada de los conductos externos imita fácilmente un carcinoma invasivo, tanto por hallazgos radiológicos como histológicos. Puede detectarse durante la mamografía de detección y ahora incluso con mayor frecuencia por tomosíntesis, por lo tanto, muestreado por biopsia por aspiración.

Existe un acuerdo general de que LEC solo es una lesión benigna, pero puede estar ocasionalmente asociado con carcinoma. Cuando la LEC se asocia a atipia clásica (como atipia epitelial plana (AEP), ductal atípico (HDA) o neoplasia lobular (NL), el tratamiento puede ser el mismo que se recomienda en casos de atipia sola. El manejo es más controvertido en casos sin lesiones atípicas. En estos casos, la mejora de los cánceres se asocia con distorsiones arquitectónicas y masas más grandes (≥ 10 mm), calcificaciones y edad avanzada. Los datos publicados recientemente sugieren que en los casos de LEC diagnosticados con biopsia por aspiración, se debe tener en cuenta que (a) se deben obtener correlaciones radiológicas-patológicas precisas y detalladas; (b) las lesiones <10 mm tienen una tasa menor de mejora del cáncer; (c) la histología es vital en la evaluación de la presencia o ausencia de características atípicas dentro de la lesión (17).

3.1.3 Tumores benignos (cambios neoplásicos)

Con una prevalencia del 25%, los fibroadenomas son los tumores benignos más comunes de la mama. El inicio máximo es entre 15 y 35 años. Los fibroadenomas asintomáticos a menudo se descubren como hallazgos incidentales durante la ultrasonografía mamaria bilateral de detección. La apariencia típica en la ultrasonografía es la de una masa bien circunscrita con o sin calcificaciones tipo palomitas de maíz. Ya que la mamografía bilateral en este grupo etario de pacientes está contraindicada, por lo que se procede a su estudio por ultrasonografía mamaria. Histológicamente existe un patrón típico de proliferación estromal con componentes epiteliales comprimidos en forma de hendidura. Es importante distinguir este patrón de los tumores filoides, que se caracterizan por hiper celularidad estromal, aumento de mitosis y, en algunos

casos, atipia de células estromales. Los fibroadenomas sintomáticos se pueden extirpar mediante escisión quirúrgica (una buena opción si la masa mide > 2 cm) o mediante biopsia asistida por vacío guiada por ultrasonido. La crioblación y el tratamiento con ultrasonido focalizado de alta intensidad (UFAD) son técnicas experimentales (3,10,16).

En pacientes con un tumor de mama palpable, el raro diagnóstico diferencial de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (HEPA) también es una posibilidad. La apariencia radiológica es similar a la del fibroadenoma y el diagnóstico se realiza mediante biopsia percutánea del núcleo. Si hay evidencia de una tendencia a crecer, o una discrepancia entre los hallazgos clínicos, los hallazgos de imagen y la histología, se debe realizar una extirpación con amplios márgenes. Si el tumor es progresivo, esto podría significar una mastectomía completa. Para la HEPA descubierta incidentalmente en una biopsia sin ningún hallazgo clínico o de imágenes, el seguimiento con ultrasonido será suficiente, ya que el riesgo de cáncer de seno no aumenta (16).

3.1.4 Tumores filoides y Papilomas intraductales

Mientras que los fibroadenomas asintomáticos no requieren tratamiento, los tumores filoides deben extirparse, si es posible, con márgenes claros de 10 mm, ya que solo pueden clasificarse histológicamente como benignos, malignos o límite según la muestra quirúrgica.

Los tumores filoides tienen una alta tendencia a recurrencia y un alto potencial metastásico: 0.1% en tumores benignos filoides, 1.6% en tumores limítrofes y 16.7% en tumores malignos.

La secreción patológica del pezón es el nombre dado a la liberación espontánea, a menudo unilateral, de líquido del pezón. En el 50% de los casos, la causa es el papiloma intraductal, en el 25% al 35% de los casos de ectasia ductal, y en el 5% al 15% de los casos de carcinoma de mama. Los papilomas son relativamente comunes y constituyen del 5% al 10% de los tumores benignos de seno. Pueden ocurrir como masas solitarias ubicadas centralmente o como lesiones múltiples, generalmente ubicadas periféricamente (“papilomatosis intraductal”). En el 80% de los casos, los papilomas se identifican clínicamente debido a una secreción espontánea de aspecto sanguinolento o serosa del pezón; con menos frecuencia serán recogidos por

palpación o como un hallazgo incidental en la mamografía. En una paciente con baja densidad mamaria, los papilomas solitarios aparecen en la mamografía como masas redondeadas, en algunos casos con calcificaciones internas. La galactografía muestra los papilomas como un defecto de llenado o una obstrucción completa. En la ecografía, los papilomas se muestran como masas hipoeoicas redondeadas, bien circunscritas, pero también pueden observarse proliferaciones intraductales o intraquísticas. El estudio histológico muestra protuberancias epiteliales desiguales y ramificadas que se introducen en un conducto dilatado, con un núcleo estromal fibrovascular. Como resultado de la esclerosis estromal, a menudo están presentes microcalcificaciones. Los componentes epiteliales pueden mostrar un amplio espectro de cambios morfológicos que incluyen hiperplasia ductal atípica y carcinoma ductal in situ (CDIS). Si el diagnóstico se realiza histológicamente mediante biopsia mínimamente invasiva, el papiloma se clasifica como una lesión de potencial maligno incierto (B3). Debido a la heterogeneidad de la lesión, es posible que incluso si la biopsia central o asistida por vacío se realizó correctamente, se omitiera un área de malignidad de grado superior ("error de muestreo") (18). El riesgo de actualización de las lesiones papilares confirmadas por la biopsia central, es decir, el riesgo de que se identifiquen en una cirugía posterior como CDIS o cáncer invasivo, se informa del 16%. Por esta razón, se recomienda extirpar completamente un papiloma confirmado por biopsia. Las lesiones papilares que muestran atipia siempre deben extirparse quirúrgicamente. No se requiere tratamiento para los papilomas sin atipia que se eliminan en parte y que se clasifican como B2. Debido a que los papilomas son tan heterogéneos, el tratamiento postintervencional debe determinarse en una conferencia multidisciplinaria de casos (18).

3.1.5 Enfermedad inflamatoria de la mama

Mastitis de lactancia o puerperal

Las afecciones inflamatorias de los senos que ocurren en asociación con la lactancia se conocen como mastitis puerperal. Generalmente ocurre durante los primeros 3 meses después del parto. Dependiendo del protocolo del estudio,

su incidencia en todo el mundo se ha informado entre 2% y 30% con diferencias regionales y de grupos específicos(19).

Los síntomas de la mastitis puerperal son dolor, enrojecimiento local, calor e hinchazón de la mama (signos locales de inflamación); generalmente unilateral, fiebre, mialgias/artralgias y malestar general (19) .

