

L. C. Tejerizo López\*,  
J. L. Lanchares Pérez\*,  
R. Morales Lugo\*\*,  
A. García Iglesias\*,  
J. A. González Pérez\*,  
J. M. Jorge Mendoza\*\*,  
M.<sup>a</sup> J. Velasco Martín\*,  
M.<sup>a</sup> J. Doyague Sánchez\*

# Anisomastia como trastorno de asimetría en la patología mamaria infantojuvenil

Complejo Hospitalario. Hospital Clínico. Departamento de Obstetricia y Ginecología (J. L. Lanchares Pérez, L. C. Tejerizo López). Salamanca\*.  
Hospital General de Lanzarote. Servicio de Obstetricia y Ginecología (R. Morales Lugo). Arrecife de Lanzarote\*\*.

Correspondencia:  
Dr. L. C. Tejerizo López.  
Varillas, 16-18, 1.º C.  
37001 Salamanca.

## SUMMARY

*Anisomastia is to be considered today as a not infrequent possibility in the disorders of mammary pathology in infancy and adolescence. Three cases of constitutional anisomastia in youths are studied in the present work without anisothelia and without any pathological process either concomitant or subjacent.*

## Palabras clave

*Trastornos desarrollo mamario, Asimetría mamaria, Anisomastia.*

## Key words

*Disorders in mammary development, Mammary asymetry, Anisomastia.*

## INTRODUCCION

Fernández-Cid,<sup>1</sup> al establecer la clasificación de la patología mamaria infantojuvenil, incluye los trastornos del desarrollo, los trastornos funcionales, los procesos inflamatorios, las displasias mamarias (mastopatías), los traumatismos y dermatosis y los tumores. Al considerar específicamente a los trastornos del desarrollo refiere 7 formas de presentarse los mismos (tabla I). En una clasificación anterior el mismo autor<sup>2</sup> considera las asimetrías como alteraciones del tamaño, e incluye desarrollo precoz de la mama y las alteraciones mixtas (tabla II).

Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> consideran, dentro de las enfermedades de la mama en la infancia y adolescencia, las anomalías congénitas, las modificaciones de la respuesta fisiológica, el desarrollo sexual prematuro, las lesiones inflamatorias, los tumores, las faltas de desarrollo, las lesiones del pezón y la aréola y las lesiones traumáticas (tabla III). Similar clasificación reflejan Huffman et al.<sup>4</sup> Da Cunha Bastos<sup>5</sup> incluye en la patología mamaria infantojuvenil las anomalías del

desarrollo, los procesos inflamatorios, la displasia o mastopatía fibroquistica y los tumores.

Señalan Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> que es tal la variedad de padecimientos que afectan a la mama durante la infancia y adolescencia, que sus lesiones no corresponden a una sola especialidad y algunas de ellas, sobre todo las relacionadas con el desarrollo, pueden incluirse entre las que suscitan el interés del ginecólogo.

Debe considerarse como alteración del desarrollo toda desviación del desarrollo mamario normal.<sup>3, 6, 7</sup> Como consecuencia de una alteración en los mecanismos que regulan el desarrollo mamario pueden surgir diversas alteraciones del órgano que afectan a su morfología o a su estructura.<sup>7, 8</sup>

En opinión de Fernández-Cid,<sup>7</sup> no es tarea fácil establecer una clasificación idónea de los trastornos del desarrollo mamario en función, sobre todo, de la sinonimia de los procesos y de que algunos de estos trastornos pudieran ser considerados como funcionales.

La frecuencia de los trastornos del desarrollo mamario es muy alta,<sup>7</sup> alcanzándose cifras de hasta el

TABLA I  
**PATOLOGIA MAMARIA INFANTOJUVENIL:  
 TRASTORNOS DEL DESARROLLO**  
 (Fernández-Cid, 1989)<sup>1</sup>

1. *Alteraciones de número*
  - Polimastias.
  - Politelias.
  - Agenesia mamaria.
  - Agenesia de pezón (atelia).
  - Agenesia de aréola.
2. *Alteraciones de tamaño*
  - Macromastia.
  - Macrotelia.
  - Macroaréola.
  - Micromastia.
  - Microtelia.
  - Microaréola.
3. *Alteraciones de forma*
  - Mamas cónicas.
  - Mamas discoides.
  - Mamas globulares.
  - Mamas pediculadas.
  - Mamas péndulas.
  - Aréola prominente.
  - Aréola retraída.
  - Pezón prominente.
  - Pezón aplanado.
  - Pezón umbilículo.
  - Pezón pediculado.
  - Pezón bipartito.
4. *Alteraciones de la situación*
  - Mamas con distinta implantación.
  - Mamas con escudo.
  - Mamas supraareolares.
  - Pezones exoareolares.
  - Teletelia.
5. *Alteraciones de peso y densidad*
6. *Alteraciones de pigmentación*
7. *Asimetrías (anisomastias y anisotelias)*
  - Por situación.
  - Por tamaño.
  - Por forma.
  - Por ausencia parcial.
  - Amastia (síndrome de Polland).

