UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO

LESIONES PAPILARES EN GLÁNDULA MAMARIA

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de: Especialista en Cirugía Oncológica

Autora: Montilla, Sugeis
Tutor Clínico: Felipe Saldivia

Valencia, febrero de 2023

Universidad de Carabobo

Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

LESIONES PAPILARES EN GLÁNDULA MAMARIA.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía Oncológica** por el (la) aspirante:

MONTILLA CH., SUGEIS M.

C.I. V – 14951632

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Felipe Saldivia C.I. 7323216, decidimos que el mismo está **APROBADO .**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **16/12/2023**

Dr. Carlos J. Gadea
Cirujano Oncólogo Mastólogo
MSDS: 5967 CMC: 7248

Prof. Carlos Gadea
(Pdte)
C.I. 12474529
Fecha 16.12.2023

Dr. Felipe E. Saldivia
CIRUGÍA ONCOLOGICA
M.P.P.S. 36.777 C.M.C. 3765
C.I. 7.323.216 RIF V-07323216-1

Prof. Felipe Saldivia
C.I. 7323216
Fecha 16/12/2023

República Bolivariana de Venezuela
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE CARABOBO
Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. María A. Angulo M.
Anatomopatológo-UCV
MPPS: 100117 / CMC 10822

Prof. María Angulo
C.I. 18858706
Fecha 16/12/2023

TG:**81-23**

TG-CS: 81-23

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"**LESIONES PAPILARES EN GLÁNDULA MAMARIA.**" Presentado por el (la) ciudadano (a): **MONTILLA CH., SUGEIS M.** titular de la cédula de identidad Nº **V-14951632**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy:_____ y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: _____.

RESOLUCIÓN

Aprobado:_____ Fecha:_____. *Reprobado:_____ Fecha:_____.

Observación:_____
_____
_____
_____
_____

Presidente del Jurado	**Miembro del Jurado**	**Miembro del Jurado**
Nombre: Carlos Gadea	Nombre: Felipe Saldivia	Nombre: María Angulo
C.I. 12424589	C.I. 7323246	C.I. 18888706

Dr. Felipe E. Saldivia
CIRUGIA ONCOLOGICA
M.S.D.S. 36.777 / M.C. 37[illegible]

Dra. María A. Angulo M.
Anatomopatólogo-UCV
MPPS: 100117 / CMC 10822

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO

LESIONES PAPILARES EN GLÁNDULA MAMARIA

Autora: Sugeis Montilla
C.I.: V-14.951.632
Tutor Clínico: Felipe Saldivia

RESUMEN

Introducción: Las lesiones papilares de la glándula mamaria es una patología benigna o maligna poco frecuente caracterizada por la proliferación epitelial sobre el componente sólido del eje fibrovascular, que se manifiesta con telorragia y/o un nódulo o masa palpable, y se diagnostica con examen físico, estudios citológicos e histológicos. **Objetivo**: determinar las características biológicas de las lesiones papilares en la glándula mamaria de pacientes asistidas en la Consulta del Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de Valencia - Venezuela. **Material y método**: Estudio descriptivo, que incluyó 42 historias clínicas de pacientes con lesiones papilares en la glándula mamaria. **Resultados**: Edad entre 23 y 79 años (51 ± 1,21), 64% menopaúsicas, 98% sin antecedente de patología en glándula mamaria, 62% afectación de glándula mamaria izquierda, tipo de lesión benigna: papiloma atípico 33%, papiloma único central 29% y papiloma esclerosado 21%, y maligna: carcinoma papilar 12%, carcinoma papilar in situ 5%, diagnosticadas mediante: biopsia 74%, mamografía 21%, ecografía 17%, estableciéndose una incidencia de 72,41%. **Conclusión**: Lo que permite recomendar que en toda paciente con lesión en la glándula mamaria se deba establecer un diagnóstico preciso considerando estudios paraclínicos.

Palabras clave: Glándula mamaria; lesiones papilares; consulta de patología mamaria.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO

PAPILLARY LESIONS IN THE MAMMARY GLAND.

Author: Sugeis Montilla
C.I.: V- 14.951.632
Clinical Tutor: Felipe Saldivia

ABSTRACT

Introduction: papillary lesions of the mammary gland is a rare benign or malignant pathology characterized by epithelial proliferation on the solid component of the fibrovascular axis, which manifests itself with telorragia and/or a nodule or palpable mass and is diagnosed with physical examination, cytological and histological studies. **Objective**: determine the biological characteristics of papillary lesions in the mammary gland of patients assisted in the Consultation of the Breast Pathology Service of the Institute of Oncology "Dr. Miguel Pérez Carreño" of Valencia - Venezuela. **Materials and method**: study a descriptive, study that included 42 medical records. **Results**: Aged between 23 and 79 years (51 ± 1.21), 64% menopausal, 98% without a history of pathology in the mammary gland, 62% with left mammary gland involvement, type of benign lesion: atypical papilloma 33%, single central papilloma 29% and sclerosed papilloma 21%, and malignant: papillary carcinoma 12%, papillary carcinoma in situ 5 %, diagnosed by: biopsy 74%, mammography 21%, ultrasound 17%, establishing an incidence of 72.41%. **Conclusion**: This allows us to recommend that in all patients with lesion in the mammary gland, an accurate diagnosis should be established considering paraclinical studies.