El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos típicos. Los factores de riesgo incluyen técnicas incorrectas de lactancia, estrés y falta de sueño. En muchos casos, las lesiones epiteliales en el área del pezón forman un portal de entrada para los patógenos de la nasofaringe del bebé, que en presencia de conductos bloqueados pueden ascender y causar una infección. En más del 90% de los casos, la causa es *Staphylococcus aureus*; más raramente, los estafilococos coagulasa negativos, estreptococos, *Pseudomonas aeruginosa* o *Escherichia Coli* son la causa(19) .

El cultivo bacteriano de la leche con fines de diagnóstico está reservado para aquellas mujeres con síntomas que permanecen después de 48 h de tratamiento con antibióticos, mastitis puerperal recurrente, paciente que necesita hospitalización y síntomas de mastitis puerperal(19) .

La terapia de elección es el inicio temprano del tratamiento con penicilina oral resistente a la lactamasa. Como alternativa en pacientes alérgicos a la penicilina, se pueden administrar antibióticos macrólidos o clindamicina (19).

Histológicamente, la mastitis puerperal es un flemón que puede conducir a la formación de abscesos y fístulas. El riesgo de absceso aumenta con la duración de los síntomas antes de que comience el tratamiento, por lo que el diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento son importantes.

La mastitis puerperal debe distinguirse de la estasis de la leche, una condición común cuyos síntomas clínicos son mucho menos graves y los síntomas sistémicos a menudo están ausentes por completo. Los pasos más importantes para el tratamiento de la mastitis puerperal son el vaciado regular de la mama y la terapia antibiótica temprana. El paracetamol o ibuprofeno son adecuados para el alivio de los síntomas generales. Las medidas antiflogísticas locales incluyen la aplicación de calor inmediatamente antes de alimentar y enfriar el área inflamada durante los descansos en la alimentación.

Si el tratamiento sintomático falla, después de no más de 48 h de tratamiento antibiótico con una penicilina oral resistente a la betalactamasa, se debe iniciar

una cefalosporina de primera o segunda generación. En pacientes alérgicos a la penicilina, están indicados los antibióticos macrólidos. El tratamiento debe continuar durante al menos 10 días. Si no se observa mejoría dentro de las 48 a 72 h, se debe realizar una ecografía para verificar la formación de abscesos.

Si se muestra un absceso, debe aspirarse bajo guía ecográfica. La incisión quirúrgica y el drenaje de un absceso deben realizarse solo si el absceso persiste a pesar de la aspiración repetida, o es extenso o se encuentra en una ubicación desfavorable.

La lactancia materna continua o la extracción de leche pueden ser posibles. El destete secundario está reservado para casos resistentes al tratamiento y se lleva a cabo utilizando bromocriptina o cabergolina. La prevención consiste en educar en la técnica adecuada para evitar la estasis de la leche, aplicar una técnica óptima para unir el bebé al seno y tratamiento de los pezones con ungüento de lanolina para evitar fisuras (19)

Mastitis no puerperal

La mastitis no puerperal incluye todas las formas de mastitis periductal, la mastitis granulomatosa más rara y la inflamación iatrogénica después de la cirugía o la radioterapia. En pacientes mayores de 35 años con mastitis no puerperal, el carcinoma de mama debe excluirse mediante una historia clínica cuidadosa y un examen clínico seguido del uso selectivo de la mamografía y / o la ecografía.

La mastitis periductal es una afección inflamatoria de los conductos subareolares y tiene una prevalencia en mujeres no lactantes del 5% al 9%. A menudo ocurre en mujeres con sobrepeso con macromastia y abuso de nicotina. Se presume que la etiología es el daño inducido por la nicotina en los conductos con necrosis tisular y la consiguiente infección. La manifestación clínica de la mastitis periductal es de signos periareolares de inflamación (enrojecimiento, hinchazón, calor).

La infección bacteriana secundaria puede conducir a la formación de abscesos y fístulas. El tratamiento consiste en el alivio de los síntomas, la terapia con antibióticos y, si hay formación de abscesos, aspiración y drenaje. Por esta

razón, en casos de mastitis no puerperal formadora de abscesos, la aspiración de absceso guiada por ultrasonido y la terapia con antibióticos son el tratamiento de elección. El espectro de patógenos corresponde a la flora normal del área del seno y del pezón. Si el *S. aureus* está presente, se debe suponer que en más del 50% de los casos será MRSA (Infecciones por *Estafilococo Aureus* resistente a la meticiclina). El fármaco de elección es clindamicina o alternativamente amoxicilina / ácido clavulánico. El tratamiento debe continuar durante al menos 7 días. La mastitis recurrente no puerperal a menudo es causada por una fístula ductal que sale cerca de la areola, y esto requiere una revisión quirúrgica con extirpación de la fístula (20,21).

La mastitis necrosante no puerperal es una enfermedad extremadamente rara y potencialmente mortal en una categoría propia. Ocurre en pacientes multimórbidos y aquellos bajo supresión inmune o con diabetes mellitus. Los patógenos típicos son los estreptococos β -hemolíticos del grupo A, o infecciones combinadas con especies de *Bacteroides* o *Escherichia coli*. Las características clínicas en la etapa temprana son edema, dolor, palidez de la piel y formación de ampollas; Más adelante en el curso, se produce una necrosis profunda. Dado que la inflamación seguirá un curso fulminante si no se trata, se propaga a lo largo de la fascia y da como resultado sepsis y falla multiorgánica, se requiere una terapia inmediata con penicilina G 0.5–1 millones de UI intravenoso o, alternativamente, antibióticos de amplio espectro, al igual que la extracción quirúrgica meticulosa de tejido necrótico, incluso mastectomía si es necesario (22).

Mastitis granulomatosa

La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria mamaria poco frecuente en mujeres en edad fértil; su etiología es desconocida. Se han descrito asociaciones con la lactancia, la hiperprolactinemia y la presencia de *Corynebacterium kroppenstedtii*. El síntoma principal es una masa palpable dolorosa, a menudo con enrojecimiento y edema, y a veces también retracción de la piel. Los síntomas y la apariencia en las imágenes son similares a los del cáncer difuso de mama. En algunos casos, se puede ver la formación de abscesos en la ecografía. El diagnóstico se realiza mediante biopsia central

percutánea. En el estudio histológico, la presencia de granulomas con células gigantes multinucleadas indica el diagnóstico (23).

Hay dos estrategias de tratamiento (23), la escisión quirúrgica (para masas pequeñas) y la terapia con glucocorticoides en dosis altas sistémicas con prednisolona 30 mg / día durante al menos 2 a 6 meses, seguido de disminución gradual con monitorización de la lesión.

La tasa de remisión completa después de la intervención quirúrgica es del 90,6%; después de la terapia con esteroides orales es 71.8%, y después del tratamiento combinado es del 94,5%. En los casos en que hay inflamación extensa, la terapia con prednisolona por al menos 2 meses es adecuada; a pesar de sus efectos no deseados asociados, como aumento de peso, hiperglucemia, úlcera gastroduodenal y el riesgo de síndrome de Cushing, se considera el tratamiento de elección. Dentro de un año después de la interrupción del tratamiento, se ha informado una tasa de recurrencia del 20%. Si los síntomas no son severos y el paciente rechaza la terapia con glucocorticoides sistémicos, se puede intentar el tratamiento tópico con acetato de hidrocortisona. Si la terapia con glucocorticoides falla, las dosis bajas de metotrexato son una opción de tratamiento (23).

