

4.4

ENFOQUE DE LA **PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA**

Carlos Mario Córdoba Gómez

Ginecólogo Oncólogo / Mastólogo.

Instituto Nacional de Cancerología

Docente Departamento de Obstetricia y Ginecología

Las patologías benignas de la mama son un conjunto de trastornos que llegan a la atención clínica como anomalías imagenológicas o como lesiones palpables encontradas en el examen físico o durante el proceso diagnóstico de pacientes que consultan por dolor o secreción anormal por los pezones. El objetivo primario del manejo de cualquier patología (o manifestación clínica de patología mamaria), es descartar o confirmar diagnóstico de cáncer de mama, que es la patología mamaria más importante y la más común de todas las neoplasias femeninas y también una de las más frecuentes causas de muerte por cáncer en la mujer. Una vez establecido un diagnóstico benigno y descartado el cáncer de mama, el tratamiento en general se dirige al alivio sintomático, y a la educación de la paciente.

Algunas enfermedades benignas de las mamas, en particular las patologías con atipias, confieren un aumento en el riesgo futuro de la paciente de desarrollar cáncer de mama y deben conducir al asesoramiento sobre las recomendaciones de detección y las estrategias de reducción del riesgo. Estas lesiones se consideran marcadores de riesgo, en lugar de premalignos, porque los cánceres que posteriormente se desarrollan no están necesariamente en el área de la atipia, y pueden ocurrir en la mama contralateral. El enfoque de la patología mamaria se basa en la clasificación anatómo-patológica de las lesiones biopsiadas, las cuales se pueden clasificar

histológicamente en tres categorías: No proliferativas, Proliferativas sin atipia y Proliferativas con atipias. La clasificación se basa en el grado de proliferación celular y la presencia o no atipias celulares. Sin embargo, muchas mujeres con molestias mamarias no requieren y nunca se les practican biopsias, razón por la cual en estas se debe hacer un manejo basado en el síntoma que la obligó a consultar, para intentar confirmar o descartar el cáncer de mama. En este documento se revisará el manejo de las patologías mamarias benignas, de acuerdo con la clasificación histológica y luego se revisará el enfoque de acuerdo con el síntoma que motivo la consulta.

Clasificación Histopatológica De Las Enfermedades De La Mama

Patologías No Proliferativas No están asociadas con un mayor riesgo de cáncer de mama. Dentro de este grupo de patologías se agrupan un grupo heterogéneo de diagnósticos; entre ellos se encuentran los cambios fibroquísticos (que son los más comunes), quistes de la mama, el cambio apocrino-papilar, calcificaciones, hiperplasia leve del tipo habitual, la metaplasia apocrina, las alteraciones inflamatorias de la mama, tumores benignos como fibroadenomas simples, lipomas, hamartomas y la necrosis grasa.

Quistes simples de mama son masas llenas de líquido, redondas u ovoides, derivadas de la unidad lobular del conducto terminal. Los quistes mamarios pueden presentarse como masas mamarias o anomalías mamográficas, que pueden o no ser dolorosas; son comunes en mujeres entre 35 y 50 años de edad.

Cambio apocrino papilar es una proliferación de células epiteliales ductales que muestran características apocrinas, caracterizadas por citoplasma eosinófilico.

Hiperplasia leve del tipo habitual es un aumento en el número de células epiteliales dentro de un conducto que es más de dos, pero no más de cuatro, células en profundidad. Las células epiteliales no atraviesan el lumen del espacio involucrado.

Lipomas de mama son tumores benignos, usualmente solitarios, compuestos de células maduras de grasa. Estos se presentan como las masas suaves, bien circunscritas y el diagnóstico se puede confirmar con una biopsia trucut o excisional. Los lipomas deben ser extirpados quirúrgicamente si causan confusión diagnóstica, si son sintomáticos o continúan creciendo.

Necrosis de la grasa ocurre más comúnmente como resultado de traumatismos o intervenciones quirúrgicas. La necrosis grasa se puede confundir con cáncer en el examen físico y puede imitar la malignidad en los estudios radiológicos. A veces es necesario realizar una biopsia de estas lesiones para confirmar el diagnóstico, pero en realidad no implican mayor riesgo de cáncer de mama.