Key words: Mammary gland; papillary lesions; breast pathology consultation.

INTRODUCCION

Las glándulas mamarias están situadas en la pared anterior del tórax, entre el esternón y una línea vertical tangente al límite antero medial de la axila. En sentido vertical se extiende desde la tercera a la séptima costilla. La porción central de la superficie anterior convexa está ocupada por una prominencia, el pezón, cuya superficie no es uniforme y su extremidad libre esta recorrida por los orificios de los conductos lactíferos [1].

El cáncer de mama, que es una enfermedad de evolución natural compleja, por lo que a pesar de los avances de la oncología moderna y por ser considerado un tumor prevenible representa en la actualidad la neoplasia maligna más frecuente en la mujer a nivel mundial y poco común en hombres. En la mujer en el ámbito mundial es responsable de cerca de 500 mil muertes cada año, 70% ocurre en países en desarrollo, debido a menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control [2 - 8].

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que para el año 2020 el cáncer de mama fue diagnosticado en 2,3 millones de mujeres y causó 685.000 muertes [9, 10]. Para finales de 2020, había 7,8 millones de mujeres vivas que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama en los últimos 5 años, lo que lo convierte en el cáncer más prevalente en el mundo. aproximadamente la mitad de todos los cánceres de mama ocurren en mujeres sin factores de riesgo específicos aparte del sexo y la edad [11, 12].

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de las Américas. Cada año se producen en la Región más de 462.000 casos nuevos y casi 100,000 muertes por cáncer de mama. En las mujeres de América Latina y el Caribe, el cáncer de mama supone el 27% de los nuevos casos y el 16% de las muertes por cáncer. Los Estados Unidos tienen la mayor incidencia de cáncer de mama en la región, seguidos de Canadá y Martinica. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en Barbados, Bahamas, República Dominicana y Trinidad y Tobago [10, 12].

El cáncer de mama sigue siendo la principal causa de muerte oncológica en las mujeres en Venezuela1. Se calcula que la mortalidad femenina por esta enfermedad se ubique en 3.515 personas al cierre de 2023, con una incidencia que llegaría a 8.691 casos1. Estos datos son

proyectados por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) [13]. Sin embargo, como ocurre con otros datos epidemiológicos, en Venezuela no existen estadísticas oficiales confiables sobre el número de casos de cáncer de mama o muertes por esa enfermedad [13, 14, 15].

Ahora bien, el cáncer de mama no es el único proceso patológico que afecta la glándula mamaria, por el contrario, son muy variados los procesos patológicos de etiología benigna y maligna. Lo que convierte el diagnóstico específico de la patología mamaria en un reto para el patólogo y el radiólogo, y es por lo que el advenimiento de técnicas diagnósticas como la inmunohistoquímica ha facilitado un diagnóstico certero, que debe correlacionarse con la morfología y la arquitectura de la lesión [16]. Del mismo modo, la resonancia magnética de mamas permite la mejor definición de la extensión de la enfermedad [17].

Entre estos procesos de la glándula mamaria destacan las lesiones papilares, que son entidades caracterizadas por la proliferación epitelial que asientan sobre el componente sólido del eje fibrovascular, siendo proliferaciones arborescentes del epitelio ductal con un pedículo fibrovascular. Se desarrollan en la luz adherida a las paredes en cualquier parte del sistema ductal, desde el pezón hasta la unidad lobular-ductal terminal más periférica [16, 18 - 23].

Las lesiones papilares ocurren en un amplio rango de edades incluyendo niñas y adolescentes, aunque los carcinomas papilares son infrecuentes en menores de 30 años, representando menos del 3% de las lesiones mamarias sólidas. El espectro abarca desde el papiloma solitario benigno, pasando por la papilomatosis múltiple y el papiloma atípico, hasta el carcinoma papilar [16, 18 - 23].

Clínicamente, la secreción espontánea uniorificial en especialmente la sero-sanguinolenta junto a la lesión palpable constituye el hallazgo clínico más específico de las lesiones papilares, y donde los estudios radiológicos suelen describir una lesión habitualmente retroareolar, bien delimitada, aunque en ocasiones pueden ser múltiples. En este tipo de lesiones el ultrasonido mamario tiene mayor sensibilidad que la mamografía; por lo que, su uso rutinario ha incrementado su detección, sobre todo en fase asintomática cuando se identifica un conducto dilatado o no y/o una lesión quística con contenido sólido vascularizado [18 – 24].

En las lesiones papilares de la glándula mamaria se incluyen una variedad de tumores benignos como el papiloma con o sin atipia hasta el carcinoma papilar. Entre estas lesiones se encuentran el

papiloma único central, papiloma esclerosado, papiloma atípico, carcinoma papilar in situ, carcinoma papilar y papilomatosis juvenil. Según la cuarta edición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las lesiones papilares se incluyen cuatro categorías que son: papiloma intraductal, carcinoma papilar intraductal, carcinoma encapsulado y carcinoma papilar sólido [18 20, 23- 27].

