

PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA

La patología mamaria benigna constituye un amplio grupo de enfermedades con unas características clínicas, diagnósticas y de tratamiento diferenciales. Más del 80% de las pacientes que acuden al médico por un problema mamario corresponderá a un proceso benigno.

Diferenciamos 6 grandes grupos:

| | | |
|------------------------------|--|--|
| 1. Anomalías del desarrollo | Alteraciones de número y tamaño | |
| | Alteraciones de la forma, peso y densidad, pigmentación. | |
| 2. Trastornos funcionales. | Mastodinia (Síndrome de tensión mamaria premenstrual) | |
| | Mastalgia | |
| | Galactorrea | |
| 3. Procesos inflamatorios. | Galactoforitis | |
| | Mastitis | Aguda |
| | | Crónica |
| | | Absceso |
| 4. Procesos pseudotumorales. | Ectasia ductal | |
| | Necrosis grasa mamaria | |
| | Quistes | |
| 5. Lesiones proliferativas. | Displasias | |
| | Hiperplasia intraductal simple | |
| | Ginecomastia | |
| 6. Tumores benignos. | Parenquimatosos | Adenoma del pezón |
| | | Papiloma único o múltiple |
| | | Adenomas tubular, apocrino, pleomórfico... |
| | Mixtos | Fibroadenoma |
| | | Fibroadenolipoma |
| | Del estroma | Fibroma, lipoma, leiomioma, angiomas, histiocitoma fibroso |
| | De los nervios | Neurofibroma, neurinoma... |
| | Con componente epidérmico | Hiperqueratosis seborreica, papiloma, molluscum, alteraciones melánicas... |

Para el diagnóstico de todas estas entidades será necesario:

- A. Realizar una correcta anamnesis.
- B. Exploración con inspección y palpación mamaria y de áreas ganglionares. Incluyendo en el informe siempre:

| | |
|----------------------|---|
| Lateralidad | Izquierda o derecha |
| Localización | Cuadrante Supero- Externo (CSE) |
| | Cuadrante Supero- Interno (CSI) |
| | Cuadrante Infero- Externo (CIE) |
| | Cuadrante Infero- Interno (CII) |
| | Unión de Cuadrantes, retroareolar (UCC) |
| | Unión de Cuadrantes Externos (UCE) |
| | Unión de Cuadrantes Superiores (UCS) |
| | Unión de Cuadrantes internos (UCInt) |
| | Unión de Cuadrantes Inferiores (UCInf) |
| Distancia de pezón | En milímetros |
| Tamaño | En milímetros |
| Consistencia | Dura-pétreo |
| | Dura- elástica |
| | Gomosa |
| | Blanda |
| | Aumento de densidad |
| Forma | Esférica |
| | Ovoidea |
| | Estrellada |
| | Irregular |
| | Polilobulada |
| Bordes | Bien definidos |
| | Mal definidos |
| Sensibilidad | Doloroso |
| | Molesto |
| | Indoloro |
| Retracciones | Piel |
| | Pezón |
| Infiltración cutánea | |
| Movilidad | No adherido a planos profundos |

C. Estudios de imagen: mamografía, ecografía, galactografía, ductoscopia, resonancia magnética (RM).

D. Estudios de laboratorio, estudio citológico y/o anatomopatológico.

Clasificación Diagnóstica de las Lesiones Mamarias (BIRADS)

| CATEGORÍAS | DEFINICIÓN | LESIONES |
|------------|--|---|
| BIRADS 0 | Hallazgos indeterminados | Características no establecidas |
| BIRADS 1 | Exploración normal. | No lesiones |
| BIRADS 2 | Negativa (probabilidad de cáncer igual a la población general). | <ul style="list-style-type: none"> • Calcificaciones benignas • Nódulos contenido graso • Nódulos calcificados |
| BIRADS 3 | Hallazgos probablemente benignos (VPP para cáncer < 3%). | <ul style="list-style-type: none"> • Densidad asimétrica focal no palpable • Nódulos sólidos bien delimitados • Acúmulo de microcalcificaciones redondeadas (4-5) |
| BIRADS 4 | Hallazgos probablemente malignos (VPP para malignidad 3 – 95%) | <ul style="list-style-type: none"> • Nódulo con contorno mal definido, microlobulado u oscurecido • Microcalcificaciones de morfología irregular a cualquier distribución |
| | CATEGORIA 4A: baja sospecha de malignidad | |
| | CATEGORIA 4B: sospecha intermedia de malignidad | |
| | CATEGORIA 4C: sospecha moderada de malignidad | |
| BIRADS 5 | Hallazgos altamente sugestivos de malignidad (VPP para malignidad >95%). | <ul style="list-style-type: none"> • Nódulo espiculado de cualquier forma • Nódulo morfología irregular y cualquier contorno • Microcalcificaciones lineales o ramificadas, de distribución lineal |
| BIRADS 6 | Malignidad confirmada. | <ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma confirmado histológicamente, que se está realizando más pruebas para estadificación locoregional • Control de neoadyuvancia |

