

# Capítulo 6

---

## Patología mamaria en la consulta médica general: guía rápida

**Mauricio Borrero Franco**  
Ginecólogo Oncólogo  
Profesor Facultad de Medicina,  
Universidad de Antioquia

## Introducción

El término patología mamaria, abarca un amplio espectro de motivos de consulta originados en la glándula mamaria: síntomas percibidos por la paciente, reportes anormales de imágenes de rutina y hallazgos del examen físico. En la mayoría de casos el diagnóstico final será el de un proceso benigno, pero no podemos olvidar que en unos pocos casos puede ser la manifestación inicial de un cáncer. Y es que el cáncer de mama es el más frecuente en población femenina de Colombia y del mundo, y el primero en mortalidad.

Se revisará el abordaje de los motivos de consulta más frecuentes, haciendo énfasis en los signos de alarma que deben alertar hacia la presencia de malignidad de manera que se realice una remisión y manejo oportunos.

La revisión inicia con generalidades de la historia clínica, el examen físico, los estudios imagenológicos y la toma de biopsias. Posteriormente se menciona el manejo de las entidades clínicas más frecuentes: mastalgia, nódulo palpable, nódulo no palpable, telorrea y cambios inflamatorios. Se enfatiza en que este texto es una guía rápida que permitirá resolver las situaciones más comunes en la práctica médica general. No pretende ahondar en el enfoque específico del cáncer de mama.

## Generalidades

### Historia clínica y examen físico

El punto de partida es una historia clínica que detalle lo mejor posible el motivo de consulta. En el interrogatorio se indaga por factores de riesgo para cáncer de mama que pueden cambiar el enfoque diagnóstico. (1) Los principales están consignados en la **tabla 1**.

**Tabla 1.** Factores de riesgo para cáncer de mama.

Factor de riesgo	Riesgo relativo
<b>Mutación BRCA1 o BRCA2</b>	<b>10.0 - 32.0</b>
<b>Historia familiar de Ca mama u ovario (sin mutación conocida)</b>	
Un familiar en primer grado	1.5 - 2.0
Dos familiares en primer grado	3.0
Tres o más familiares en primer grado	4.0
Un familiar en segundo grado	1.2 - 1.5
<b>Radiación terapéutica del tórax a una edad menor de 30 años</b>	<b>7.0 - 17.0</b>
<b>Factores hormonales</b>	
Paridad tardía (> 30 años) o nuliparidad	1.2 - 1.7
<b>Menarca temprana (&lt;12 años) o menopausia tardía (&gt;55)</b>	<b>1.2 - 1.3</b>
Terapia combinada de reemplazo hormonal (para >10 o años)	1.5
Obesidad en la posmenopausia	1.2 - 1.9
Estilo de vida sedentario	1.1 - 1.8
Densidad de la mama (muy densa versus principalmente grasa)	5.0
Hiperplasia ductal/ lobular atípica, Ca in situ en una biopsia previa	4.0 - 10.0

El examen físico de mamas incluye inspección y palpación de toda la glándula y su zona de drenaje linfático: axilas y fosas supraclaviculares. La inspección se hace con la paciente sentada; se le solicita que levante los brazos, buscando abultamientos o retracciones en el contorno de la mama. Luego se le pide que coloque sus manos a lado y lado de la cadera y se repite la inspección (**figura 1**). A continuación, se palpan las fosas supraclaviculares y axilas para descartar adenopatías (**figura 2**), y por último, con la paciente en posición decúbito y brazos colocados a lado y lado de la cabeza, se procede a la palpación (**figura 3**). Esta debe cubrir de manera sistemática todo el tejido mamario: de la clavícula hasta el surco inframamario, y desde el esternón hasta la línea axilar media.

Se debe consignar los hallazgos de la manera más precisa posible. Se detalla la ubicación según manecillas del reloj y distancia desde el reborde areolar. Por ejemplo, un nódulo en la coordenada 5 de mama izquierda a 3 cm del reborde se describe “nódulo en coordenada 5,3 de mama izquierda”, utilizando la coma entre los dos números. Además se miden las dimensiones del hallazgo con regla y se consigna si existen edema, eritema o úlcera de piel suprayacente o fijación a planos profundos, todos son signos de cáncer avanzado.

