

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica
atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II -2 de Tarapoto, en el
periodo 2018 - 2020**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTORA:

Indira Margareth Tuesta Panduro

ASESOR:

Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica
atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II -2 de Tarapoto, en el
periodo 2018 - 2020**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTORA:

Indira Margareth Tuesta Panduro

ASESOR:

Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica
atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II - 2 de Tarapoto, en el
periodo 2018 - 2020**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTORA:

Indira Margareth Tuesta Panduro

ASESOR:

Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Tarapoto – Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica
atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II - 2 de Tarapoto, en el
periodo 2018 - 2020**

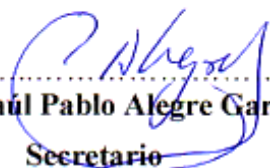
AUTORA:

Indira Margareth Tuesta Panduro

Sustentada y aprobada el 12 de octubre del 2021, ante el honorable jurado:


.....
Dra. Alicia Bartra Reátegui

Presidente


.....
Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar
Secretario


.....
Méd. M.Sc. Mauro Olmedo Vásquez Sánchez
Miembro

Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento, Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez;

HACE CONSTAR:

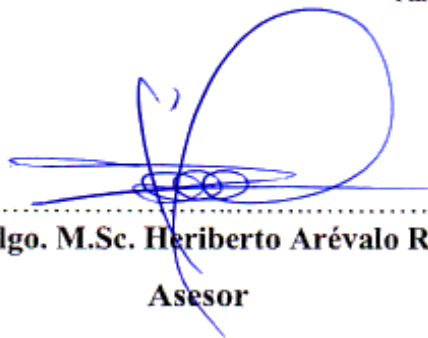
Que, he revisado y corregido la Tesis titulada: **Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II - 2 de Tarapoto, en el periodo 2018 - 2020.**

Elaborado por:

Bach. Medicina Humana: Indira Margareth Tuesta Panduro

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 12 de octubre del 2021.



.....
Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Asesor

Declaración de autenticidad

Indira Margareth Tuesta Panduro, con DNI N° 71902127; bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada: **Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II - 2 de Tarapoto, en el periodo 2018 - 2020.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias y sanciones que deriven de nuestro accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 12 de octubre del 2021.



.....
Bach. Méd. Hum. Indira Margareth Tuesta Panduro

DNI N° 71902127

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Tuesta Paredino Indira Margareth		
Código de alumno :	71902127	Teléfono:	920057142
Correo electrónico :	infpt.96@gmail.com	DNI:	71902127

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Medicina Humana
Escuela Profesional de:	Medicina Humana

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	"Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica atendidos en el servicio de Medicina, en el Hospital II-2 de Tarapoto, en el periodo 2018-2020"
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

21/10/2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado:

A mis padres; María Elena y Rolando, a quienes les debo la existencia, que con su amor y esfuerzo me han acompañado a lo largo de mi carrera universitaria, gracias por su apoyo ante tantas adversidades y demostrarme que Dios y ustedes están conmigo siempre.

A mi hermano; Roland Marcell que fue un soporte emocional vital para el camino hacia la superación, deseando ser un ejemplo de bien para él.

A mis grandes amigos, desde el primer día de clases en la facultad; Gian Pierre, Lisbeth, Paul Arturo y Rubén Junior, quienes me mostraron acciones de amistad verdadera y lealtad durante muchos años.

Agradecimiento

Quiero expresar mi plena gratitud a Dios, a quién deposito muchísima fe y confianza al cumplimiento del plan que tiene destinado para mí y mi familia, y a mis padres por su dedicación y amor.

Así mismo, mi agradecimiento a la Universidad Nacional de San Martín, Escuela Profesional de Medicina Humana, a los docentes y médicos, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su dedicación e importante labor cada día.

Quiero expresar mi agradecimiento al Microbiólogo Heriberto Arévalo Ramírez y al Médico Infectólogo Luis Gerardo Pacheco Chávez, principales colaboradores durante todo este proceso, que con su direccionamiento, conocimiento y enseñanzas permitieron el desarrollo del presente trabajo.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenidos	viii
Resumen	xi
Abstract.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Realidad problemática.....	1
1.2. Antecedentes de la investigación	4
1.3. Bases teóricas	9
1.4. Definición de términos básicos.	19
1.5. Justificación y/o importancia	20
1.6. Formulación del problema	21
II. OBJETIVOS.....	22
2.1. Objetivo general.....	22
2.2. Objetivos específicos	22
2.3. Hipótesis.....	22
2.4. Sistemas de variables	22
III. MATERIAL Y MÉTODOS	26
3.1. Tipo de investigación	26
3.2. Diseño de investigación	26
3.3. Población y muestra	26
3.3.1. Población.	26
3.3.2. Muestra.	26
3.3.3. Tamaño de muestra. (n : 85).....	26

3.3.4. Muestreo	27
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	28
IV. RESULTADOS	29
V. DISCUSIÓN.....	37
VI. CONCLUSIONES.....	41
VII. RECOMENDACIONES	42
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
IX. ANEXOS.....	47

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Operacionalización de variable	24
2	Datos sociodemográficos.....	29
3	Características epidemiológicos	30
4	Mastitis granulomatosa.....	31
5	Características clínicas	32
6	Comorbilidad	33
7	Uso de métodos anticonceptivos	33
8	Diagnóstico.....	34
9	Tratamiento.....	35
10	Asociación entre características epidemiológicas y clínicas de la mastitis	36

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo conocer las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con mastitis crónicas, atendidas en el servicio de Medicina, en el hospital II-2 de Tarapoto, se trabajó con un tipo de estudio descriptiva y de corte transversal, no experimental, en ese sentido el diseño empleado fue el observacional porque no se manipuló variables y retrospectivo. Los participantes estuvieron conformados por las historias clínicas con diagnóstico de mastitis crónica atendidas en el servicio de Medicina del Hospital II-2 Tarapoto entre el periodo 2018-2020, de esta manera la muestra estuvo conformada por 83 HC, se aplicó la técnica de observación y análisis documental, siendo así la ficha de recolección de datos el instrumento, que luego del procesamiento de la información, se llegó a concluir que las pacientes estuvieron comprendidas entre una edad de 18-60 años, de procedencia urbana, con secundaria completa y ocupación ama de casa, quienes presentaron como sintomatología más frecuente de la mastitis la masa palpable y el dolor, con lesiones localizadas unilateralmente. Las características clínicas, presentaron antecedentes de mastitis con 0 días de lactancia y presencia de dolor de las mamas, de esta manera se llegó a manifestar que se ha demostrado que existe correlación entre las características epidemiológicas (edad, procedencia, paridad y ocupación) con las características clínicas de mastitis, siendo estos significativas con un $p < ,050$.

Palabras clave: mastitis, paridad, epidemiológicas, clínicas, abscesos.

Abstract

The objective of the present study was to determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with chronic mastitis treated in the medicine department of the II-2 hospital in Tarapoto. The study was descriptive and cross-sectional, non-experimental, and the design used was observational because no variables were manipulated and retrospective. The participants were conformed by the clinical histories with diagnosis of chronic mastitis attended at the Medicine service of the Hospital II-2 Tarapoto between the period 2018-2020, in this way the sample was conformed by 83 HC, the technique of observation and documentary analysis was applied, being thus the data collection form the instrument. After processing the information, it was concluded that the patients were between 18-60 years old, from urban origin, with complete secondary education and housewife occupation, who presented as the most frequent symptomatology of mastitis the palpable mass and pain, with lesions located unilaterally. The participants were conformed by the clinical histories with diagnosis of chronic mastitis attended at the Medicine service of the Hospital II-2 Tarapoto between the period 2018-2020, in this way the sample was conformed by 83 HC, the technique of observation and documentary analysis was applied, being thus the data collection form the instrument. After processing the information, it was concluded that the patients were between 18-60 years old, from urban areas, with complete secondary education and housewife occupation, who presented as the most frequent symptomatology of mastitis the palpable mass and pain, with lesions located unilaterally.

Key words: mastitis, parity, epidemiological, clinical, abscesses.



I. INTRODUCCIÓN

La mastitis crónica es una patología benigna crónica de la mama, descrita por Wolloch y Kessler, en 1972; es de baja incidencia y de difícil diagnóstico, ya que se confunde muchas veces con el cáncer de mama. Esto se da, porque sus signos clínicos tienen mucha similitud. Se caracteriza por presentar una mama eritematosa, unilateral, fiebre, eversión del pezón, adenopatías axilares, aparición de masas induradas y con mayor frecuencia a desarrollar abscesos y fistulas. Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica rara que imita el cáncer de mama. (1,2)

La presente investigación se encuentra organizada según los siguientes capítulos: En el capítulo I; se presenta toda la realidad problemática, la revisión bibliográfica relacionada a ambas variables de estudio en los antecedentes de la investigación, las bases teóricas el sistema de variables y las hipótesis de investigación. En el capítulo II se encuentran los objetivos; en el capítulo III, se presentan los materiales y métodos agrupados según, el tipo de método, diseño de la investigación, la población y muestra, los métodos de recolección de datos, en el capítulo IV se presentan los resultados, que para la presente investigación son a nivel descriptivo utilizando instrumentos estadísticos como tablas; en el capítulo V se realiza la discusión de los resultados. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones como resultado de la investigación, así como la bibliografía consultada y algunos anexos considerados de importancia para el desarrollo y presentación de esta tesis.

1.1. Realidad problemática

La mastitis se caracteriza por inflamación granulomatosa crónica de lobulillos sin necrosis. Los hallazgos clínicos y de imagen de la mastitis granulomatosa son, a menudo, no específicos y pueden solaparse con neoplasias maligna de mama. Esto puede conducir a un retraso en el diagnóstico y el tratamiento. En la actualidad, el término que se utiliza es mastitis granulomatosa idiopática, ya que presenta lesiones granulomatosas y su causa no se identifica. (2,3)

Kessler y Wolloch sugieren un origen autoinmune dadas las similitudes con la tiroiditis y la orquitis granulomatosa, lo cual es sustentado en la buena respuesta a la terapia con esteroides, sin embargo, no existen evidencias de anomalías del sistema autoinmune.

También se ha sugerido una respuesta inmune local a la extravasación de secreciones lácteas desde los lobulillos, provocando una reacción a cuerpo extraño, o bien una causa hormonal, considerando la incidencia creciente de esta patología en pacientes usuarias de anticonceptivos orales. Además, ha sido reportada la asociación con eritema nodoso, lupus eritematoso sistémico, alveolitis linfocítica secundaria a enfermedad de Wegener, sarcoidosis, arteritis de células gigantes, hiperprolactinemia y por último, se ha sugerido la existencia de algún organismo infeccioso aún no detectado.(4)

El diagnóstico se logra hacer por medio de excluir otras condiciones de lesiones granulomatosas; muchos investigadores la vinculan como una respuesta localizada autoinmune que presenta acumulación en los conductos extravasados y grasas con segregaciones ricas en proteínas, también se ha postulado el trauma local del seno, reacción a cuerpo extraño, toxoplasmosis, brucelosis, amiloidosis, enfermedad de Paget, mastopatía diabética, una asociación a infección por *Corynebacterium*, infección subclínica, ectasia ductal y poblaciones donde existe alta prevalencia de tuberculosis; es por ello, que la etiología es rara e idiopática, y universalmente no hay un tratamiento esencial o adecuado para combatir esta patología, solamente prevalece el seguimiento a largo plazo (3,4).

