

ALTERACIONES BENIGNAS DE LA MAMA

Juan Luis Aboites Lucero / Efraín A. Medina Villaseñor / Blanca Estela Vega Reyes

En una clínica de mama es abrumadora la cantidad de mujeres que consultan por alteraciones benignas de la mama, donde una de las causas más frecuentes es la mastalgia, siguiéndole las tumoraciones benignas. Muchas veces las pacientes consultan o son enviadas por temor a padecer un proceso maligno. Es muy importante que el clínico de primer contacto, conozca bien estas alteraciones para poder orientar adecuadamente a estas pacientes y referir a tiempo a un centro especializado en caso de sospechar malignidad.

Al palpar una mama encontramos grandes variaciones entre una paciente y otra; mamas más densas que otras, nodulares o más sensibles, que están dentro del espectro de lo normal. Es común que se emplee el término enfermedad fibroquística o cambios fibroquísticos para describir estas variaciones, sin embargo ese término es anatómico-patológico por lo que no debería de usarse.

ALTERACIONES CONGÉNITAS

Tanto en las mujeres como en los hombres podemos encontrar pezones supernumerarios entre el 1 y 5% de la población, apareciendo a lo largo de la línea mamaria, aunque el sitio más común es por debajo de la mama. También puede aparecer tejido mamario accesorio comúnmente en la parte baja de la axila, salvo por cuestiones estéti-



Figura 34-1. Pepeón supernumerario.

cas no requieren tratamiento, aunque pueden presentarse las mismas alteraciones que en la mama normal. (Fig 34-1)

Es normal también algún grado de asimetría mamaria, por lo regular la mama izquierda es de mayor tamaño. Rara vez, pero se puede encontrar hipoplasia uni o bilateral generalmente asociada a ausencia o hipoplasia de los músculos pectorales. El síndrome de Poland consiste en hipoplasia o ausencia de la mama, alteraciones en los músculos pectorales y deformidad de la extremidad torácica.

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO

El crecimiento mamario empieza hacia los 10 años y puede ser asimétrico al inicio, por lo que una masa asimétrica a esta edad es normal y no

se deben tomar biopsia porque se puede dañar el desarrollo mamario. Durante la adolescencia puede ocurrir un crecimiento excesivo a lo que se llama hipertrofia juvenil mamaria, sin otras alteraciones agregadas ocasionando dolor y molestia, por lo que está indicada la mastoplastia de reducción. Cuando el crecimiento excesivo es unilateral puede ser debido al denominado fibroadenoma juvenil de la mama, el tratamiento es igual que los demás fibroadenomas (Fig. 34-2).

MASTALGIA

El dolor mamario afecta al 80% de las mujeres cuando menos alguna vez a lo largo de su vida. Se han hecho estudios clínicos midiendo los niveles hormonales entre las que padecen mastalgia y las que no, sin encontrar diferencias; a pesar de ello se piensa que el origen de la mastalgia es hormonal. La mastalgia no es un signo común de un proceso maligno o algún otro padecimiento de la mama y la mayoría de las veces se le considera algo trivial por parte del médico, pero a muchas mujeres les causa ansiedad o puede ser incluso incapacitante.

La mastalgia se clasifica en cíclica y no cíclica. Lo primero es determinar de qué tipo de mastalgia se trata.

Mastalgia Cíclica:

- Varía con el ciclo menstrual, se incrementa progresivamente hacia el medio ciclo y nor-

malmente desaparece con la menstruación.

- Normalmente se localiza en los cuadrantes superoexternos
- Es bilateral
- La paciente siente pesantes y endurecimiento.

La mastalgia no cíclica es definida como un dolor que no varía con el ciclo menstrual, puede ser continuo o intermitente y es más común después de los 40 años.

- Es usualmente unilateral, localizada en alguna parte de la mama; comúnmente retro areolar.
- La paciente lo describe como un dolor urente o punzante.
- Esta mas relacionado con algún otro proceso benigno como quistes, ectasia ductal o fibroadenomas.
- Puede estar relacionado con problemas extramamarios como la costochondritis.