Categorías diagnósticas tras biopsia

| | |
|----|---|
| B1 | Normal o no interpretable. (Puede indicar una muestra insuficiente, no representativa o no valorable por incidentes técnicos). |
| B2 | Lesiones benignas. (Fibroadenoma, cambio fibroquístico, proliferaciones intraductales sin atipia, ectasia ductal, adenosis esclerosante, absceso, necrosis grasa). |
| B3 | Lesiones benignas, pero de potencial biológico incierto. (Proliferaciones intraductales atípicas, neoplasia lobulillar, lesiones fibroepiteliales con hiper celularidad estromal, lesiones papilares, cicatriz radial/lesión esclerosante compleja, lesiones tipo mucocèle). |
| B4 | Sospechoso de malignidad. (Material con probable carcinoma, pero con problemas técnicos derivados de artefacto por compresión, de fijación o inclusión defectuosa, células neoplásicas sobre material hemático y proliferación intraductal sospechosa pero escasamente representada en la biopsia). |
| B5 | Maligna. (Neoplasia lobulillar variante pleomórfica o con necrosis, CDIS, carcinoma infiltrante, sarcomas y otras neoplasias malignas). |

ACTUACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN BIRADS

| | | | |
|----------|--|---------------------------------|---|
| BIRADS 1 | ALTA. Recomendar autoexploración | | |
| BIRADS 2 | Control en 6 meses y si estabes alta . Si defecto estético plantear cirugía. En fibroadenomas se recomienda controlar estabilidad cada 6 meses durante 2 años. | | |
| BIRADS 3 | Lesión biopsiada | B1 | Control según sospecha clínica. Valorar Control como lesión no biopsiada. Control PDPCM |
| | | B2 | Control en 6 meses y si no cambios ALTA. Control PDPCM. Fibroadenomas control estabilidad durante 2 años |
| | | B3 | Cirugía vs Comité de tumores |
| | | B4 | Comité de Tumores. Cirugía |
| | | B5 | Comité de Tumores. Cirugía |
| | Lesión NO biopsiada | Paciente SIN factores de riesgo | Control a los 6, 12, 24 meses del diagnóstico. En las microcalcificaciones se continuara el seguimiento hasta los 36 meses. |
| | | Paciente CON factores de riesgo | Solicitar biopsia |
| BIRADS 4 | Remitir a consulta autogestión sala ginecología. Cirugía | | |
| BIRADS 5 | Remitir a consulta autogestión sala ginecología. Cirugía | | |

DOLOR MAMARIO

El dolor como síntoma aislado es el motivo de consulta más frecuente en Patología Mamaria. Es patológico cuando interfiere en la vida normal de la mujer.

En la mama predomina la sensibilidad a la presión y el tacto en areola y pezón y galactóforos terminales. Existe una densidad de receptores sensitivos en la piel mamaria superior a la de la piel normal.

La innervación mamaria se origina en raíces supraclaviculares de tercera y cuarta ramas del plexo cervical, ramas de los nervios intercostales (responsables de la mayor parte) tanto de ramas laterales como de ramas mediales (originadas en las ramas cutáneas anteriores de sexto a segundo nervios intercostales), ramas cutáneas anteriores II a VI intercostales internos, nervios sensitivos en disposición radial y subcutánea y sensibilidad profunda de origen torácico. Esto explica los dolores con irradiación desde o hacia parte lateral del tórax, espalda, escápula, cara medial del brazo y cuello.

La **clasificación** más aceptada del dolor mamario es la propuesta por la Clínica del Dolor Mamario de Cardiff (Cardiff Mastalgia Clinic).

1. Dolor cíclico

El dolor mamario premenstrual es relativamente frecuente, se considera fisiológico siempre que sea leve y dure pocos días. Cuando se hace más intenso (superior a 4/10 en una escala visual) y duradero (al menos 5 a 7 días cada mes) en el período pre-menstrual o durante el pico ovulatorio hablamos de dolor cíclico.

Normalmente es bilateral con sensación de tensión mamaria y/o nodularidad, aunque puede ser más acentuado en uno de los lados.