En la histopatología, se encuentra presencia de infiltrado inflamatorio crónico con granulomas no caseificantes formados por histiocitos epitelioides, células plasmáticas alrededor, linfocitos y células gigantes multinucleadas. Los granulomas y una inflamación acompañante dañan a los lóbulos mamarios, lo que ocasiona una lobulitis granulomatosa, sin presencia de necrosis caseificante o microorganismos. Por tal motivo, es una mastitis granulomatosa lobular (4).

En la evaluación clínica, habitualmente se hallan alteraciones que generan confusión diagnóstica: afectación ganglionar axilar ipsilateral en 28%; retracción del pezón, retracción cutánea, fijación a pared torácica, con densidad central difusa, engrosamiento de piel; clínicamente, se realiza el diagnóstico de CM inflamatorio, en 50% produce signos de piel de naranja, ulceración e inversión del pezón y ganglios axilares afectados. Los hallazgos físicos más comunes son masa tumoral (78%), dolor (41%) y eritema (29%); algunas (7%) tienen antecedente de tuberculosis y 29% son positivas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH+) (3).

En el diagnóstico, se incluye el ultrasonido de piel con tejido mamario y estudios microbiológicos, los cuales habitualmente son negativos; para descartar otras enfermedades mamarias, la exploración clínica de mama y estudios de imagen, a veces no son suficientes: se deben discutir en sesión conjunta, debido a su rareza que causa retraso en el diagnóstico definitivo e inicio del manejo (4).

Representa de 0.025 a 3% de las enfermedades mamarias tratadas quirúrgicamente, 50% se considera su diagnóstico difícil. Hoy en día la mastitis granulomatosa prevalece con mayor frecuencia en las mujeres de edad reproductiva, que se da entre los 17 a 42 años (un promedio con mayor tasa de incidencia entre los 32 a 36 años). Se debe sospechar en personas que presentan antecedentes de tuberculosis, ya sea de otra localidad o de zonas endémicas.

En los últimos 10 años, a nivel mundial, existen escasos estudios sobre mastitis crónica, ya sea porque es una patología de baja incidencia o porque muchas veces la diagnostican como cáncer de mama, se realizó un estudio en México donde muestra que, de cada 1106 mujeres con enfermedad benigna de mama, solamente el 1.8% presentaron diagnóstico confirmado de mastitis granulomatosa. Estudios epidemiológicos recientes en, EE.UU., consideran que esta enfermedad la encontramos en todas las razas, pero con mayor frecuencia en hispanas y asiáticas (1)

En el Perú, en el año 2010, se presentó el primer suceso de mastitis crónica granulomatosa en una mujer de 35 años de edad de la casuística de la clínica centenario de los últimos tres años y del policlínico Peruano - Japonés de los últimos treinta años en Lima, Perú. En el momento del diagnóstico presuntivo, fue tomada como una mastitis y en el otro caso como cáncer de mama, lo que condujo a la ablación innecesaria de la glándula mamaria.

Por otro lado, el país, ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte por tuberculosis, y el primer lugar en América Latina en el número de casos de tuberculosis multidrogorresistente en los últimos años, se ha visto un incremento notable de la frecuencia de esta patología, que podría encontrarse relacionado con el incremento de infecciones y otros factores de riesgo, sin embargo, no se cuenta con registros de estas hipótesis (4).

Las estadísticas indican que la incidencia de TBC mamaria en el mundo es muy baja, entre 0,1 y 0,52% y se eleva en zonas endémicas, fundamentalmente en Asia y África, y en mujeres con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En la India se señala que 3 a 4,5% de la patología mamaria es tratada quirúrgicamente. Su incidencia en países latinos es muy baja y alcanza entre 0,1 y 0,52% y se eleva en zonas endémicas, en especial en mujeres portadoras del VIH, sin influencia del factor racial. Pero, en países en vías de desarrollo esta afección alcanza a 3 o 4% y en nuestro país representa el 2% del total de los casos extrapulmonares que existen (5)

En estos últimos años, médicos infectólogos han visto un incremento de casos a nivel regional, pacientes las cuales llegan a consultorio del nosocomio referencial presentado los signos clínicos característicos de esta patología, teniendo meses de evolución, con tratamiento empírico y sin mejoría clínica alguna. Además, es preocupante que no tengan un protocolo de atención y tratamiento, muchas veces impedido por temas económicos y por falta de medios diagnósticos gratuitos.

En base a todo lo descrito líneas arriba, se hace necesario realizar una investigación enfocada en describir los hallazgos clínicos y epidemiológicos de la mastitis crónica. Esto es de suma importancia debido a que en el Perú y en el mundo la mastitis granulomatosa no ha sido muy bien investigada considerándole hasta la actualidad como un dilema en el cual los profesionales no han tomado la debida importancia y sobre todo los riesgos a los que se expone a la paciente al no tomar las medidas terapéuticas que el caso lo amerita (4).

1.2. Antecedentes de la investigación

Torregroza E, et al. (6), en Colombia en el 2007 realizaron un análisis estadístico descriptivo de 77 pacientes, 20 de los cuales correspondieron al diagnóstico de mastitis granulomatosa desde enero del 2004 a septiembre del 2006. Encontrando que el diagnóstico de mastitis granulomatosa crónica lobular se hizo inicialmente en 30 pacientes. Se confirmó el diagnóstico de mastitis granulomatosa crónica lobular idiopática en 20 pacientes, dado que, en 10, se identificó la causa específica de la inflamación granulomatosa del seno. La edad promedio de las pacientes fue de 36 años; la más joven tenía 22 años. La manifestación clínica más frecuente fue la aparición de masa inflamatoria en el seno. El hallazgo principal del estudio fue la asociación de mastitis

granulomatosa crónica lobular idiopática con cáncer del seno 3 contralateral y la infección con virus de inmunodeficiencia humana, asociación no descrita en la literatura mundial.

Pérez J, et al. (7), en Chile en el 2007 realizaron un estudio retrospectivo realizado mediante protocolo tipo. Se revisaron los registros y fichas clínicas de los pacientes manejados con diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática en el Hospital Regional Valdivia entre los años 1995-2006. Encontró 14 pacientes, el promedio de edad fue de 31,6 años. La presentación clínica más frecuente fue absceso mamario en 9/14. Se realizó estudio imagenológico en 11/14 casos mediante mamografía en 7/14 y ecografía en 10/14. Las muestras para estudio histopatológico fueron obtenidas por biopsia percutánea en 8/14 y quirúrgica en 6/14. Se realizó tratamiento corticoidal con prednisona en 12/14 pacientes logrando buena respuesta en todos los casos. Se presentaron 2 recidivas durante el seguimiento que comprende un promedio de 28 meses. Concluyendo que la presentación clínica de las mastitis fue similar a la reportada en la literatura. La respuesta al tratamiento cortico-esteroidal logró el control de la enfermedad en todos los casos. Las reacciones adversas al tratamiento fueron menores y las 2 recidivas fueron de menor magnitud y duración respecto al cuadro inicial.

Cabrera G. et al. , en Granada en el 2012, presentaron 8 casos de mujeres con diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática, que tenían edades comprendidas entre 30 y 55 años, la mayoría se encontraban en edad reproductiva y en menor proporción en edad perimenopáusica. Acudieron por tumoraciones mamarias, dolorosas en la mitad de los casos. Otros hallazgos asociados fueron calor local e induración. Las pacientes fueron estudiadas por considerarse lesiones sospechosas o sugestivas de malignidad (BIRADS 4 y 5).

A todas las pacientes se les realizó mamografía, ecografía mamaria y axilar, biopsia con aguja gruesa para obtener 3 cilindros destinados a estudio anatomopatológico y microbiológico. En un caso el estudio se complementó con resonancia magnética pues existía sospecha de metástasis debido al antecedente de adenocarcinoma de colon en regresión completa. Se encontró que el hallazgo mamográfico predominante en todas ellas fue la presencia de asimetría de densidad. En ecografía las lesiones eran hipocóicas y mal definidas o poco delimitadas, tenían escasa absorción de ultrasonidos con extensiones tubulares digitiformes hacia la piel que recordaban la imagen de trayectos fistulosos. El estudio histológico y microbiológico si permitió excluir la presencia tanto de lesiones

tumorales como de microorganismos. La histología demostró la existencia de granulomas no caseificantes, que, en ausencia de infección micótica o granulomatosa y descartada vasculitis sistémica, permitió el diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática. En conclusión, la mastitis granulomatosa reúne características clínicas y radiológicas que coinciden con las del cáncer de mama, pero su tratamiento es muy diferente. Solamente el diagnóstico histológico definitivo permite pautar el tratamiento adecuado y evitar así una intervención quirúrgica innecesaria. (8)

Guio JI, et al. (8), en Colombia en el 2016, realizaron un estudio observacional descriptivo de serie de casos de pacientes que ingresaron a la consulta externa de Mastología en el Hospital de San José y en el Hospital Infantil Universitario de San José de la ciudad de Bogotá entre el 1 de octubre de 2008 y el 30 de septiembre de 2012. Se evaluó a 45 pacientes con diagnóstico de mastitis granulomatosa, con descripción de manifestaciones clínicas, imágenes diagnósticas y de los tratamientos empleados. El promedio de edad de estas pacientes fue de 39 años. Se observó baja asociación con tabaquismo y con el uso de anticonceptivos orales. La categorización ecográfica más frecuente fue BIRADS 3. El manejo inicial antibiótico mostró complicaciones del 96%. El manejo quirúrgico inicial tuvo recaída del 20%. Complicaciones como fístulas y colecciones se manejaron con cuadrantectomía y drenaje quirúrgico. Concluyendo que, la mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad crónica, su diagnóstico es histopatológico, tiene amplio espectro de características clínicas y puede simular enfermedad maligna. No hay un protocolo estándar de manejo. Además, los antibióticos, esteroides e inmunomoduladores no han mostrado evidencia para su recomendación, pudiendo ser el tratamiento quirúrgico necesario en algunos casos.

Khanna R, et al. (9), en India en el año 2012 publicaron un estudio realizado durante un período de 15 años, desde 1986 hasta el 2000, en un total de 52 pacientes que fueron diagnosticados como enfermos de tuberculosis mamaria en la unidad de cirugía general del Hospital Universitario de la India. Del total, 50 eran mujeres y dos varones; la edad media de los pacientes fue 34 años (rango 15 a 58 años) y la duración media de los síntomas fue 8,5 meses. Entre los pacientes de sexo femenino, 15 eran lactantes y dos estaban embarazadas en el momento del diagnóstico. Los lados derecho e izquierdo de la mama fueron igualmente involucrados y la enfermedad fue bilateral en dos pacientes. Los síntomas que se presentaron en 11 (21%) pacientes fueron fiebre, pérdida de peso, sudores

nocturnos; 32 (62%) de los pacientes presentaron un nódulo en la mama, con mayor frecuencia en la región central subareolar (19 pacientes), y 20 de ellos tenían una mama con secreción asociada a una protuberancia; doce pacientes presentaron síntomas de la mastalgia y 21 (41%) tenían adenopatías axilares. Los dos pacientes del sexo masculino tenían bultos duros móviles, que fueron diagnosticados clínicamente como carcinoma de mama. Todos los pacientes con un tumor de mama o nódulos fueron sometidos a citología por aspiración con aguja fina. La radiografía de tórax reveló la tuberculosis pulmonar en siete pacientes (14%), de los cuales cuatro tenían lesiones calcificadas antiguas. El tratamiento médico consistió en un régimen de cuatro drogas y cirugía menor por aspiración. En los casos refractarios de destrucción mamaria se pudo realizar mastectomía simple.