Los carcinomas papilares pueden dividirse en formas invasivas y no invasivas, y estas últimas, se subdividen en forma localizada (carcinoma papilar encapsulado) y forma difusa que se considerada una variedad de carcinoma ductal in situ [18, 20, 23 - 26].

En el papiloma ductal benigno, se utilizan procedimientos diagnósticos como el examen físico, examen citológico de la secreción expulsada por el pezón, la mamografía que puede mostrar un segmento retroareolar de mayor densidad, la ultrasonografía donde se determinan las características de la lesión, y la galactografía que ayuda a realizar el diagnóstico. La confirmación diagnóstica se debe realizar mediante cortes incluidos en parafina, ya que la biopsia por congelación puede ofrecer dificultad en la interpretación de los tumores papilíferos [18, 28].

Por su parte, el carcinoma papilar encapsulado se caracteriza por el crecimiento papilar dentro de un quiste y puede asociarse a un carcinoma ductal in situ (46 %) o a un carcinoma infiltrante (36 %). La ausencia de células mioepiteliales en la periferia de las áreas del tumor papilar ha sido histológicamente utilizada para definir la naturaleza invasora de la lesión [24, 25].

Mientras que, el papiloma único central tiene una incidencia entre 2 y 3 %, se presenta en mujeres entre la 4ta y 5ta década de la vida, generalmente es un nódulo único que se desarrolla en los grandes ductos subareolares ubicado cerca del pezón en el 90 a 95 %, con un tamaño que oscila entre 5 y 20 mm, puede palparse como nódulo móvil si son de gran tamaño o muy superficial, y en cerca del 50 % presentan secreción uniorificial [18, 20, 23].

Mamográficamente el papiloma único central en el 25 % de los casos son ocultos, siendo el hallazgo más común un nódulo de densidad glandular con márgenes definidos y en menos del 25 % de los casos aparecen calcificaciones, que según BIRADS generalmente son de sospecha intermedia (calcificaciones groseras heterogéneas, cuando son de gran tamaño dilatan y obstruyen el conducto y pueden simular una masa intraquística: papiloma intraquístico). Ecográficamente se

han descrito 3 patrones: 1) Nódulo en ductos con o sin dilatación, 2) Nódulo intraquístico y 3) Nódulo intraductal que colapsa y ocupa la totalidad del conducto simulando una lesión sólida [18, 20, 23].

Por su parte, el eco-Doppler color en el papiloma único central lo característico es un pedículo vascularizado que se ramifica en las arborizaciones de la masa, y permite diagnosticar incluso neoplasia papilar pequeña. Mientras que, la galactografía tiene una exactitud diagnóstica entre 85 y 88 %, en este estudio el signo radiológico típico es una obstrucción abrupta o un defecto de repleción en un conducto dilatado. La resonancia magnética permite descartar la presencia de otras lesiones papilares a distancia, y se describen 4 patrones: 1) El nódulo hipercaptante de márgenes definidos con realce ductal o realce ductal sin nódulo en los casos que el papiloma colapsa la totalidad de la luz ductal, 2) Nódulo irregular hipercaptante que simula malignidad, 3) Nódulo quístico con polo sólido, y 4) No hallazgos "el papiloma oculto" [18, 20, 23].

El papiloma esclerosado, es aquel papiloma que ha permanecido silente a lo largo de la vida de la mujer con el tiempo, que ocurre debido a un déficit vascular de la lesión lo que ocasiona que se infarten y esclerosan, pudiéndose incluso calcificar dando lugar a calcificaciones groseras heterogéneas agrupadas de sospecha intermedia o calcificaciones toscas de características benignas en la mamografía. La presencia de esclerosis o infarto puede ocasionar distorsión del estroma y simular la apariencia de un cáncer invasivo; en la resonancia magnética se observan lesiones hipocaptantes por falta de permeabilidad del pedículo vascular y, por la misma razón, no son secretoras ni dilatan el conducto, comportándose como un "papiloma oculto" [18, 20, 23].

Por su parte, el papiloma atípico son papilomas que contienen áreas de hiperplasia ductal atípica, idéntica a la neoplasia intraductal de bajo grado; debiéndose distinguir entre papilomas con atipia focal donde hay menos de 10 % de células atípicas, y el papiloma atípico en el que la población celular atípica oscila entre 10 y 30 % con bajo grado nuclear. Su presentación radiológica no varía del papiloma único benigno [18, 20, 23].

En el carcinoma papilar in situ, hay que distinguir dos grupos. Un primer grupo que incluye los que se desarrollan de un papiloma (carcinoma en papiloma), donde la población celular atípica afecta entre el 30 y 90 % de la lesión; es decir, en parte de la lesión permanecen las características de un papiloma benigno. No existiendo unos criterios histológicos universalmente aceptados para

diferenciar entre papiloma atípico y papiloma con carcinoma en papiloma. El significado clínico de la distinción entre estas dos lesiones no está bien definido ya que no se ha observado un comportamiento clínico diferente entre ambas lesiones tras su extirpación completan[18, 20, 23].

El segundo grupo son los carcinomas papilares in situ, que son un carcinoma en papiloma que presenta un patrón de crecimiento papilar, con un tallo fibrovascular cubierto por epitelio neoplásico, sin evidencia de un papiloma benigno pre-existente. Sin embargo, no existen diferencias en su comportamiento clínico ni en su presentación radiológica y la tasa de supervivencia es 100 % en ambos casos a los 10 años [18, 20, 23].