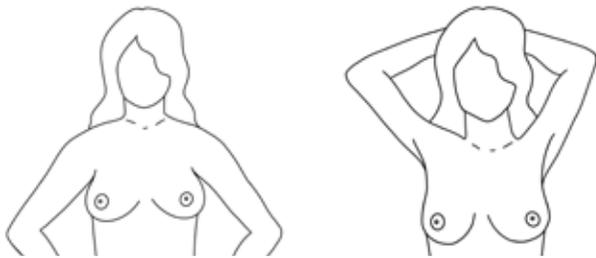


Figura 1. Inspección mamaria.

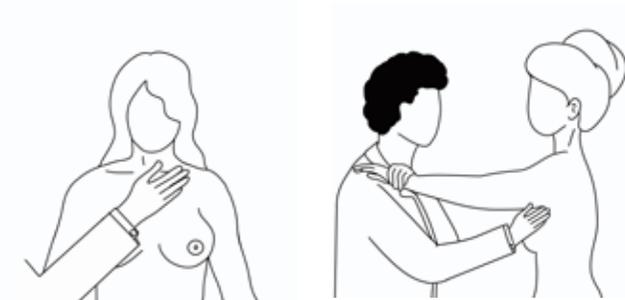


Figura 2. Palpación de fosas supraclaviculares y axilas.



Figura 3. Palpación mamaria.

## Estudios imagenológicos

Las imágenes son importantísimas en la patología mamaria. En la mayoría de casos se deben solicitar y son claves para definir el tratamiento, se utilizan la mamografía, eco mamaria y resonancia magnética.

La mamografía puede ser diagnóstica o de tamización. La diagnóstica se utiliza en mayores de 35 años cuando hay síntomas mamarios, se puede utilizar antes de esa edad si hay fuerte sospecha o confirmación de cáncer. La de tamización se utiliza con el fin de detectar precozmente cáncer en pacientes asintomáticas. En Colombia está estipulado que se hace cada 2 años en mujeres de 50 a 69 años; puede iniciarse antes si hay factores de riesgo.

La ecografía se utiliza como imagen de diagnóstico inicial en mujeres menores de 35 años y en mujeres mayores para determinar la naturaleza sólida o quística de un nódulo, o cuando la mamografía no logre caracterizar un hallazgo clínico. Es particularmente útil en casos de nódulo, asimetría palpatoria, mamas densas en mamografía, telorrea y cambios inflamatorios.

La resonancia magnética se reserva para casos especiales: tamización en pacientes portadoras de mutaciones, diagnóstico preciso de ruptura de prótesis, estudio de masas muy sospechosas con mamografía y ecografía no concluyentes, y en pacientes con cáncer en quienes la mamografía y eco no permiten descartar lesiones adicionales.

Los estudios radiológicos se reportan siguiendo el sistema BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System) del American College of Radiologists. La **tabla 2** muestra la categorización completa.

Tabla 2. Sistema BIRADS

Categoría	Interpretación/conducta	Probabilidad de malignidad
BIRADS 0	Requiere estudios adicionales: eco, compresión focalizada, RM.	
BIRADS 1	Negativo: control de rutina.	0%
BIRADS 2	Hallazgos benignos: control de rutina.	0%
BIRADS 3	Probablemente benigno: control en 6 meses.	<2%
BIRADS 4	4a baja sospecha: realizar biopsia.	2% - 9%
	4b moderada sospecha: realizar biopsia.	10 % - 49 %
	4c moderada a alta sospecha: realizar biopsia.	50 % - 94 %
BIRADS 5	Altamente sospechoso: realizar biopsia.	>95%
BIRADS 6	Malignidad conocida	

Fuente 2. (2)

## Toma de biopsia de tejido mamario

Se prefiere siempre la biopsia percutánea. Se puede realizar por aspiración con aguja fina (BACAF) o con tru-cut, que es una con aguja gruesa (calibre 14) montada en una pistola neumática que extrae fragmentos cilíndricos de la lesión. Se prefiere el tru-cut, ojalá dirigido por imágenes, por ser más preciso y por la posibilidad de realizar estudios de inmunohistoquímica en la muestra. Si el hallazgo es visible sólo en mamografía, se realiza el tru cut guiado por mamografía, llamado biopsia estereotáxica. Si la lesión es visible por eco, se prefiere esta vía por ser menos dolorosa, más fácil de realizar y menos costosa. El especialista entrenado puede hacer el tru cut sin guía imagenológica.

Se deben evitar las biopsias a cielo abierto que producen alteraciones, en ocasiones desastrosas, de la estadificación y el manejo definitivo de un cáncer si lo hubiere.