Mastopatía diabética, también conocida como mastitis linfocítica o mastopatía linfocítica, se observa ocasionalmente en mujeres premenopáusicas que tienen diabetes mellitus de tipo 1 de larga data. La presentación típica es una masa mamaria sospechosa con un patrón mamográfico denso. La biopsia se recomienda para la confirmación diagnóstica. La patología

muestra fibrosis tipo queiloide denso e infiltración linfocítica periductal, lobular o perivascolar. La patogénesis es desconocida, pero puede representar una reacción autoinmune, ya que las características histológicas son similares a las observadas en otras enfermedades autoinmunes. Una vez es claro el diagnóstico, la escisión no es necesaria y no hay un mayor riesgo de cáncer de mama posterior.

Galactoceles son colecciones quísticas, generalmente causados por un conducto galactóforo obstruido. Estos se presentan como masas blandas en el examen físico. En la mamografía, los galactoceles pueden aparecer como una masa indeterminada y la ecografía puede mostrar una masa quística simple o compleja. El diagnóstico se puede hacer sobre la base de la historia clínica y la aspiración, que produce una sustancia lechosa. Una vez establecido el diagnóstico, la extirpación no es necesaria y no hay un mayor riesgo de cáncer de mama.

Hamartomas son lesiones benignas, también conocidas como fibroadenolipoma, lipofibroadenoma o adenolipoma. Los hamartomas tienen cantidades variables de tejido glandular, adiposo y fibroso normales, pero desorganizados. Se presentan como masas, encapsuladas, indoloras, o se encuentran incidentalmente en la mamografía. El diagnóstico puede ser difícil de realizar en una biopsia con tejido limitado, ya que los hamartomas no tienen características diagnósticas específicas. Si existe sospecha de la coexistencia de malignidad, se recomienda resección.

Mastitis granulomatosa idiopática es una masa inflamatoria en la mama. Una forma frecuente de presentación es como una lesión ulcerada supurativa o una fistula a través de la cual sale material de aspecto purulento, con frecuencia tratada con antibióticos pensando en un proceso infeccioso sin mejoría. La biopsia es necesaria para hacer un diagnóstico diferencial. Histológicamente se observa una inflamación crónica granulomatosa, con áreas focales de microabscesos;

en ocasiones, el infiltrado inflamatorio se extiende más allá de los lobulillos. El infiltrado está compuesto por histiocitos, algunos leucocitos polimorfonucleares y células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Cuando se presenta un absceso, los cultivos son negativos. No existe un tratamiento para la mastitis granulomatosa idiopática que haya mostrado ser altamente efectivo; se ha planteado manejo con antibióticos (que no han tenido mayor eficacia), vigilancia expectante, el tratamiento quirúrgico (incluida la mastectomía), los corticoides y en los casos refractarios se ha descrito tratamiento inmunosupresor. Las tasas de curación descritas con cada uno de ellos son del 40-50%, las más altas con la escisión quirúrgica completa pero con la gran morbilidad. En nuestra experiencia hemos tenido buenos resultados con corticoides, iniciando con prednisolona 60 mg/día y ajustado la dosis de acuerdo a respuesta.

Mastitis Periductal es una afección inflamatoria de los conductos subareolares; la causa es desconocida. La mastitis periductal afecta principalmente a las mujeres jóvenes, la mayoría de las cuales son fumadoras. Se ha postulado que el tabaquismo se asocia con daño de los conductos subareolares, con necrosis tisular y posterior infección. La mastitis periductal también está asociada con la metaplasia escamosa, que es probablemente una consecuencia de la inflamación en curso. Se ha sugerido que la metaplasia escamosa puede conducir a la obstrucción parcial del conducto con posterior dilatación y la inflamación secundaria y la infección con la formación de abscesos. Tales abscesos a menudo drenan espontáneamente en el borde de la areola y constituyen fistulas que se pueden volver crónicas y recurrentes. Los cultivos son positivos para organismos patógenos. Los organismos más comunes son estafilococos, enterococos, estreptococos anaeróbicos, bacteroides y proteus. El dejar de fumar es útil para reducir el riesgo de repetir la infección. Antibióticos de amplio espectro que cubran gram negativos y anaerobios y drenaje de abscesos y escisión del

trayecto de la fistula son la mejor opción de manejo, sin embargo, hay alta tasa de recurrencias. Una vez enfriado el proceso inflamatorio e infeccioso, se deben considerar imágenes para descartar malignidad. La mastitis periductal no incrementa el riesgo de cáncer.