Del mismo modo, el carcinoma papilar representa 2 % de todos los carcinomas de mama; mamográficamente, se presenta como un nódulo con márgenes mal definidos, distorsión del estroma, márgenes lobulados, espiculación y/o microcalcificaciones; ecográficamente, se muestra como nódulo sólido o intraquístico, hipoecoico, homogéneo o heterogéneo, con mala definición de bordes, o como masa compleja quística y sólida; en la resonancia magnética, se observa un nódulo sólido hipercaptante con curva de captación rápida tipo II y más raramente III; en la biopsia quirúrgica, se establece cuando en la pieza hay más de 5 papilomas en un mismo cuadrante [18, 20, 23].

Mientras, el término papilomatosis se utiliza para describir una papilomatosis ductal grave que se acompaña de una extensa formación quística. Es una condición rara que afecta a mujeres jóvenes (10 a 30 años). Se puede manifestar clínicamente como masa palpable, circunscrita, móvil e indolora; puede o no asociarse con atipia o carcinoma en papiloma. En la ecografía, se muestran masas heterogéneas con múltiples pequeños quistes periféricos; mamográficamente, usualmente se muestra un tejido mamario denso sin lesiones detectables o densidad asimétrica [18, 20, 23].

Ahora bien, el riesgo de cáncer es variado en las diferentes presentaciones de las lesiones papilares. Así, en las mujeres con papiloma único benigno el riesgo relativo es 1.9, en el papiloma atípico es de 5.1, y en la papilomatosis múltiple depende del número de lesiones atípicas y por tanto el riesgo aumenta entre 3 y 7 [20].

En concordancia que lo antes referidos, se puede citar investigaciones realizadas al respecto: Fernández et al (2013) en España para evaluar el estudio citológico de las secreciones en el

diagnóstico de lesiones papilares de la mama realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo de 6.127 secreciones mamarias obtenidas entre 1986 y 2012, reportando: 2,23 % correlación histopatológica, resultado citológico fue no valorable por ausencia de material en 8,4 %, benigno 81,2 %, inflamatorio 3,8 %, papiloma 5,2 %, proceso papilar 0,5 %, carcinoma papilar 0,1 % y carcinoma 0,3 %, 0,4 % otros procesos [27].

Paesani et al (2011) en Argentina para evaluar las características de las lesiones papilares malignas realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo, evaluando 19 pacientes y reportaron que de 587 pacientes operadas por tumor maligno de mama 2,55 % fueron lesiones papilares malignas y 0,68 % carcinoma micropapilar invasivo, 100 % presentaron hallazgos mamográficos y/o ecográficos que justificaron el estudio histológico, se realizó tratamiento quirúrgico conservador en el 89,5 % de los casos [23].

Pulgar et al (2014) en Chile realizaron un estudio retrospectivo descriptivo-analítico para analizar la presentación clínica, estudio preoperatorio, manejo quirúrgico y características anatomo-patológicas de pacientes operadas por lesiones papilares mamarias, reportando que incluyeron 70 pacientes con edad media de 50 años (19 - 86 años), 52,8 % presentaron síntomas, ecografía preoperatoria alterada 100 %, mamografía con hallazgos patológicos 50 %, se realizó mastectomía parcial en el 100 %, diagnóstico anatomo-patológico: lesión papilar benigna 78,6 %, lesión papilar maligna 21,4% [29].

Bavastro et al (2018) en Argentina para evaluar las características de las lesiones papilares malignas diagnosticadas realizaron un análisis retrospectivo descriptivo que incluyó 56 pacientes con edad media de 60,7 años (27 - 83 años), tipo de lesión: 42,1 % carcinoma papilar invasor, 33,9 % carcinoma ductal in situ papilar y 25 % carcinoma papilar encapsulado, motivo de consulta: 73,2 % chequeo mamario, 19,6 % nódulo palpable, 5,3 % derrame por pezón, 1,7 % retracción de pezón, hallazgos mamográficos: microcalcificaciones 33,9 %, asimetría de densidad 33,9 %, nódulo 21,4 % y sin hallazgos sospechosos 10,7 %; hallazgos ecográficos: imagen nodular 66,1 %, quiste complejo 7,1 %, área hipoecoica 1,8 % y normal 25 % [30].

García et al (2020) en España realizaron una revisión y análisis de los casos de lesiones papilares intraductales mamarias diagnosticados, fue un estudio retrospectivo que incluyó 135 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de lesión papilar, reportando edad media 50 años, la ductoscopia

demostró una sensibilidad diagnóstica de 88 %, tipo de lesión: 9 % carcinoma en la lesión papilar y 3 % hiperplasia atípica [31].

DEFINICION DE TERMINOS

Características biológicas de las pacientes con lesiones papilares: Las características biológicas de los pacientes con lesiones papilares en mama están relacionadas sobre todo con la edad, el género y la presencia o no de la menopausia [18, 20, 23].

Características de las lesiones papilares: Las características de las lesiones papilares en mama son variadas considerando el tipo de lesión y hacen referencia a los hallazgos clínicos, de imagen y anatomo-patológicos [18, 20, 23].