Pinto M.E. et al. (10), en Lima, Perú realizaron un estudio descriptivo de serie de casos de pacientes con mastitis crónica tuberculosa que ingresaron al consultorio de Patología Mamaria, desde enero de 2010 a mayo de 2012. Se incluyeron 28 pacientes; la media de edad fue de 35 años y el tiempo medio de sintomatología fue de 5 meses. En el momento del diagnóstico, hubo una paciente gestante que se encontraba en su séptimo mes de embarazo y 2 pacientes (7,1%) que se encontraban dando de lactar. El resto de las pacientes habían dejado de dar de lactar hacía más de 4 años. Una paciente tenía antecedente de tuberculosis pulmonar (con tratamiento completo 10 años antes del diagnóstico). La ubicación más frecuente de la lesión fue a nivel del cuadrante superior externo y en cuadrantes superiores, en 18 (64,3%) pacientes. La afectación fue unilateral en todos los casos y la mama derecha fue la más afectada en 18 (64,3%) pacientes. La forma de presentación más frecuente fue tumor mamario y dolor en 26 (92,9%) pacientes, seguido por absceso mamario en 21 (75%). En relación con los estudios de imagen, se realizó mamografía solo a 12 (42,85%) pacientes, que fueron informadas como BIRADS IV en 6 (50%). La ecografía mamaria fue realizada en las 28 (100%) pacientes, mostrando colecciones y/o procesos inflamatorios de tipo inespecífico. A todas las pacientes se les realizó cultivo para gérmenes comunes, identificándose *Staphylococcus aureus* multirresistente en 4 (14,8%) casos, que no mejoraron tras tratamiento. En este estudio no se identificó en ningún caso *Corynebacterium*. En todos los casos se contó con estudio de histopatología, a través del cual se definió la Mastitis Granulomatosa Tuberculosa. Se realizó tumorectomía completa de la lesión previa al inicio del tratamiento antituberculoso en 24 casos (85,8%). No hubo recidiva en ninguna paciente.

León CW, et al. (11), en Arequipa, Perú en el 2018 realizaron un estudio descriptivo de una serie de casos de pacientes con mastitis crónica granulomatosa que ingresaron al servicio de Ginecología del Hospital Honorio Delgado entre los años 2013 y 2017. Se encontraron 88 casos; la edad promedio de las mujeres afectadas fue de 32.66 ± 6.57 años. El 14.77% tenían un estado nutricional normal, 46.59% tenían sobrepeso y 38.64% obesidad, siendo de grado I en 30.68%, grado II en 6.82% y grado III en 1.14% de casos. En 3.4% de casos no se dio de lactar, 4,55% se encontraba dando de lactar en el momento del estudio, y el 92.04% dio de lactar en promedio 21.4 ± 3.54 meses en el embarazo previo. El 69.18% de casos uso algún método, siendo los más usados los anticonceptivos orales (27.27%) y los inyectables (25%), seguidos de los métodos de barrera (7.95%), los DIU (4.55%), y la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV; 3.41%). El tiempo de uso de estos métodos fue de 6 a 11 meses en 21.59% de casos, y 35.23% los usó por 12 a 24 meses. El motivo de la consulta en todos los casos fue una tumoración mamaria, dolor de mama en 98.86%, y 50% manifestó tener secreción purulenta, y en 12.5% hubo retracción del pezón. La mama afectada fue la izquierda en 52.27%, el lado derecho en 40.91%, y ambas en 6.82%. Se hicieron ecografía el 92.05% de casos, y mamografía en 22.59% de mujeres. En 12.50% de casos hubo positividad a la PCR para *M. tuberculosis*. El cultivo de secreción mamaria para gérmenes comunes fue positivo en 4.55% de pacientes. Se empleó tratamiento médico inicial, con antibióticos para gérmenes comunes en todas las pacientes; se empleó corticoterapia en 29.55%, tratamiento específico en 26.14% y tratamiento quirúrgico en 30.68% de casos. El 45.45% de pacientes presentó recidiva a pesar del tratamiento. En 68.18% de casos se trató de mastitis granulomatosa infecciosa no tuberculosa, en 13.64% fue una mastitis granulomatosa tuberculosa, y en 18.18% fue mastitis granulomatosa idiopática.

Celedonio M, et al. (12). En el Perú en el 2000 presentaron tres casos de tuberculosis mamaria. Revisaron las historias clínicas de tres pacientes con tuberculosis mamaria diagnosticados clínica e histopatológicamente en el Centro de Salud Progreso, entre 1998 y 1999. Los resultados fueron que, de los tres casos encontrados, todos eran de sexo femenino, con edades que oscilaban entre 27 y 31 años; la tumoración era flogótica y de consistencia variada, sin adenopatía axilar; el diagnóstico de la biopsia fue proceso inflamatorio crónico granulomatoso consistente con etiología tuberculosa. Todas tuvieron evolución favorable pos-tratamiento antituberculoso y quirúrgico.

A nivel local, se ha realizado exhaustiva búsqueda bibliográfica la cual no ha dado ninguna referencia, al parecer no existe investigaciones realizadas hasta este tiempo. En cuanto a experiencia en el campo clínico, médicos infectólogos, han podido observar un aumento de casos de pacientes quienes llegan a consultorio presentando signos clínicos de mastitis, algunas de ellas jóvenes, sin antecedentes de importancia. Y dada la similitud a la clínica de cáncer de mama, ha preocupado de sobremanera, haciendo que se realicen diversos estudios, con seguimiento por varios meses.

Dada la situación económica de las pacientes, muchas de ellas no llegan a realizarse los distintos métodos diagnósticos que solicitan, el cual limita determinar la etiología y por tanto a dar tratamiento específico, el cual muestra y constata que actualmente no hay un protocolo de atención y manejo de esta patología en la región.

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Mastitis crónica granulomatosa

El proceso inflamatorio de las mamas se conoce como mastitis. Se distinguen mastitis agudas (neonatal y puerperal) y crónicas, las cuales pueden ser con manifestación tumoral, donde se encuentran las granulomatosas; la mastitis crónica granulomatosa es un proceso lento, larvado, que aparece con signos inespecíficos. (13). Es una enfermedad poco frecuente, que afecta primordialmente a mujeres en edad fértil, que están o han estado embarazadas o en periodo de lactancia reciente; tiene características clínicas, mamográficas y ecográficas que pueden indicar un cáncer mamario, que se descarta mediante el estudio anatomopatológico. (13). Histopatológicamente se caracteriza por inflamación granulomatosa crónica de los lóbulos, sin necrosis y sin evidencia de microorganismos. (13). La mastitis crónica granulomatosa se puede clasificar en: idiopáticas o de causa desconocida, y a nivel específica con agente etiológico conocido, como: *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptococcus sp*, *Histoplasma capsulatum*, *Actinomyces*, *Corynebacterium*, reacciones ante agentes extraños, infecciones fúngicas, sarcoidosis, brucelosis, entre otros. (13)

1.3.1.1. Mastitis Granulomatosa Idiopática

La Mastitis Granulomatosa Idiopática, es una patología inflamatoria de la mama que, como su nombre lo indica, es de evolución crónica. Fue descrita desde 1972 por Kessler y

Wolloch. No se asocia a trauma, infección específica o cuerpo extraño. Predomina en las mujeres en edad reproductiva con rangos de 17 a 42 años (promedio 32 a 36 años), es rara en mujeres jóvenes con procesos inflamatorios de mama, y existe mayor prevalencia en mujeres hispano-mexicanas (14). El origen de esta rara enfermedad no se encuentra claro aún, sin embargo, se ha propuesto como causante la presencia de una reacción autoinmune, la cual se cree es contra la proteína secretada en los ductos. Esta última teoría se ha favorecido recientemente. La respuesta al tratamiento con esteroides, que se ha descrito en la literatura, apoya esta hipótesis. (14)

Se ha asociado al embarazo, lactancia, anticonceptivos orales (AO) e infecciones, principalmente el *Corynebacterium kroppenstedtii*; también la deficiencia de alfa-1 antitripsina, irritantes locales, tabaquismo, diabetes mellitus están implicados en su desarrollo; se asocia a hiperprolactinemia y los AO juegan un papel importante para la estimulación de la secreción de la mama; además, ocasionan incremento en la sensibilidad mamaria, pero niveles normales de prolactina y la galactorrea se pasan por alto a menudo porque las pacientes no se quejan, pero ésta no necesariamente debe estar presente o es mínima la secreción para indicar Mastitis Granulomatosa Idiopática. (15). El traumatismo local también es un factor responsable. También se reporta su asociación con el síndrome de Sjögren. (15)

1.3.1.2. Mastitis Granulomatosa específica

1.3.1.2.1. Mastitis granulomatosa tuberculosa (MGT)

La mastitis granulomatosa tuberculosa (MGT) es una enfermedad infecciosa benigna rara. Debido a su rareza y a la ausencia de manifestaciones específicas para su diagnóstico, se requiere un alto grado de sospecha. Esta entidad fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper en el año de 1829, quien la denominó *scrofulous swelling of the bosom* (tumefacción del seno por escrófula), pero se le atribuye a Richet, en 1880, la primera gran descripción de la tuberculosis mamaria. (15) Se la ha denominado "la gran simuladora" por la frecuente confusión clínica con abscesos o carcinomas de mama, de forma que no es infrecuente llegar al diagnóstico al hacer el estudio anatomopatológico. La mastitis tuberculosa puede ser primaria (en la que no se demuestra ningún otro foco de infección) o secundaria (especialmente a tuberculosis pulmonar o cervical), siendo mucho más

frecuente ésta última. (10) En cuanto a su fisiopatología, se considera que el bacilo puede ingresar a la mama de cuatro formas, según se describió hace más de 100 años:

- A través de los conductos glandulares,
- Por heridas o abrasiones de la superficie mamaria,
- Por vía linfática o hematógena (esta es la más aceptada y frecuente), o
- Por contigüidad de un foco esternal o costal.

Desde hace varios años se conoce la infección transmitida del lactante al pezón y en forma ascendente a los canalículos lactíferos, provocada por pequeñas abrasiones de la areola y el pezón. Además, el aumento de la irrigación de la mama en la mujer lactante hace más fácil la infección y diseminación del bacilo. Por esta razón, se considera que la lactancia es uno de los factores más importantes que predisponen a la tuberculosis de las mamas, y más de la mitad de las pacientes con infección tuberculosa de la mama tienen antecedente de haber lactado. (10)

La mastitis tuberculosa se clasifica en tres grupos: nodular, diseminada y esclerosante. Clínicamente se pueden confundir con neoplasias. Mientras que la tuberculosis nodular, con fibroadenoma o carcinoma. La tuberculosis diseminada se confunde con carcinoma inflamatorio. La tuberculosis esclerosante, puede producir fibrosis extensa y retracción del pezón; fácilmente se puede decir que es un carcinoma escirro. (10)

La mastitis granulomatosa tuberculosa (MGT) es una enfermedad infecciosa benigna rara. Debido a su rareza y a la ausencia de manifestaciones específicas para su diagnóstico, se requiere un alto grado de sospecha. Esta entidad fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper en el año de 1829. (10)

La incidencia de MGT en los países desarrollados es baja, en general es menor al 0,1%, y en los países en vías de desarrollo es del 3 al 4%, por lo que es razonable inferir que, en países con tasas altas de tuberculosis, como en el Perú, que es de 106 por 100.000 habitantes, la frecuencia de la tuberculosis extrapulmonar como la mastitis tuberculosa también se encuentre incrementada (10)

El diagnóstico de MGT se debería sospechar en cualquier mujer que presente una masa, abscesos y fístulas mamarias persistentes, sobre todo en poblaciones de alto riesgo y/o zona endémica. (10)

1.3.1.2.2. Mastitis Granulomatosa No Tuberculosa (MGNT)

La mastitis granulomatosa no tuberculosa (MGNT) es una enfermedad infecciosa originada por:

- Infecciones fúngicas: Criptococosis, histoplasmosis, actinomicosis, etc.
 - Leptospirosis
 - Sarcoidosis
 - Brucelosis
-
- Mastitis sifilítica: Esta entidad rara es iniciada por *Treponema Pallidum*. Se han comunicado variantes primarias y secundarias del compromiso de la piel de la mama. La lesión inicial es más frecuente en el seno lactante, siendo producido a través de la inoculación de la boca del niño con sífilis congénita. (16)
 - Actinomicosis mamaria: Ocasionada por el *Actinomyces israelii*. La afección mamaria es rarísima. La penicilina es el tratamiento de elección. Si hay poca respuesta al tratamiento, se requiere de desbridamiento quirúrgico adicional. (16)
 - Sarcoidosis mamaria: La sarcoidosis es un trastorno multisistémico idiopático con un espectro clínico diverso caracterizado morfológicamente por la presencia de granulomas que clásicamente afectan los ganglios linfáticos, pulmones, bazo, hígado, ojos, médula ósea y parótidas. A pesar del compromiso multiorgánico, la sarcoidosis mamaria es rara. Las pacientes pueden presentar una masa mamaria solitaria, móvil e indolora indistinguible de un carcinoma. El diagnóstico se puede establecer mediante citología; sin embargo, se puede requerir de biopsia excisional o en cuña. El tratamiento debe apuntar a las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. (16)
 - Parasitosis y micosis mamarias: Son infecciones de muy baja incidencia, limitándose al reporte de casos aislados. Entre los parásitos se reportan casos de hidatosis y filariasis y entre los hongos se describen blastomicosis e histoplasmosis. Clínicamente pueden ser confundidas con otras formas de mastitis granulomatosas o bien con carcinoma. (16)
 - Histoplasmosis mamaria: La mastitis granulomatosa producida por *H. capsulatum* es muy infrecuente. Ha sido documentada en mujeres entre los 20 y 74 años. En un

estudio realizado en Venezuela encontraron que todas las pacientes referían contacto estrecho con aves de corral, una con murciélagos, una con antecedente de haber trabajado en agricultura, dos tenían hábitos tabáquicos y una con hábito alcohólico acentuado. Estos datos sugieren fuertemente la sospecha de histoplasmosis. La diseminación hematógena subclínica a otros órganos después de una primoinfección pulmonar benigna está documentada. La presencia de nódulos pulmonares calcificados y de un patrón intersticial en la radiología torácica, nos demuestra la afectación pulmonar primaria; así como la lesión en las mamas y las linfadenopatías son evidencia de la diseminación. El diagnóstico micológico se realiza por examen directo, utilizando la coloración de Giemsa o por cultivo. La droga de elección es itraconazol (16)

1.3.2. Epidemiología

La mastitis crónica granulomatosa es una entidad poco frecuente, sin embargo, dentro del grupo de las mastitis no puerperales ha ido cobrando importancia, debido a que sus manifestaciones clínicas y mamográficas son semejantes a las de un carcinoma mamario. Desde su primera descripción, en la literatura internacional se habían reportado no más de 120 casos hasta el año 2003. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 30 a 40 años generalmente algunos años después del embarazo (5 años promedio) (11)

A nivel de América Latina, en un estudio realizado en Chile entre los años 1995 a 2006 se encontró 14 casos. En Colombia entre los años 2004 y 2006 se encontró 20 casos, mientras que en otro estudio realizado en 2 hospitales universitarios de Colombia entre los años 2008 y 2012 se encontró 45 casos, observándose el aumento de incidencia de esta patología. A nivel nacional en Perú en el 2010 se reportó un caso de Mastitis Granulomatosa Idiopática en una mujer de 35 años como primer caso en la casuística de los últimos 3 años en la Clínica Centenario Peruano-japonés en Lima. Encontrándose pocos registros de la epidemiología de esta patología. (11)

La incidencia de Mastitis Granulomatosa Tuberculosa en los países desarrollados es baja, en general es menor al 0,1%, y en los países en vías de desarrollo es del 3 al 4%, por lo que es razonable inferir que, en países con tasas altas de tuberculosis, como en el Perú, que es de 106 por 100.000 habitantes, la frecuencia de la tuberculosis extrapulmonar como la

mastitis tuberculosa también se encuentre incrementada (10). La tuberculosis aislada de la mama es inusual, en promedio, corresponde a 1 % de todas las formas extra-pulmonares de la enfermedad. Se ha estimado que representa entre 0,1 % y 3 % de todas las lesiones mamarias, es cinco veces menos frecuente que el cáncer de mama y también puede presentarse en hombres. Las mujeres con mayor riesgo de padecer esta enfermedad son aquellas que viven o están en contacto con personas tuberculosas, o que tienen su sistema inmunológico deprimido; por esto, se debe considerar que, según la OMS, el Perú tiene, después de Haití, la tasa más alta de tuberculosis de América Latina. En el último año, se contabilizó 33 mil casos de tuberculosis sensible, de los cuales el 40% se presentó en Arequipa. (11)

Celedonio M, et al. (2000) (12) presentaron tres casos de tuberculosis mamaria, revisaron las historias clínicas de tres pacientes con tuberculosis mamaria diagnosticados clínica e histopatológicamente en el Centro de Salud Progreso, entre 1998 y 1999. Entre los años 2000 y 2010, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se registraron 69 pacientes que ingresaron al Programa de Control de Tuberculosis por Tuberculosis Mamaria. Por otro lado, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima, en un estudio realizado entre los años 2002 y 2011 se encontró 29 casos de Mastitis Granulomatosa Tuberculosa. En otro estudio realizado en el Hospital de Emergencias Grau EsSalud, Lima entre los años 2010 y 2012 se encontró 28 casos de Mastitis Tuberculosa, observándose el incremento de incidencia.

En el Hospital Regional Honorio Delgado se ha visto un incremento notable de esta patología en los últimos cinco años. Encontrándose en el año 2013, 8 pacientes; en el 2014, 13; en el año 2015, 16; en el año 2016, 21; y en el año 2017, 30 pacientes respectivamente. Correspondiendo 12 casos a etiología tuberculosa en los últimos cinco años (11)

1.3.3. Patología

Histopatológicamente la inflamación granulomatosa crónica no caseosa está limitada al lóbulo. Microscópicamente tienen un borde protruyente lobulado, tipo estelar infiltrante, bien definido. Los granulomas necrosantes están compuestos por colecciones de granulocitos (predominantemente neutrófilos); linfocitos y células plasmáticas y capas de

células epitelioides y células gigantes de cuerpo extraño con acinos intactos o destruidos. (2)

Se presenta en diferentes etapas, una es la lobulitis inespecífica crónica, con infiltración reactiva linfoplasmática y destrucción de los lóbulos, ocasionando secreción, formación de granulomas y necrosis con supuración central, hasta la formación de abscesos y la presencia de secreción en algún acino intacto es la causa precipitante. (2)

Otras condiciones que imitan a la MGI son ectasia ductal mamaria y enfermedades inflamatorias crónicas como la mastitis de células plasmáticas, tuberculosis, histoplasmosis, sarcoidosis y granuloma de Wegener, así como cáncer mamario. (2)

La biopsia con aguja gruesa (BAG) tiene mejor sensibilidad (95%) que la aspiración con aguja fina (AAF); se identifican histiocitos, células epitelioides, abundantes y neutrófilos, granulomas variables, por lo general sin necrosis. (2)

En el caso de MGT, el aspirado de las lesiones con aguja fina, que tiene un excelente rendimiento en lesiones quísticas o neoplásicas, no lo tiene en el caso de tuberculosis mamaria, pues se calcula que se requieren 10.000 a 100.000 bacilos/ml para que un aspirado por aguja sea positivo. (2)

1.3.4. Manifestaciones clínicas

Habitualmente es unilateral en más de 80% y bilateral en menos de 20%; se manifiesta por un amplio espectro de manifestaciones clínicas; incluyendo: masa tumoral (78%), dolor (41%) y eritema (29%). Las masas son de 3 a 6 cm en promedio (límites de 0.5 a 10 cm), afectan cualquiera de los cuadrantes de ambas mamas; su evolución es crónica e intermitente, que evoluciona a la formación de abscesos, inflamación cutánea, con fístulas y/o supuraciones crónicas fuera de la aréola y retracción del pezón con afectación ganglionar regional, aspectos que simulan cáncer inflamatorio. (2). Algunas (7%) tienen antecedente de tuberculosis y 29% son positivas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH+). (2). En la exploración física generalmente se encuentran dos alteraciones que generan confusión diagnóstica:

- Afectación ganglionar axilar ipsilateral en 28%
- Retracción del pezón, retracción cutánea, fijación a pared torácica, con densidad central difusa y engrosamiento de piel.

Clínicamente se realiza el diagnóstico de cáncer inflamatorio, sin embargo, los hallazgos clínicos y de imágenes no son específicos, y solo el estudio histopatológico es definitivo.

(2)

1.3.5. Diagnóstico

En varios estudios realizados se observó que la mediana del número de días entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo fue de 73 días. La Exploración Clínica de Mama y estudios de imagen, a veces no son suficientes, por lo que se deben discutir en sesión conjunta, ya que su rareza causa retraso en el diagnóstico definitivo e inicio del manejo. (2)

En el diagnóstico se incluye el ultrasonido, biopsia con aguja gruesa, y de piel con tejido mamario y estudios microbiológicos, los cuales habitualmente son negativos; para descartar otras enfermedades mamarias y principalmente el cáncer mamario inflamatorio. Además, los traumatismos, cuerpos extraños y la necrosis grasa deben excluirse. La biopsia con aguja gruesa y la biopsia incisional se utilizan con la misma frecuencia (37%) para establecer un diagnóstico histopatológico definitivo. (2). Por lo tanto, la histopatología desempeña un papel crucial en el diagnóstico de los casos de mastitis crónica granulomatosa. Además, es de vital importancia la realización de estudios de histoquímica de Ziehl-Neelsen (para excluir infección por *Mycobacterium tuberculosis*) y de PAS y Grocott (para excluir infección por hongos). (2)

1.3.6. Imagenología.

Los hallazgos imagenológicos son inespecíficos para el diagnóstico de mastitis crónica granulomatosa, pero altamente sospechosos de malignidad con reportes de BI-RADS-5, donde se encuentran densidad focal asimétrica (más común) o masa irregular y/o lobular. En general, la afectación es unilateral de localización periférica sin microcalcificaciones con patrones en la densidad focal y especulaciones. (17) Las imágenes por ecografía muestran múltiples masas heterogéneas o únicas, con edema parenquimatoso difuso, líquido entre el tejido graso y formación de abscesos; se observa masa hipoeoica irregular, de tamaño variable con extensiones tubulares a la parte exterior de la masa que afecten el tejido celular subcutáneo o directamente la piel; la masa tiene cierto grado de heterogeneidad o aparece como un nódulo con bordes irregulares. (17)

Puede observarse edema y engrosamiento de la piel, retracción del pezón, ulceración y adenopatías axilares en 15 a 20% con engrosamiento cortical focal sospechoso. En general, no se observa dilatación ductal y ocasionalmente se observan nódulos con material ecogénico en su interior, sugestivo de abscesos, donde se observa masa heterogénea con bordes irregulares y contenido ecogénico en su interior. (17) Los hallazgos imagenológicos son indistinguibles del cáncer mamario, por lo que el diagnóstico histopatológico es esencial. La obtención de muestra adecuada para el estudio microscópico histológico es óptima con Biopsia por aguja gruesa guiada. (17) La documentación radiológica es rara. Hasta 1995, 83 casos habían sido reportados en la literatura anglosajona. Clínica y radiológicamente, la MGI puede simular cáncer de mama. Más del 50% de los casos reportados, inicialmente tienen diagnóstico de carcinoma.