3.2 Enfermedad benigna de mama y riesgo de cáncer

La enfermedad benigna de los senos es un factor de riesgo importante para un posterior desarrollo de cáncer en cualquiera de las dos mamas. Abarca un espectro de entidades histológicas con un mayor riesgo de cáncer de mama asociado con lesiones proliferativas o atípicas. La identificación de la enfermedad benigna de las mamas se ha vuelto más común a medida que aumenta el uso de la mamografía y, por lo tanto, es imperativo tener estimaciones de riesgo precisas para las mujeres que reciben este diagnóstico (24).

Sin embargo, quedan preguntas importantes sobre el grado de riesgo asociado con las entidades benignas no proliferativas comunes y la medida en que los antecedentes familiares influyen en el riesgo de cáncer de mama en mujeres con lesiones proliferativas o atípicas. Los estudios sobre la relación entre lesiones de baja poco proliferativas o con pocas atipias son contradictorias. También se ha señalado que es contradictorio que pacientes no proliferativas y

con lesiones tenían un incremento del riesgo. La duración del aumento del riesgo después de un hallazgo de enfermedad benigna en la biopsia también es incierta. De hecho, no está claro cuáles de las entidades benignas son precursoras reales y cuáles reflejan un fondo de mayor riesgo que involucra todo el tejido mamario de una mujer (24).

4. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

“La incidencia de lesiones benignas de mama en la consulta externa del hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo fue baja en el periodo 2018 a 2019”

5. MÉTODOS

3.3 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de prevalencia

3.4 Diseño de la investigación

3.4.1 *Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio*

Mujeres atendidas en la consulta externa de Mastología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. La población de estudio cumplió con los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión
 - Atención en el periodo de estudio
 - Diagnóstico histológico
 - Diagnóstico efectuado en esta institución de salud.
- Criterios de exclusión
 - Requerimiento de nuevo estudio histopatológico debido a la presencia de datos no concluyentes

Se tomó una muestra de 70 pacientes que fue equivalente a aproximadamente el 50% de la cantidad estimada de lesiones benignas para el periodo octubre 2018 a marzo de 2019 (n= 150) las cuales fueron tomadas por aleatorización sistemática.

3.4.2 Técnica de recolección de la información

Observación Dirigida mediante formulario de recolección de información.

Tabla 1: Técnica de recolección de informacion

Variables	Técnica
Edad	*Documental
Paridad	*Documental
Motivo de consulta	*Documental
Localización de la masa	*Documental
Lado afectado de la mama	*Documental
Factores de riesgo	*Documental
Método de diagnóstico empleado	*Documental
Tratamiento	*Documental
Tipo de tratamiento quirúrgico	*Documental
Estadio del cáncer de mama	*Documental
Clasificación histopatológica del ca mama	*Documental

3.4.3 Técnicas de análisis de la información

El diseño de la base de datos se llenó en una hoja de Microsoft Excel 2020. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22. Para el análisis de las variables nominales se emplearon frecuencias simples y frecuencias relativas. Para el análisis de las variables numéricas se calcularon, promedio y desviación estándar. La incidencia de lesiones benignas de mama se reportó sobre una población de 1000 habitantes.

3.5 Variables

3.5.1 Operacionalización de variables

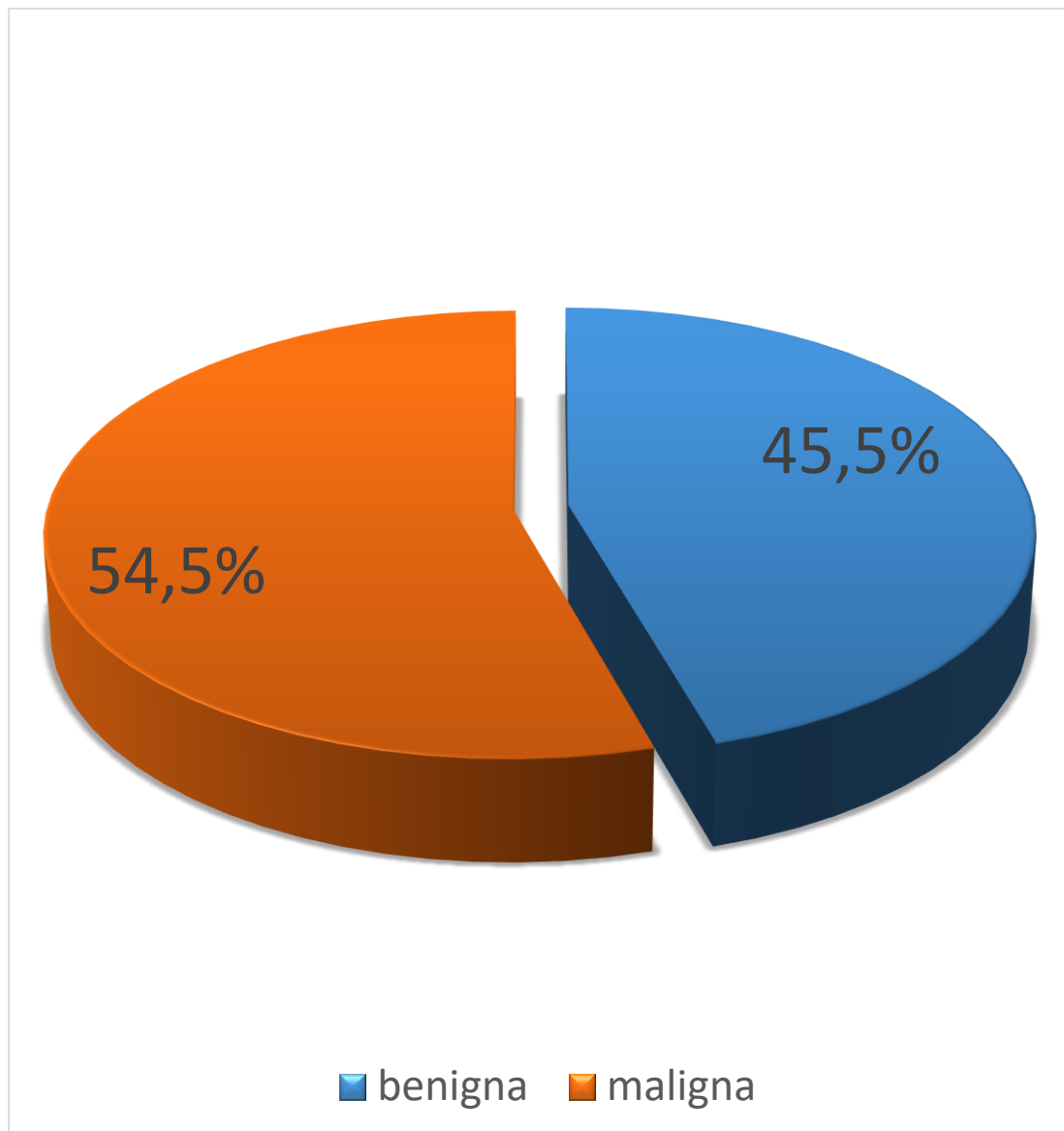
Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
Tipo de Tumor benigno de mama	Características histopatológicas	*Quistes *Hiperplasia leve o de tipo usual * Calcificaciones epiteliales * Fibroadenoma * Papiloma con cambios apócrinos * Adenosis Esclerosante * Lesiones radiales y esclerosantes complejas * Hiperplasia moderada y florida de tipo usual * Papilomas intraductales * Hiperplasia lobular atípica * Hiperplasia ductal atípica	Nominal policómica
Tumor benigno de mama	Características histopatológicas	*Si *No	Nominal dicotómica
Edad	Edad indicada en el expediente clínico al momento de la toma de la muestra para el diagnóstico histopatológico	18 – 65 años	Numérica Continua
Número de lesiones		0 – 100	Numérica Discreta
Ubicación anatómica en la mama	Zona anatómica donde fue hallada la Enfermedad Benigna de la Mama según el reporte del record quirúrgico	*Cuadrante Supero Interno *Cuadrante Supero Externo *Cuadrante Interno Interno *Cuadrante Infero Externo *Múltiples	Nominal Policómica

