

Características clínicas y patológicas en pacientes con patología benigna de la mama.

Geramel Montero¹, Adriana Pesci Feltri², Marco López Tovar³, Isabel García Fleury⁴, Vincent Guida³.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y patológicas de los pacientes con lesión benigna de la mama en la consulta de Patología Mamaria del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo, que incluyó 60 pacientes con diagnóstico de patología mamaria benigna, a quienes se les realizó intervención quirúrgica en el periodo enero 2013 a julio de 2015.

Resultados: El 93,3 % de los casos fueron del género femenino, con edad promedio de 33,9 años. El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de un nódulo mamario palpable (88,64 %). El método de corroboración histológica pre quirúrgico más utilizado fue la punción aspiración con aguja fina (PAAF), en el 50 % de los casos. Los pacientes con cambios no proliferativos representaron un 69,88 %, las lesiones proliferativas sin atipias el 18,7 % y las lesiones proliferativas con atipias el 1,20 %. La cirugía más realizada fue la excéresis de fibroadenoma, en 46,67 %. En el 78,33 % de los casos, el diagnóstico histológico pre quirúrgico coincidió con el de la pieza quirúrgica.

Conclusión: Las pacientes con entidades benignas de la mama en la Consulta de Patología Mamaria, poseen características clínico-patológicas similares a las reportadas en otras series de la literatura mundial. Además, se observó una buena correlación histológica pre y postquirúrgica destacando que es importante el diagnóstico pre quirúrgico a fin de planificar una cirugía adecuada.

Palabras claves: Afección benigna de la mama, Displasia mamaria, Fibroadenoma, Condición fibroquistica.

SUMMARY

Objective: To determine the clinical and pathological characteristics of patients with benign breast lesion at the Mastology clinic at the department of Gynecology at Caracas University Hospital.

Method: Retrospective and descriptive study, which included 60 patients diagnosed with benign breast disease, whom were surgically treated between January 2013 to July 2015.

Results: Female sex predominated in 93.3 % of cases. The average age was 33.9 years. The most frequent complaint was the presence of a palpable breast lump (88, 64 %). The most used method for histological corroboration was fine needle aspiration (50 % of patients). Patients with nonproliferative changes accounted for 69,88 %, proliferative lesions without atypia 18,7 % and proliferative lesions with atypia 1,20 %. The most frequently performed surgery was the excision of fibroadenoma with 46,67 %. 78, 33 % of the cases, the preoperative histopathological diagnosis matched with the surgical specimen.

Conclusion: Patients with benign breast conditions at the Mastology clinic have clinical-pathological characteristics like those reported in other series of world literature. In addition, a good pre-and post-surgical histological correlation was observed, emphasizing that preoperative diagnosis is important in order to plan an adequate surgery.

Key words: Breast dysplasia, Fibroadenoma, Fibrocystic breast disease, Benign tumor of the breast.

INTRODUCCIÓN

La patología benigna de la mama, a pesar de su gran frecuencia y variedad, a lo largo del tiempo ha ocupado un segundo lugar en las investigaciones y la literatura médica internacional, desplazada por el cáncer de mama. Comprende un grupo heterogéneo de alteraciones de la estructura en el tejido mamario, cuyas células no presentan signos de malignidad y

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología. Mastólogo. Médico especialista I. Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario de Caracas. ²Cirujano Mastólogo. Coordinadora de Curso de Ampliación en Patología Mamaria. Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas. ³Cirujano General – Mastólogo. Consulta Patología Mamaria, Servicio de Ginecología Hospital Universitario de Caracas. ⁴Especialista en Obstetricia y Ginecología. Mastólogo. Consulta Patología Mamaria, Servicio de Ginecología Hospital Universitario de Caracas.

que responden a mecanismos de tipo hormonal y a factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida, que interactúan entre sí, creando un grupo de signos y síntomas muy variados como pueden ser el dolor mamario, nódulos, descarga por el pezón e inflamación (1).

Este grupo de enfermedades de la mama predomina en mujeres jóvenes de 18 a 40 años y con mucha menor frecuencia aparecen tras la menopausia. Usualmente pueden ser múltiples y bilaterales (2).