Patologías Proliferativas sin Atipia se asocian con un pequeño aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama, aproximadamente 1,5 a 2 veces el de la población general. El riesgo de cáncer de mama posterior es pequeño, no se necesita tratamiento y la quimio-prevención no está indicada; dentro de este grupo se incluyen hiperplasia ductal habitual, papilomas intraductales, adenosis esclerosante, cicatrices radiales y fibroadenomas.

Hiperplasia ductal usual sin atipia es un diagnóstico patológico, generalmente encontrado como hallazgo incidental en una biopsia por anomalías mamográficas o masas mamarias, caracterizado por un aumento del número de células en el espacio ductal. Aunque las células varían en tamaño y forma, usualmente conservan las características citológicas de las células benignas.

Papilomas intraductales consisten en un tallo fibroconectivo cubierto de células epiteliales que forman estructuras papilares que crecen desde la pared de un conducto hacia la luz del mismo. Aunque son benignos pueden albergar áreas de atipia y, más raramente, carcinomas in situ o invasores. Los papilomas pueden aparecer como lesiones solitarias o múltiples. Una vez diagnosticado por biopsia trucut, se debe realizar una escisión quirúrgica completa para asegurar la ausencia de malignidad asociada, sobre todo si se identifican células atípicas en la biopsia. Se ha encontrado un riesgo de 15% de malignidad tras una extirpación quirúrgica; debido a este riesgo, todos los papilomas requieren extirpación quirúrgica. Los papilomas intraductales solitarios suelen manifestarse como telorrea espontánea, que puede ser sanguinolenta o ser identificados como una masa en las imágenes o una masa

clínicamente palpable, regularmente de localización retroareolar.

La Papilomatosis difusa (papilomas múltiples) con este nombre se identifica un grupo muy reducido de casos en los cuales el sistema ductal está comprometido por múltiples papilomas, que pueden serlo o no y con distribución periférica, pueden presentarse como masas palpables en la mama o visibles en imágenes, como microcalcificaciones en una mamografía, o pueden causar telorrea. El riesgo de cáncer de mama en las mujeres con papilomatosis difusa no está bien definido, pero parece mayor que con papilomas solitarios, más aún, si se identifican atipias celulares. En un estudio retrospectivo, el riesgo de desarrollar cáncer de pacientes con papilomas se comparó con la población general. La papilomatosis múltiple sin atipia se asoció con un RR de 3,01 y en presencia de atipia, el riesgo relativo RR 7,01. Además, el papiloma intraductal con atipia se asocia con una alta subestimación de la malignidad en la biopsia; la extirpación quirúrgica después de una biopsia trucut de las lesiones papilares atípicas, mostraron una probabilidad significativamente mayor de asociarse con malignidad, en comparación con las lesiones papilares sin atipia (36,9 vs 7,0%).

Adenosis esclerosante es una lesión lobular con tejido fibroso aumentado y células glandulares intercaladas. Se puede presentar como una masa o un hallazgo sospechoso en la mamografía. No se necesita tratamiento para la adenosis esclerosante. El riesgo de cáncer de mama en esta población es pequeño y la quimioprevención no está indicada.

Cicatrices radiales también llamadas lesiones esclerosantes complejas, son de diagnóstico patológico, encontradas en el estudio con biopsia de una masa mamaria o una anomalía radiológica. Radiológicamente, puede ser difícil diferenciarlas de forma fiable de un carcinoma. Las cicatrices radiales se caracterizan microscópicamente por un núcleo fibroelástico con conductos radiantes y lóbulos. Está indicada la

extirpación quirúrgica porque 8 a 17 % de los especímenes quirúrgicos en la escisión son positivos para malignidad. La quimioprevención no está indicada.