## Motivos de consulta mas frecuentes

### Mastalgia

Es el dolor originado en la glándula mamaria y constituye el motivo de consulta más frecuente. Puede ser bilateral, unilateral, cíclica o no cíclica. Más del 50 % de las mujeres han experimentado mastalgia significativa en algún momento de su vida, siendo la cíclica y bilateral,

la más común. Su etiología es desconocida y rara vez se asocia con cáncer, en ausencia de masa palpable solo 0,8 % de las pacientes con dolor tendrán dicho diagnóstico; (3) sin embargo, es motivo de gran preocupación y la mujer generalmente lo asocia con malignidad.

El primer paso es descartar origen extramamario del dolor: procesos osteomusculares e inflamatorios de la pared torácica, sobresalen: las costocondritis y el dolor de origen muscular, también están las neuralgias, el dolor originado en columna dorsal y la enfermedad isquémica cardíaca. Un adecuado interrogatorio y examen físico logran el diagnóstico diferencial.

Luego se realizará el examen físico. Si hubiere hallazgos como nódulo, cambio inflamatorio o asimetría, se solicitarán imágenes y se procederá según se describe en las respectivas secciones de este documento. Si el examen físico es negativo y la paciente es menor de 40 años no es necesario solicitar imágenes; (4) en las mayores de 40 años, se solicita mamografía dado que la edad es un factor de riesgo para cáncer, si hubiere hallazgos imagenológicos se hará remisión.

La primera línea de tratamiento es tranquilizar a la paciente y recurrir a las medidas locales. Se le explica que el dolor no es signo de cáncer y se hace énfasis en la ausencia de signos de alarma como presencia de masa y alteración

mamográfica (en mayores de 40). Las medidas locales comprenden el uso de sostén deportivo apretado, sin varillas, y la aplicación de frío local. Con estas medidas mejoran hasta el 90 % de las pacientes.

La segunda línea de tratamiento es la aplicación tópica de AINES, con tasas de respuesta de hasta 92 %. El gel de diclofenaco al 1 % muestra los mejores resultados, se aplica 2 veces al día y puede usarse por largos períodos de tiempo. Tiene muy pocos efectos secundarios.

La tercera línea de tratamiento son los medicamentos endocrinos: el danazol a dosis de 200 mg y el tamoxifeno a la dosis de 10 mg / día. El primero tiene efecto androgénico: acné, hirsutismo irreversible. El segundo aumenta el riesgo de eventos tromboticos y puede ser mal tolerado: produce síntomas menopáusicos; sin embargo, son mejores que el placebo, con tasas de respuesta del 70 % al 80 %. La bromocriptina a dosis de 10 mg / día es un poco menos efectiva y tiene bastantes efectos secundarios, al igual que los agonistas GnRH como la goserelina a dosis de 3,6 mg SC cada 28 días. Los de tercera línea deben ser formulados solo por especialista. Reportes recientes indican la alta efectividad y seguridad del afimoxifeno (tamoxifeno tópico), (5) no está disponible en Colombia.

### Nódulo palpable

Este es el hallazgo más importante en patología mamaria, ya que, es el motivo de consulta más común de las pacientes con cáncer, es en su abordaje, donde más errores se cometen. Claro que la mayoría no serán malignos, pero la palpación no puede diferenciar si un nódulo es benigno o maligno, o si es quístico o sólido. Esto sólo se logra con imágenes y estudio histológico, para conformar la “triada diagnóstica”: clínica-imagen-biopsia.

El abordaje varía si la paciente es mayor o menor de 35 años, como discutirá a continuación. El enfoque diagnóstico de la nodularidad asimétrica es igual al del nódulo palpable.

**Nódulo palpable en menor de 35 años.** Lo primero es solicitar ecografía mamaria. Si el reporte es de nódulo sólido, sólido quístico o quiste complejo se solicita biopsia tru cut eco dirigida. Se hace hincapié en realizar estudio histológico SIEMPRE, sin importar que la clasificación ecográfica haya sido BIRADS 2 o 3. Si el reporte histológico

es benigno, la paciente puede ser vigilada con imágenes y examen físico cada 6 meses hasta completar 24 meses. Si hubiera síntomas o si ella lo prefiere, se realiza resección. En caso de que una lesión en vigilancia aumente de tamaño, se procede a remisión para cirugía; y si hay estabilidad se puede dar de alta con instrucciones.