		ubicaciones *Periareolar *Pezón *Areolar	
Mama Afectada	Ubicación de la mama donde fue hallada la Enfermedad Benigna de la Mama según el reporte del record quirúrgico	*Derecha *Izquierda *Bilateral	Nominal Policómica
Antecedentes Familiares de cáncer de mama	Informe en los antecedentes patológicos familiares de la anamnesis	*Si *No	Nominal dicotómica
Antecedentes familiares de lesiones benignas de mama	Informe en los antecedentes patológicos familiares de la anamnesis	*Si *No	Nominal dicotómica

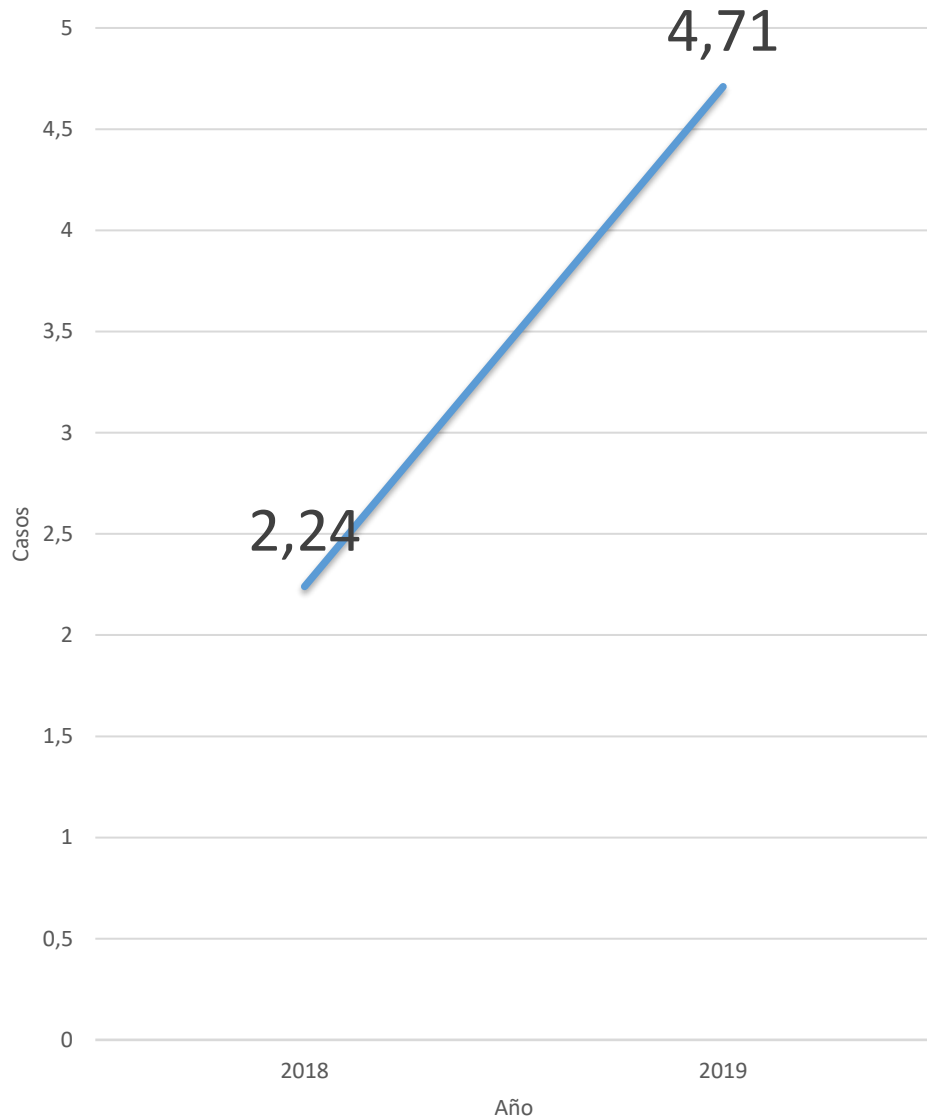
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Ilustración 1: Prevalencia de lesiones benignas. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Periodo 2018 – 2019



La prevalencia de lesiones benignas en la consulta de mastología del Área Materno Infantil del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2018 – 2019 a partir de 661 lesiones con diagnóstico definitivo fue del 45.5%, mientras que la de malignas fue del 55.5%.

Ilustración 2: Incidencia de lesiones benignas de mama por 1000 casos de lesiones de mamas. Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. 2018 – 2019



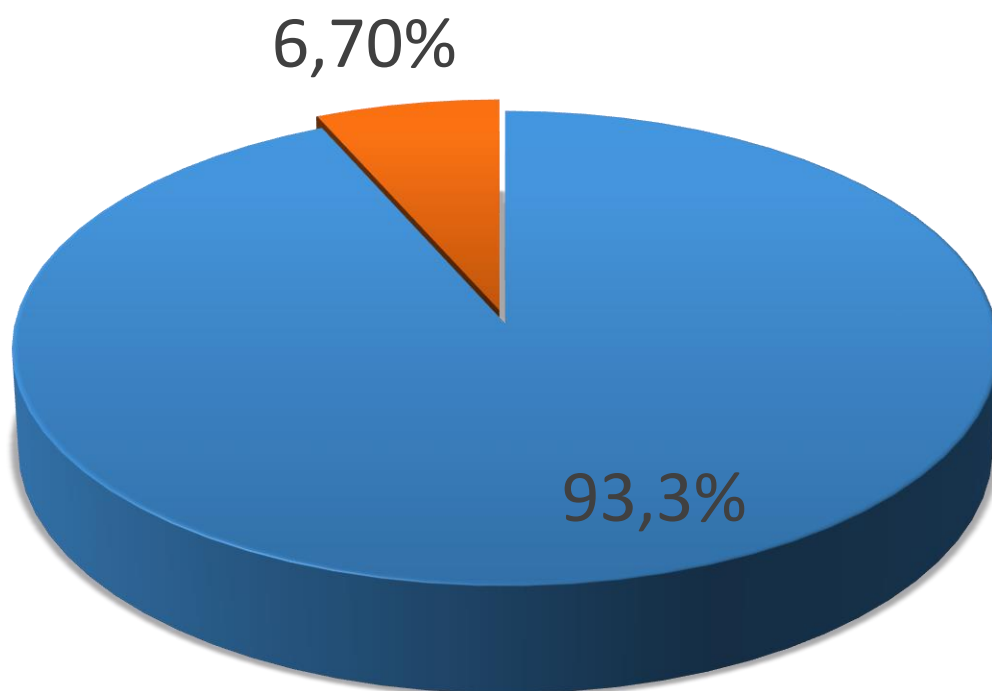
La incidencia de lesiones benignas de mama en el hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2018 fue 2.24 x 1000 casos de lesiones de mama. Esta tasa subió a 4.71 x 1000 casos en el año 2019, lo que significó la duplicación de la tasa.