Métodos diagnósticos: Son los métodos que se utilizan en el diagnóstico de las lesiones papilares en mama, e incluye el examen físico, estudios de imagen, citología e histológicos [13, 15, 18].

Incidencia de las lesiones papilares: Número de lesiones papilares detectadas en una población determinada en un periodo de tiempo específico[18, 20, 23].

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar las características biológicas de las lesiones papilares en la glándula mamaria de las pacientes asistidas durante la década 2005 - 2014 en la Consulta del Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño” de Valencia - Venezuela, noviembre 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Especificar el tipo de lesiones papilares en la glándula mamaria.

2. Identificar los métodos diagnósticos en las lesiones papilares en la glándula mamaria.

3. Determinar la incidencia de las lesiones papilares en la glándula mamaria.

MÉTODOLOGIA:

Nivel de Investigación: Se planteó realizar un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Diseño de La Investigación: El tipo de diseño es no experimental y transversal.

Población y Muestra: La población quedó conformada por 42 historias clínicas de pacientes con lesiones papilares en la glándula mamaria asistidas durante la década 2005 - 2014 en la Consulta del Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de Valencia - Venezuela. La muestra fue de tipo intencional y no probabilística, y quedó constituida por el número de mujeres con lesiones en la glándula mamaria que en su historia clínica tuviese incorporado el resultado de la biopsia, recolectados en el período de tiempo arriba mencionado.

Criterios de Inclusión: - Historias clínicas de mujeres con lesiones papilares en la glándula mamaria asistidas durante la década 2005 - 2014 en la Consulta del Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de Valencia - Venezuela, delimitada al período julio - diciembre de 2015, de cualquier edad.

Criterios de Exclusión: - Historia clínica de mujeres con lesiones papilares en la glándula mamaria incompletas.

Técnica de Recolección de Datos:

Se realizó la debida autorización por parte del Jefe del Servicio de Patología Mamaria y de la Coordinadora de Registro de Archivo de Historias Médicas para recopilar las historias clínicas de las pacientes con lesiones papilares en la glándula mamaria de donde se obtuvieron los datos de importancia para el estudio y posteriormente se analizaron y se presentan en tablas y gráficos.

Análisis de Datos: Los datos se analizaron considerando técnicas de estadísticas de tendencia central tipo: rango, promedio (X), desviación estándar (DE), frecuencia (F) y valor porcentual (%), y se presentan de forma gráfica. Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas, en el caso de las variables nominales se calculó su frecuencia y porcentaje; por ser un estudio descriptivo, los resultados se resumieron en tablas de una o dos entradas, según el criterio

de selección de las variables implicadas, ya que no se requieren pruebas de significación estadística en este caso. Se utilizó la aplicación JMP-SAS 11.0 en el análisis de datos.

RESULTADOS:

Los resultados de este estudio descriptivo de cohorte retrospectivo que incluyó a 42 mujeres con lesiones papilares en la glándula mamaria asistidas durante la década 2005 - 2014 en la Consulta del Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de Valencia - Venezuela, son los siguientes:

Las características biológicas establecidas fueron para la edad 23 a 79 años (51 años ± 1,21): menores de 50 años 23 (55 %), 50 años y más 19 (45 %); menopausia: no 15 (36 %), si 27 (64 %); antecedente de patología mamaria: no 41 (98 %), si 1 (2 %) [cáncer de mama 1 - 2 %]; mama afectada: izquierda 26 (62 %), derecha 16 (38 %); Tabla 1.

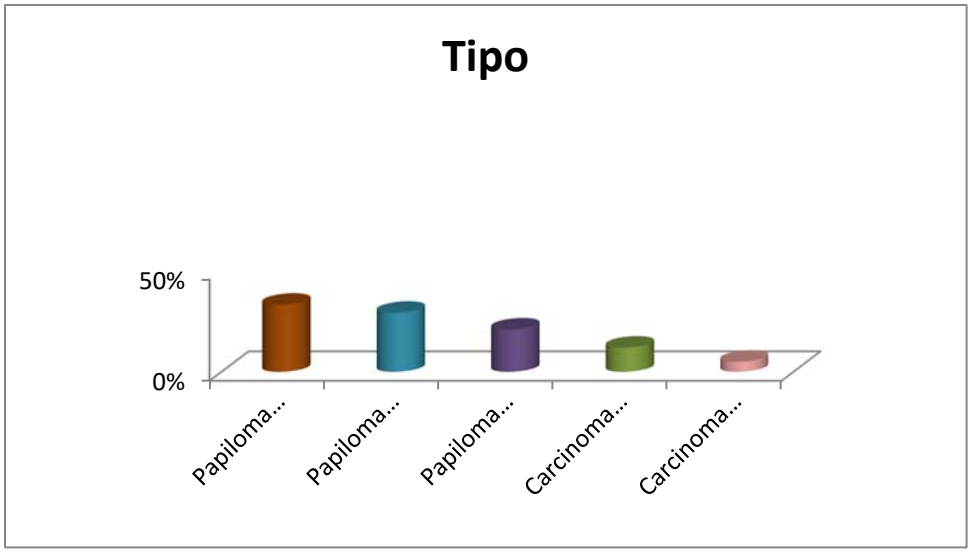
Tabla 1: Distribución de pacientes con lesiones papilares en la glándula mamaria según sus características biológicas. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" (IOMPC). Valencia - Venezuela, 2005 - 2015.