Fibroadenomas son tumores sólidos, benignos que contienen tejido glandular y fibroso. Usualmente únicos, pero en el 20 % de los casos pueden ser múltiples, uni o bilaterales. La etiología de los fibroadenomas no se conoce, pero es probable que exista una relación hormonal, ya que persisten durante los años reproductivos, pueden aumentar de tamaño durante el embarazo o con terapia con estrógenos, y generalmente involucionan en la menopausia. Se encuentran con más frecuencia en mujeres entre las edades de 15 y 35 años. Los fibroadenomas por lo general se presentan como una masa móvil, bien definida en el examen físico o una masa sólida bien definida en la ecografía. Por ser un nódulo sólido requiere biopsia para confirmar diagnóstico y en mujeres de bajo riesgo, seguimiento estricto clínico y ecográfico. Una vez confirmado el diagnóstico, no es necesario extirpar todos los fibroadenomas asintomáticos, se pueden dejar en vigilancia. Si un fibroadenoma aumenta de tamaño o es sintomático, entonces debe considerarse la extirpación. El rápido crecimiento plantea la sospecha de un tumor phyllodes, que requiere una resección quirúrgica más extensa y, en algunos casos, puede requerir tratamiento con radioterapia. Los fibroadenomas simples típicos se pueden considerar una patología no proliferativa; los gigantes, complejos y tumores phyllodes se consideran patologías proliferativas.

Fibroadenomas gigantes juveniles se refieren a fibroadenomas histológicamente típicos, de más de 10 cm de tamaño. Son un subtipo de fibroadenoma que ocurre casi exclusivamente entre los 10 y los 18 años de edad y se caracteriza por desarrollarse en un corto periodo después de la menarquia; su crecimiento es rápido y puede alcanzar dimensiones de hasta 15 cm o 20 cm. Por patología, son muy similares al fibroadenoma en

mujeres adultas, pero a la coloración son más celulares. Su relación con los estrógenos ha sido ampliamente descrita, relacionándose con el inicio de la menarquía y un crecimiento acelerado durante el embarazo o durante de la ingesta de anovulatorios. El diagnóstico final es histológico, por lo cual siempre se requiere biopsia; el diagnóstico diferencial se realiza con fibroadenoma clásico y tumor phyllodes. El tratamiento es quirúrgico para extirpación completa.

Fibroadenomas complejos difieren de los típicos en que en patología estos contienen cambios proliferativos, como la adenosis esclerosante, la hiperplasia epitelial del conducto, la calcificación epitelial o los cambios apocrinos papilares. Se asocian con un riesgo levemente aumentado de cáncer. El manejo apropiado es la resección completa para el examen histológico.

Tumor phyllodes La edad media de aparición es 45 años. La mayoría se presenta como un nódulo palpable de la mama, indoloro, multilobulado, de consistencia firme, con red venosa superficial y de crecimiento rápido. Pueden llegar a afectar toda la mama, distorsionar la mama o incluso ulcerarse; el diagnóstico diferencial incluye fibroadenoma simple, fibroadenoma gigante juvenil y cáncer de mama. Histológicamente se clasifican en benignos (58%), borderline (12%) y malignos (30%), siguiendo los criterios de pleomorfismo nuclear, índice mitótico, bordes infiltrantes y crecimiento del estroma.

Aún los que se clasifican como benignos tienen una alta tasa de recurrencia local tras su extirpación. Las tasas de recurrencia son del 15-20%, que puede ser mayor en los clasificados como borderline y malignos. El tratamiento es quirúrgico, resección completa con un margen de seguridad de al menos 1-2cm; aunque se puede hacer cirugía conservadora, la decisión se basa en la relación mama-tumor, pero en casos de gran tamaño hay que recurrir a la mastectomía, caso en el cual se puede

considerar reconstrucción inmediata, sin ser necesaria la linfadenectomía axilar. Es rara la diseminación sistémica hematógena y afecta principalmente a pulmones, hígado y cerebro. La radioterapia puede llegar a ser utilizada en casos muy seleccionados de tumores muy grandes, con márgenes comprometidos, recurrencias y en los histológicamente malignos. Igualmente, el papel de la quimioterapia es controvertido y puede tener alguna indicación en casos muy específicos. El pronóstico es bueno, las tasas de supervivencia a 5 años para tumores malignos son del 82% y del 91% para los benignos y para los borderline.

Patologías Proliferativas Con Atipias

Las hiperplasias atípicas, tanto ductal como lobular, son un diagnóstico patológico, usualmente encontrado como un hallazgo incidental en una biopsia de anomalías mamográficas o masas mamarias.