Es más frecuente entre la tercera y cuarta décadas de la vida y se ha calculado que afecta al 20% de todas las mujeres pre-menopáusicas con una remisión tras la menopausia en al menos el 40% de los casos.

El único hecho demostrado en este grupo de mujeres es un aumento de secreción de prolactina inducido por tirotrópina.

Ni la mamografía ni la ecografía muestran patrones típicos.

2. Dolor no cíclico

Dolor mamario constante o intermitente no asociado al ciclo menstrual ni a cambios hormonales. Su frecuencia es menor que la del dolor cíclico, causando aproximadamente un tercio del dolor mamario y es unilateral con más frecuencia.

La edad media de estas pacientes se sitúa alrededor de la cuarta y quinta décadas y el porcentaje de mujeres menopáusicas afectadas es mayor.

Su duración es variable desde minutos a varios días y la intensidad es inferior a la de la mastalgia cíclica. No se acompaña tan a menudo de nodularidad.

Puede ser muy localizado y desencadenado por la presión en un punto ("trigger point"), normalmente relacionado con etiologías concretas: un traumatismo previo, una cicatriz (cirugía, punción...)

El cáncer de mama se acompaña de dolor en el 2-7% de los casos. El dolor asociado a cáncer es unilateral, localizado, constante e intenso.

Se recomienda realizar siempre una ecografía mamaria en el estudio del dolor mamario focal a cualquier edad.

3. Dolor extramamario/ torácico

Suele ser unilateral y no cíclico. Se diferencian 5 tipos:

- Condrocostales: Destacamos el síndrome de Tietze, inflamación de la unión costochondral (más frecuente en segundo o tercer cartílago y lado izquierdo). Puede notarse una tumefacción que a veces se confunde con un nódulo mamario doloroso. La condroinia (similar, sin tumefacción); las condritis (muy rara), las de origen traumático por esguinces a este nivel; de origen tumoral (muy poca frecuencia).
- Musculares: La mialgia del pectoral mayor se explora pinzando el músculo y a veces se palpa un cordón indurado con uno o dos puntos dolorosos. El dolor es referido muchas veces a una amplia zona de la mama.
- Cutáneos: Sería la llamada celulalgia. Formando parte de un síndrome de paniculitis general o localizado. Se explora con la maniobra de pinzamiento a nivel subcutáneo que detecta un engrosamiento doloroso.
- De origen raquídeo: Serían las auténticas neuralgias de origen cervical o dorsal alto.
- Dolores referidos de origen esofágico, pleural, biliar, etc...

4. Dolor mixto

Pueden coexistir varias causas de dolor mamario en la misma mujer.

5. Otros tipos de dolor

- Mastalgia en el varón
- Dolor en pacientes portadoras de prótesis
- Mama fantasma

Diagnóstico

1. Anamnesis: El dolor es un síntoma subjetivo, por ello el interrogatorio sistematizado es fundamental para el diagnóstico. Es importante investigar todos los puntos expuestos a continuación durante el interrogatorio:

| | |
|---------------------|--|
| Localización | Unilateral, bilateral, localizado, difuso, en el pezón (telotismo). |
| Relación | Cíclica, esporádico, con movimientos, con fármacos, con el sujetador, estacional, etc... |
| Duración | Continuo (con variación cíclica o no), discontinuo largo, discontinuo corto |
| Irradiación | Transfixiante en el tórax, hacia la axila, espalda, brazo, cervical. |
| Modificaciones | Con presión, movimiento, postural, frío, calor, ropa |
| Clínica acompañante | Tumefacción, endurecimiento, nodularidad, enrojecimiento, cicatriz, punto selectivo. |
| Tipo de dolor | Pinchazo, quemazón, inflamatorio, simple molestia, sensación de subida de la leche, sensación de peso. |
| Intensidad | Preocupa, altera la vida normal, sólo a la presión, etc... |

2. Exploración física: Iniciar la inspección con el sujetador puesto permite identificar problemas relacionados con la mala adaptación de esta prenda. La palpación de la pared costal, desplazando el seno y presionando únicamente tórax ayuda a catalogar el dolor y diagnostica procesos radiculares o musculares intercostales y pectorales.

3. Mamografía: Alta tasa de falsos negativos, solicitar en caso necesario.
4. Eco de mama: se recomienda como procedimiento más coste-efectivo.
5. Analítica hormonal básica con prolactina: solicitar en dolores cíclicos sin mejoría

Tratamiento

Debe ser etiológico y en función de la intensidad del síntoma, escalonado progresivamente desde las opciones con menor perfil de efectos secundarios.