25% de las mujeres y siendo menores en los hombres. Marshall<sup>9</sup> señala que, en términos generales, se ha prestado una relativa poca atención al estudio de las anomalías del desarrollo mamario, aunque tales defectos pueden producir graves crisis emocionales en los adolescentes.

## MATERIAL Y METODOS

Se analizan 3 casos de anisomastia, no acompañada de anisotelia, como trastorno de asimetría dentro de la patología del desarrollo mamario infantojuvenil.

Las pacientes, de edades respectivas de 14, 17 y 18 años de edad, acudieron a consulta refiriendo asimetría mamaria sin aludir a otro tipo de anomalías.

Antecedentes familiares y personales sin interés. Ningún antecedente de ingesta de hormonas ni de patología mamaria neonatal. Peso y talla al nacimiento normales. Menarquía a los 13, 11 y 12,5 años, respectivamente. Reglas normales.

Inicio del desarrollo mamario entre los 10 años (la paciente 1) y los 11 años (la paciente 2), con comienzo casi simultáneo del desarrollo del vello pubiano. Notaron el desarrollo asimétrico entre 4 años antes de la consulta (la paciente 3) y 2 años (la paciente 1). La paciente número 1 alcanzó el estadio actual a los 13 años, la número 2 a los 15 años y la número 3 a los 16 años.

La exploración general muestra fenotipo femenino con pilificación femenina en las 3 pacientes. Aparato genital normal, tanto por exploración como por ecografía.

La exploración mamaria refleja consistencia normal y similar en ambas glándulas.

Medición de las mamas según la técnica de Capra y Gallego<sup>6</sup> (mediciones en centímetros):

*Paciente 1* (fig. 1). Mama derecha: 21 × 20 (420 unidades mamarias); mama izquierda: 16 × 15 (240 unidades mamarias). Mama izquierda normal para la edad.<sup>3, 6</sup>

*Paciente 2* (fig. 2). Mama derecha: 22 × 20 (440 unidades mamarias); mama izquierda: 19 × 17 (323 unidades). Mama izquierda normal para la edad.<sup>3, 6</sup>

*Paciente 3* (fig. 3). Mama derecha: 18 × 17 (306 unidades mamarias); mama izquierda: 17 × 16 (272 unidades). Ambas mamas normales para la edad de la paciente, aun existiendo asimetría mamaria.

Estadio mamario y pubiano de Marshall y Tanner:<sup>10</sup>

*Paciente 1*: S4 y VP5.

*Paciente 2*: S5 y VP5.

*Paciente 3*: S5 y VP6.

Edad ósea normal. Rx de silla turca normal. Cariotipo (técnica bandas G): morfología normal, dotación 46 XX.

Ecografía mamaria y, eventualmente, mamografía:

TABLA II  
CLASIFICACION DE LAS ANOMALIAS Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO  
(Fernández-Cid et al., 1986)<sup>2</sup>

A) Alteraciones de número				C) Alteraciones de forma		
Afectación	Exceso	Localización	Componentes	Mama		
<i>Por exceso</i>						
Mama hipermastias	Mamas accesorias Mamas ectópicas  Mamas aberrantes	Línea mamilar Vecindad de la línea mamilar Alejadas de la línea mamilar	Completas  Mamilares Areolares Glandulares		Cónicas y piriformes Aplanadas y discoides	Mayor diámetro anteroposterior Reducción del diámetro anteroposterior
Pezón y aréola (hipertelias)	Hipertelias Pezones accesorios Pezones aberrantes	En la aréola Cerca de la aréola Alejadas de la aréola	Completas Mamilares Areolares Pilosas Melánicas		Cilíndricas o glandulares Pediculadas  Prominente Pediculado Aplanado Retraído	Diámetros invariables Menor diámetro en la base que en la superficie
				Aréola	Prominente Retraída	
<i>Por defecto</i>						
Mama	Agenesia Amastia	Unilateral	Completas			
Pezón y aréola	Atelia	Bilateral	Incompletas			
B) Alteraciones del tamaño				D) Alteraciones de la situación		
Afectación	Mama	Pezón y aréola		Mama		
Exceso	Macromastia (hipertrofia) Ginecomastia	Macrotelia (hipertrofia)			Asimetría. Desviación del área ocupacional normal.	
Defecto	Micromastia (hipoplasia)	Microtelia (hipoplasia)		Pezón	Supraaréolares. En la aréola. Exoaréolar. Fuera de la aréola.	
Desigualdad	Anisomastia	Anisotelia				
				E) Alteraciones del peso		
				F) Alteraciones de la pigmentación		
				Exceso	Hiperpigmentación	
				Defecto	Hipopigmentación Vitíligo	
				G) Alteración de «momento» (Desarrollo precoz)		
				H) Alteraciones mixtas		

*Paciente 1:* Ecografía: no imágenes patológicas. No se realizó mamografía.