Si el reporte ecográfico es de quiste complicado (presencia de septo delgado y/o ecos finos) y no hay síntomas se vigila con imágenes cada 6 meses, hasta completar 18 meses; si es sintomático se punciona.

Si durante la vigilancia las características cambian se solicita biopsia y se remite a la paciente. Los quistes simples son los que solo contienen líquido, son vigilados semestralmente por 1 año si no se asocian con síntomas. Si son dolorosos se puncionan y se vigilan en 8 semanas; de persistir se vuelven a aspirar y vigilar. Si recurren 2 veces luego de punción o si el líquido obtenido es sanguinolento, se envía el mismo a estudio citológico y se remite a la paciente.

**Nódulo palpable en mayor de 35 años.** Inicialmente se solicitan mamografía y ecografía. Si el reporte es compatible con nódulo sólido o quiste complejo se debe solicitar biopsia SIEMPRE, sin importar que las imágenes sean clasificadas como no sospechosas (BIRADS 2 o 3). En caso de malignidad o atipia se remite a especialista. Si la biopsia es benigna y la lesión es de reciente aparición se recomienda resear. Solo el mastólogo puede vigilar estas lesiones, con imágenes semestrales por 2 años. Si definitivamente se palpa lesión y las imágenes son negativas se remite a la paciente para atención especializada.

En caso de quiste simple o complicado se procede igual que en menores de 35 años (ver atrás).

Hay unos pocos casos en los que se palpa una lesión y las imágenes son negativas, lo correcto es remitir para evaluación especializada, ya que puede tratarse de un carcinoma lobular.

### Nódulo no palpable

Esta situación se presenta en mujeres asintomáticas en quienes se descubre durante con la tamización mamográfica una masa no evidente al examen clínico. Igualmente puede ser un hallazgo incidental de ecografía. El tratamiento depende 100 % de la clasificación BIRADS que el radiólogo

asigne: si es categoría 4 o 5 se debe solicitar biopsia y remitir, si la categoría es 3 se hace control imagenológico en 6 meses y se remite si la cambia a 4 o 5.

## Secreción por pezón: telorrea

Se debe diferenciar de la galactorrea que corresponde a secreción láctea por ambas mamas. En presencia de niveles altos de prolactina (>200 ng / mL) se sospecha adenoma hipofisiario y se remite al endocrinólogo, también puede ser producida por dopaminérgicos como antidepressivos tricíclicos e inhibidores de recaptación de serotonina.

Si definitivamente se trata de telorrea lo primero es definir si es provocada o espontánea. Si solo aparece al exprimir el pezón se considera no patológica, puede ser de diferentes colores y el tratamiento consiste en tranquilizar a la paciente y recomendarle no volver a hacerlo, no requiere estudios adicionales. Solo si la paciente es mayor de 40 años se solicita mamografía.

La telorrea patológica es espontánea, es evidente porque humedece el brasier y la ropa, casi siempre es unilateral y compromete un solo conducto, puede ser clara, turbia o hemática. Sin importar las características debe ser sometida a estudio.

Las principal causa son los papilomas intraductales, que comprenden 50 % de los casos y tienden a producir secreción hemática. Son tumores generalmente benignos, lo cuales deben ser resecaados en conjunto con el ducto afectado. Pueden o no ser visibles en imágenes y casi nunca son palpables; en algunas ocasiones se acompañan de atipia o inclusive de malignidad.

En segundo lugar, con el 25 % a 35 % de casos, está la ectasia ductal. Esta corresponde a la dilatación de los ductos terminales con secreción atrapada en su interior que cada tanto fluye hacia el exterior de forma espontáneamente. La ecografía orienta el diagnóstico. Dado lo molesto del síntoma, también debe realizarse cirugía (resección de conductos terminales). No se asocia con aumento en el riesgo de padecer cáncer. En último lugar están las lesiones malignas, están presentes en 5 % a 15 % de los casos, casi siempre se asocian con presencia de masa y/o estudio de imagen sospechoso. (6)

En pacientes menores de 35 años se solicita ecografía mamaria, y si hay hallazgos sospechosos, se debe hacer biopsia percutánea y remitir, así las imágenes sean negativas; en mayores de 35 años se solicitan mamografía y ecografía mamaria y se remite. Ante hallazgos sospechosos se solicita biopsia percutánea previo a la remisión. Existe controversia en cuanto a la utilidad de la galactografía, no se recomienda porque no cambia el tratamiento y es muy molesta para la paciente, tampoco se recomienda la citología del líquido por su baja sensibilidad y especificidad.