De acuerdo a Page y Dupont (3), las lesiones benignas de la mama se clasifican en tres grupos: el primero de ellas corresponde a lesiones no proliferativas, las cuales no están asociadas al incremento del riesgo de cáncer de mama, en este grupo se incluyen los quistes, metaplasia apocrina, ectasia ductal, hiperplasia epitelial leve del tipo "usual", fibroadenomas y lipomas de la mama. El otro grupo comprende las lesiones proliferativas sin atipias como la hiperplasia moderada y florida, papilomas y adenosis esclerosante. Finalmente, las lesiones proliferativas con atipias que están asociadas a aumento de riesgo de cáncer de mama y que incluye a la hiperplasia ductal y lobulillar con atipias. Los hamartomas, mastitis, mamas supernumerarias y ginecomastia en el hombre son lesiones benignas no proliferativas de la mama no contempladas en esta clasificación (4 - 6).

De tal manera, el riesgo oncológico en patología mamaria benigna, depende de la categoría asignada según la clasificación de Page y Dupont (3). De este modo las lesiones de tipo no proliferativo no están asociadas con riesgo de cáncer de mama subsecuente, las lesiones proliferativas sin atipias tienen un riesgo relativo (RR) de 1,5 - 2 y las lesiones proliferativas con atipias tienen un RR de 4 - 5 para cáncer de mama (7).

La patología benigna de la mama supone un extenso grupo de entidades y conocer su incidencia y las características de los pacientes que las presentan resulta importante para su correcto diagnóstico y adecuado manejo. Constituyen alrededor de 80 % de las consultas en una unidad especializada de patología mamaria. La literatura mundial reporta la incidencia en un 51,6 % (8).

Por tanto, la identificación de la patología benigna de la mama y de los antecedentes personales y familiares de la paciente permiten identificar el riesgo individual para cáncer de mama (4).

Es por ello que surge el interés en la realización de esta investigación con el objetivo de determinar las características clínicas y patológicas de los pacientes diagnosticados con patología benigna de la mama.

MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo.

La población estuvo conformada por los pacientes de la consulta de Patología Mamaria del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, con diagnóstico de patología mamaria benigna y que fueron sometidos a intervención quirúrgica, durante el periodo enero de 2013 y julio de 2015. La muestra fue de tipo intencional no probabilística y estuvo representada por un total de 60 pacientes que cumplían con el siguiente criterio de inclusión: pacientes con diagnóstico histológico de patología benigna que fueron sometidos a intervención quirúrgica. Se excluyeron aquellos con resultado de histología pre o post quirúrgica no disponibles en la historia clínica y los pacientes con resultados de patología maligna.

Se realizó la revisión y evaluación de las historias médicas y de los resultados de las biopsias definitivas de 60 pacientes. Se registraron en el formulario de recolección de datos, las variables epidemiológicas tales como la edad y el sexo, antecedentes personales y familiares para cáncer de mama, edad de la menarquía y la menopausia, uso de anticonceptivos orales y uso de terapia hormonal en la menopausia, edad del primer embarazo y antecedentes de lactancia materna. Se registró además el motivo de consulta y los hallazgos al examen clínico, el método de estudio histológico preoperatorio, así como también el resultado de la biopsia del espécimen quirúrgico. Se establecieron los tipos histológicos más frecuentes con base en el resultado de la biopsia definitiva y se agruparon de acuerdo a la clasificación de Page y Dupont (3). Toda la información recolectada fue tomada de la historia clínica y recopilada en un instrumento de recolección de datos elaborado para

tal fin, luego llevada a una hoja de trabajo mediante programa de Excel (Microsoft Office for Windows), procesada, analizada y representada en tablas y gráficos.

Las variables analizadas se incluyeron en una base de datos en Excel y se realizaron métodos estadísticos estándar para las variables cuantitativas que incluyen promedio, rangos y porcentajes. Se elaboraron cuadros y gráficos de los resultados obtenidos del análisis para una mayor comprensión de los resultados.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron finalmente 60 pacientes sometidos a cirugías por patología benigna. Predominó el sexo femenino en un 93,3 % de los casos. La edad promedio fue 33,9 años, con un rango de 15 - 68 años. La distribución por grupos de edad se observa en el gráfico 1.