Tabla 3: Prevalencia del tipo de lesiones benignas de mama distribuidas por años

Tipo de lesión	2018	2019	Total
Cambios fibroquísticos	27 (42.2%)	77 (32.4%)	104 (34.5%)
Neoplasia benigna	37 (57.8%)	160 (67.5%)	197 (65.5%)
Total	64	237	301

Entre las lesiones benignas, la mayor parte correspondió a neoplasias benignas (65.5%), mientras que el restante 34.5% fue clasificada como cambios fibroquísticos. En 2018 la cantidad de lesiones clasificadas como cambios fibroquísticos fue del 42.2% mientras que en 2019 disminuyó al 32.4%, lo contrario pasó con las neoplasia benignas que en 2018 tuvieron una prevalencia de 57.8% y en 2019 subieron hasta el 67.5%.

Ilustración 3: Prevalencia de lesiones benignas entre grupos etarios de mujeres



■ 10 a 45 años ■ Otras edades

Entre las mujeres de 10 a 45 años se diagnosticaron la mayoría de las lesiones benignas (93.3%), mientras que en los grupos de edades de menos de 18 años o más de 10 a 45 años fue del 6.7%

Tabla 4: Distribución de las pacientes con lesiones benignas según grupos de edad

GRUPO ETARIO (años)	Frecuencia	Porcentaje
10 A 19	5	7.1
20 A 29	13	18.6
30 A 39	29	41.4
40 A 49	23	32.9
Total	70	100.0

La distribución por grupos etarios mostró que el grupo etario más afectado fue el de 30 a 39 años (41,4%) seguido por el de 40 a 49 años (32,9%). La menor cantidad de mujeres afectadas se observó en el grupo de 10 a 19 años (7,1%). En general el 74,3% de los casos se informaron en pacientes de 30 años en adelante. El promedio de edad para el grupo de estudio fue de 34.1 ± 8 años.

Tabla 5: Clasificación de muestra según paridad

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
MULTÍGESTA	46	75.4
PRIMÍGESTA	11	18.0
GRAN MULTIGESTA	4	6.6
Total	61	100.0

En un 75.4% las pacientes eran multigestas, seguidos por las primigestas que representaron el 18%. El menor grupo informado fue el de las gran multigestas cuya frecuencia fue del 6.6%. El promedio de gestas en el grupo de estudio fue de 3 ± 2 gestas.

Tabla 6: Muestra distribuida según tiempo de lactancia

TIEMPO LACTANCIA (meses)	Frecuencia	Porcentaje
1 A 12	13	23
13 A 24	28	50
25 A 36	8	14
37 A 48	5	9
49 A 60	2	4
Total	56	100.0

Entre las pacientes que fueron incluidas en la investigación solo 56 dieron de lactar. Entre estas, la mayoría fue incluida en el grupo de mujeres que ejercieron la lactancia entre los 13 y los 24 meses (50%), seguidas de aquellas que brindaron leche materna a sus hijos por 1 a 12 meses (23%). El tercer grupo con el mayor número de observaciones fue el que dio de lactar por 25 a 36 meses. El 73% de las pacientes dieron de lactar entre 1 a 24 meses. El promedio de tiempo de lactancia fue de 24 ± 15 meses.

Tabla 7: Prevalencia de factores de riesgo entre la muestra de mujeres con lesiones benignas.

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia (n= 70)	Porcentaje
INGESTAS DE XANTINAS	54	77.1
ANTECEDENTES FAMILIARES CA MAMA	19	27.1
ANTICONCEPTIVOS ORALES	18	25.7
SIN LACTANCIA	14	20.0
MENOPAUSIA	10	14.3
NULIGESTA	9	12.9
OTRO TIPO DE MEDICACION HORMONAL	8	11.4
ANTECEDENTES PERSONALES DE CA	1	1.4
TABAQUISMO	0	0

El factor de riesgo reportado con mayor frecuencia entre el grupo de estudio fue el de la ingesta de xantinas que se informo en el 77.1%. El antecedente familiar de cáncer de mama fue el segundo factor más reportado (27.1%) y mientras que el tercero correspondió al antecedente de uso de anticonceptivos orales (25.7%). La falta de lactancia fue del 20% y las nuligesta es del 12.9%. Otros factores de riesgo se pueden observar en la tabla.

Tabla 8: Clasificación de la muestra de mujeres con lesiones benignas de mama según método complementario de diagnóstico empleado.

METODO COMPLEMENTARIO DE DIAGNOSTICO	Frecuencia (n= 70)	Porcentaje
ECO DE MAMA	67	95.7
BIOPSIA	36	51.4
MAMOGRAFIA	18	25.7
LABORATORIO	2	2.8

El método diagnóstico empleado en casi la totalidad de los casos fue el de 95.7%. El segundo método complementario más usado fue el de la biopsia con el 51.4%. La mamografía se utilizó en 18 pacientes (25.7%). El método solicitado con menos frecuencia fue el de laboratorio que se evidenció en solo 2 casos (2.8%).

Tabla 9: Distribución de las lesiones benignas encontradas en la muestra clasificadas según los criterios de la BIRADs

TIPO DE BIRADS	Frecuencia	Porcentaje
2	35	50.0
3	19	27.1
4^a	9	12.9
0	6	8.6
4C	1	1.4
Total	70	100.0

La mayoría de las lesiones (50%) fueron clasificados como BIRADs 2. En segundo lugar, fueron aquellas clasificadas en la categoría BIRADs 3 (27.1%). Una clasificación 4A se informó en el 12.9% y fue el tercero más frecuente. Con menor frecuencia se reportaron lesiones BIRADs (8.6%) y 4C (1.4%).

Tabla 10: Distribución de la localización de la lesión benigna de mama.

LOCALIZACION DE LA LESION	Frecuencia	Porcentaje
MAMA DERECHA	35	50.0
MAMA IZQUIERDA	29	41.4
BILATERAL	6	8.6
Total	70	100.0

La mayoría de los casos de lesiones benignas de mama se produjeron en la mama derecha (50%), y en la mama izquierda también fue altamente frecuente con un 41.4%. La bilateralidad fue informada en el 8.6%.

Tabla 11: Composición de la lesión benigna de mama estudiadas en la muestra.