Tratamiento

Lo primero es tranquilizar a la paciente en el sentido de que estos síntomas por lo general no están asociados a neoplasia maligna. Dependiendo de la edad se solicita ultrasonido mamario o mastografía. En la mastalgia cíclica y sin altera-



Figura 34- 2. Fibroadenoma juvenil.

ciones en la exploración sobre todo en mujeres jóvenes, no es necesario realizar ultrasonido.

En el manejo de la mastalgia es conveniente pedirle a la paciente que apunte el tiempo y las características del dolor, realizando un diagrama de al menos 2 meses para poder determinar mejor si se trata de mastalgia cíclica o no cíclica. Se les debe recomendar el uso de sostén adecuado, este debe de ser firme y por ejemplo el sostén deportivo ayuda a disminuir la molestia, al usarlo por la noche. No hay evidencia actual de que los cambios en la dieta como evitar alimentos como oleaginosas, café, chocolate y el prescribir vitaminas como la B y la E mejoren la mastalgia u otros procesos benignos. Sin embargo algunas pacientes sienten mejoría con esto que pudiera ser más efecto placebo.

Hay evidencia por algunos estudios randomizados que el aceite de primavera nocturna, reduce la mastalgia, una flor que es rica en un aceite que contiene un ácido graso esencial, el ácido gámmalémico a dosis de 1g 2 a 3 veces al día, por 2- 3 meses. El uso de analgésicos simples como el paracetamol, ibuprofeno o AINES tópicos mejoran el dolor en la mastalgia cíclica. Los diuréticos y los progestágenos tópicos no han mostrado eficacia.

En algunas mujeres el dolor disminuye o desaparece con el uso de anticonceptivos orales, aunque en otras al contrario con su uso aumenta el dolor, esto al parecer está en relación con la dosis de estrógeno.

Para las pacientes en que el dolor no mejora con estas medidas, está indicado el uso de bromocriptina, danazol o tamoxifeno, que sin embargo por los efectos secundarios de estos medicamentos, las pacientes deben estar en vigilancia por el especialista en mama, el ginecólogo o endocrinólogo.

Se recomienda iniciar con danazol 100 a 200mg diarios después reducir a 100mg diarios, si hay respuesta el tratamiento debe ser por 6 meses, si no hay respuesta ensayar con bromocriptina a dosis inicial de 1.25mg por la noche por 3 días después 1.25mg c 12hrs e ir incrementando la dosis hasta obtener mejoría o llegar a

2.5mg cada 12hrs. Si no hay respuesta se debe cambiar a tamoxifeno. Algunas medidas alternas son terapias de relajación y acupuntura.

TUMORACIONES BENIGNAS

Nodularidad Localizada

La nodularidad localizada es un hallazgo común sobre todo en pacientes jóvenes. Esta es generalmente localizada en los cuadrantes superoexternos. La nodularidad es usualmente un cambio fisiológico.

La nodularidad en mujeres menores de 30 años que es simétrica y cíclica, debe ser manejada con vigilancia y revaloración en 3 meses. Solo si hay algún cambio significativo se procederá a realizar los exámenes complementarios.

La nodularidad o engrosamientos asimétricos deben ser evaluados junto con mastografía y ultrasonido mamario sobre todo en las mujeres mayores de 30 años y dependiendo de los hallazgos se valora el referir a la paciente con el especialista; pero aún ante hallazgos normales por imagen, ante la presencia de nodularidad asimétrica está indicada la biopsia por aguja fina o trucut.