*Paciente 2:* Ecografía normal. No se practicó mamografía.

*Paciente 3:* Ecografía y mamografías normales.

Estudio hormonal: FSH y LH (en condiciones basales y tras estimulación con LH RH), prolactina (basal y después de estimulación con TRH), 17-beta-estradiol y progesterona, en las 3 pacientes normales.

Conclusión diagnóstica: Anisomastia constitucional.

## DISCUSION

En opinión de Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> y Huffman et al.<sup>4</sup> con frecuencia se observa asimetría de las mamas durante las etapas normales del desarrollo de estas glándulas. La yema o brote mamario comienza a menudo su desarrollo en un lado antes que el otro.<sup>3, 11</sup> Según Zeiguer,<sup>12</sup> es habitual el hecho de que el desarrollo mamario se produzca, en sus primeros estadios, en una mama antes que en la otra con una diferencia de 6 a 12 meses. Se ha subrayado por

**TABLA III**  
**CLASIFICACION CLINICA DE LAS ANOMALIAS,**  
**LESIONES Y ENFERMEDADES DE LA MAMA**  
**EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**  
 (Capraro y Dewhurst, 1975)<sup>3</sup>

1. *Anomalías congénitas*
  - Ausencia.
  - Multiplicidad.
2. *Modificación de la respuesta fisiológica*
  - Hipertrofia neonatal.
  - Ingurgitación o congestión dolorosa en la pubertad.
  - Asimetría.
  - Hipoplasia.
  - Hipertrofia virginal.
  - Atrofia.
  - Galactorrea.
3. *Desarrollo sexual prematuro*
  - Pubertad precoz constitucional.
  - Pubertad pseudoprecoz: tumor, estrógenos exógenos.
  - Telarquia prematura.
4. *Lesiones inflamatorias*
5. *Tumores*
  - Benignos.
  - Malignos.
6. *Falta de desarrollo*
  - Hiperplasia adrenal virilizante congénita.
  - Disgenesia gonadal.
  - Hipogonadismo hipofisario.
  - Amastia.
  - Extirpación quirúrgica del germen o brote.
  - Castración por rayos X.
  - Hermafroditismo.
  - Castración quirúrgica.
7. *Lesiones del pezón y la aréola*
8. *Lesiones traumáticas*



Fig. 1.

desarrollo, las mamas presentan un tamaño normal sin asimetría de ningún género.<sup>3, 13</sup>

### Frecuencia

Dewhurst,<sup>11</sup> en una revisión realizada en una muestra de 174 adolescentes en las que investigaba la presencia de desigualdad o asimetría mamaria, encontró 12 casos de asimetría manifiesta y 1 caso dudoso. Considerando estas jóvenes en relación con el grado de desarrollo en el momento del estudio, identificó 9 casos de desigualdad entre 77 jóvenes con desarrollo temprano, 3 casos en 75 adolescentes con desarrollo moderado y 1 caso muy leve de asimetría en 22 pacientes con desarrollo pleno de las mamas.<sup>11</sup>

Fernández-Cid<sup>7</sup> señala que el 19% de las mujeres en edad infantojuvenil que acudieron a consultar por problemas mamarios presentaban alteraciones del desarrollo, siendo, entre estas alteraciones, las asimetrías las más frecuentes (7,8%).

Da Cunha Bastos,<sup>5</sup> tras subrayar que muy pocos casos de acentuada desigualdad de dimensiones entre ambas mamas revisten importancia, refiere que discretas diferencias volumétricas entre las 2 mamas son mucho más comunes y frecuentes.

Zeiguer<sup>12</sup> señala que ante una exacta medición rutinaria de ambas mamas es muy frecuente encontrar que no son iguales. Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> concluyen, después de una gran experiencia adquirida en gran número de mediciones, que rara vez las 2 mamas son exactamente iguales. Fernández-Cid<sup>7</sup> subraya a

distintos autores que la desigualdad del tamaño de las mamas es frecuente durante las etapas tempranas del crecimiento, pero a medida que éste progresa normalmente el problema queda resuelto.<sup>4, 9</sup>