CONTENIDO	Frecuencia	Porcentaje
INDIFERENCIADO	38	54.4
LÍQUIDO	18	25.7
SÓLIDO	12	17.1
MIXTO	2	2.8
Total	70	100.0

En el 54.4% de los casos la composición de la lesión benigna fue reportada como indiferenciado. En el 25.7% fue reportado como líquido y en el 17.1% como sólido. Un total de 2 casos (2.8%) fueron reportados como de características mixtas.

Tabla 12: Tratamiento empleado para el manejo de las lesiones benignas de mama entre la muestra

TRATAMIENTO	Frecuencia (n= 70)	Porcentaje
SEGUIMIENTO ACORTADO	28	40.0
CIRUGIA	26	37.0
COMPLEJO B	7	10.0
AINES	7	10.0
SEGUIMIENTO ANUAL	7	10.0
RELAJANTE MUSCULAR	3	4.3
SUPRESIÓN DE XANTINAS	3	4.3
CÚRCUMA	1	1.4

El tratamiento empleado con mayor frecuencia es el seguimiento a intervalos cortos (40%). Cirugía fue indicada para el 37% de los casos. El uso de medicamentos como complejo B fue del 10%.

7. DISCUSIÓN

El estudio que se acaba de presentar muestra que las lesiones benignas son en proporción ligeramente menos frecuentes que las de tipo maligna, aunque con muy poca diferencia. Sin embargo estudios como el de Albasri y colegas (1) en un estudio efectuado entre enero de 2006 y diciembre de 2013 en un hospital General de Arabia Saudita que incluyó 1005 biopsias de mama, informó 603 casos (60%) es decir una proporción ligeramente mayor mientras que autores como Guio y colegas (25) en un hospital Universitario de Colombia reportaron una prevalencia más alta (71,66%). Un comportamiento similar también ha sido informado en nuestro país (6). Esta diferencia tan marcada puede ser el producto de que el hospital Teodoro Maldonado Carbo es una institución de referencia y en tal virtud, las pacientes enviadas hasta esta casa de salud tienen una alta sospecha de lesión maligna y esto cambiaría radicalmente el comportamiento epidemiológico de la lesión. De hecho, en el estudio de Faytong (26) realizado en una institución de primer nivel en la ciudad de guayaquil se reporta una frecuencia superior al 98% de lesiones benignas.

Los estudios sobre la frecuencia del tipo de lesiones benignas señalan variedades de cifras(1,6,25,27) con relación a este estudio que ha señalado que la prevalencia de neoplasias benignas son las más frecuentes pero esto podría reflejar influencias relacionadas con hábitos sociales, diferencias geográficas y económicas, etc.

En el estudio de Guio y colegas (25) el promedio de edad de las pacientes fue de 42 años pero en la investigación presentada fue en promedio mucho menor (34 años). Sin embargo el estudio informado por Albasri y colegas (1) informó un promedio de 27,5 años. Con respecto a estos hallazgos, es importante señalar que la edad de la muestra influyó, ya que generalmente los otros estudios incluyeron edades desde los 14 años hasta los 85 años, mientras que en el estudio que se presentó se incluyó solo personas de 18 a 45 años.

Guio y colegas (25) señalaron como factores de riesgo que el 20.8% eran nuligestas, 24.2% menopausia, 14.04% tenía antecedente familiar de cáncer de mama, sin lactancia 44.5% . Esto difiere de lo datos presentados ya que el número de nuligesta, el número de mujeres menopáusicas y de mujeres que

dieron de lactar fue más bajo, mientras que el antecedente familiar de neoplasia de seno fue aproximadamente el doble. Esto puede tener varias explicaciones. La cantidad de menopáusicas era menor ya que la edad superior de población de estudios incorporada era de 45 años por lo que era menos probable que este grupo de mujeres se encontrara en esta etapa, con respecto a la presencia de nuligestas llama la atención ya que el estudio de los colombianos se hace en Bogotá que como país latinoamericano debería tener un comportamiento similar pero en cambio el estudio realizado en el país vecino incorporó una población de menor edad donde es algo menos frecuente el embarazo, esto también influye en un número menor de mujeres dando de lactar. Lo que llama la atención es el elevado antecedente de cáncer de mama en la familia en las mujeres ecuatorianas.

8. CONCLUSIONES

En atención a los resultados que se acaban de presentar se puede concluir que la prevalencia de lesiones benignas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre 2018 y 2019 es menor que el de las lesiones malignas.

Sin embargo, la incidencia de este tipo de lesiones se ha incrementado en más del 100% desde el 2018, esto apoya la hipótesis planteada al inicio. La lesión benigna de mayor prevalencia es la neoplasia benigna que se presenta en más de las dos terceras partes de las pacientes. La mayoría de las pacientes con lesiones benignas tenían de 18 a 45 años.

El análisis de la muestra mostró que las tres cuartas partes de las pacientes tenían 30 años o más, eran multigestas y habían dado de lactar entre 1 mes y 2 años.

El factor de riesgo más importante entre las participantes fue la ingesta de xantinas.

El método complementario de diagnóstico más utilizado fue la ecografía de mama que se empleó en casi todos los casos.

La mama derecha se afecta algo más que la mama izquierda. La puntuación de BIRADS en la mitad de los casos fue de 2. La mayoría de las lesiones son indiferenciadas.

Las estrategias de manejo más utilizadas fueron el seguimiento acortado y la cirugía.

9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tiene una alta validez ya que fue desarrollado siguiendo lineamientos metodológicos estrictos, haciendo uso solo de diagnóstico definitivos. Por otro lado, la investigación contó con una muestra representativa al constituir el 50% de los casos de lesiones benignas identificadas durante el periodo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albasri AM. Profile of benign breast diseases in western Saudi Arabia: An 8-year histopathological review of 603 cases. *Saudi Med J*. 2014;35(12):1517–20. PubMed PMID: 25491220.
2. Fatima K, Masroor I, Khanani S. Probably Benign Solid Breast Lesions on Ultrasound: Need for Biopsy Reassessed. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(12):3467–71. doi: 10.31557/APJCP.2018.19.12.3467. PubMed PMID: 30583671.
3. Gaetano M, Giuseppe A, Saveria S, Rosalia R, Alberto R, Enrico O. Fibroma of the breast: a rare tumour in the spectrum of the benign spindle cell tumours of the mammary stroma. *Pol J Pathol*. 2018;69(2):189–94. doi: 10.5114/pjp.2018.76703. PubMed PMID: 30351867.
4. Haddad A, Zoukar O, Daldoul A, Bhiri H, Wiem K, Mhabrich H, et al. Breast diseases in women over the age of 65 in Monastir, Tunisia. *Pan Afr Med J*. 2018;31. doi: 10.11604/pamj.2018.31.67.16105. PubMed PMID: 31007814.
5. Tolušić Levak M, Mihalj M, Koprivčić I, Lovrić I, Novak S, Bijelić N, et al. Differential expression of TFF genes and proteins in breast tumors. *Acta Clin Croat*. 2018;57(2):264–77. doi: 10.20471/acc.2018.57.02.06. PubMed PMID: 30431719.
6. Escobar-Flores M. Patología Benigna de mama: Propuesta Educativa y Protocolo de Manejo Ambulatorio del Seguro Social Nro. 40 Quevedo. Enero a Diciembre de 2010 [Internet]. Tesis de Maestría. Guayaquil; 2010. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/981/1/CD%20003-%20ESCOBAR%20FLORES%20MARTHA%20ISABEL.pdf>.
7. Mena-Olmedo G, Ávalos P, Varela S, Trujillo C, Ortiz M, Quishpe M, et al. Lesiones Benignas Atípicas en Mama. *Rev Ecu Radiol* [Internet]. 2011(4):4–8. Disponible en: http://webcir.org/revistavirtual/articulos/marzo12/ecuador/ecu_espanol.pdf.
8. Castillo A. Lesiones atípicas benignas de mama en mujeres mayores de 25 años con diagnóstico de imagen BI-RADS® IV confirmados con estudio histopatológico en la clínica de mama del Hospital de Especialidades