El 16,6 % de la población tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. De estos, 10 % era un familiar de primer grado y 6,6 % un familiar de segundo grado. Ninguno de los pacientes incluidos en este estudio presentó antecedente personal de cáncer de mama.

La edad promedio de la menarquia en las pacientes femeninas fue de 12,59 años, con un rango de 9 - 18 años. Se registró un consumo de anticonceptivos orales en el 25 % de la población y un promedio de 4,25 años de uso.

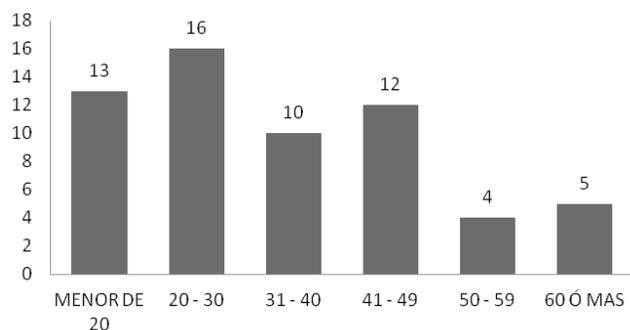


Gráfico 1

Distribución de las pacientes según la edad en años.

La edad promedio de la menopausia fue de 50,3 años. Ninguna paciente manifestó uso de terapia hormonal de la menopausia; 41,6 % de las pacientes eran nulíparas. La edad promedio del primer embarazo fue de 19,94 años y 46 % reportó haber dado lactancia materna.

Respecto a los motivos de consulta y hallazgos clínicos, los pacientes que se encontraban dentro del grupo de cambios no proliferativos, su motivo de consulta más frecuente fue la presencia de un nódulo mamario palpable (88,64 %), seguido de hallazgo imagenológico (11,36 %). En cuanto a los hallazgos clínicos se observó la presencia de nódulo palpable en 81,82 % y secreción por el pezón en 9,09 %. En el grupo con enfermedad proliferativa sin atipias se encontró que el motivo de consulta más frecuente era la presencia de un nódulo palpable en 62,5 % de los pacientes y hallazgo imagenológico (37,5 %). Respecto al grupo de enfermedad proliferativa con atipias, 100 % de los pacientes consultó por hallazgo en estudio de imagen y no se encontró ningún hallazgo al examen clínico (Gráfico 2).

También se presentaron otras entidades como: a) Ginecomastia, cuyo motivo de consulta en 100 % de los pacientes fue aumento de volumen bilateral; b) Mamas supernumerarias, que acudieron por aumento de volumen a nivel axilar unilateral o bilateral; y c) absceso mamario, cuyos motivos de consulta fueron: aumento de volumen en 100 % de las pacientes y fiebre en 33,3 %, con hallazgo clínico de signos de flogosis en 100 % de las pacientes.

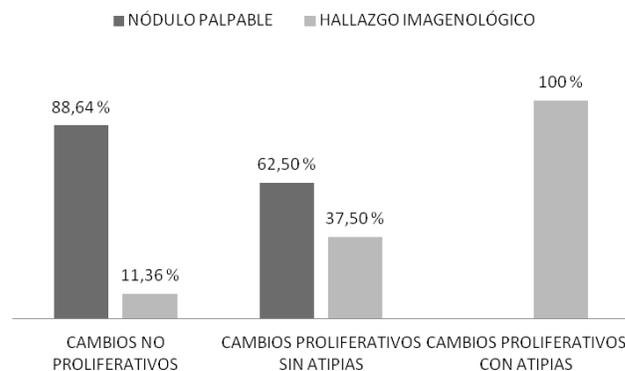


Gráfico 2

Distribución de pacientes según el motivo de consulta y la clasificación de Page y Dupont (3)

El método de corroboración histológica más frecuentemente utilizado fue la punción aspiración con aguja fina (PAAF) que se utilizó en 50 % de los pacientes, seguido de la biopsia con aguja gruesa (tru-cut) en 28,4 % de los pacientes. Al 21,6 % de los pacientes no se les realizó biopsia preoperatoria: 3 abscesos mamarios, 2 mamas supernumerarias, 4 ginecomastias, 1 ectasia ductal y 2 lipomas (Gráfico 3).