Hiperplasia ductal atípica se caracteriza por una proliferación de células epiteliales uniformes con núcleos redondos monomórficos que llenan parte, pero no la totalidad del conducto involucrado; lo llamativo es que comparten algunas de las características citológicas y arquitectónicas de Carcinoma ductal in situ de bajo grado.

Hiperplasia lobular atípica se caracteriza por células monomórficas, uniformemente espaciadas que llenan parte del lóbulo afectado. Las lesiones multifocales, confieren un aumento sustancial en el riesgo de cáncer de mama (RR 3.7 a 5.3), se asocian con un mayor riesgo de cáncer de mama tanto ipsilateral y contralateral, no necesariamente en el sitio de la biopsia, por ello más que una enfermedad preinvasiva se consideran un marcador de riesgo. Existe un mayor riesgo de cáncer de mama cuando la hiperplasia atípica involucra tanto lóbulos como conductos (RR 6.8), en comparación con los lóbulos solos (RR 4.3) o los conductos solos (2.1).

Atipia epitelial plana es una entidad separada de la hiperplasia ductal atípica

o hiperplasia lobular atípica. La atipia epitelial plana se denomina a veces cambio de células columnares con atipia o hiperplasia de células columnares con atipia. Normalmente, la atipia epitelial plana se diagnostica en las biopsias de mama realizadas para calcificaciones encontradas en mamografías y el riesgo de progresión a cáncer invasivo es bajo.

Una vez se identifica con una biopsia con aguja gruesa (trucut) una hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobular atípica, atipia epitelial plana, debe realizarse una extirpación quirúrgica para evitar la subestimación del diagnóstico. Tanto el carcinoma ductal in situ o el cáncer invasor de mama se pueden encontrar en el 10- 30% en el espécimen de la resección quirúrgica completa.

Las mujeres con hiperplasias atípicas deben ser asesoradas con respecto a las estrategias de reducción del riesgo, como la vigilancia continua con la mamografía anual y el examen clínico de mama dos veces al año. Deben dejar de tomar anticonceptivos orales, evitar la terapia de reemplazo hormonal y realizar cambios de estilo de vida y dieta adecuados. La reducción de riesgo con los moduladores selectivos del receptor de estrógeno como tamoxifeno o raloxifeno, o un inhibidor de la aromatasa puede ser considerada, aunque se deben discutir los beneficios y riesgos.

Un número muy importante de mujeres que consultan por patologías y síntomas mamarios nunca llegan a requerir biopsia de la mama, por esta razón sus patologías no pueden ser clasificadas basadas en la histopatología, como las descritas arriba; por ello el médico de atención primaria debe tener claro cuál debe ser su proceder frente a pacientes que consultan con mastalgia, telorrea, nódulo mamario o una anomalía mamográfica. El objetivo primario frente a estas pacientes es siempre descartar cáncer de mama, ordenar biopsias cuando estén indicadas para llegar al diagnóstico y una vez descartado cáncer, aliviar el síntoma. Se describirá en lo sucesivo el enfoque específico de las pacientes con estos síntomas.

Enfoque Del Nódulo Mamario

Los nódulos mamaros son una de las causas más comunes de consulta por patología mamaria y los más frecuentemente asociados con cáncer de mama como diagnóstico final. En todos los grupos de edad los nódulos mamaros son más frecuentemente benignos que malignos; sin embargo, se requiere una evaluación clínica completa, un adecuado examen físico y estudios imagenológicos para asegurar un diagnóstico correcto; el objetivo primario de la evaluación de una paciente con nódulo mamario es confirmar o descartar cáncer de mama. La presentación clínica de una masa palpable en la mama es variable. Algunas masas son detectadas en el auto-examen de mama, mientras que otros se encuentran en un examen clínico mamario de rutina. También se pueden encontrar nódulos mamaros luego de estudios imagenológicos de la mama sin que exista lesión palpable.

Tradicionalmente, hemos realizado el enfoque diagnóstico de un nódulo mamario utilizando la triple prueba (Triple Test). Consiste en la utilización simultánea de la exploración física, evaluación con imágenes y la biopsia con aguja para el diagnóstico de masa palpable en la mama.