Los hallazgos mamográficos más frecuentes son el incremento difuso de la densidad del tejido fibroglandular, sin evidencia de masas o microcalcificaciones sospechosas e incluso pudiera ser normal. Han y colaboradores refieren como hallazgo mastográfico más frecuente, la presencia de múltiples masas pequeñas o asimetría focal, sin embargo, para Hei Hee y colaboradores fue la presencia de masas mal definidas irregulares, aumento difuso de la densidad y masa de bordes obscurecidos. (4) En la ecografía, la presencia de múltiples lesiones hipoecoicas agrupadas a menudo contiguas y algunas veces asociadas con una masa grande hipoecoica, puede sugerir la posibilidad de mastitis granulomatosa. Han y colaboradores refieren como hallazgo más frecuente por este método de imagen, lesiones heterogéneas o hipoecoicas irregulares con sombra sónica posterior. Jei Hee y colaboradores refieren lesiones tubulares irregulares, masas lobuladas con mínima distorsión de la arquitectura, distorsión de la arquitectura sin masas asociadas o nódulo, así como engrosamiento dérmico e incremento de la ecogenicidad grasa. En general, las lesiones pueden parecer sospechosas y tiene que diferenciarse de cambios por necrosis grasa, displasia focal y carcinoma. (4)

1.3.7. Tratamiento.

El manejo se inicia con el diagnóstico histopatológico definitivo. No existe un tratamiento estándar para el manejo de la mastitis crónica granulomatosa, y se han sugerido varios tratamientos para su manejo.

El manejo expectante sin medicación alguna, sin cirugía y con vigilancia estricta ha sido planteado, principalmente porque existe remisión espontánea y completa de la enfermedad en algunos casos. La observación se indica cuando los síntomas son leves, la lesión es única de 1-2 cm de tamaño o con múltiples lesiones pequeñas (6)

Se ha recomendado la resección quirúrgica completa de la lesión como el tratamiento para esta patología, dado el bajo porcentaje de recurrencia que sigue al tratamiento quirúrgico. La cirugía mostró rápida recuperación con recidiva de 8.7%. Sin embargo, es de anotar que el tratamiento quirúrgico no está exento de complicaciones como es la infección y el cierre demorado de la herida quirúrgica, punto que ha sido el talón de Aquiles para la adopción unánime de este tratamiento. (2)

Por otra parte, como posición intermedia entre el manejo expectante y el quirúrgico, se ha propuesto la política de realizar biopsia excisional de la lesión en lo posible, con la administración de corticoides como tratamiento adyuvante (6). Sin embargo, independientemente del manejo adecuado, 50% desarrolla persistencia, recurrencia y complicaciones con formación de abscesos, fístulas y supuración crónica, es necesario un seguimiento prolongado. (2)

Inicialmente se prescribe antibioticoterapia durante seis semanas, con evaluación cada tres meses. Si existe recurrencia se da un segundo curso de antibióticos; si no se observan resultados favorables se consideran otras opciones; durante el seguimiento las pacientes se examinan cada dos semanas durante el primer mes, después trimestralmente; con ecografía de control a los seis meses cuando los síntomas hayan desaparecido; una vez que está asintomática y la ecografía no muestra recurrencia se realiza evaluación anual (2)

La corticoterapia se indica en presencia de múltiples lesiones o lesiones de mayor tamaño, la dosis de prednisona inicial es de 40 mg vía oral al día, que se reduce a 5 mg cuando los síntomas mejoran; otras requieren cirugía y drenaje del absceso. (2)

En otro reporte, las opciones terapéuticas incluyeron la prednisona a dosis de 0.8 a 1 mg/kg/día durante tres a cuatro semanas, con descenso lento de la dosis inicial hasta la suspensión, se puede emplear en conjunto con metotrexate o azatioprina; el uso de metotrexate ha permitido utilizar dosis menores de prednisona, disminuyendo los efectos adversos y buenos resultados; la combinación de prednisona 60 a 25 mg/día por nueve a 12 meses seguido de metotrexate 10 a 15 mg/semana y seguimiento de dos años (2).

El pronóstico de esta enfermedad sigue siendo favorable, aunque las recurrencias se presentan en 16 a 50% de los casos, según lo publicado a nivel internacional, con lo cual resulta imperativo un estrecho seguimiento a largo plazo (2)

Por otra parte, siendo la Mastitis Granulomatosa Tuberculosa una enfermedad mamaria benigna, debe privilegiarse el tratamiento quirúrgico conservador asociado a medicación antituberculosa. El tratamiento médico, con los medicamentos antituberculosos es por 6 meses.

1.4. Definición de términos básicos.

1.- Tumoración: Un tumor es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por lo tanto, hinchada o distendida. El tumor, junto con el rubor, el dolor y el calor, forman la tétrada clásica de los síntomas y signos de la inflamación.(18)

2.- Fístula: una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, es decir entre dos órganos huecos o bien entre un órgano hueco y la piel. (19)

3.- Adenopatía: estado patológico de inflamación en los ganglios linfáticos (20)

4.- Traumatismo mamario: La contusión de mama se produce cuando hay un golpe directo en el seno con un objeto o con otra parte del cuerpo. Cuando una fuerza contundente se aplica sobre el pecho, rompe los vasos sanguíneos pequeños, por lo que habrá sangrado desde el interior (teniendo como resultado hematomas en la piel y en los tejidos subyacentes por esa zona). (21)

5.- Absceso mamario: Es una colección de pus localizada en una zona de la mama que carece de apertura para drenar dicho pus. (22)

6.- Mastitis aguda: Es la Inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, acompañada o no de infección. (23)

7.- Mastitis puerperal: También llamada de mastitis lactacional o mastitis en la lactancia, es una inflamación de las glándulas mamarias que ocurre en mujeres en fase de lactancia materna. (24)

8.- Lobulitis necrosante: Son infecciones bacterianas necrosantes de los tejidos blandos. Se les llama dermohipodermatitis bacteriana necrosante con o sin miofascitis. (25)

9.- Síndrome de Sjögren: es una enfermedad que afecta las glándulas que producen humedad en el cuerpo. A menudo causa resequedad en la boca y en los ojos. También puede causar resequedad en otras partes del cuerpo que necesitan mantenerse húmedas, como la nariz, la garganta y la piel. (26)

10.- Fibroadenomas: son tumores benignos (no cancerosos) de los senos comunes y compuestos por tejido glandular y de tejido estromal (conectivo) (27)

1.5. Justificación y/o importancia

La mastitis crónica es una enfermedad de presentación variable en diferentes poblaciones y grupos etarios a nivel mundial, y en algunos casos representa un gran problema para la mujer en su entorno social, económico, además puede incluso no ser diagnosticada a tiempo como es el caso de las granulomasas específicas por *Mycobacterium tuberculosis*, entonces se hace necesaria la búsqueda de factores que puedan ayudar a predecir o prevenir la aparición de mastitis.

Las mujeres con mayor riesgo de padecer mastitis crónica por tuberculosis son aquellas que viven o están en contacto con personas tuberculosas, o que tienen su sistema inmunológico deprimido; por esto, se debe considerar que, según la OMS, el Perú tiene, después de Haití, la tasa más alta de tuberculosis de América Latina. En el último año, se contabilizó 33 mil casos de tuberculosis sensible, de los cuales el 59% se presentó en Lima. También, en la capital se concentra 82% de los casos multidrogo-resistentes (MDR), que llegan a 2 296 en todo el país, y 92% de los casos de extra-drogorresistentes (XDR), que suman 270 a nivel nacional. Lo cual indica la necesidad de realizar estudios que den a conocer acerca de la enfermedad, ya que por lo señalado anteriormente seríamos el segundo país en América Latina con riesgo de desarrollar casos de tuberculosis mamaria.

En la actualidad, los estudios de incidencia y prevalencia de esta patología en nuestra región son nulos, pero dado que se está viendo un incremento de esta desde hace algunos años, dentro de los cuales la atención aún no tiene un orden definido, ni tampoco hay un protocolo a seguir, hace que esta patología tenga un impacto socioeconómico y emocional,

muchas veces mortal en las mujeres y sobre todo en nuestra sociedad. Por todo lo descrito es de suma importancia la realización de esta investigación debida que no existen estudios en la región San Martín que describa esta patología, asociado al incremento de prevalencia de esta.

Este estudio pretende tener un gran alcance social, y de este modo poder ser una puerta abierta a más información de fácil acceso por parte de las pacientes, ya que se ha podido observar durante la práctica clínica, que esta patología puede llegar a afectar tanto física como emocionalmente a la paciente, y dada la poca información que se puede encontrar e incluso obtener dentro del hospital, este proyecto pretende tener gran relevancia.

A raíz de dicha necesidad, este proyecto se justifica desde los procesos que deben ser mejorados en cuanto a diagnóstico y tratamiento, y lo más importante, en prevención. Este proyecto se realiza porque se percibió una necesidad real que representa una posibilidad de elaborar un protocolo de manejo y atención.

Mediante el diagnóstico situacional, se podrá dar iniciativa a estudios de mayor escala, y gestionar acciones de prevención y manejo, y por ende a mejorar la calidad de vida de la población, fortaleciendo con los resultados un buen manejo de la salud pública y a elaborar protocolos de atención.

1.6. Formulación del problema

De acuerdo con la realidad que se ha descrito se llegó a formular como problema general la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el Servicio de Medicina, en el Hospital II-2 de Tarapoto, en el periodo 2018-2020?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con mastitis crónicas, atendidas en el servicio de Medicina, en el hospital II-2 de Tarapoto.

2.2. Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto

Describir la frecuencia de mastitis crónica en pacientes atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto.

Describir las características clínicas, diagnóstico, tratamiento de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto.