En relación al perfil histológico de las lesiones benignas de acuerdo a la clasificación de Page y Dupont (3), de un total de 60 pacientes se encontró, en 19,2 % de las pacientes más de un tipo distinto de lesión benigna coexistiendo. Los pacientes con cambios no proliferativos representaron un 69,88 % (58 pacientes), las lesiones proliferativas sin atipias el 18,07 % (15 pacientes) y las lesiones proliferativas con atipias 1,20 % (1 paciente). Además, 9 pacientes (10,84 %) presentaron entidades no incluidas en esta clasificación (absceso mamario, mamas supernumerarias y ginecomastia) (Tabla 1).

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, la cirugía más realizada fue la exéresis de fibroadenoma en 46,67 % (28 pacientes), seguido de mastectomía parcial no oncológica por tumor benigno de la mama en 28,33 % (17 pacientes), resección central de ductos 10 % (6 pacientes), adenomastectomía bilateral con conservación del complejo areola pezón por ginecomastia 6,66 % (4 pacientes), drenaje quirúrgico de absceso mamario 5 % (3 pacientes) y exéresis de mama supernumeraria 3,33 % (2 pacientes) (Gráfico 4).

Tabla 1

Diagnósticos histológicos del espécimen quirúrgico, agrupados según la clasificación de Page y Dupont (Total de pacientes: 60, Total de Lesiones 83)

Tipo histológico	N	%
Cambios no proliferativos	58	69,88
Metaplasia apocrina	4	4,81
Condición fibroquística	3	3,61
Hiperplasia epitelial leve del tipo usual	8	9,64
Fibroadenoma	31	37,35
Ectasia ductal	4	4,81
Tumor phyllodes	3	3,61
Fibrosis	3	3,61
Lipoma	2	2,41
Lesiones proliferativas sin atipias	15	18,07
Adenosis	7	8,43
Hiperplasia ductal florida	2	2,41
Papiloma	6	7,23
Lesiones proliferativas con atipias	1	1,20
Hiperplasia lobulillar atípica	1	1,20
Hiperplasia ductal atípica	0	0,00
Otras entidades no descritas en esta clasificación	9	10,84
Absceso mamario	3	3,61
Mamas supernumerarias	2	2,41
Ginecomastia	4	4,81

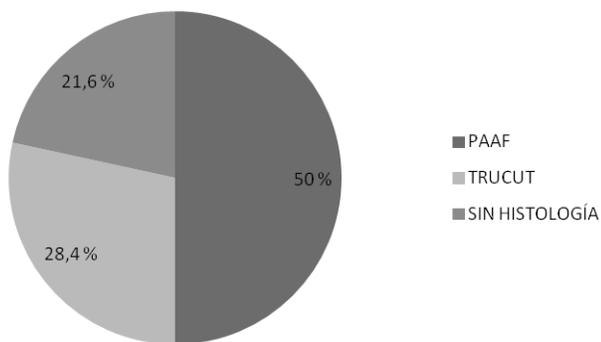


Gráfico 3

Distribución de los pacientes según el método diagnóstico histológico preoperatorio.

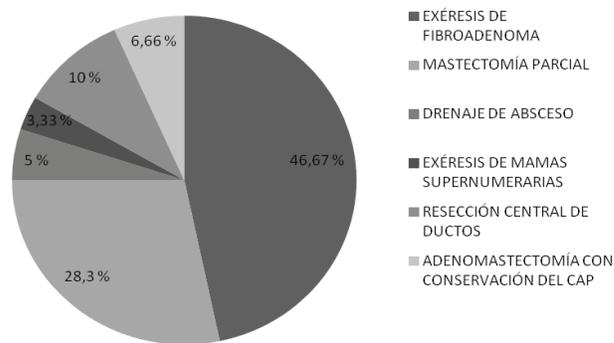


Gráfico 4

Distribución de los pacientes según el tipo de cirugía realizada.