Fibroadenoma

El fibroadenoma es un cambio focal del tejido mamario que ocurre debido al sobre crecimiento del estroma y epitelio mamario. Los fibroadenomas representan el 12% de todas las tumoraciones mamarias. Tienen su pico de incidencia entre los 21 y 25 años y menos del 5% de los casos se presentan en mujeres mayores de 50 años. La causa es desconocida pero otra vez se piensa que las hormonas juegan un papel importante. Pueden ser de milímetros que no sean palpables; los palpables se caracterizan por ser redondos u ovales, móviles y de consistencia firme y ahulada; se puede presentar dolor y aumento en la sensibilidad sobre todo premenstrualmente.

Los fibroadenomas pueden variar en los estudios por imagen. Muchas veces no son visibles

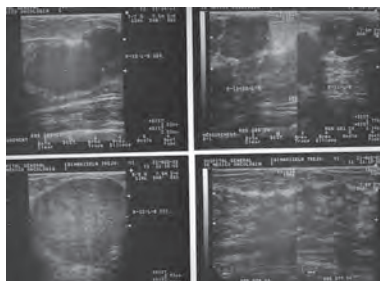


Figura 34-3. USG mamario. Fibroadenoma.

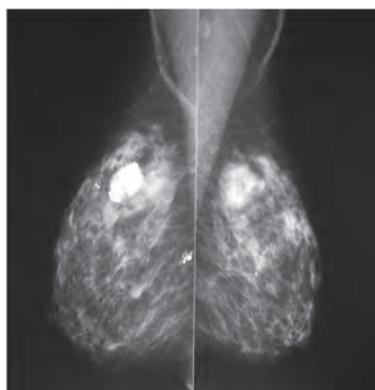


Figura 34- 4. Calcificaciones en palomita de maíz

en la mastografía al tener la misma densidad que el tejido mamario adyacente. Cuando se observan en la mastografía estos son bien delimitados, lobulados y contienen calcificaciones (la clásica imagen en palomita de maíz). Por ultrasonido aparecen como una lesión bien circunscrita, homogénea, hipoeoica, lobulada, más ancha que alta y en ocasiones se observan las calcificaciones (Fig. 34-3, Fig. 34-4).

El diagnóstico diferencial se hace con el tumor phyllodes, que muchas veces puede ser indistinguible del fibroadenoma hasta que se realiza examen histopatológico. Algunos tipos de cáncer de mama particularmente el de tipo medular pueden imitar un fibroadenoma. Si los fibroadenomas son muy pequeños pueden ser difíciles de diferenciar de quistes o papilomas.

El manejo de los fibroadenomas puede ser quirúrgico o mantenerse en vigilancia. Los fibroadenomas mayores de 3cm deben de ser extirpados. Los fibroadenomas no palpables, que por imagen no hay duda de sus características benignas, con o sin biopsia, pueden mantenerse en vigilancia, con ultrasonido cada 6 o 12 meses. Un fibroadenoma de reciente aparición en mujeres mayores de 40 años debe extirparse. Los fibroadenomas en mujeres jóvenes de 1-2cm pueden extirparse o mantenerse en vigilancia, siempre que se halla descartado malignidad por biopsia.

Quistes mamarios

El quiste mamario se trata de colección de fluido en alguna parte de la mama. Son muy comunes y pueden ocurrir a cualquier edad, pero principalmente entre los 30 y 50 años de edad.

El fluido mamario es constantemente producido y reabsorbido en los conductos galactóforos y los acinos lobulares. Cuando un conducto se bloquea se empieza a acumular líquido, causando los quistes. Pueden ser únicos o múltiples, y también tienen una base hormonal ya que pueden fluctuar durante el ciclo menstrual, tienden a desaparecer durante la menopausia, aunque pueden persistir o ocurrir de novo en la posmenopausia en mujeres con terapia hormonal de reemplazo.

La mayoría de los quistes no son palpables y son asintomáticos; casi siempre se encuentran como hallazgo en un ultrasonido de rutina. Los quistes palpables, pueden producir una tumorción o abultamiento, son suaves, móviles y producen aumento en la sensibilidad. Aunque los quistes a tensión pueden ser firmes o duros y producen dolor. Pequeños quistes agrupados se palpan como un área de nodularidad.