Establecer la asociación entre características epidemiológicas y clínicas de la mastitis crónica atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis

Debido a que no se afirma, propone o se niega que alguna de las características epidemiológicas o clínicas sean los prevalentes o la principal, la hipótesis es IMPLÍCITA

2.4. Sistemas de variables

2.4.1. Identificación de variables

A) Características Epidemiológicas:

- Edad
- Grado de instrucción

- Estado nutricional
- Zona de procedencia
- Paridad
- Antecedentes patológicos
- Contacto con TBC
- Antecedentes de mastitis
- Tiempo de lactancia materna
- Comorbilidades
- Uso de métodos anticonceptivos
- Hábitos inadecuados

B) Características clínicas

- Dolor de mama
- Signos de mastitis
- Localización de lesión
- Métodos diagnósticos
- Tratamiento
- Evolución

C) Mastitis

2.4.2. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Sub dimensiones	Indicadores	Escala
Características Epidemiológicas	estudio de la frecuencia y distribución de mastitis crónica como problema de salud.	Corresponde a la incidencia y frecuencia de mastitis crónica observada en los pacientes, a los mismos que se evalúan de acuerdo con las dimensiones e indicadores descritos a continuación.	Edad	a) 18-29 años b) 30-39 años c) 40-59 años d) > o igual a 60 años	Nominal
			Grado de Instrucción	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior universitaria e) Superior técnica	
			Estado nutricional	a) Bajo peso <18.5 b) Normopeso 19.5 a 24.9 c) Sobrepeso 25 a 24.9 d) Obesidad tipo I 30 a 34.9 e) Obesidad tipo II f) Obesidad tipo III	
			Zona de procedencia	a) Urbano b) Rural	
Características clínicas	Signos y síntomas característicos		Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara d) Gran multípara	
			Mastitis	Antecedentes patológicos	a) Traumatismo mamario b) Absceso mamario c) Mastitis aguda d) Mastitis puerperal e) TBC pulmonar f) Otros g) Ninguno
			Contacto con TBC.	a) Si b) No	
			Antecedentes de Mastitis	a) Si b) No	
			Lactancia materna	a) Si b) No	
			Tiempo de Lactancia Materna	a) 0 días b) Menos de 7 días c) 1 a 3 meses d) 4 a 6 meses e) Más de 6 meses	
			Comorbilidades	a) Diabetes mellitus b) Dislipidemia c) HTA d) Inmunosupresión e) Otras f) Ninguna	

Uso de MAC	a) Naturales b) Preservativo c) AOC d) Inyectable e) T de cobre
Hábitos Inadecuados	a) Tabaquismo b) Alcohol c) Drogas d) Sedentarismo
Dolor de Mama	a) Si b) No
Signos de Mastitis granulomatosa	a. Masa palpable Si() No() b. Eritema Si() No() c. Secreción purulenta Si() No() d. Eversión del pezón Si() No() e. Absceso Si() No() f. Fistula Si() No()
Localización de la lesión	a. Unilateral b. Bilateral
Métodos diagnósticos	a. Ultrasonografía Si() No() b. Mamografía Si() No() c. Biopsia Si() No() d. Cultivo Si() No()
Tratamiento	a. Médico b. Quirúrgico c. Otros
Evolución de la enfermedad	a. Curada b. Recidiva

III. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo descriptiva y de corte transversal, pues este estudio de pacientes con mastitis crónica se basa en la observación, además fue un tipo de investigación no experimental en el cual se ha medido dos variables y se evaluó la relación estadística entre ellas. Este estudio por el grado de cuantificación involucra los requisitos de una investigación cuantitativa, pues se recopiló y analizó datos obtenidos a través de historias clínicas.

2.2. Diseño de investigación

El diseño de estudio es observacional porque no se manipuló variables; retrospectivo debido a que los datos fueron tomados y revisados en relación con casos clínicos del año anterior; todos los casos fueron sido diagnosticados antes del inicio del estudio.

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población.

Todas las pacientes que cuenten con historias clínicas con diagnóstico de mastitis crónica, atendidas en el servicio de Medicina del Hospital II-2 Tarapoto entre el periodo 2018-2020

2.3.2. Muestra.

Pacientes con diagnóstico de mastitis crónica y que cuenten con historia clínica completa, de acuerdo con la ficha de recolección de datos del Anexo 1.

2.3.3. Tamaño de muestra. (n : 85)

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Entonces:

n: tamaño muestral buscado n: tamaño de la población

z: valor correspondiente a la distribución de gauss, $z_{\alpha=0.05} = 1.96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar, en caso de desconocerse ($p = 0.5$), que hace mayor el tamaño muestral

q: $1 - p$; entonces: $q = 100 - 50 = 50 \%$

d : error que se prevé cometer si es del 11 %, $i = 0.11$

$$\frac{(3.8416)(0.5)(0.5)}{0.0113} = n = 84.91$$
; sin embargo, de acuerdo al acceso de datos, solo se logró completar 83 HC, descritas para el resultado.

2.3.4. Muestreo.

Las HC se seleccionaron al azar del total involucradas en el estudio hasta completar las 83 unidades de muestra. Como el número de muestras es limitada, el muestreo es intencional.

Criterios de Inclusión

- Pacientes atendidas en el servicio de Medicina del Hospital II-2 Tarapoto entre el periodo 2018-2020.
- Pacientes con diagnóstico histopatológico de mastitis crónica granulomatosa.
- Pacientes con historia clínica completa.

Criterios de Exclusión

- Pacientes atendidas en otros servicios.
- Pacientes con mastitis puerperales sin caracteres granulomatosos.
- Pacientes con historias clínicas con datos incompletos o insuficientes

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica aplicada fue la observación y el análisis documental de las historias clínicas, en consecuencia, se empleó la ficha de recolección de datos como instrumento.

2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el plan de análisis se utilizó las fichas de registro: ficha de recolección de datos. Para el ordenamiento de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel con su complemento analítico. La información captada fue revisada por el asesor del estudio. La base de datos elaborada en la hoja de cálculo de Excel, fueron ingresados y procesados con el programa estadístico SPSS 27 para Windows, cuyos resultados se presentaron en tablas, a partir de las cuales se obtuvo las conclusiones sobre el tema.

IV. RESULTADOS

Tabla 2. Características sociodemográficas de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Sexo	N	%
Femenino	83	100%
Edad	N	%
18-29 años	29	34,9%
30-39 años	27	32,5%
40-59 años	24	28,9%
>= a 60 años	3	3,6%
Zona de procedencia	N	%
Urbano	49	59%
Rural	34	41%
Grado de instrucción	N	%
Primaria	13	15,7%
Secundaria	49	59%
Superior universitaria	1	1,2%
Superior técnica	20	24,1%
Ocupación	N	%
Desempleada	1	1,2%
Estudiante	8	9,6%
Ama de casa	42	50,6%
Comerciante	27	32,5%
Empresaria	5	6%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con el análisis de la tabla 2 se ha evidenciado que para el estudio se ha trabajado con una muestra 100 % de mujeres, con edad comprendida mayoritariamente entre los 18-29 años (34,9 %) provenientes de la zona urbana 59 %, con grado de instrucción secundaria del 59 % en su mayoría que se dedican a ser amas de casa 50,6 %.

Tabla 3. Características epidemiológicas de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Estado nutricional	N	%
Normopeso 19.5 a 24.9	29	34,9%
Sobrepeso 25 a 24.9	42	50,6%
Obesidad tipo I 30 a 34.9	11	13,3%
Obesidad tipo II	1	1,2%
Paridad	N	%
Nulípara	10	12%
Primípara	18	21,7%
Múltipara	49	59%
Gran múltipara	6	7,2%
Antecedentes patológicos	N	%
Ninguno	41	49,4%
Traumatismo mamario	3	3,6%
Absceso mamario	13	15,7%
Mastitis aguda	17	20,5%
Mastitis puerperal	4	4,8%
TBC pulmonar	1	1,2%
Otros	4	4,8%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con la tabla 3, las características epidemiológicas pertenecientes a las pacientes atendidas comprenden que el estado nutricional alcanzó un nivel de sobrepeso predominantemente en el 50,6 % , siendo las mismas con un registro múltiparas del 59 % con ningún antecedente patológico predominantemente del 49,4 % , no obstante, se registró la mastitis aguda, absceso mamario y mastitis puerperal en 20,5 % , 15,7 % y 4,8 % respectivamente.

Tabla 4. Clínica de mastitis crónica granulomatosa en pacientes atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Masa palpable	N	%
No	2	2,4%
Si	81	97,6%
Eritema	N	%
No	8	9,6%
Si	75	90,4%
Secreción purulenta	N	%
No	42	50,6%
Si	41	49,4%
Eversión del pezón	N	%
No	78	94,0%
Si	5	6,0%
Absceso	N	%
No	40	48,2%
Si	43	51,8%
Fistula	N	%
No	81	97,6%
Si	2	2,4%
Localización de la lesión	N	%
Unilateral	78	94,0%
Bilateral	5	6,0%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con la tabla 4 se ha registrado los signos clínicos de la mastitis granulomatosa en relación con la masa palpable, donde se registró en el 97,6 % de las pacientes, de igual manera se registraron los eritemas en el 90,4 %, con secreción purulenta en el 49,4 %, además, en el 94 % no se registró una eversión del pezón, de igual manera los abscesos estuvieron presentes en el 51,8 % de las pacientes, por otro lado las fístulas sólo se registraron en el 2,4 %, finalmente, la localización de la lesión fue unilateral 94 %.

Tabla 5. Características clínicas de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Contacto con TBC	N	%
No	79	95,2%
Si	4	4,8%
Antecedentes de mastitis	N	%
No	42	50,6%
Si	41	49,4%
Lactancia materna	N	%
No	83	100%
Tiempo de lactancia materna	N	%
0 días	83	100%
Hábitos inadecuados	N	%
Alcohol	1	1,2%
Sedentarismo	82	98,8%
Dolor de mama	N	%
No	3	3,6%
Si	80	96,4%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con la tabla 5 las características clínicas de mayor consideración para el estudio fue el antecedente de mastitis con 49,4 % de las pacientes, de igual manera la ausencia de lactancia materna en el 100%, es decir la ausencia en días, además el hábito de mayor prevalencia fue el sedentarismo en el 98,8 % y el alcohol en el 1,2 %, finalmente la regularidad o frecuencia del dolor de mama fue en el 96,4 % respectivamente.

Tabla 6. Comorbilidades de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Respuestas	f	%
Otras	4	4,8%
Diabetes mellitus	1	1,2%
Dislipidemia	2	2,4%
HTA	0	0
Inmunosupresión	5	6,0%
Ninguna	74	89,2%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con la tabla 6 se ha evidenciado que no se han presentado mucho porcentaje de comorbilidades comunes como la diabetes, dislipidemia, HTA o inmunosupresión, sino por el contrario la mayoría de pacientes no ha presentado ninguna afección asociada 89,2 %.

Tabla 7. Uso de métodos anticonceptivos de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

	N	%
Naturales	43	51,8%
Preservativo	3	3,6%
Anticonceptivos orales	9	10,8%
Inyectable	25	30,1%
T de cobre	3	3,6%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con la tabla 7, el uso de métodos anticonceptivos más prevalentes en los pacientes fue métodos naturales 51,8 %, de igual manera fueron los inyectables en 30,1 %, contrario a la realidad que se espera solo el 3,6 % hace uso de preservativos pese a su costo y facilidad.

Tabla 8. Diagnóstico según método utilizado de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Ultrasonografía	N	%
No	2	2,4%
Si	81	97,6%
Mamografía	N	%
No	45	54,2%
Si	38	45,8%
Biopsia	N	%
No	47	56,6%
Si	36	43,4%
Cultivo	N	%
No	78	94,0%
Si	5	6,0%
Otros	N	%
No	58	69,9%
Si	25	30,1%

Nota: Tabulación de SPSS27

De acuerdo con la tabla 8 se ha evidenciado que los procedimientos para la determinación de los diagnósticos fueron el uso de ultrasonido en 97,6 %, de igual manera las mamografías fueron 45,8 % y biopsia 43,4 % respectivamente, garantizando el procedimiento de intervención.

Tabla 9. Tratamiento de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2018-2020

Médico	N	%
No	1	1.2%
Si	82	98.8%
Quirúrgico	N	%
No	82	98.8%
Si	1	1.2%
Otros	N	%
No	77	92.8%
Si	6	7.2%

Nota: Tabulación de SPSS27

La tabla 9 evidencia que los tratamientos con mayor recurrencia de la Mastitis crónica fue el tratamiento médico 98,8 %, lo que abarca mayoritariamente antibióticos, seguido de corticoides y analgésicos, lo cual implica una mayor participación y necesidad de intervención de tratamientos.