En 78,33 % (47 casos), el diagnóstico histológico previo a la cirugía coincidió con el resultado de la pieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

La patología benigna es la enfermedad de la mama más diagnosticada por los especialistas dedicados al tema. El creciente aumento de la información y difusión de campañas acerca del cáncer de mama en la población general ha motivado que la mujer consulte al mastólogo ante cualquier situación nueva que detecte en sus glándulas mamarias (9).

Las enfermedades de la mama, incluyendo tanto las afecciones malignas como las benignas, afectan casi exclusivamente a las mujeres, tal como se expresa en los resultados de este estudio, donde el sexo predominante fue el femenino en más de 90 % de los casos. Esto concuerda con diferentes estudios a nivel mundial y nacional realizados por Sangma y col. (10), Goehring y col. (11), Abhijit y col. (12) y Carrero y col. (13).

Respecto a la edad, se sabe que las enfermedades benignas de la mama se presentan mayormente entre la segunda y tercera década. Goehring y col. (11), en EEUU, determinaron que la edad promedio de presentación fue a los 30 años; así mismo Sangma y col. (10), en la India, y Guray y col (6), en Texas, determinaron que el promedio de edad de aparición de la patología benigna de la mama fue entre los 28,4 años y 35 años, respectivamente. Lo cual coincide con la presente investigación, donde la edad promedio fue de 33 años. Sin embargo, en Venezuela en un trabajo publicado por Hernández y col. (14), la mayor incidencia de patología benigna fue entre los 45-54 años de edad.

Existen factores epidemiológicos relacionados con el cáncer de mama, entre ellos la menarquia precoz y la menopausia tardía, que se relacionan con un incremento del riesgo, además también se sabe que la mayoría de la patología benigna de la mama tiene relación con las hormonas sexuales femeninas por lo que el hecho de tener estos factores también favorecería la aparición de enfermedades benignas ya

sean proliferativas o no proliferativas (6, 10). En esta investigación se encontró que la edad promedio de la menarquia fue a los 12,5 años y la edad promedio de la menopausia fue de 50,3 años. Se relaciona con los datos publicados por Laamiri y col. (15) y Badar y col. (16).

Con respecto a los antecedentes familiares para cáncer de mama, se determinó que 16,6 % de la población tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. Datos similares fueron publicados por Hernández y col. (14), en Venezuela, quienes señalaron que 19,7 % de sus pacientes con diagnóstico de patología mamaria benigna tenían antecedentes familiares.

Como se puede observar en la tabla 1, la patología benigna mamaria que requirió resolución quirúrgica más frecuente fue el fibroadenoma. La condición fibroquística, adenosis y fibrosis tuvieron una frecuencia del 15,65 %, sin embargo, no es tan alto como lo reportado por la literatura, que lo sitúan en segundo lugar luego del fibroadenoma. Al respecto se sabe que es una condición benigna de la mama que se presenta más frecuentemente en la tercera y cuarta década de la vida. Es tan frecuente que muchos autores han sugerido que tal vez no se trata de una enfermedad propiamente dicha, sino que podría ser una alteración del normal desarrollo de las mamas (17). Por tal motivo, el diagnóstico de condición fibroquística es predominantemente clínico, aunque en algunos casos la paciente puede acudir por presentar nódulo palpable.

No existe una mama predominante en la localización de las lesiones benignas: 40 % de las pacientes presentaron lesiones en la mama izquierda y 37 % de las pacientes en la mama derecha; 15 % mostró lesiones bilateralmente, siendo la patología de dichos casos el fibroadenoma, que, como la literatura resalta, puede ser múltiple en 20 % de los casos (18).