Examen físico La evaluación clínica de una masa palpable en la mama comienza con una historia clínica completa y un examen físico. La historia debe incluir una revisión completa de las enfermedades médicas y quirúrgicas, medicamentos, alergias, y una evaluación de los factores de riesgo para el cáncer de mama, tales como un historial familiar detallado. El examen físico de mama incluye el cuello, fosas supraclaviculares, pared torácica, las dos mamas y las axilas, además de un examen físico general completo. Después de una cuidadosa inspección, se procede a la palpación de las mamas y los ganglios linfáticos regionales, con especial atención a las regiones cervical, supraclaviculares, infraclaviculares y axilares. Toda la mama debe ser examinada, incluyendo el tejido mamario de la cola axilar de Spencer, que se extiende lateralmente hacia la axila. La

localización de la masa, así como cualquier anomalía encontrada en un examen se deben documentar con precisión. El tamaño, su localización, movilidad y consistencia debe ser registrada. Es útil para registrar la ubicación de cualquier anomalía, utilizando el sistema horario y la distancia en centímetros desde la areola. De esta manera, se puede identificar fácilmente la ubicación precisa en posteriores exámenes de seguimiento.

Diagnóstico por imágenes

Mamografía Una mamografía con criterio diagnóstico es el primer estudio imagenológico a realizar en una mujer mayor de 35 años con una masa palpable en la mama de aparición reciente y debe ser realizada incluso si tiene mamografías recientes negativas. Para las mujeres menores de 35 años de edad, las mamas son muy densas y la sensibilidad del estudio se reduce de manera significativa, sin embargo, si los hallazgos clínicos son sospechosos, se debe realizar una mamografía.

Ultrasonografía (ecografía) Una ecografía mamaria mostrará si la masa es sólida o quística, o una combinación de ambos. Una ecografía también proporciona información sobre los márgenes (bien o mal definidos) y sobre la presencia de flujo vascular por doppler.

Biopsias Con respecto a las biopsias, no están indicadas biopsias abiertas de mama en el manejo inicial de un nódulo mamario, debido a que estas pueden alterar de manera significativa la anatomía de la mama y posteriormente sobre-estadificar la lesión si su diagnóstico final es cáncer, incrementando las posibilidades de perder la oportunidad de una cirugía conservadora. La biopsia inicial en mama debe ser realizada con biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) o una biopsia TRUCUT. En la primera de ellas el material obtenido es una citología de la lesión de la mama, requiere citopatólogos experimentados para una adecuada evaluación, y en caso de cánceres no pueden ser diferenciados los cánceres in situ de los invasores. Tampoco es posible en el material obtenido de un BACAF

realizar estudios de inmunohistoquímica para receptores hormonales, Her 2 neu y el marcador de proliferación Ki 67 que son hoy día rutinarios dentro del estudio de paciente con cáncer de mama. Por tanto, la biopsia TRUCUT de mama es más recomendada para el estudio de lesión de mama que requieren biopsia, pero el BACAF podría ser utilizado en aquellos casos donde la sospecha de benignidad es alta.

Manejo del Nódulo Mamario Se debe tener en cuenta que los cánceres de mama son tumores sólidos y que los quistes simples de mama son casi con certeza benignos, por ello siempre es importante caracterizar una masa palpable por imágenes, mamografía y ecografía en mujeres mayores de 35 años para definir si se trata de un tumor sólido y si además de ello tiene características imagenológicas sugestivas de malignidad, caso en el cual se requeriría biopsias de la lesión para confirmar diagnóstico histológico. En mujeres menores de 35 años, dada la alta densidad mamaria, la mamografía no es el estudio inicial; se debe iniciar con ecografía mamaria, la cual definirá la lesión como sólida o quística. En caso de lesión sólida, se deberá realizar biopsia de la lesión y, en caso de quiste, se puede hacer observación o punción-aspiración para alivio del síntoma. Una vez realizada la biopsia, la patología se clasificará y tratará basada en la histopatología.