Tabla 10. Asociación entre características epidemiológicas y clínicas de la mastitis crónica atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 Tarapoto, periodo 2018-2020

		Antecedentes de mastitis	Ninguna	Dislipidemia	Otras	Uso de métodos anticonceptivos	Dolor de mama	Eritema	Secreción purulenta	Eversión del pezón	Absceso	Ultrasonografía	Mamografía	Cultivo
Edad	rho	-,033	,329**	,230*	-,270*	-,019	-,226*	-,288**	,053	-0.114	-0.118	-,230*	,277*	-,239*
	p	,764	,002	,036	,013	,864	,040	,008	,634	,306	,289	,036	,011	,030
Zona de procedencia	rho	-,088	,041	-,131	,054	-,008	-,101	-,226*	-,088	-,108	-,079	-,029	-,028	-,211
	p	,429	,711	,238	,627	,944	,363	,040	,429	,331	,477	,796	,803	,056
Grado de instrucción	rho	,036	-,125	-,030	,123	,172	,023	-,015	,127	,207	,047	,145	-,011	,207
	p	,747	,259	,789	,268	,119	,837	,890	,252	,060	,670	,190	,922	,060
Estado nutricional	rho	,077	-,096	,061	,006	,133	,056	,089	,195	-,149	-,042	,067	,167	-,005
	p	,486	,390	,582	,955	,232	,613	,423	,078	,179	,709	,549	,131	,967
Paridad	rho	-,028	,117	,184	-,144	,216*	-,101	-,013	,241*	-,142	-,010	-,082	,259*	-,256*
	p	,799	,293	,097	,193	,050	,366	,904	,028	,200	,927	,463	,018	,020
Ocupación	rho	-,014	-,118	-,083	,166	,317**	-,102	,090	,127	,054	,057	,083	-,022	-,031
	p	,898	,287	,458	,133	,004	,360	,421	,252	,626	,607	,458	,843	,779
Antecedentes patológicos	rho	,742**	-,156	,056	-,073	-,042	,095	,020	,283**	-,238*	,249*	,148	-,218*	-,112
	p	,000	,158	,613	,512	,709	,390	,857	,010	,030	,023	,182	,048	,312

Nota: Correlación mediante Rho Spearman SPSS27.

La tabla 10 evidencia que la edad como característica epidemiológica no se relaciona con ninguna comorbilidad, la dislipidemia con un coeficiente ($p < .050$), de igual manera, se correlaciona de manera significativa con los métodos de diagnósticos utilizados ($p < .050$), por su parte sólo la procedencia se correlacionó con la presencia de eritema. La paridad se relacionó con el uso de los métodos anticonceptivos, y los métodos diagnósticos; en lo que respecta a la ocupación está fuertemente relacionado con el uso de métodos anticonceptivos ($p = ,004$) finalmente, los antecedentes patológicos estuvieron directamente relacionados con los antecedentes de mastitis ($p = ,000$; $\rho = ,742$) lo que se ajusta a un nivel alto de correlación.

V. DISCUSIÓN

En relación con las características sociodemográficas de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2, se ha evidenciado que estuvieron comprendidas entre las edades de 18-29 años (34,9 %) provenientes de la zona urbana 59 %, con grado de instrucción secundaria y dedicadas a ser amas de casa, mientras tanto alcanzaron un nivel de sobrepeso predominantemente 50,6 % , siendo las mismas con un registro de multíparas del 59 % donde se registró la mastitis aguda, absceso mamario y mastitis puerperal en 20,5 %, 15,7 % y 4,8 % respectivamente de acuerdo a la tabla N° 03, a todos estos datos expuestos, muestra relación con lo presentado por Celedonio M, et al. (12), quienes evalúan a una población con una media de edad similar al estudio, donde la tumoración era flogótica y de consistencia variada, sin adenopatía axilar; el diagnóstico de la biopsia fue proceso inflamatorio crónico granulomatoso consistente con etiología tuberculosa. Todas tuvieron evolución favorable pos-tratamiento antituberculoso y quirúrgico, si bien los datos se semejan con la muestra los resultados a nivel descriptivo, presentan diferencias, las mismas, que son relacionados con la cantidad de muestra utilizada, la técnica de recolección y el muestreo aplicado, En relación con lo descrito resulta prudente que se planteen medios y estrategias para la intervención temprana de diversas sintomatologías.

De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio, la frecuencia de mastitis crónica en pacientes atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, ha registrado la sintomatología de la mastitis granulomatosa en relación con la masa palpable, donde se registró en el 97,6 % de las pacientes, de igual manera se registraron los eritemas en el 90,4 %, con secreción purulenta en el 49,4 %, además, en el 94 % no se registró una eversión del pezón, de igual manera los abscesos estuvieron presentes en el 51,8 % de las pacientes, de acuerdo a la tabla N° 04, estos resultados guardan relación con los datos obtenidos por Torregroza E, et al. (6) y Pérez J, et al. (7), donde la manifestación clínica más frecuente fue la aparición de masa inflamatoria en el seno. El hallazgo principal del estudio fue la asociación de mastitis granulomatosa crónica lobular idiopática con cáncer del seno contralateral y la infección con virus de inmunodeficiencia humana, asociación no descrita en la literatura mundial, de igual manera quienes encontraron que la presentación clínica más frecuente fue absceso mamario en 9/14. Se realizó estudio imagenológico en

11/14 casos mediante mamografía en 7/14 y ecografía en 10/14. Las muestras para estudio histopatológico fueron obtenidas por biopsia percutánea en 8/14 y quirúrgica en 6/14. Se realizó tratamiento corticoidal con prednisona en 12/14 pacientes logrando buena respuesta en todos los casos. Se presentaron 2 recidivas durante el seguimiento que comprende un promedio de 28 meses. Concluyendo que la presentación clínica de las mastitis fue similar a la reportada en la literatura. La respuesta al tratamiento cortico-esteroidal logró el control de la enfermedad en todos los casos. Las reacciones adversas al tratamiento fueron menores y las 2 recidivas fueron de menor magnitud y duración respecto al cuadro inicial. Estos resultados guardan relación debido a que se establecieron criterios para la recolección de la información mediante mecanismos oportunos para el diagnóstico, además de la revisión bibliográfica relacionadas con la necesidad poblacional.

En lo que respecta a las características clínicas, diagnóstico, tratamiento de las pacientes con mastitis crónicas atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 de Tarapoto, de manera descriptiva los datos presentan que las características clínicas de mayor consideración para el estudio fue el antecedente de mastitis con 49,4 % de las pacientes, de igual manera la ausencia de lactancia materna en el 100%, además el hábito de mayor prevalencia fue el sedentarismo en el 98,8 % y el alcohol en el 1,2 %, con dolor de mama en el 96,4 % de estas, de acuerdo a la tabla N° 05, siendo las comorbilidades asociadas poco frecuentes. Estas han utilizado en su mayoría métodos anticonceptivos naturales que en su mayoría ha hecho uso de servicios médicos, los datos expresados guardan relación con los planteados por Cabrera G. et al. , quienes acudieron por tumoraciones mamarias, dolorosas en la mitad de los casos, además a todas las pacientes se les realizó mamografía, ecografía mamaria y axilar, biopsia con aguja gruesa para obtener 3 cilindros destinados a estudio anatomopatológico y microbiológico que llegaron a concluir que la mastitis granulomatosa reúne características clínicas y radiológicas que coinciden con las del cáncer de mama, pero su tratamiento es muy diferente. Solamente el diagnóstico histológico definitivo permite pautar el tratamiento adecuado y evitar así una intervención quirúrgica innecesaria. (8), junto con Guio JI, et al. (8), que concluyeron que la mastitis idiopática es una enfermedad crónica, su diagnóstico es histopatológico, tiene amplio espectro de características clínicas y puede simular enfermedad maligna, por otro lado los datos que se describen urge la necesidad de, si bien no representa una afección significativa, altera el bienestar e integridad de la paciente, y si no es intervenida oportunamente genera distintas complicaciones, razón por la que, es necesario una mejora

en las políticas públicas de inversión al igual que una mayor capacitación por parte la atención previa durante y después de los procesos de parto.

En lo que respecta a la asociación entre características epidemiológicas y clínicas de la mastitis crónica atendidas en el servicio de Medicina del hospital II-2 Tarapoto, los antecedentes patológicos estuvieron directamente relacionados con las características clínicas en pacientes con mastitis ($p=,000$; $\rho =,742$) lo que se ajusta a un nivel alto de correlación, además de la aceptación de la hipótesis implícita en el estudio, guardan relación con lo planteado por Pinto M.E. et al. (10), quienes en el momento del diagnóstico, hubo una paciente gestante que se encontraba en su séptimo mes de embarazo y 2 pacientes (7,1%) que se encontraban dando de lactar. El resto de las pacientes habían dejado de dar de lactar hacía más de 4 años. Una paciente tenía antecedente de tuberculosis pulmonar (con tratamiento completo 10 años antes del diagnóstico). La ubicación más frecuente de la lesión fue a nivel del cuadrante superior externo y en cuadrantes superiores, en 18 (64,3%) pacientes. La afectación fue unilateral en todos los casos y la mama derecha fue la más afectada en 18 (64,3%) pacientes. La forma de presentación más frecuente fue tumor mamario y dolor en 26 (92,9%) pacientes, seguido por absceso mamario en 21 (75%). En relación con los estudios de imagen, se realizó mamografía solo a 12 (42,85%) pacientes, que fueron informadas como BIRADS IV en 6 (50%). La ecografía mamaria fue realizada en las 28 (100%) pacientes, mostrando colecciones y/o procesos inflamatorios de tipo inespecífico. A todas las pacientes se les realizó cultivo para gérmenes comunes, identificándose *Staphylococcus aureus* multirresistente en 4 (14,8%) casos, que no mejoraron tras tratamiento. En este estudio no se identificó en ningún caso *Corynebacterium*. En todos los casos se contó con estudio de histopatología, a través del cual se definió la Mastitis Granulomatosa Tuberculosa. Se realizó tumorectomía completa de la lesión previa al inicio del tratamiento antituberculoso en 24 casos (85,8%), de igual manera León CW, et al. (11), el cultivo de secreción mamaria para gérmenes comunes fue positivo en 4.55% de pacientes. Se empleó tratamiento médico inicial, con antibióticos para gérmenes comunes en todas las pacientes; se empleó corticoterapia en 29.55%, tratamiento específico en 26.14% y tratamiento quirúrgico en 30.68% de casos. El 45.45% de pacientes presentó recidiva a pesar del tratamiento. En 68.18% de casos se trató de mastitis granulomatosa infecciosa no tuberculosa, en 13.64% fue una mastitis granulomatosa tuberculosa, y en 18.18% fue mastitis granulomatosa idiopática.

De un análisis de los datos, es importante manifestar que se ha presentado una serie de limitantes para el estudio, como la ausencia de una muestra significativa y representativa de la población sanmartinense, que, para futuros estudios es necesario su ampliación y homogenización, por otro lado, el uso de diversos instrumentos podrá ser necesario para el diagnóstico, finalmente, representa prudente el establecimiento de nuevos criterios predictivos que dan paso a conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con mastitis crónica en la provincia de San Martín.