Sin embargo, no siempre los hechos ocurren así y persiste la asimetría mamaria.<sup>9</sup> A veces, conforme crecen las mamas, una de ellas responde mejor a las hormonas circulantes de la adolescencia y, por consiguiente, crecerá más rápidamente que la otra.<sup>3, 4</sup> No obstante, con el tiempo desaparece este rezago, de modo que en el momento oportuno, al culminarse el

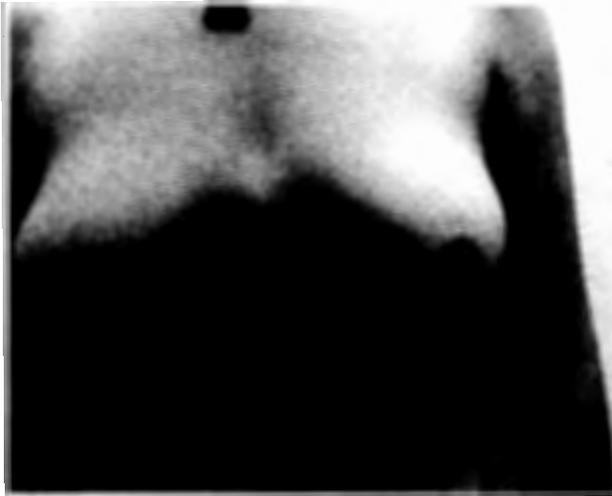


Fig. 2.

este respecto que en la población femenina general ha contabilizado cerca de un 20% de asimetrías groseras, macroscópicas y observables a simple vista. Si se efectuase la medición de forma rutinaria, la cifra se vería lógicamente aumentada.<sup>7</sup>

Cuando la asimetría mamaria deja de ser ligera y es más marcada, anisomastia franca, constituye un motivo de consulta en la adolescencia.<sup>12</sup> Lief<sup>14</sup> señala que las adolescentes se inquietan con frecuencia por el tamaño o configuración de sus senos. La asimetría mamaria es una queja muy frecuente, especialmente durante las fases iniciales del desarrollo, según Emans y Goldstein.<sup>15</sup>

### Clasificación

Las asimetrías mamarias pueden ser consecuencia de alteraciones de número (agenesia, polimastia), de tamaño (una mama mayor que la otra o anisomastia), de forma (un pezón umbilicado, una mama globulosa y otra pendular) y de situación (distinto lugar de implantación).<sup>2, 7</sup> No obstante, según Fernández-Cid,<sup>7</sup> también se puede considerar como asimetría la ausencia parcial (amastia o falta de glándula mamaria, si bien con aréola y pezón, diferenciada de la agenesia, que es cuando faltan todas las estructuras mamarias). A este respecto parece oportuno referir un síndrome interesante caracterizado por la ausencia de mama, de carácter unilateral casi siempre, y que



Fig. 3.

se acompaña de falta de desarrollo del músculo pectoral (ausencia o atrofia) con otras malformaciones torácicas (subdesarrollo de la pared torácica e incluso de la articulación del hombro) y sindactilia, que se conoce como síndrome o deformidad de Poland.<sup>7, 16-21</sup> Todo esto indica que la deformidad de Poland es un proceso en el que el trastorno no queda limitado a la cresta mamaria.<sup>17</sup>

En general, cuando los distintos autores describen las asimetrías mamarias hacen mención a la diferencia de tamaño entre ambos senos, especificando que anisomastia se refiere a la diferencia de volumen entre ambas mamas y anisotelia alude a la desigualdad en el tamaño del pezón y aréola. Fernández-Cid<sup>7</sup> especifica que las asimetrías son, la mayor parte de las veces, alteraciones de número, tamaño, forma, etc., pero afectando de manera desigual una u otra mama.

TABLA IV  
**MEDICIONES MAMARIAS EN UNA PACIENTE NORMAL MEDIANTE EL USO DE LA TECNICA DE CAPRARO Y GALLEGO (1975)<sup>6</sup>**

Edad (años)	Mama derecha		Mama izquierda	
	Mediciones (cm)	Unidades mamarias	Mediciones (cm)	Unidades mamarias
11	4,5 × 5,5	24,75	4,5 × 3	13,5
11,5	13 × 10	130	13 × 9	117
11,75	15 × 11	165	15 × 10,5	157,5
12	15 × 12	180	15,5 × 11	170,5
13	15 × 11	165	15 × 11	165
14	19 × 13	247	18 × 14	252
15	21 × 17	357	17 × 20	340
16	22 × 18	396	18 × 21	378

Las asimetrías, pues, pueden afectar toda la mama o la aréola y pezón, y suelen producirse por distinta forma, volumen o situación de las mamas (anisomastia) o del pezón y aréola (anisotelia) con respecto a sus homónimos.<sup>2,7</sup>