- Eugenio Espejo en el periodo 2011-2013 [Internet]. Tesis de Especialidad. Quito; 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4702/1/T-UCE-0006-110.pdf>.
9. Haddad A, Zoukar O, Daldoul A, Bhiri H, Wiem K, Mhabrich H, et al. Breast diseases in women over the age of 65 in Monastir, Tunisia. *Pan Afr Med J*. 2018;31. doi: 10.11604/pamj.2018.31.67.16105. PubMed PMID: 31007814.
 10. Han Y, Zhang C, Pang J, Wang S, Zhang L, Li K, et al. Qualitative diagnosis of benign breast lesions and breast carcinoma with elastographic ultrasonic imaging. *J BUON* [Internet]. 2018;23(4):919–24. Disponible en: <https://www.jbuon.com/archive/23-4-919.pdf>.
 11. London SJ. A Prospective Study of Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. *JAMA*. 1992;267(7):941. doi: 10.1001/jama.1992.03480070057030.
 12. Moody-Ayers SY, Wells CK, Feinstein AR. "Benign" tumors and "early detection" in mammography-screened patients of a natural cohort with breast cancer. *Arch Intern Med*. 2000;160(8):1109–15. doi: 10.1001/archinte.160.8.1109. PubMed PMID: 10789603.
 13. Nabavizadeh A, Bayat M, Kumar V, Gregory A, Webb J, Alizad A, et al. Viscoelastic biomarker for differentiation of benign and malignant breast lesion in ultra- low frequency range. *Sci Rep*. 2019;9. doi: 10.1038/s41598-019-41885-9. PubMed PMID: 30952880.
 14. Bendifallah S, Canlorbe G. Prise en charge des tumeurs bénignes du sein épidémiologiquement fréquentes de type adénofibrome, phyllode (grade 1 et 2), et papillome: recommandations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015;44(10):1017–29. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.042. PubMed PMID: 26547891 fre.
 15. Darai E, Lavoué V, Fritel X. Recommandations pour la pratique clinique: tumeurs bénignes du sein--Introduction. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015;44(10):896–7. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.054. PubMed PMID: 26527022 fre.

16. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(33-34):565–74. doi: 10.3238/arztebl.2019.0565. PubMed PMID: 31554551.
17. Rageth CJ, O'Flynn EAM, Pinker K, Kubik-Huch RA, Munding A, Decker T, et al. Second International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Treat.* 2019;174(2):279–96. doi: 10.1007/s10549-018-05071-1. PubMed PMID: 30506111.
18. Tan BY, Acs G, Apple SK, Badve S, Bleiweiss IJ, Brogi E, et al. Phyllodes tumours of the breast: a consensus review. *Histopathology.* 2016;68(1):5–21. doi: 10.1111/his.12876. PubMed PMID: 26768026.
19. Blackmon MM, Nguyen H, Mukherji P. StatPearls: Acute Mastitis [Internet]. Treasure Island (FL); 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557782/?report=printable>.
20. An JK, Woo JJ, Lee SA. Non-puerperal mastitis masking pre-existing breast malignancy: importance of follow-up imaging. *Ultrasonography.* 2016;35(2):159–63. doi: 10.14366/usg.15024. PubMed PMID: 26169080.
21. Tan H, Li R, Peng W, Liu H, Gu Y, Shen X. Radiological and clinical features of adult non-puerperal mastitis. *Br J Radiol.* 2013;86(1024):20120657. doi: 10.1259/bjr.20120657. PubMed PMID: 23392197.
22. Toomey A, Le JK. StatPearls: Breast Abscess [Internet]. Treasure Island (FL); 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459122/?report=printable>.
23. Wolfrum A, Kümmel S, Theuerkauf I, Pelz E, Reinisch M. Granulomatous Mastitis: A Therapeutic and Diagnostic Challenge. *Breast Care (Basel).* 2018;13(6):413–8. doi: 10.1159/000495146. PubMed PMID: 30800035.
24. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle WL, Degenim AC, Ghosh K, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 2005;353(3):229–37. doi: 10.1056/NEJMoa044383. PubMed PMID: 16034008.
25. Guio Ávila JI, Pedraza Neisa EJ, Guzmán Castro WE, García OA, Corena Díaz A, Villamizar L. Prevalencia de patología maligna de seno en

- mujeres mayores de 14 años que consultaron por masa sólida palpable. *Repertorio de Medicina y Cirugía* [Internet]. 2017;26(3):165–71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S0121737217300626/pdf>.
26. Faytong-Jiménez I. Prevalencia de patología mamaria en usuarias de la consulta externa de APROFE [Internet]. Guayaquil; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44466/1/CD%20017-%20FAYTONG%20JIMENEZ%20ILEANA%20MARIA.pdf>.
27. Marreros-Grados J, Contreras-Carrillo H, García-Bernal L. Patología benigna mamaria en pacientes del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2013;59:157–60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300002&nrm=iso.

Anexo 1: Base de datos

EDAD	GESTAS	C / GESTAS	LACTANCIA	EMPO DE LACTANCIA	XANTINAS	HABITOS	MENDPUSIA	INTEREDENTES PERIS	INTEREDENTES FAMI	PLANIFICACION	TIPO DE LESION	ETODO DE DIAGNO	TIPO DE BIROS	REALIZACION DE LA	TRATAMIENTO	CONTENIDO
18	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	LIQUIDO
18	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	2	BILATERAL	NO CIRUGIA	SOLIDO
18	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	4A	BILATERAL	NO SUPRIMIR XANTINAS	SOLIDO
18	SI	2	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
18	SI	3	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	2	MAMA IZQUIERDA	NO CONTROL ANUAL	NO DIFERENCIADO
21	SI	1	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
22	SI	1	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
22	SI	1	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	4A	MAMA DERECHA	NO CONTROL ANUAL	SOLIDO
22	SI	2	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	0	MAMA IZQUIERDA	NO RELAJANTE MUSCULAR	LIQUIDO
22	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO, COMPLEJO B, AINES	NO DIFERENCIADO
25	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
25	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	4A	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
25	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
26	SI	2	SI	48	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	2	MAMA DERECHA	NO RELAJANTE MUSCULAR	LIQUIDO
26	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	0	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
29	SI	2	SI	10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
29	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
29	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
30	SI	3	SI	24	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	MAMA DERECHA	NO CONTROL ANUAL	NO DIFERENCIADO
30	SI	3	SI	24	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO CONTROL ANUAL	LIQUIDO
30	SI	5	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	0	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
31	SI	4	SI	18	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
32	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	2	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	LIQUIDO
32	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
32	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO

EDAD	GESTAS	C / GESTAS	LACTANCIA	EMPO DE LACTANCIA	XANTINAS	HABITOS	MENDPUSIA	INTEREDENTES PERIS	INTEREDENTES FAMI	PLANIFICACION	TIPO DE LESION	ETODO DE DIAGNO	TIPO DE BIROS	REALIZACION DE LA	TRATAMIENTO	CONTENIDO
33	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO COMPLEJO B, AINES	LIQUIDO
33	SI	1	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SUPRIMIR XANTINAS	NO DIFERENCIADO
33	SI	1	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
33	SI	2	SI	2	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
33	SI	2	SI	48	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
33	SI	2	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	BILATERAL	NO CIRUGIA	LIQUIDO Y SOLIDO
33	SI	3	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA IZQUIERDA	NO CONTROL ANUAL	NO DIFERENCIADO
33	SI	3	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	SOLIDO
34	SI	1	SI	12	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA, EXAMEN DE LABORATORIO	4A	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
34	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	4A	MAMA DERECHA	NO CURCUMA	SOLIDO
35	SI	1	SI	10	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	MAMOGRAFIA	2	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	LIQUIDO
35	SI	2	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	BILATERAL	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
35	SI	3	SI	48	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO COMPLEJO B, AINES	LIQUIDO
35	SI	3	SI	48	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
35	SI	3	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
38	SI	1	SI	10	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
38	SI	2	SI	12	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
38	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
38	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	4A	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
39	SI	2	SI	12	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	4A	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
39	SI	4	SI	12	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	SOLIDO
39	SI	4	SI	18	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	3	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
40	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
40	SI	3	SI	18	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO COMPLEJO B, AINES	NO DIFERENCIADO
40	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	0	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO, COMPLEJO B, AINES	NO DIFERENCIADO

EDAD	GESTAS	C / GESTAS	LACTANCIA	EMPO DE LACTANCIA	XANTINAS	HABITOS	MENDPUSIA	INTEREDENTES PERIS	INTEREDENTES FAMI	PLANIFICACION	TIPO DE LESION	ETODO DE DIAGNO	TIPO DE BIROS	REALIZACION DE LA	TRATAMIENTO	CONTENIDO
40	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
40	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	NO DIFERENCIADO
40	SI	4	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	SOLIDO
42	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	SOLIDO
42	SI	1	SI	12	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
42	SI	1	SI	12	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO, SUPRIMIR XANTINAS	NO DIFERENCIADO
42	SI	5	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	BILATERAL	NO CIRUGIA	MIXTO
42	SI	6	SI	60	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	4A	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	SOLIDO
43	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
43	SI	3	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	4C	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	SOLIDO
44	SI	1	SI	12	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	3	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	LIQUIDO
44	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA, EXAMEN DE LABORATORIO	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO, COMPLEJO B, AINES	LIQUIDO
44	SI	3	SI	24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	BIOPSIA, ECO DE MAMA	4A	MAMA IZQUIERDA	NO CIRUGIA	SOLIDO
44	SI	6	SI	60	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	MAMA DERECHA	NO CIRUGIA	LIQUIDO
45	SI	1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	0	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
45	SI	2	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	2	MAMA DERECHA	NO SEGUIMIENTO	LIQUIDO
45	SI	2	SI	12	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA	2	MAMA IZQUIERDA	NO SEGUIMIENTO	NO DIFERENCIADO
45	SI	2	SI	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	BIOPSIA, ECO DE MAMA	3	BILATERAL	NO CONTROL ANUAL	NO DIFERENCIADO
45	SI	2	SI	10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TUMOR BENIGNO DE MAMA	MAMOGRAFIA	0	MAMA IZQUIERDA	NO CONTROL ANUAL	SOLIDO
45	SI	3	SI	48	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS	ECO DE MAMA, MAMOGRAFIA	2	MAMA DERECHA	NO COMPLEJO B, AINES, RELAJANTE	NO DIFERENCIADO



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Velásquez Apolo Vanessa Stephania** con **C.I: 0924179237** autor/a del trabajo de titulación: Periodo de latencia entre ruptura de membranas y parto como factor predictor de sepsis neonatal temprana en pacientes obtenidos por cesárea del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019. Previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de septiembre del 2020

VELASQUEZ APOLO VANESSA

C.I 0924179237



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Ponce Héctor Jonathan** con **C.I: 0919661249** autor/a del trabajo de titulación: Periodo de latencia entre ruptura de membranas y parto como factor predictor de sepsis neonatal temprana en pacientes obtenidos por cesárea del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019. Previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de septiembre del 2020

VERA PONCE HECTOR

C.I 0919661249



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Incidencia de Tumores benignos de mama en pacientes comprendidas entre 18 a 45 años de edad. Consulta Externa Mastología - Hospital Teodoro Maldonado Carbo. octubre 2018 - marzo 2019		
AUTOR(ES)	Velásquez Apolo Vanessa Stephania, Vera Ponce Héctor Jonathan		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Walter Andrade Mendoza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre de 2020	No. DE PÁGINAS:	43
ÁREAS TEMÁTICAS:	Mastología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Mama, lesiones benignas, epidemiología		
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: La enfermedad mamaria benigna se ha vuelto más común a medida que ha aumentado el uso de la mamografía y la ecografía y, por lo tanto, es imperativo nuevas estimaciones epidemiológicas sobre su frecuencia ya que estas lesiones son un factor de riesgo de neoplasia. Objetivo: Establecer la incidencia de lesión mamaria Benigna en la consulta externa de Mastología del hospital Teodoro Maldonado Carbo en mujeres de 18 a 45 años atendidas entre octubre 2018 y marzo de 2019 Metodología: se realizó un reporte de casos que incluyó aleatoriamente 70 casos de pacientes con lesiones benignas de mama atendidas en la institución. Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias relativas, absolutas, tasas, promedio y desviación estándar. Resultados: La prevalencia de lesiones benignas fue del 38.1%. La incidencia de 2.24 x 1000 casos 2018 y se elevó a 4.71 x 1000 casos para 2019. Se reportaron 2 tipos de lesiones benignas, los cambios fibroquísticos (34.5%) y las neoplasias benignas que fueron las más frecuentes (65.5%). La edad promedio de la muestra fue 34.1 ± 8 años. Los factores de riesgo de mayor importancia fueron ingesta de xantinas (77.1%), antecedentes familiares de cáncer de mama (27.1%) y uso de anticonceptivos (25,7%). En el 95.7% de los casos se realizaron ultrasonido para el diagnóstico. Conclusiones: La incidencia de lesiones benignas de mama es baja, con una prevalencia menor que el de las lesiones malignas, consecuencia del estatus de este hospital como de referencia.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono 0978907713 0930711592	E-mail: Vsval125@hotmail.com Vera.hector2@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong Andres Mauricio Teléfono: 0997572784 E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			