	Frecuencia	**Porcentaje**
EDAD		
Menores de 50 años	**23**	**55 %**
50 años y más	**19**	**45 %**
MENOPAUSIA		
No	**15**	**36 %**
Si	**27**	**64 %**
ANTECEDENTE PATOLOGÍA MAMARIA		
No	**41**	**98 %**
Si	**1**	**2 %**
- **Cáncer de mama**	**1**	**2 %**
MAMA AFECTADA		
Izquierda	**26**	**62 %**
Derecha	**16**	**38 %**

Fuente: Archivo Historias Médicas del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" Naguanagua, Carabobo - Venezuela

El tipo de lesión papilar de la glándula mamaria fue: papiloma atípico 14 (33 %), papiloma único central 12 (29 %), papiloma esclerosado 9 (21 %), carcinoma papilar 5 (12 %), carcinoma papilar in situ 2 (5 %); Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribución de pacientes con lesiones papilares en la glándula mamaria según su tipo. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" (IOMPC). Valencia - Venezuela, 2005 - 2015.

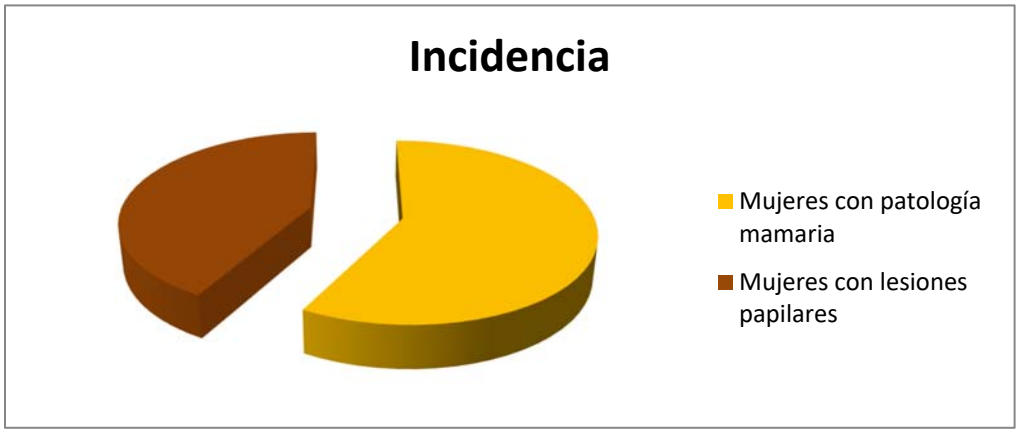


Fuente: Archivo Historias Médicas del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" Naguanagua, Carabobo - Venezuela

El método diagnóstico utilizado en las lesiones papilares de la glándula mamaria fue: biopsia 31 (74 %), mamografía 9 (21 %) y ecografía 7 (17 %); Gráfico 2.

La incidencia de lesiones papilares en la glándula mamaria fue 72,41 % [mujeres con lesiones papilares 42 / mujeres con patología mamaria 58 x 100]; Gráfico 3.

Gráfico 3: Incidencia de lesiones papilares en la glándula mamaria. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" (IOMPC). Valencia - Venezuela, 2005 - 2015.



Fuente: Archivo Historias Médicas del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" Naguanagua, Carabobo - Venezuela

DISCUSIÓN

En este estudio descriptivo de cohorte retrospectiva que incluyó 42 historias clínicas de pacientes femeninas con edad de 51 años ± 1,21 cuyas características más frecuentes fueron ser menopáusicas 64 %, sin antecedente de patología mamaria 98 %, afectación de la mama izquierda 62 %, etiología benigna 83 % y maligna 17 %, diagnosticadas con estudio de imagen y/o anatomo-patológico, que se presentaron con una incidencia de 72,41 %.

Observándose en las características biológicas similitud en cuanto a la edad con lo presentado por Pulgar et al [24], Bavastro et al [25] y García et al [26], con menopausia lo cual no se discute por no haber sido presentado por otros autores al igual que el no tener antecedente de patología mamaria y mama izquierda la afectada.

La etiología más frecuente de las lesiones papilares de mama fue la benigna resultando semejante a lo expresado por Fernández et al [22], Paesani et al [23], Pulgar et al [24], Bavastro et al [25] y García et al [26].

Entre los hallazgos de este estudio predominaron el ser lesiones papilares benignas en mujeres con edad promedio de 51 años, menopaúsicas, sin antecedente de patología mamaria, afectación de la mama izquierda, incidencia de 72,41 %.

Coincidiendo el tipo de lesión predominante benigna con lo presentado por autores como Fernández et al [22], Paesani et al [23] y García et al [26], no así con Bavastro et al [25] diferencia que se explica en la intencionalidad de los estudios, pero expresan lo expuesto en la literatura donde se lee que las lesiones papilares mamarias son heterogéneas, poco frecuentes y principalmente de carácter benigno.