### Etiopatogenia

Referente a la etiología de las mamas asimétricas, según los autores, al tratarse de 2 brotes embriológicos diferentes, puede ser distinto su desarrollo.<sup>12, 22</sup> Algunos autores sostienen que la diferencia reside en los receptores de ambas glándulas.<sup>12</sup> Ya señalamos líneas atrás que Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> opinan que a medida que crecen las mamas, una de ellas responde mejor a las hormonas circulantes de la adolescencia y, por tanto, crecerá más rápidamente que la otra. Interesa señalar, aunque no guarda relación directa con el problema en las adolescentes, que cuando existe asimetría mamaria ésta persiste durante el embarazo y después del mismo.<sup>3</sup>

Aspecto importante a juicio de Fernández-Cid<sup>16</sup> y Fernández-Cid et al.,<sup>2</sup> no siempre tenido en cuenta y considerado, es el estudio genético en caso de hipoplasia mamaria, en casos de mamas grandes y en casos de asimetría. En la amastia y en las grandes asimetrías hay que pensar en una disgenesia gonadal tipo XY, con herencia que puede ser recesiva, ligada al X o autosómica dominante, ligada al X.<sup>16</sup> En la disgenesia gonadal tipo XY son individuos con complemento cromosómico masculino, con cintillas gonadales, genitales externos femeninos y derivados mullerianos, útero y trompas.<sup>16</sup> Son estériles. En el

síndrome o deformidad de Polland, ya referido, no hay un cariotipo específico, si bien suele haber alteraciones cromosómicas.<sup>2</sup> El síndrome de Turner (45, X0) suele cursar con hipoplasia mamaria bilateral, pero a veces la hipoplasia es unilateral, lo que puede semejar un caso de anisomastia.

Osuch<sup>20</sup> señala que la falta de desarrollo mamario puberal normal (amastia y grandes asimetrías) suele provenir de una deficiencia relativa de la función ovárica, aunque, subraya Wilson,<sup>23</sup> también puede encontrarse en pacientes con síndromes congénitos como el de Turner o hiperplasia suprarrenal congénita.

En estos mismos casos, amastia o grandes asimetrías, debe pensarse igualmente en una deficiencia aislada de gonadotrofinas (deficiencia de FSH o LH, pero en el resto de la función hipofisaria normal).<sup>16</sup> La herencia es esporádica, autosómica o recesiva ligada al X o autosómica dominante limitada al sexo.<sup>16</sup>

### Diagnóstico diferencial

La paciente suele acudir a consulta refiriendo diferencia manifiesta en el tamaño y volumen de ambas mamas, sin otro tipo de sintomatología. El tiempo transcurrido desde que la adolescente nota el desarrollo asimétrico de las mamas hasta que acude a consulta es muy variable, pero suele hacerlo cuando percibe que la asimetría persiste.

Capraro y Gallego<sup>6</sup> informan sobre una técnica original para la medición de la mama que sirve para seguir el desarrollo de las mamas normales, así como el de las mamas asimétricas. Consiste esta técnica en medir la mama con una cinta métrica de «este a oes-

te», esto es, de las 3 a las 9 de la esfera del reloj, y después de «norte a sur», es decir, de las 12 a las 6 de la esfera del reloj. El resultado del producto de estas 2 mediciones da una cifra que expresa «unidades mamarias». La tabla IV muestra las unidades mamarias en una adolescente con desarrollo normal.<sup>3, 6</sup>

Macroscópicamente se suele observar una marcada vascularización superficial en la mama más desarrollada.<sup>2</sup> La diafanoscopia correspondiente informa de vasos sanguíneos engrosados que ya se intuía en la visión macroscópica.<sup>2</sup>

La xeromamografía refleja un patrón mamario bien arquitecturizado, resaltando, como dato de dictamen, la asimetría de tamaño, sin procesos expansivos en la mama mayor ni lesiones retráctiles en la mama menor.<sup>2</sup> La mama mayor es menos densa y más pendular que la menor.<sup>2</sup>

Como el brote mamario, según Emans y Goldstein,<sup>15</sup> puede aparecer sobre un lado como un bulto granuloso y sensible, las madres suelen estar muy preocupadas acerca de la posibilidad de que se trate de un tumor, que hay que descartar.

La posibilidad de un fibroadenoma gigante debe ser excluida por exploración física.<sup>15</sup> Estos fibroadenomas, señalan Emans y Goldstein,<sup>15</sup> suelen ser solitarios y la piel suprayacente está típicamente tirante, con dilatación de las venas superficiales. Es un tumor raro<sup>24</sup> que puede ser diagnosticado de cistosarcoma phyllodes.<sup>24, 25</sup> Suele ser un tumor que aparece en la pubertad,<sup>24</sup> y se han descrito casos incluso a los 10 y 11 años.<sup>24, 26, 27</sup>

Debe, igualmente, hacerse el diagnóstico diferencial con un gran lipoma, sobre todo, como señala Fernández-Cid,<sup>7</sup> cuando la diferencia entre ambas mamas es muy llamativa.