Al agrupar los diagnósticos histológicos obtenidos en esta investigación según la clasificación de Page y Dupont (3), se obtuvo que 58 casos (69,88 %) presentaron cambios no proliferativos, 15 casos (18,07 %) cambios proliferativos sin atipias y 1 caso (1,20 %) cambios proliferativos con atipias;

lo cual guarda relación con la publicación de Page y Dupont (3). Nueve pacientes (10,8 %) fueron diagnosticadas con otras entidades benignas no incluidas en esta clasificación (Tabla 1). El motivo de consulta más frecuente en el grupo de pacientes con enfermedades no proliferativas fue el nódulo mamario palpable (88,64 %), seguido de hallazgo imagenológico (11,36 %). Esto tiene relación con las distintas publicaciones internacionales que establecen, que en su gran mayoría, las lesiones no proliferativas de la mama se manifiestan por la presencia de un nódulo mamario o masa palpable; por tal razón la mayoría de las veces el diagnóstico es oportuno, porque la presencia del nódulo obliga a la paciente a acudir a consulta debido a la ansiedad y temor que este genera (19 - 21).

Por el contrario, las lesiones proliferativas con o sin atipias, generalmente son lesiones asintomáticas. Su diagnóstico es imagenológico, en gran parte; o de manera incidental en una biopsia mamaria (19, 20, 22 - 27). Sin embargo, en esta investigación el grupo de pacientes con enfermedad proliferativa sin atipias tuvo un comportamiento distinto al reportado en la literatura, debido a que el motivo de consulta más frecuente fue la presencia de un nódulo palpable en 62,5 % de los casos y hallazgo imagenológico en 37,5 %; mientras que en el grupo de enfermedad proliferativa con atipias, 100 % de las pacientes consultó por hallazgo en estudio de imagen y no se encontró ningún hallazgo al examen clínico en relación estrecha con la literatura internacional.

CONCLUSIONES

Las pacientes con entidades benignas de la mama en la consulta de Patología Mamaria del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, poseen características clínico-patológicas similares a las reportadas en otras series de la literatura mundial. Además, se observó una buena correlación histológica pre y postquirúrgica destacando que es importante realizar el diagnóstico histológico pre quirúrgico a fin de planificar una cirugía adecuada.

REFERENCIAS

1. Meisner AL, Fekrazad MH, Royce ME. Breast disease: benign and malignant. *Med Clin North Am.* 2008; 92: 1115 - 1141.
2. Vásquez E, López G, Mancilla C, Rojo A, Salazar F. Fibroadenoma mamario en la adolescencia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2002; 19 (2): 78 - 82.
3. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med.* 1985; 312 (3): 146 - 151.
4. Pearlman MD, Griffin JL. Benign breast disease. *Obstet Gynecol.* 2010; 116 (3): 747 - 758.
5. Nápoles Méndez CD. Atención a pacientes con afecciones benignas de la mama durante 11 años. *MEDISAN [Internet].* 2013 Dic; 17 (12): 9144 - 9152. [Fecha de consulta: 27 de junio de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200015&lng=es4.
6. Guray M, Sahin A. Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis and Management. *Oncologist.* 2006; 11 (5): 435 - 449.
7. Tice JA, O'Meara ES, Weaver DL, Vachon C, Ballard-Barbash R, Kerlikowske K. et al. Benign breast Disease, Mammographic Breast Density, and the Risk of Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2013; 105 (14): 1043 - 1049.
8. Ricardo Ramírez JM. Displasia mamaria, manifestaciones clínicas y algunos aspectos de su tratamiento actual. *MEDISAN [Internet].* 2014; 18 (7) 1027-1031. [Fecha de consulta: 27 de junio de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700019&lng=es.
9. Acevedo J, Aliaga N. Patología benigna de la mama: Información para el médico general. *Rev Med Clin Condes.* 2009; 20 (1): 75 - 83.
10. Sangma MB, Panda K, Dasiah S. A clinico-pathological study on benign breast diseases. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7 (3): 503 - 506.
11. Goehring C, Morabia A. Epidemiology of benign breast disease, with special attention to histologic types. *Epidemiol Rev.* 1997; 19 (2): 310 - 327.
12. Abhijit MG, Anantharaman D, Sumanth B, Ranjani R. Benign breast diseases: experience at a teaching hospital in rural India. *Int J Res Med Sci.* 2013; 1 (2): 73-78.
13. Carrero N, Betancourt L, Bérnago L, Pinto Y, Díaz F, González C et al. Perfil clínico patológico de pacientes del servicio de patología mamaria. *Rev Venez Oncol.* 2008; 20 (3): 186 - 191.
14. Hernández D, Borges R, Márquez G, Betancourt L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama.