Merece especial atención la secreción sanguinolenta por la piel de pezón, acompañada por úlcera y prurito de larga data; debe descartarse presencia de enfermedad de Paget, un tipo infrecuente de lesión maligna que afecta el complejo areola pezón. Ante estos hallazgos se debe remitir a la paciente con mamografía y eco mamaria.

## Infecciones de la mama

Se dividen en mastitis puerperales y en las no asociadas con lactancia. A su vez las últimas se clasifican en periareolares y periféricas, dado que su tratamiento difiere. Es importante recordar que algunos tipos de cáncer cursan con cambios inflamatorios, y la no respuesta al manejo médico obliga a descartar malignidad.

**Mastitis puerperal.** Es la infección mamaria más frecuente en práctica médica general, su incidencia va del 2 % al 20 %. Los factores de riesgo son la primiparidad, edad materna avanzada, estasis láctea resultante de mamadas muy cortas o espaciadas, fisuras del pezón, antecedente de mastitis y la fatiga materna. Los gérmenes más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus sp.*

El cuadro clínico inicial corresponde al de una celulitis con compromiso de un segmento (lóbulo) de la mama. Al examen se reconoce un área de eritema, edema, sensibilidad y calor, y la paciente siente dolor, malestar y fiebre. Si el cuadro se deja progresar o no hay respuesta al tratamiento, puede ocurrir abscedación con fluctuación, que complica entre 5 % y 11 % de las mastitis puerperales. Puede también, haber drenaje espontáneo. Si no hay tratamiento oportuno o eficaz, la inflamación puede involucrar la totalidad del seno y/o producirse sepsis.

El diagnóstico es clínico y no se requieren imágenes. Se solicita ecografía si no hay mejoría o, si hay alta sospecha de absceso por presencia de masa y/o fluctuación. De comprobarse absceso se hace drenaje eco dirigido y se envía material a cultivo y antibiograma. La no mejoría con el tratamiento antibiótico también obliga a descartar malignidad subyacente (carcinoma inflamatorio) y la ecografía ayuda a orientar el diagnóstico al encontrar masa asociada, en cuyo caso, se debe realizar biopsia bajo guía sonográfica.

El tratamiento en fase de celulitis consiste en evacuar la leche bien sea fomentando la lactancia por ambas mamas, vaciado manual o con extractor. Como analgésico se prescribe acetaminofén con o sin AINES, y se formulan antibióticos dirigidos a *S. aureus*, el cual se eligen de acuerdo a la severidad de la infección y al riesgo de presencia de cepas meticilino resistentes (tabla 3). Los factores de riesgo para la presencia de cepas resistentes son: el uso reciente de antibióticos, hospitalización o cirugía reciente, hemodiálisis e infección por VIH. El tratamiento es ambulatorio y la duración debe ser de 10 a 14 días, pero si luego de 2 días no hay mejoría, se solicita ecografía para descartar absceso. (7)

**Tabla 2.** Tratamiento de la mastitis puerperal.

**Infección sin sepsis y sin riesgo de Estafilococo resistente**

Dicloxacilina	500 mg VO 4x/día
Cefalexina	500 mg VO 4x/día
Clindamicina (en caso de alergia a betalactámicos)	300 mg VO 3x/día

**Infección sin sepsis con germen posiblemente resistente**

Clindamicina	300 mg VO 3x/día
Clindamicina (en caso de alergia a betalactámicos)	160/800 mg 2x/día

**Infección con signos de sepsis materna (tratamiento hospitalario)**

Vancomicina inicialmente.	15-20 mg/kg/dosis
Terapia subsiguiente de acuerdo a cultivo	cada 8 a 12 horas sin exceder 2 g/dosis

El absceso se debe drenar con guía sonográfica, y se suspende la lactancia por la mama afectada; a veces se necesita más de un drenaje. Si no hay disponibilidad de drenaje percutáneo se hace drenaje abierto. El grupo Cochrane realizó una revisión del drenaje abierto versus percutáneo encontrando equivalencia, sin embargo, el abierto produce mayor deformidad. (8) Es fundamental la evacuación de la leche por extracción manual o mecánica en el seno afectado, y se debe fomentar la lactancia por la mama sana y reiniciarse por la enferma una vez mejore el cuadro. Ante la presencia de sepsis se hace tratamiento hospitalario con suspensión temporal de lactancia, manteniendo la evacuación manual o con extractor. Solo en caso de franco agotamiento materno se suprime totalmente la lactancia.