El tumor phyllodes (cistosarcoma phyllodes) es otra posibilidad con la que hay que establecer el diagnóstico diferencial.<sup>7, 28</sup> Este tumor, de mayor incidencia en mujeres de 40 a 50 años,<sup>28, 29</sup> puede no obstante aparecer en niñas y adolescentes, aunque son una excepción.<sup>28, 30, 31</sup> Iverson y Hegg<sup>32</sup> y Briggs et al.<sup>33</sup> señalan que es un tumor muy raro de la adolescencia y excepcionalmente maligno.

Debe señalarse el diagnóstico diferencial con la hipoplasia mamaria, proceso raro en opinión de Jeffcoate<sup>34</sup> y Rosenthal,<sup>35</sup> dado que la mayoría de las veces es unilateral. El trastorno suele ser consecuencia de desarrollo defectuoso del órgano terminal y no de una perturbación endocrina primaria.<sup>35</sup>

Por último, referirnos al ya señalado síndrome o deformidad de Polland, síndrome polimorfo con el que igualmente hay que establecer el diagnóstico diferencial.<sup>7, 16, 17, 36, 37</sup>

## Tratamiento

Haagensen<sup>19</sup> y Osuch<sup>20</sup> comentan que el tratamiento con estrógenos fomenta el crecimiento y desarrollo del tejido mamario en estas pacientes, si bien en mujeres con función ovárica normal carece de beneficio y puede ser lesivo. Da Cunha Bastos<sup>5</sup> refiere resultados óptimos con el empleo de gestágenos de síntesis para la corrección de la asimetría. Para Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> la terapéutica hormonal carece en absoluto de valor.

Casi todos los autores coinciden en que la conducta expectante es la más aconsejable, puesto que con frecuencia el tamaño de ambas mamas tiende a equilibrarse. Esto es especialmente destacado cuando la asimetría mamaria es observada en el inicio del crecimiento mamario,<sup>5</sup> momento en que la desigualdad mamaria no exige tratamiento.

Fernández-Cid<sup>7</sup> insiste en que en edades tempranas, donde la asimetría por aparición brusca de un botón glandular de desarrollo es frecuente, y no se debe confundir con una tumoración, la postura más aconsejable es el seguimiento clínico y la tranquilización de la paciente y sus familiares.

Zeiguer,<sup>12</sup> teniendo en cuenta que la mama tarda varios años desde el inicio de su desarrollo hasta la maduración (desde el brote mamario que aparece a los 8-9 años hasta la maduración completa o último estadio transcurren entre 5 y 9 años) y que no es raro que en etapas más tardías una mama menos desarrollada alcance en su tamaño a la de mayor volumen, recomienda desde un principio la información de una posible corrección plástica más tarde, lo que determina que, mientras tanto, la espera sea tranquila y esperanzada. A este respecto Capraro y Dewhurst<sup>3</sup> señalan que si la desigualdad de tamaño perdura durante los años de desarrollo y crecimiento continuado y la paciente demuestra ansiedad por ello, debemos asegurarle que se cuenta con los medios necesarios para resolver su problema en el momento oportuno, afirmación que actuará como eficaz lenitivo para su angustia y preocupación. No obstante, no todas las pacientes experimentan tensión emo-

cional en casos de desigualdad mamaria, y si ello ocurre durante la adolescencia, ya en la madurez suelen aceptar de buen grado la asimetría.<sup>3</sup>

Emans y Golstein<sup>15</sup> apuntan que la asimetría mamaria, durante el desarrollo, puede tratarse con un sostén de almohadillas para la mama más pequeña, e incluso si la diferencia de tamaño es grande puede tratarse con una prótesis de espuma.

Es al final del desarrollo cuando hay que plantearse la posibilidad de corrección quirúrgica. La operación deberá diferirse hasta que se alcance un estadio suficiente de maduración, ya que en este mismo proceso de maduración puede echar al olvido el eventual tamaño de las mamas.<sup>14</sup>

Marshall<sup>9</sup> señala que en aquellos casos en que persiste la asimetría mamaria, con pocas probabilidades de mejoría, una vez que la adolescente ha tenido sus períodos durante años debe considerarse formalmente la conveniencia de cirugía plástica para aumentar el tamaño de una mama o reducir el de la otra. Debe instaurarse este tratamiento cuando el clínico adquiera la convicción de que el cuerpo ha llegado a su forma adulta y compruebe además la ausencia de crecimiento en la mama más pequeña.<sup>9</sup>