El método diagnóstico utilizado en orden de frecuencia lo constituyó el histológico seguido de la mamografía y la ecografía; lo que presenta similitud a lo presentado por Paesani et al [23], Pulgar et al [24] y Bavastro et al [25] evidenciándose que los estudios de imagen presentan alteraciones y/o hallazgos que deben ser corroborados con los estudios anatomo-patológicos para determinar la etiología de las lesiones.

CONCLUSIONES:

1. Las características biológicas de las pacientes con lesiones papilares en la glándula mamaria establecidas con mayor frecuencia fueron: edad 51 años ± 1,21, menopausia, no antecedente de patología mamaria y mama izquierda la afectada.

2. El tipo de lesiones papilares en la glándula mamaria en orden de frecuencia fue: papiloma atípico, papiloma único central, papiloma esclerosado, carcinoma papilar, carcinoma papilar in situ y otros.

3. Los métodos diagnósticos en las lesiones papilares en la glándula mamaria identificados fueron los anatomo-patológicos (biopsia) y los de imagen (mamografía, ecografía).

4. La incidencia de las lesiones papilares determinada en la glándula mamaria global fue 72,41 % (lesiones papilares benigna 83 %, lesiones papilares maligna 17 %).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chacón Cárdenas JM. **Incidencia de lesiones benignas de mama en pacientes 30 - 40 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil de abril 2012 enero 2013**. Tesis para optar al Título de Médico Cirujano. UCACUE - 2013.

2. García Batista ML, Ojeda Quevedo Y, Arceo Espinosa M, Serrat Fonseca F, Gómez Tasé RV. **Citología aspirativa con aguja fina en el diagnóstico de las neoplasias de mama. Bayamo, Granma**. Multimed [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 09]; 17 (3): 0-0. Disponible en: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/305

3. Brandan ME, Villaseñor Navarro Y. **Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México**. Cancerología [Internet]. 2006 [citado 2015 Jun 11]; 1: 147 - 162. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268366119_Deteccion_del_Cancer_de_Mama_Estado_de_la_Mamografia_en_Mexico

4. Ferri N, Rodríguez M, Ferri F. **Carcinoma in situ de la glándula mamaria. Un reto para el mastólogo**. Salus online [Internet]. 2005 [citado 2015 Jun 9]; 9 (3): 0 - 0. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939392004.pdf

5. Cárdenas Sánchez J, Bargalló Rocha E, Erazo Valle A, Maafs Molina E, Poitevin Chacón A. **Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario**. 5ta Revisión. México: Masson Doyma México, S.A 2013. [Junio, 2015] Disponible en: http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_5aRev2013.PDF

6. Uribe A. **Cáncer de mama**. Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse [Internet]. 2009 [citado 2015 Jun 11]; 4 (3): 223 - 232. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000400416&lng=es&nrm=iso

7. González Castro DR. **Autoexamen de mama**. [Junio, 2015] Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/Auto_examen_de_MAMA.pdf

8. Martín Angulo M, Arroyo Yustos M, Villalobos León ML, Álvarez de Mon M. **Cáncer de mama**. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 11]; 11 (27): 1629 - 1640. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4162669

9. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: 1https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer .
10. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mama [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: 2. https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama

11. National Geographic en español. Estas son las cifras actuales sobre el cáncer de mama en América [Internet]. Washington, D.C.: National Geographic Society; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: https://www.ngenespanol.com/salud/cifras-cancer-de-mama-en-america/

12. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. 3era edición del Boletín de las estadísticas del cáncer en Venezuela 2019 [Internet]. Caracas: SAV; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: 1. https://www.descifrado.com/2023/10/04/sav-cancer-de-mama-lidera-mortalidad-femenina-en-venezuela/

13. Civilis Derechos Humanos. Cáncer y mujer 2021/ Informe sobre la situación del cáncer de mama y de cuello uterino en Venezuela [Internet]. Caracas: Civilis Derechos Humanos; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: 2. https://www.hrw.org/es/news/2021/12/02/la-crisis-venezolana-pone-en-peligro-pacientes-con-cancer-de-mama

14. Descifrado. SAV: Cáncer de mama lidera mortalidad femenina en Venezuela [Internet]. Caracas: Descifrado; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: 3. https://www.cancervenezuela.org/publicaciones/pronosticos-mortalidad-incidencia-cancer-venezuela-2019-3/

15. Human Rights Watch. La crisis venezolana pone en peligro a pacientes con cáncer de mama [Internet]. Nueva York: HRW; [citado 2023 Nov 9]. Disponible en: 4https://www.civilisac.org/informes/cancer-y-mujer-2021-informe-sobre-la-situacion-del-cancer-de-mama-y-de-cuello-uterino-en-venezuela

16. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. **Guía para el cáncer de mama en Venezuela**. Caracas, 2013; 5, 8. [Junio, 2015] Disponible en: www.sogvzla.org/sogvzlawebold/cms/svcobtenerarchivopdf.php?id...