En la mastografía los quistes pueden no observarse aunque cuando son distinguibles se observan como una lesión redonda con densidades diferentes. El ultrasonido es la mejor herramienta para distinguir quistes de lesiones sólidas. Por ultrasonido los quistes aparecen como lesiones re-

dondas u ovaladas, anecoicas y bien definidas. A veces pueden presentar ecos internos o engrosamiento de la pared, son los llamados quistes atípicos o complejos que puede dificultar diferenciar entre lesión solida o quística.

En cuanto al manejo los quistes que son asintomáticos, que por lo general son pequeños no requieren ningún tratamiento ni vigilancia constante. Los quistes sintomáticos que causan abultamientos o dolor, por lo general basta con aspirarlos y no se requiere estudio ulterior del liquido. Los quistes complejos, como es difícil distinguir de lesión solida o quística es conveniente aspirarlos guiados por ultrasonido y mandar el material obtenido para evaluación citológica. La cirugía en los quistes solo está indicada en caso de recurrencia repetida después de varias aspiraciones, en caso de lesión solida intraquística o que persista lesión solida o atípica después de una aspiración o si el citológico es sospechoso.

Algunos estudios han sugerido que las pacientes con quistes palpables tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer sin embargo la magnitud del riesgo no es significativa; más bien, es difícil detectar una lesión sospechosa en pacientes con múltiples quistes.

CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS

También llamada enfermedad fibroquística, término que ya no se debe de usar porque con el término se engloba desde la nodularidad fisiológica, los quistes, los fibroadenomas o hasta las cicatrices radiales, además los cambios fibroquístico son hallazgos al microscopio, por lo que tampoco es adecuado su uso en la clínica.

La esclerosis o fibrosis excesiva son cambios benignos en la involución estromal y que incluye a la adenosis esclerosante, la cicatriz radial y las lesiones esclerosantes complejas.

Por ejemplo una cicatriz radial al verla al microscopio se observa un centro fibrótico muy denso con deposito de tejido elástico, con proliferación de conductos lejos del centro de la lesión, siendo esta la razón de la imagen estelar que se produce

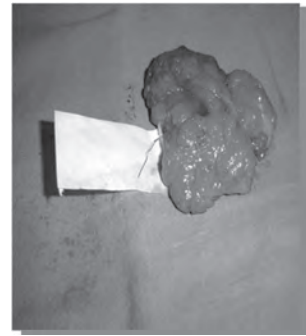


Fig.34-5. Exéresis de adenosis esclerosante y lipoma.

al ser vista en la mastografía simulando una lesión maligna. En la adenosis esclerosante pueden aparecer abundantes calcificaciones dando una imagen mastográfica en ocasiones muy sospechosa de malignidad y el estudio histopatológico es el que nos dará el diagnóstico. Por todo esto debemos de hablar de términos específicos y abandonar el término de cambios fibroquístico o enfermedad fibroquística (Fig. 34- 5).

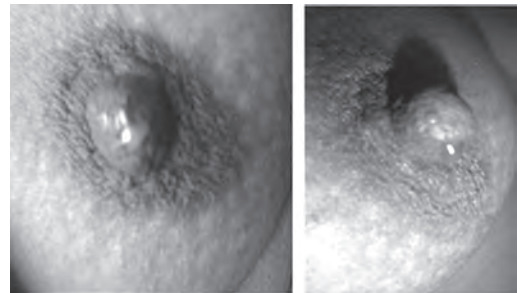


Figura 34-6. Ectasia ductal.



Figura 34-7. Secreción sanguinolenta por papiloma intraductal.

SECRECIONES DEL PEZÓN

Las secreciones o descargas del pezón pueden ser espontáneas o las que solo aparecen al comprimir el pezón. Puede ser unilateral o bilateral, es importante determinar las características de la secreción, si es lechosa, verde (Fig. 34-6), café, amarilla, completamente clara o sanguinolenta, si sale a través de un solo conducto o varios (Fig. 34-7).