Lief<sup>14</sup> opina que se recomienda no operar hasta alcanzarse, como mínimo, los 15 años de edad. Fernández-Cid<sup>7</sup> no considera el desarrollo corporal completo hasta los 18 años, por lo que esta edad es el límite para plantear una cirugía correctora plástica o estética. Dewhurst<sup>38</sup> señala que se ha sugerido que la cirugía, de hecho, debe posponerse hasta los 20 años de edad, aunque, según este autor, tal criterio condena a la paciente a varios años de frustración y ansiedad innecesarias que pueden soslayarse con una intervención más temprana. Cuando se pospone la cirugía, subrayan Marshall<sup>9</sup> y Dewhurst,<sup>38</sup> es preciso advertir a la enferma que puede ser operada más tarde y que en algún modo está condenada a que sus mamas queden desiguales en forma permanente.

La cirugía correctora, pues, ha de optar por el aumento o disminución según las circunstancias. En este sentido un detalle que hay que tener en cuenta, si se plantea cirugía estética por distinto volumen entre una y otra mama, es no olvidar el preguntar a la paciente qué mama considera ella la normal, para reducir una o aplicar prótesis a la otra, pues podríamos caer en un error si sólo tenemos en cuenta nuestro criterio.<sup>7</sup>

Hoffman y Massiha<sup>39</sup> refieren que si una mama es normal y la otra hipertrófica, se efectúa mamoplastia de reducción en la glándula anómala. Estos autores consideran oportuno indicar a la paciente que solicita una intervención por asimetría mamaria que la misma podría incluso acentuar la diferencia. Sugieren, como otra posibilidad terapéutica, recurrir al tipo insuflable de implante.<sup>39</sup>

La prótesis expansora de Becker<sup>40</sup> ha sido utilizada por varios autores con éxito en reconstrucción inmediata postmastectomía subcutánea y en la corrección de asimetrías de diversa índole (congénitas, iatrogénicas, traumáticas, etc.).<sup>41</sup>

## RESUMEN

La anisomastia constituye una eventualidad no infrecuente dentro de los trastornos del desarrollo en la patología mamaria infantojuvenil. Se analizan en este estudio 3 casos de anisomastia constitucional, sin anisotelia, en adolescentes, sin proceso patológico alguno concomitante o subyacente.

## REFERENCIAS

1. Fernández-Cid A. Clasificación y frecuencia generales de la patología infanto-juvenil. En: Fernández-Cid A (ed.). Patología mamaria infanto-juvenil. Salvat. Barcelona, 1989.
2. Fernández-Cid A, Doménech A et al. Patología infantil-juvenil y alteraciones del desarrollo, vol. 2, 8. En: Fernández-Cid A (ed.). Atlas de patología mamaria. Diagnóstico multidisciplinario. Salvat. Barcelona, 1986.
3. Capraro VJ, Dewhurst CJ. Enfermedades de la mama en la infancia y adolescencia. Interamericana. México. Clin Obst Gin 1975; 18: 23-47.
4. Huffman JW, Dewhurst CJ, Capraro VJ. The breast and its disorders in childhood and adolescence. En: Huffman JW, Dewhurst CJ, Capraro VJ (eds.). The gynecology of childhood and adolescence. WB Saunders Co. Philadelphia-London-Toronto, 1981; 542-559.
5. Da Cunha Bastos A. Patología mamaria. En: Da Cunha Bastos A (ed.). Ginecología infantojuvenil. Roca. Sao Paulo, 1988; 159-166.
6. Capraro VJ, Gallego M. Breast disorders in adolescence. Pediatr Ann 1975; 4: 82-87.
7. Fernández-Cid A. Trastornos del desarrollo. En: Fernández-Cid A (ed.). Patología mamaria infantojuvenil. Salvat. Barcelona, 1989; 35-58.
8. Dewhurst CJ. Variations in physical signs in pubertal girls. J Obstet Gynaecol Brit Commonw 1969; 76: 9-16.
9. Marshall WA. Crecimiento y desarrollo sexual secundario y anomalías. Interamericana. México. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales 1974; 1: 593-618.
10. Marshall WA, Tanner JM. Variation in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child 1969; 44: 291-303.