VI. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de los pacientes fueron 100 % del sexo femenino, entre los 18 y 29 años, de procedencia urbana, con secundaria completa y ocupación ama de casa. De igual manera, fueron presentados en su mayoría con estado nutricional sobrepeso, múltipara, con ningún antecedente patológico.
- La sintomatología más frecuente de la mastitis estuvo presente de manera significativa, siendo la masa palpable en 97,6 %, de igual manera el 94 % no evidencia una eversión de pezón con lesiones localizadas unilateralmente.
- Con respecto a las características clínicas, presentaron antecedentes de mastitis casi en el 50 %, con 0 días de lactancia y presencia de dolor de las mamas, con respecto a la comorbilidad no se relacionaron con las comunes, siendo los métodos anticonceptivos naturales el de mayor uso (51,8 %), finalmente los métodos de diagnóstico más utilizados fueron la ultrasonografía y mamografía, y el tratamiento médico fue el más utilizado.
- Se ha demostrado que existe correlación entre las características epidemiológicas (edad, procedencia, paridad y ocupación) con las características clínicas de mastitis, siendo estos significativas con un $p < 0,050$.
- De manera general las pacientes con mastitis crónicas no presentaron ninguna comorbilidad en un 89,2% y tuvieron antecedentes de mastitis en el 49% donde se evidenciaron relación con aspectos sociodemográficos.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a futuros investigadores que amplíen el número de instituciones de salud a fin de que se abarque en mayor medida la muestra, permitiendo de esta manera que se establezcan una estandarización a nivel de la provincia y región.
- Se recomienda a los tesisistas desarrollar investigaciones que correlacionen pacientes con mastitis crónicas y factores asociados a tuberculosis mamaria, permitiendo así ampliar el estudio, hacerlo más dirigido a dicha etiología y comprender en mejor medida el tipo de tratamiento y el abordaje a realizar.
- Establecer en futuros estudios patrones predictivos para la prevalencia de mastitis crónica, a fin de desarrollar promoción o planes de intervención que garanticen la reducción de estos índices.
- Se sugiere a los establecimientos de salud, tomar en consideración los resultados del estudio para desarrollar acciones que se orienten a prevenir la sintomatología, dado que es necesario su abordaje temprano a fin de garantizar el bienestar de las pacientes y establecer un plan de tratamiento oportuno y adecuado.
- En futuros estudios analizar las diferencias significativas a nivel de factores clínicos y sociodemográficos con diversas instituciones de servicios de salud público, además de clasificar su epidemiología.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Khaffaf B, Knox F, Bundred NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: a 25-year experience. *J Am Coll Surg* [Internet]. febrero de 2008 [citado 20 de agosto de 2021];206(2):269–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18222379/>
2. Vargas-Hernández VM. Mastitis granulomatosa idiopática. *Rev del Hosp Juárez México* [Internet]. 2014 [citado 20 de agosto de 2021];81(3):174–81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju143g.pdf>
3. Taylor GB, Paviour SD, MUSAAD S, Jones WO, Holland DJ. A clinicopathological review of 34 cases of inflammatory breast disease showing an association between corynebacteria infection and granulomatous mastitis - PubMed. *Pathology* [Internet]. abril de 2003 [citado 20 de agosto de 2021];35(2):109–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745457/>
4. Pérez-Badillo MP, Villaseñor-Navarro Y, Pérez-Zúñiga I, Pavón-Hernández C, Cruz.Morales R, Aguilar-Cortázar L. Mastitis granulomatosa idiopática, la gran imitadora del cáncer de mama. *Gac Mex Oncol* [Internet]. agosto de 2012 [citado 22 de agosto de 2021];11(4):238–45. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X166592011254487X>
5. Gonzales DJ, Campos G, Ramírez R. Características clínicas de la tuberculosis mamaria en pacientes atendidas en un servicio de ginecoobstetricia, 2002- 2011. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2013 [citado 22 de agosto de 2021];59(2):107–13. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200005
6. Torregroza-Diazgranados E, Gómez MC, Viaña LF, Figueroa JD. Mastitis granulomatosa crónica lobular idiopática: una patología vigente. *Rev Colomb Cirugía* [Internet]. abril de 2007 [citado 20 de agosto de 2021];22(2):83–90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v22n2/v22n2a3.pdf>
7. Pérez JA, Bohle J, Sánchez G, Carrasco C, Mariángel P. Mastitis granulomatosa idiopática: Diagnóstico y tratamiento en 14 casos. *Rev Chil cirugía* [Internet].

- agosto de 2007 [citado 20 de agosto de 2021];59(4):259–63. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000400003
8. Guio JI, Cruz ÁR, Pérez JE. Mastitis granulomatosa: presentación clínica, imagenológica e histológica. Serie de casos | Revista Repertorio de Medicina y Cirugía. *Repert Med y Cirujía* [Internet]. 2016 [citado 22 de agosto de 2021];25(4):235–40. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/113>
 9. Khanna R, Prasanna G, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna A. Mammary tuberculosis: report on 52 cases. *Postgrad Med J* [Internet]. 2002 [citado 22 de agosto de 2021];78(921):422–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12151660/>
 10. Pinto ME, Rodriguez L, Bautista F, Santa Cruz E, Carrera D. Mastitis crónica granulomatosa tuberculosa. Diagnóstico y tratamiento en 28 casos. *Rev Senol y Patol Mamar - J Breast Sci* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 20 de agosto de 2021];27(1):27–33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-mastitis-cronica-granulomatosa-tuberculosa-diagnostico-S0214158213000819>
 11. León W. Aspectos clínicos y epidemiológicos de la mastitis crónica granulomatosa en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado entre los años 2013 al 2017 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5537/MDleccw.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. Celedonio M, Espino M, Angelino B, García R, Espinoza J, Moscoso M. Tuberculosis mamaria. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2000 [citado 22 de agosto de 2021];46(3):279–80. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1427>
 13. Going J, Anderson T, Wilkinson S, Chetty U. Granulomatous lobular mastitis. *J*

- Clin Pathol [Internet]. 1987 [citado 22 de agosto de 2021];40(5):535–40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3584506/>
14. Takano J, Prialé P. Mastitis crónica granulomatosa idiopática: reporte de un caso. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. octubre de 2010 [citado 22 de agosto de 2021];27(4):635–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000400022
 15. Altintoprak F, Karakece E, Kivilcim T, Dikicier E, Cakmak G, Celebi F, et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis: An Autoimmune Disease? *Sci World J* [Internet]. 2013 [citado 22 de agosto de 2021];2013(148727). Disponible en: </pmc/articles/PMC3777118/>
 16. Mata S, Landaeta ME, Colella MT, Pineda V, Dawaher J, Pardi G, et al. Histoplasmosis Mamaria. Estudio de una Serie de Casos. *Inf Médico* [Internet]. 2014 [citado 22 de agosto de 2021];16(2):71–4. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_im/article/view/7136
 17. Pandey TS, Mackinnon JC, Bressler L, Millar A, Marcus EE, Ganschow PS. Idiopathic Granulomatous Mastitis—A Prospective Study of 49 Women and Treatment Outcomes with Steroid Therapy. *Breast J* [Internet]. 27 de marzo de 2014 [citado 22 de agosto de 2021];20(3):258–66. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tbj.12263>
 18. Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Cotran RS. Pathologic basis of disease [Internet]. 10^a ed. Robbins SL (Stanley L, editor. Philadelphia: Elsevier; 1999 [citado 22 de agosto de 2021]. 1–925 p. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/robbins-and-cotran-pathologic-basis-of-disease/kumar/978-0-323-53113-9>
 19. Martínez-Ordaz JL, Luque-De-León E, Suárez-Moreno MR, Blanco-Benavides R. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. 2003 [citado 22 de agosto de 2021];139(2):144–51. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032g.pdf>
 20. Cholvi M. Adenopatía: definición- localización- orígenes y causas de esta inflamación [Internet]. Elsevier. 2017 [citado 22 de agosto de 2021]. p. 510.

- Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/adenopatia-definicion-localizacion-origenes-y-causas-de-esta-inflamacion>
21. Dexeus Mujer. Patología mamaria benigna [Internet]. 2017 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/ginecologia/patologia-mamaria-benigna>
 22. CCM-Salud. Absceso mamario - Síntomas [Internet]. 2016 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/7894-absceso-mamario-sintomas>
 23. Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez M, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al día. Actualización [Internet]. 2016 [citado 22 de agosto de 2021]; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf
 24. Vayas R, Carrera L. Actualización en el manejo de las Mastitis Infecciosas durante la Lactancia Materna. Rev Clínica Med Fam [Internet]. febrero de 2012 [citado 22 de agosto de 2021];5(1):25–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 25. Parra P, Pérez S, Patiño ME, Castañeda S, García JA. Actualización en fascitis necrotizante. Semin la Fund Española Reumatol [Internet]. 1 de abril de 2012 [citado 22 de agosto de 2021];13(2):41–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-actualizacion-fascitis-necrotizante-S1577356611001205>
 26. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. Síndrome de Sjögren [Internet]. MedlinePlus. National Library of Medicine; 2021 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sjogrenssyndrome.html>
 27. Martínez-Ramos D, Alcalde-Sánchez M, Peñas-Pardo L, Salvador-Sanchis JL. Los fibroadenomas mamarios también pueden contener lesiones premalignas y malignas. Cirugía Española [Internet]. 1 de julio de 2009 [citado 22 de agosto de 2021];86(1):51–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-los-fibroadenomas-mamarios-tambien-pueden-S0009739X09001286>

IX. ANEXOS

Anexo 1:

Ficha de recolección de Datos

Características Clínicas y Epidemiológicas de Pacientes con Mastitis Crónica Atendidas en el Servicio de Medicina, en el Hospital II-2 Tarapoto, Periodo 2018-2020

Nº de Ficha:.....

Historia Clínica:.....

A,- DATOS GENERALES:

1) Edad,

- a) 18-29 años
- b) 30-39 años
- c) 40-59 años
- d) > o igual a 60 años

2) Zona de procedencia:

- a) Urbano
- b) Rural

3) Grado de Instrucción:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior universitaria
- e) Superior técnica

4) Estado nutricional:

- a) Bajo peso <18,5
- b) Normopeso 19,5 a 24,9
- c) Sobrepeso 25 a 24,9
- d) Obesidad tipo I 30 a 34,9
- e) Obesidad tipo II

f) Obesidad tipo III

5) Paridad:

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara
- d) Gran multípara

6) Ocupación:

- a) Desempleada
- b) Estudiante
- c) Ama de casa
- d) Comerciante
- e) Empresaria
- f) Otros _____

B,- ANTECEDENTES PERSONALES:

1, Antecedentes patológicos,

- a) Traumatismo mamario
- b) Absceso mamario
- c) Mastitis aguda
- d) Mastitis puerperal

- e) TBC pulmonar
- f) Otros
- d) Ninguno

2, Contacto con TBC

- a) Si
- b) No

3, Antecedentes de mastitis,

- a) Si
- b) No

3, Lactancia materna,

- a) Si
- b) No

4, Tiempo de lactancia materna,

- a) 0 días
- b) Menos de 7 días
- c) 1 a 3 meses
- d) 4 a 6 meses
- e) Más de 6 meses

5, Comorbilidades,

- a) Ninguna
- b) Diabetes mellitus
- c) Dislipidemia
- d) HTA
- e) Inmunosupresión
- f) Otras _____

6, Uso de Métodos Anticonceptivos,

- a) Naturales
- b) Preservativo
- c) Anticonceptivos orales
- d) Inyectable
- e) T de cobre

7, Hábitos inadecuados,

- a) Tabaquismo
- b) Alcohol
- c) Drogas
- d) Sedentarismo

C,- ENFERMEDAD ACTUAL:

1, Dolor de mama,

- a) Si
- b) No

2, Signos de mastitis granulomatosa:

- a, Masa palpable Si() No()
- b, Eritema Si() No()
- c, Secreción purulenta Si() No()
- d, Eversión del pezón Si() No()
- e, Absceso Si() No()
- f, Fistula Si() No()

3, Localización de la lesión,

- a, Unilateral
- b, Bilateral

4, Métodos diagnósticos,

- a, Ultrasonografía Si() No()
- b, Mamografía Si() No()
- c, Biopsia Si() No()
- d, Cultivo Si () No ()
- e, Otros:

2. Tratamiento:

- a) Médico
- b) Quirúrgico
- c) Otros

6, Evolución de la enfermedad,

b, Recidiva

a, Curada

Validado por : Médico Infectólogo Dr Luis Gerardo Pacheco Chávez, Blgo Mcdlg Heriberto Arévalo, Dra Nidia Ubelina Calderón.