En el 50 a 70% de las mujeres se puede obtener una secreción por el pezón al dar masaje y presionar el pezón. Esta secreción es fisiológica y puede ser de color amarillo, verde o lechosa, que no implica ninguna alteración y esto puede ocurrir al realizarse una mastografía, ultrasonido o exploración de rutina.

La descarga lechosa puede permanecer espontánea por algún tiempo después de la lactación. En una galactorrea espontánea persistente amerita investigar hiperprolactinemia, no así en la secreción lechosa que se produce solo al comprimir el pezón.

La secreción anormal espontánea, que se produce a través de un solo conducto que es clara o sanguinolenta, amerita realizar mastografía con magnificación retroareolar y ultrasonido. El estudio citológico de la secreción puede ser limitado, pero en especial en estas pacientes debe ser enviado. En el cáncer de mama no es muy común que se presenten descargas por el pezón como única causa esto sucede alrededor del 2 a 3%, generalmente además encontramos tumoración o inversión reciente del pezón.

Otras causas más comunes de secreción espontánea incluyen la ectasia ductal donde los conductos subareolares principales se acortan y dilatan durante la involución y hacia los 70 años 40% de las mujeres tiene dilatación ductal importante, que puede producir inversión o retracción del pezón. La resección de conductos está indicada si la secreción es muy molesta.

El papiloma intraductal típicamente causa secreción sanguinolenta, aunque puede ser clara. Son lesiones papilares con un centro vascular ramificado. Se considera una neoplasia benigna.

Pueden ocasionar además de la secreción una tumoración que por lo general es periareolar. El tratamiento consiste en resección del conducto y el papiloma.

Otra causa menos común de secreción es el eczema o al dermatitis del pezón, sobre todo si hay infección. En los eczemas de la areola-pezón siempre hay que descartar enfermedad de Paget, que es una forma de presentación del cáncer de mama.

INFECCIÓN MAMARIA

La mastitis o infección mamaria se divide en la que se produce en la lactancia y fuera de esta, porque la más común es por supuesto durante la lactancia, ocasionada por una inadecuada técnica de lactancia y estasis láctea; presentándose proliferación bacteriana por *S. Aureus*. Por lo que el tratamiento convencional es con dicloxacilina o eritromicina en caso de alergia a la penicilina. Se debe instalar rápido el antibiótico para evitar la formación de abscesos, si se han formado se deben aspirar o drenar quirúrgicamente. Si persiste lesión después del tratamiento o no mejora siempre hay que descartar un cáncer de mama.

La mastitis fuera de la lactancia generalmente se presenta como una infección periareolar en mujeres jóvenes con una media alrededor de los 32 años. El tabaquismo es el factor que más se ha asociado a esta infección.

Inicialmente se presenta como una inflamación



Figura 34-8. Aspirado de absceso mamario

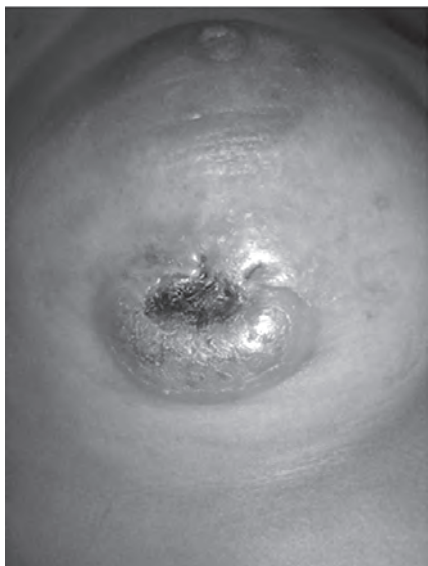


Figura 34-9. Mastitis Crónica

periareolar, con o sin tumor asociado o presentar absceso. A diferencia de la mastitis en la lactancia se debe iniciar antibiótico contra aerobios y anaerobios, como amoxicilina con clavulanato o eritromicina más metronidazol. El absceso se debe aspirar o drenar, debe de haber mejoría rápida después del tratamiento si esto no ocurre hay que descartar malignidad (Fig. 34-8). Generalmente estas infecciones tienden a recurrir o se desarrolla fistula generalmente entre el conducto previamente afectado y la piel periareolar. Se debe realizar fistulectomía y resección del conducto con uso nuevamente de antibióticos. Este tratamiento debe ser realizado preferentemente por el especialista en mama (Fig. 34-9).