11. Dewhurst CJ. Symposium on puberty and adolescence in the female. *J Obstet Gynecol Br Commonw* 1969; 76: 83-89.
12. Zeiguer BA. Las mamas y su patología. En: Zeiguer BA (ed.). *Ginecología infantojuvenil*. Panamericana. Buenos Aires, 1987; 341-355.
13. Tanner JM. Crecimiento y endocrinología del adolescente. En: Gardner LI (ed.). *Enfermedades genéticas y endocrinas de la infancia y de la adolescencia*. Salvat. Barcelona, 1982; 15-69.
14. Lief HI. Comportamiento sexual en la adolescencia. En: Bongiovanni AM (ed.). *Ginecología de la adolescente*. El Ateneo. Buenos Aires, 1983; 46-73.
15. Emans SJH, Goldstein DP. La mama: exploración y lesiones. En: Emans SJH, Goldstein DP (eds.). *La ginecología de la niña y de la adolescente*. Editorial Médica y Técnica. Barcelona, 1981; 161-169.
16. Fernández-Cid A. Trastornos del desarrollo. En: Fernández-Cid A (ed.). *Aspectos prácticos sobre la patología mamaria benigna*. Sandoz. Barcelona, 1987; 39-49.
17. Millet A, Julia J. Un caso de amastia unilateral. *Tokogin Pract* 1978; 37: 321-324.
18. Sandison AT, Walker JC. Disease of the adolescent female breast. *Brit J Surg* 1968; 55: 443-448.
19. Haagensen CD. Anatomía de las glándulas mamarias. En: Haagensen CD. *Enfermedades de la mama*. Panamericana. Buenos Aires, 1987; 13-62.
20. Osuch JR. Enfermedades benignas de la mama diferentes a la fibroquística. *Ginecología y Obstetricia. Temas actuales*. Interamericana. México, 1987; 14: 609-615.
21. Raffensperger JG. *Swenson's pediatric Surgery*. Appleton-Century Crofts. New York, 1980.
22. Morehead JR. Anatomía y embriología de la mama. *Interamericana. México. Clin Obst y Gin*. 1982; 25: 377-381.
23. Wilson RE. The breast. En: Sabinston DC (ed.). *Textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice*. WB Saunders Co. Philadelphia-London-Toronto, 1986; 25-42.
24. Puente Domínguez JI, Paredes Cotore JP et al. Fibroadenoma gigante de mama de tipo juvenil y adulto. *Rev Senología y Pat Mam* 1989; 2: 204-208.
25. Márquez-Sarraga RR, Menéndez A, Figueroa I. Giant fibroadenoma in a adolescent. Puerto Rican female. *Bol Asoc Med PR* 1986; 78: 293-295.
26. Ashikari R, Farrow JH, O'Hara J. Fibroadenomas in the breast of juveniles. *Surg Ginecol Obstet* 1971; 132: 259-262.
27. Giardina C, Caruso G, De Benedictis G. Il fibroadenoma giovanile marmella. *Pathologica* 1984; 76: 572-584.
28. Fernández JL, Villagrasa E et al. Cistosarcoma phyllodes maligno en una adolescente de 16 años. *Rev Senología y Patol Mam* 1989; 2: 19-22.
29. Klinkert P. Cystosarcoma phyllodes of the breast. *Arch Chir Neerld* 1976; 28: 161-165.
30. Anderson A, Bergdahl L. Cystosarcoma phyllodes in young women. *Arch Surg* 1978; 113: 742-744.
31. Serour F, Birkenfeld S, Amsterdam E, Krispin M. Tumeur phyllode du sein chez une enfant de 10 ans. *Chir Pediatr* 1985; 26: 371-372.
32. Iverson RE, Hegg SI. Cystosarcoma phyllodes presenting as massive unilateral breast hypertrophy in an adolescent. *Ann Plast Surg* 1980; 4: 315-322.
33. Briggs RM, Waters M, Rosenthal D. Cystosarcoma phyllodes in adolescent female patients. *Am J Surg* 1983; 146: 712-714.
34. Jeffcoate TNA. *Principles of gynaecology*. Butterworth. London, 1962.
35. Rosenthal IM. Infantilismo sexual. En: Gardner LI (ed.). *Enfermedades genéticas y endocrinas de la infancia y de la adolescencia*. Salvat. Barcelona, 1982; 693-710.
36. Poland A. Deficiency in the pectoralis muscle. *Guys Hosp Rep* 1841; 6: 91-93.
37. Serra-Renom JM, Valiente E, Samayoa V. Expansión tisular para la corrección de mamas en crecimiento (poliposis ductal juvenil, hemafroditismo verdadero, síndrome de Poland). *Rev Senología y Patol Mam* 1988; 1 (suppl. I): 19-21.
38. Dewhurst CJ. The adolescent breast. *Br Med J* 1971; iii: 528-531.
39. Hoffman GW, Massiha H. Cirugía estética de la mama. *Interamericana. México. Clin Obst Gin* 1975; 18: 23-47.
40. Becker H. Breast augmentation using the expander mammary prothesis. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 192-197.
41. Serra-Remón JM, Samayoa V, Valiente E. Reconstrucción mamaria y corrección de asimetrías mamarias mediante la prótesis-expansora de Becker. *Rev Senología y Patol Mam* 1988; 1 (suppl. I): 27-30.