Mastalgia

Puede afectar hasta al 70% de las mujeres en algún momento de su vida; en un porcentaje menor de mujeres, aproximadamente el 8%, la mastalgia puede ser lo suficientemente severa como para alterar el funcionamiento laboral, social y deteriorar la calidad de vida. El 15% de las mujeres que acuden a una clínica de mama van a necesitar tratamiento farmacológico. La mastalgia puede ser uni o bilateral, la intensidad variable, simétrica o asimétrica. La mastalgia es rara vez el único síntoma de presentación del cáncer de mama; ha sido reportada como la única manifestación

clínica en 5-18% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama (que no es lo mismo que decir que 5-18% de las pacientes con mastalgia tienen cáncer). En cualquier caso, toda mujer que consulte por molestias mamarias debe ser evaluada teniendo en mente el cáncer como uno de los diagnósticos diferenciales y por tanto, un cuidadoso examen clínico y la evaluación individual del riesgo de cáncer son necesarios para descartar malignidad y para definir la necesidad de realizar estudios imagenológicos que nos permitan reducir el riesgo de un error diagnóstico. Como principio general, debería realizarse mamografía en toda paciente mayor de 40 años quien consulta con mastalgia, aun cuando tenga un examen físico completamente normal; en menores de esta edad no se recomiendan imágenes mamarias rutinarias, a menos que no se tenga un examen físico o una historia personal o familiar tranquilizadora y se debería considerar el ultrasonido como parte del estudio.

Tratamiento de la Mastalgia

Educar y tranquilizar a la paciente, como terapia única, ha sido evaluada en el manejo de la mastalgia. Tiene una tasa de éxito del 70%; en casos leves, fue de 85,7%, 70,8% en los casos moderados y 52,3% en los casos severos.

Sostén ajustado o un sujetador deportivo, tuvieron alivio de la mastalgia en un 75-85%.

Dieta y estilo de vida suspender cafeína, metilxantinas, bebidas negras; no hay evidencia de la utilidad de tomar vitaminas E, B, D, Aceite de Onagra (Evening primrose Oil), linaza.

Medicamentos Anticonceptivos orales y progestágenos no parecen ser superiores al placebo. AINES siguen siendo la primera línea de manejo de dolor en general y la mastalgia no es la excepción; para uso crónico, AINES tópicos como diclofenac (Voltaren Emulgel) son una alternativa razonable a un analgésico sistémico.

Solo 3 medicamentos, Tamoxifeno, Danazol, Bromocriptina, tienen ensayos clínicos que los muestran eficaces en el manejo de la mastalgia, pero la severidad y frecuencia de efectos adversos de Bromocriptina no recomiendan su uso con mucho entusiasmo.

El tamoxifeno: Dos ensayos clínicos encontraron al tamoxifeno superior al placebo en mujeres premenopáusicas con mastalgia cíclica y no cíclica. El tamoxifeno (20 mg diarios) alivió el dolor en el 71% de los pacientes en 3 meses de tratamiento, en comparación con el 38% en quienes recibieron placebo. Los efectos secundarios de tamoxifeno más frecuentes incluyen oleadas de calor (10%), irregularidad menstrual / amenorrea (10%), ganancia de peso, náusea, sequedad vaginal, y distensión abdominal (5% o menos). Los eventos tromboembólicos, cáncer de endometrio y cataratas son efectos secundarios poco comunes, pero graves del medicamento; no se conoce lo suficiente su incidencia en el corto plazo y los regímenes de tratamiento en dosis bajas para mastalgia.

Danzol: Dos ensayos clínicos compararon Danazol con placebo en mujeres premenopáusicas con mastalgia cíclica. Las puntuaciones medias de dolor mostraron mejoría significativa con Danazol. Los efectos secundarios del Danazol en la dosis de 200 mg diarios incluyeron aumento de peso (30%), irregularidad menstrual amenorrea o menorragia (50%), engrosamiento de la voz (10%) y oleadas de calor (10%). Danazol (200 mg al día) es eficaz en el tratamiento de la mastalgia. Para minimizar los efectos secundarios, puede ser dado solamente en la fase lútea.

Ambos medicamentos mostraron ser eficaces para alivio de mastalgia cíclica, pero sus efectos adversos se deben discutir con la paciente.

Telorreia

Definida como la secreción a través del pezón, es un motivo de consulta común por patología mamaria, pues de 3 al 6 % de las mujeres consultan por este

síntoma. Cerca del 50% de las mujeres en edad reproductiva y completamente asintomáticas, pueden liberar una o más gotas de líquido por el pezón a la expresión del mismo.