Los abscesos periféricos, que son mucho menos frecuentes que los periareolares, están asociados a diabetes mellitus, artritis reumatoide, uso de esteroides o traumatismos. El tratamiento solo consiste en uso de antibióticos y drenaje.

La mastitis lobular granulomatosa es una afección que se presenta en mujeres jóvenes, que ya han tenido hijos y desarrollan grandes áreas de infección con abscesos periféricos y muy frecuen-

temente recidivan aun después de cirugía, por lo que se deben evitar las grandes incisiones y cirugía extensa.

Otras infecciones más raras son la hidradenitis supurativa en el pliegue submamario. La tuberculosis donde se pueden presentar cavidades mamarías o axilares y la biopsia abierta es necesaria para establecer el diagnóstico. La sífilis, las infecciones micóticas, virales o parasitarias son muy raras.

GINECOMASTIA

La ginecomastia es la proliferación benigna del tejido glandular de la mama masculina. Es común el envío de estos pacientes al especialista en mama.

La causa más común es la fisiológica, 30 a 60% de los adolescentes desarrollan ginecomastia transitoria de los 10 a los 17 años, resolviéndose espontáneamente. En los ancianos se puede presentar ginecomastia conforme avanza la edad a los 80 años el 60% puede cursar con ginecomastia.

Las enfermedades que se asocian con ginecomastia son la cirrosis hepática, desnutrición, hipogonadismo primario o secundario, tumores testiculares, hipertiroidismo, abuso de drogas como anfetaminas, marihuana, heroína y alcohol, puede ser idiopática en 25% de los casos.

Si no hay molestias no requiere tratamiento a menos que por estética o que presenten dolor, se requiere de cirugía. Aunque es raro el cáncer de mama en el varón siempre se debe descartar. Se puede realizar tanto mastografía como ultrasonido. La presencia de un nódulo duro periférico duro siempre es sospechoso y debe tomarse biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brennan M, Housami N, French J. Management of benign breast conditions. *Breast Lumps and lesions*. *Aust Fam Phys* 2005; 34: 253-55.
2. Sandhya Pruthi, Lorraine A Fitzpatrick. Evaluation and Management of Breast Pain. Rochester: Mayo Clinic Proceedings; 2004.

3. Brennan M, Houssami N, French J. Management of benign breast conditions. Painful breast. *Aust Fam Phys* 2005; 34: 143-45.
4. Brennan M, Houssami N, French J. Management of benign breast conditions. Other breast problems. *Aust Fam Phys* 2005;34:353-55.
5. Miltenburg D., Speights DO. Benign Breast Disease. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008;35:285-300.
6. Dupont W, Rogers L. Risk factors for breast cancer in women with proliferative disease. *N Engl J Med* 1985; 312:146-51.
7. Leis H. Management of nipple discharge. *World J Surg* 1989;13:736-42
8. Haagensen CD. Disease of the breast. 3rd ed. USA: W P. Saunders; 1986
9. Dixon M. ABC de las enfermedades del seno. *BMJ books* 2004; 10-25.
10. Santen R, Mansel R. Benign Breast Disorders. *New England J Med* 2005; 353:275-83
11. Courtillot C. et al. Benign breast disease. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2005;10:325-35.
12. Arca M., Caniano D. Breast disorders in the adolescent patient. *Adolescent Medicine Clinics* 2004; 15: 473-84.