

Patología de la mama en niños y adolescentes

Sr. Editor:

La enfermedad de la mama en la niñez y en la adolescencia es poco frecuente, aunque es de gran interés en la práctica clínica de todos los profesionales que trabajan en el área de la salud en este grupo de edad^{1,2}. La percepción pública del cáncer de mama parece afectar también a los niños y adolescentes, generando un gran nivel de ansiedad en ellos y sus familiares^{1,3}. Nos proponemos estudiar las características clínico-patológicas de las

TABLA 1. Patología de mama en niños. Distribución por sexo, edad y tamaño, según el diagnóstico anatomopatológico

Diagnóstico	Varones	Mujeres	Edad en años: media \pm DE (extremos)	Tamaño en mm: media \pm DE (extremos)
Fibroadenoma	0	10	9,7 \pm 5,0 (2-14)	37,7 \pm 19,6 (14-85)
Ginecomastia	6	0	12,5 \pm 1,5 (10-14)	68,8 \pm 36,0 (28-130)
Ectasia ductal	0	2	1,5 \pm 0,7 (1-2)	–
Tumor phyllodes benigno	0	1	14	90
Tejido adiposo sin alteraciones	1	0	14	80
Tejido mamario sin alteraciones	0	1	1	40
Total	7	14		

DE: desviación estándar.

muestras de mama remitidas para estudio, correspondientes a menores de 14 años.

Entre 2001 y 2006 se han recibido 21 biopsias de mama correspondientes a pacientes menores de 14 años en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se han recogido los siguientes datos: sexo, edad, resultado de la punción aspirado con aguja fina (PAAF), en los casos en que ésta se realizó, tamaño de la lesión y diagnóstico anatomopatológico.

Se trataba de 7 varones y 14 mujeres. La distribución, media, desviación estándar (DE) y rango de edad, tamaño y sexo, según el diagnóstico anatomopatológico se expresa en la tabla 1. En 5 varones el diagnóstico anatomopatológico fue de ginecomastia, que en 4 casos fue bilateral. En un caso, se trataba de tejido adiposo que simulaba clínicamente una ginecomastia bilateral. En las mujeres, el hallazgo más frecuente fue el de fibroadenoma, que en un caso era multicéntrico. Se realizó PAAF en 3 casos de fibroadenoma y en todos fue diagnóstica. En el caso del tumor phyllodes, la ecografía fue concluyente y no se realizó PAAF.

El 2% de las biopsias excisionales mamarias corresponden a menores de 12 años¹. La ginecomastia fue el hallazgo fundamental en los varones, lo que coincide con otras series publicadas⁴ siendo predominantemente bilateral. En nuestra experiencia, los fibroadenomas supusieron el 71,4% de las biopsias de mama realizadas a mujeres, porcentaje comparable a otros publicados^{1,3,5}. Entre el 5 y el 10%^{1,6} pueden alcanzar un gran tamaño, como ocurrió en dos de los casos que presentamos. El diagnóstico histopatológico diferencial entre el fibroadenoma y el tumor phyllodes puede ser difícil⁷. La PAAF se realiza de forma sistemática en mujeres mayores, sin embargo su uso es menos frecuente en la edad pediátrica^{1,2}. Encontramos una gran precisión diagnóstica de la PAAF de acuerdo con otras series publicadas². La PAAF estaría especialmente indicada en los casos con nódulos de crecimiento rápido, gran tamaño y multilobuladas en las técnicas de imagen, por la posibilidad de que se trate de un tumor phyllodes^{1,8}.

La ecografía suele ser diagnóstica en la ginecomastia⁴. Los fibroadenomas de mama son las lesiones sólidas más frecuentes en las niñas y adolescentes^{1,3,5}, presentan un tamaño muy variable y se pueden dar incluso en edades tempranas⁹, como ocurre en nuestra serie. Cuando aparecen, pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial². La combinación de la exploración clínica, los hallazgos en las técnicas de imagen⁶ y de la PAAF sugestivos de fibroadenoma, puesto que la enfermedad maligna de la mama en estas edades es muy poco frecuente^{2,5}, puede asegurar un elevado grado de certeza diagnóstica, lo que

podría reducir el nivel de ansiedad en las familias y de incertidumbre en el personal sanitario, ante la aparición de una tumoración mamaria. Además, permitiría una actitud terapéutica lo más conservadora posible, sobre todo teniendo en cuenta las consecuencias que sobre el desarrollo mamario femenino puede tener una intervención quirúrgica¹⁰ en edades tempranas.

**M.V. Salinas-Martín, M. Fontillón-Alberdi
y F. Sánchez-Gallego**

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia: Dr. M.V. Salinas Martín.

Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. España.

Correo electrónico: mvsalinas@mvsalinas.e.telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Foxcroft LM, Evans EB, Hirst C, Hicks BJ. Presentation and diagnosis of adolescent breast disease. *Breast*. 2001;10:399-404.
2. Ravichandran D, Naz S. A study of children and adolescents referred to a rapid diagnosis breast clinic. *Eur J Pediatr Surg*. 2006;16:303-6.
3. Ciftci AO, Tanyel FC, Buyukpamukcu N, Hicsonmez A. Female breast masses during childhood: A 25-years review. *Eur J Pediatr Surg*. 1998;67-70.
4. Welch ST, Babcock DS, Ballard ET. Sonography of pediatric male breast masses: Gynecomastia and beyond. *Pediatr Radiol*. 2004;34:952-7.
5. Davis AJ, Kuling JW. Adolescent health update: Adolescent breast disorders. *Am Acad Pediatr*. 1996;9:1-14.
6. Simmons RM, Cance WG, Iacocca MV. A giant juvenile fibroadenoma in a 12-year-old girl: A case for breast conservation. *Breast J*. 2000;6:418-20.
7. Kuijper A, Mommers EC, Van der Wall E, Van Diest PJ. Histopathology of fibroadenoma of the breast. *Am J Clin Pathol*. 2001;115:736-42.
8. García CJ, Espinoza A, Dinamarca V, Navarro O, Daneman A, García H, et al. Breast US in children and adolescents. *Radiographics*. 2000;20:1605-12.
9. Jung YS, Lee KJ, Yoon TI, Kim MW, Yim HE, Kim YB, et al. Juvenile fibroadenoma in 13-month-old female child. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:78-9.
10. Sadove AM, Van Aalst JA. Congenital and acquired pediatric breast anomalies: A review of 20 years' experience. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115:1039-50.