Infecciones no puerperales de la región periareolar. También se denominan mastitis periductales, 90 % de los casos ocurren en mujeres fumadoras. Son infecciones de los ductos terminales que se distinguen por tener etiología bacteriana diferente a las puerperales y a las periféricas no puerperales. Predominan gérmenes mixtos que incluyen aerobios y anaerobios (enterococos, estreptococos anaerobios, bacteroides, estafilococo).

La manifestación inicial es dolor y eritema en una zona puntual de la región periareolar. Los síntomas constitucionales (fiebre, malestar general) no son tan marcados como en las mastitis puerperales, si no se instituye el tratamiento adecuado se forma un absceso que, por lo general, termina drenando por el reborde areolar. Las recidivas son frecuentes y producen fístulas que comunican los ductos afectados con piel y se ven en 30 % de los casos.

El diagnóstico es clínico e imagenológico, se recomienda solicitar ecografía para verificar presencia de absceso y de una vez proceder a drenaje dirigido; si ya hubo ruptura espontánea el drenaje guiado por eco sobra. La sonografía también sirve para descartar masa sólida asociada, lo cual obligaría a descartar malignidad con biopsia percutánea. La mamografía debe ser solicitada desde el inicio en las pacientes mayores de 40 años, y en las demás cuando no haya mejoría con el tratamiento antibiótico.

El tratamiento es con antibióticos cuyo espectro incluya gérmenes mixtos incluyendo anaerobios. Se utilizan clindamicina con gentamicina, ampicilina sulbactam, amoxicilina con ácido

clavulánico, ciprofloxacina (o levofloxacina) con metronidazol, ciprofloxacina con clindamicina o cefalosporinas con metronidazol; se administran por 10 a 14 días. La paciente debe entender la importancia de dejar el cigarrillo.

En casos de fístula recurrente el tratamiento es quirúrgico con resección de los conductos terminales y el trayecto fistuloso, se deben administrar antibióticos antes y después de la cirugía. Pocas pacientes dejan de fumar y los fracasos del tratamiento quirúrgico son frecuentes.

### **Infecciones no puerperales de la periferia de la mama.**

Su cuadro es similar al de las mastitis puerperales, solo que no están asociadas a la lactancia y su ubicación no es periareolar; con frecuencia hay enfermedades crónicas asociadas como diabetes y artritis reumatoidea, se observan más casos en la peri y postmenopausia. Los gérmenes son los mismos de las infecciones puerperales y el manejo es igual. En caso de absceso se recomienda el drenaje percutáneo eco dirigido. Dada la edad de estas pacientes es menester descartar cáncer subyacente y la mamografía es mandatoria; con frecuencia se debe complementar con eco.

Si no se obtiene mejoría con el tratamiento se debe descartar cáncer subyacente y hacer biopsia del área comprometida, así las imágenes sean negativas. En otras ocasiones las infecciones periféricas que no responden a antibioticoterapia se deben a un trastorno inflamatorio de etiología desconocida llamado mastitis granulomatosa crónica, y la biopsia orienta hacia este diagnóstico. El tratamiento es especializado e incluye esteroides, inmunosupresores y en ocasiones cirugía. Otros preconizan la vigilancia con analgésicos y medidas locales ya que el proceso tiende a agotarse con el tiempo y puede haber mejoría espontánea. (9)

## **Lecturas recomendadas**

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología ESE – Manual para la detección temprana de cáncer de mama. Tercera ed, Bogotá 2015.
2. ACR BIRADS Atlas. 5th Edition. 2013. Accesado en internet Enero 5 2020, <https://www.acr.org>
3. Mohallem Fonseca M, Lamb LR, Verma R, Ogunkinle O, Seely JM. Breast Cancer Res Treat. 2019; 177: 619-627.
4. Holbrook A. Am J Roentgenol 2020; 214:1–6.
5. Singh DD, Dharanipragada K, D S, Manikandan S. Breast J. 2019 Nov 11. doi: 10.1111/tbj.13674. [Epub ahead of print].
6. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S: Benign breast disease in women. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 565–74. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0565
7. Faguy K. Infectious and Inflammatory Breast Disease. Radiol Technol 2018; 89: 279M-295M.
8. Rusen H, Rohwer AC. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD010490.
9. Benson JR, Dumitru D. Idiopathic granulomatous mastitis: presentation, investigation and management. Future Oncol 2016; 12: 1381-94.