- Rev Venez Oncol. 2010; 22 (1): 16 - 31.
15. Laamiri, FZ, Bouayad A, Hasswane N, Ahid S, Mrabet M, Amina B. Risk Factors for Breast Cancer of Different Age Groups: Moroccan Data? *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015; 5:79-87.
 16. Badar F, Mahmood S, Faraz R, Yousaf A, Quader A, Asif H, et al. Epidemiology of Breast Cancer at the Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Center, Lahore, Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015; 25 (10): 738 - 742.
 17. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Compendio de Patología Mamaria. México: Secretaría de Salud; 2002. [Fecha de consulta 27 de junio de 2017] Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7205.pdf>
 18. Santen R, Mansel R. Benign breast disorders. *New Engl J Med*. 2005; 353 (3): 275 - 285.
 19. Hernández G, Gómez A, Paredes R. Lesiones benignas de la mama. Caracas: Editorial Médica Panamericana; 2012.
 20. Wiratkapun C, Piyapan P, Lertsithichai P, Larbcharoensub N. Fibroadenoma versus phyllodes tumor: distinguishing factors in patients diagnosed with fibroepithelial lesions after a core needle biopsy. *Diagn Interv Radiol*. 2014; 20 (1): 27 - 33.
 21. Dogan BE, Ceyhan K, Tukel S, Saylisoy S, Whitman GJ. Ductal dilatation as the manifesting sign of invasive ductal carcinoma. *J Ultrasound Med*. 2005; 24 (10): 1413 - 1417.
 22. Rakha EA, Ellis IO. An overview of assessment of prognostic and predictive factors in breast cancer needle core biopsy specimens. *J Clin Pathol*. 2007; 60 (12): 1300 - 1306.
 23. Amin AL, Purdy AC, Mattingly JD, Kong AL, Termuhlen PM. Benign breast disease. *Surg Clin North Am*. 2013; 93 (2): 299 - 308.
 24. Bombonati A, Sgroi DC. The molecular pathology of breast cancer progression. *J Pathol*. 2011; 223 (2): 307 - 317.
 25. Lavoué V, Bertel C, Tas P, Bendavid C, Rouquette S, Foucher F, et al. Atypical epithelial hyperplasia of the breast: current state of knowledge and clinical practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2010; 39 (1): 11 - 24.
 26. Visscher DW, Nassar A, Degnim AC, Frost MH, Vierkant RA, Frank RD, et al. Sclerosing adenosis and risk of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2014; 144 (1): 205 - 212.
 27. Sreedharanunni S, Das A, Veenu S, Srinivasan R, Singh G. Nodular sclerosing adenosis of breast: A diagnostic pitfall in fine needle aspiration cytology. *J Cytol*. 2013; 30 (1): 49 - 51.

VIOLENCIA JUVENIL. DATOS Y CIFRAS

- Cada año se cometen en todo el mundo 200 000 homicidios entre jóvenes de 10 a 29 años, lo que supone un 43% del total mundial anual de homicidios.
- El homicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo de 10 a 29 años de edad, y el 83% de estas víctimas son del sexo masculino.
- Por cada joven asesinado, muchos otros sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario.
- Según un estudio, entre un 3% y un 24% de las mujeres declaran que su primera experiencia sexual fue forzada.
- Cuando las lesiones no son mortales, la violencia juvenil tiene repercusiones graves, que a menudo perduran toda la vida, en el funcionamiento físico, psicológico y social de una persona.
- La violencia juvenil encarece enormemente los costos de los servicios sanitarios, sociales y judiciales; reduce la productividad y devalúa los bienes.

Organización Mundial de la Salud. Internet. Mortalidad Materna. Nota Descriptiva. Septiembre 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>