La telorreia se clasifica en fisiológica y patológica. La telorreia fisiológica se define como la secreción por el pezón no relacionados con el embarazo o la lactancia. La secreción suele ser provocada y de color blanco o claro, aunque también puede ser unilateral y una variedad de colores, amarillo, verde, marrón o gris. La galactorrea, una forma de telorreia fisiológica, es frecuentemente causada por hiperprolactinemia, que puede ser secundaria a medicamentos (Fenotiacinas, Benzodicepinas, Sulpiride, haloperidol, Metoclopramida, Domperidona, Reserpina, α -metildopa, Estrógenos, Anticonceptivos orales, Opiáceos, Antiulcerosos), tumores endocrinos (adenoma pituitario), alteraciones endocrinas, o una variedad de condiciones médicas. La estimulación neurogénica también se asocia a galactorrea.

En la telorreia patológica la descarga suele ser espontánea, unilateral y localizada en un solo conducto y persistente. Puede ser serosa, sanguinolenta, o sero-sanguinolenta. Las causas más comunes son papiloma intraductal (52- 57%), ectasia ductal o cambios fibroquísticos (14- 32%) y cáncer en el 5 -15%. La neoplasia maligna más comúnmente asociada es el CA in situ. La edad es un factor predictor del riesgo de cáncer en las mujeres con secreción por el pezón. El cáncer se presenta en el 3% de las menores de 40 y el 32 % de las mayores de 60 años con telorreia patológica. Una historia clínica detallada y un examen físico son necesarios. La historia clínica debe hacer énfasis en el uso de medicamentos, si la descarga es espontánea o provocada por la manipulación de la mama y si es unilateral o bilateral.

Todas las pacientes deberían tener una ecografía mamaria con énfasis en la región periareolar. La mamografía se



debe ordenar en todas aquellas mayores de 35 años. Aunque la sensibilidad de la mamografía es baja, es la mejor modalidad para la identificación de lesiones sospechosas en la mama. La ecografía es especialmente útil para identificar lesiones dentro de los conductos y puede guiar la toma de biopsias o localizar la lesión para una biopsia quirúrgica.

El test de sangre oculta para la telorrea, la ductografía o galactografía, la citología, la resonancia magnética de mama, el lavado ductal, y la ductoscopia son poco útiles en el enfoque inicial de la telorrea.

Tratamiento Si la piel está intacta, no hay evidencia de telorrea espontánea, ni esta puede ser provocada y el resto de la exploración física y la evaluación radiológica es negativa, solo se requiere seguimiento clínico. Si la paciente está tomando algún medicamento que se ha asociado con galactorrea y la evaluación de mama es de otra manera negativa, la paciente debe ser instruida sobre los efectos secundarios de la medicación, en especial en los casos donde continuar con el medicamento es mandatorio. En el caso de la telorrea patológica, una vez que una evaluación completa ha descartado

cualquier lesión de la mama sospechoso que amerite biopsia, la paciente debe ser tratada con cirugía realizando una escisión del conducto terminal. La cirugía es necesaria para el tratamiento de la telorrea como síntoma y también para confirmar el diagnóstico. Cuando un solo conducto está implicado, el cirujano debe dirigir la resección al sitio de interés, tratando de preservar los conductos no afectados de tal manera que la lactancia pueda ser posible. Una vez confirmado el diagnóstico por patología el manejo de esta se hará de acuerdo a la clasificación histopatológica.

Lecturas Recomendadas

- Nodulo palpable de mama. Artículo de revisión. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.1 • 2005 • (82-91)
- Clinical manifestations and diagnosis of a palpable breast mass. Uptodate diciembre 2016. Michael S Sabel, Anees B Chagpar, Wenliang Chen,
- Overview of benign breast disease, Michael S Sabel, MD, Anees B Chagpar, MD, MSc, MA, MPH, MBA, FACS, FRCS(C), Wenliang Chen, MD, PhD. Literature review current through: Dec 2016. | Uptodate.
- Nonlactational mastitis in adults. J Michael Dixon, MD, Anees B Chagpar, MD, MSc, MA, MPH, MBA, FACS, FRCS(C), Daniel J Sexton, MD, Elinor L Baron, MD, DTMH Literature review current through: Dec 2016. | Uptodate Dec 01, 2016.
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Mastalgia practice guidelines. J Obstet Gynaecol Can 2006;28(1):49-60