17. Peg V. **Lesiones papilares de la mama**. Rev. Senología y Patología Mamaria [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 11]; 26 (02): 0 - 0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000400015

18. Torregroza Díazgranados E, Gómez MC. **Tumores papilares intraductales del seno**. Rev Colomb Cir [Internet]. 2010 [citado 2015 Jun 11]; 25: 131 - 150. Disponible en: https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/475

19. Marcos de Paz LM, Bandres Carballo B, Arranz Merino ML. **Neoplasias papilares de la mama: diagnóstico radiológico y manejo clínico**. SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica). [Junio, 2015]. Disponible en: http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fpdf.posterng.netkey.at%2Fdownload%2Findex.php%3Fmodule%3Dget_pdf_

20. Rocha Rodríguez MG, Álvarez Alfonso BY, Casián Castellanos GA, Rodríguez Blas AI. **Carcinoma papilar: reporte de un caso y revisión de la literatura**. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 11]; 81 (2): 126 - 130. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52059

21. Soria Céspedes DR, Hernández González M, Alcántara Vázquez A, Ventura Molina CV, Sandoval Guerrero F. **Tumores papilares de la mama. Estudio clínico-patológico de 86 casos en el Hospital General de México**. Gamo [Internet]. 2007 [citado 2015 Jun 11]; 6 (5): 117 - 120. Disponible en: https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA180066481&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=16659201&p=AONE&sw=w

22. González Ortega JM, Gómez Hernández MM, López Cuevas ZC, Morales Wong MM, González Folch R. **Lesiones papilares de la mama. Presentación de una serie y revisión del tema**. Rev. Méd. Electrónica [Internet]. 2008 [citado 2015 Jun 11]; 30 (1): 0 - 0. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/478/html

23. Ortiz León JL, Villaseñor Navarro Y. **Lesiones papilares en la mama, ¿Hallazgo incidental o hallazgo trascendental?** [Junio, 2015] Disponible en: http://incan-mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Tesis%20Rx%20Ortiz%20L.pdf

24. Muñoz Díaz MM, Martín Gutiérrez S, Nieto Gallo MA, Noguero Meseguera R, Rodríguez Prieto I. **Carcinoma papilar intraquístico de mama con focos de infiltración. Presentación de dos casos**. Colomb. Med. [Internet]. 2012 [citado 2015 Jun 11]; 43 (2): 162 - 166. Disponible en: https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA324588143&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=16579534&p=AONE&sw=w

25. González C, Betancourt L, Spinetti D, Verdes A, Díaz F, Martínez P, Romero G, Carrera Z. **Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en el hombre: Reporte de un caso**. Rev. venez. oncol. [Internet]. 2009 [citado 2015 Jun 11]; 21 (1): 36 - 39. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000100007

26. Fernández Cid C, Castella M, Domínguez MA, Fabra G, Ramos C, Tresserra F. **Citología de las secreciones mamarias. Valor en el estudio de lesiones papilares**. Revista de Senología y Patología Mamaria [Internet]. 2019 [citado 2015 Jun 11]; 26 (2): 47 - 51. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-citologia-secreciones-mamarias-valor-el-S0214158213000273

27. Paesani F, Garay N, Demarco A, Stecher F, PaparattO A, Val M, Crimi G, Ábalo E. **Experiencia en carcinomas papilares y micropapilares en CEMIC**. Rev. argent. mastología [Internet]. 2011 [citado 2015 Jun 11]; 31 (110): 63 - 68.

28. Hernández Rodríguez I, Barrios Rodríguez MA, Rosales Torres P, Martínez Hiriart B. **Citología aspirativa en mujeres operadas de cáncer mamario**. AMC [Internet]. 2012 [citado 2015 Jun 11]; 16 (6): 1660 - 1674. Disponible en: http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/559

29. Pulgar Boin D, Jans Baez J, Petric Guajardo M, Oddo Benavides D, Navarro Ortega ME, Razmilic Valdés D, Camus Apphun M. **Lesiones papilares mamarias. Análisis de 70 casos**. Disponible en: file:///C:/Users/karol/Downloads/ecancermedicalscience-2014-article-461.es.pdf

30. Bavastro M, Torrez Monrroy K, Catiglioni T, Ulloa AL, Levit C. **Lesiones papilares malignas de la mama: nuestra experiencia**. Rev. argent. mastología [Internet]. 2018 [citado 2015 Jun 11]; 37 (135): 9-18. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118010?src=similardocs

31. García Gallardo M, Tresserra Casas F, Rodríguez García I, Ara Pérez C. **Lesiones papilares intraductales mamarias: nuestra experiencia 2007-2017**. Rev Senología y Patología Mamaria [Internet]. 2020 [citado 2015 Jun 11]; 33 (3): 88-93. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158220300712

ANEXOS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Parte I: CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES
Edad: _____ años
Menopausia: ____ no, ____ si
Antecedente de patología mamaria: ____ no, ____ si, tipo: _____
Mama afectada: ____ derecha, ____ izquierda

Parte II: TIPO DE LESIONES PAPILARES
____ papiloma único central, ____ papiloma esclerosado, ____ papiloma atípico ____ carcinoma papilar in situ, ____ carcinoma papilar, ____ papilomatosis juvenil
Otro: _____

Parte III: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS
Estudio: _____
Hallazgo: _____
_____
Estudio: _____
Hallazgo: _____
_____
Estudio: _____
Hallazgo: _____
_____
Estudio: _____
Hallazgo: _____
_____

Parte IV: RATA DE LAS LESIONES PAPILARES
____ mujeres con patología mamaria, ____ mujeres con lesiones papilares