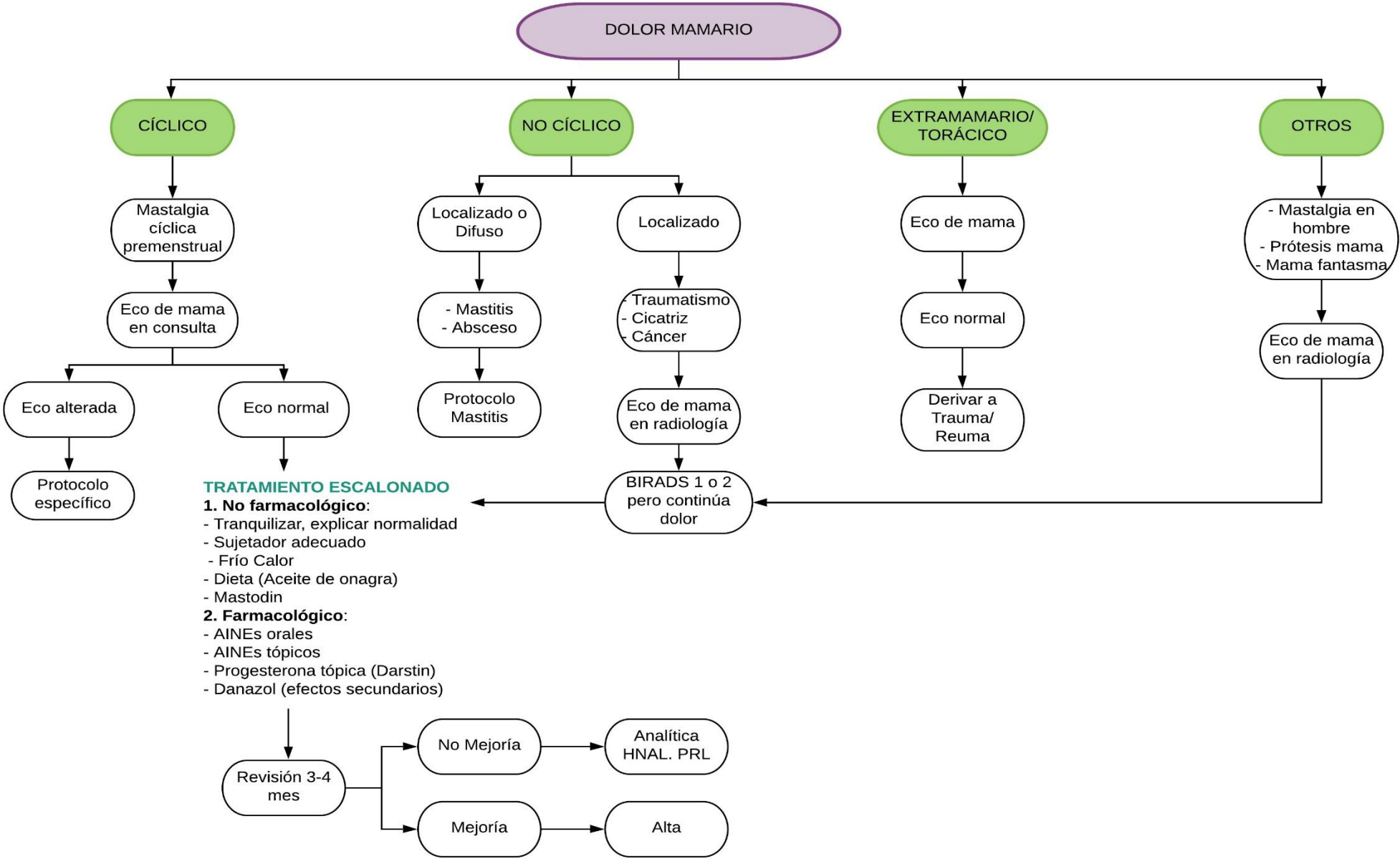
1. No farmacológico:

- ❖ Descartar cáncer y explicar a la paciente que se trata de un proceso benigno por sí mismo puede mejorar el cuadro en hasta un 85% de los casos.
- ❖ Sujetador adecuado
- ❖ Frío Calor
- ❖ Dieta: Existe base suficiente para usar cualquier suplemento de ácidos grasos esenciales o realizar una restricción lipídica importante. El aceite de Onagra ha demostrado una gran seguridad farmacológica, pero se recomienda no usarlo en pacientes epilépticas, pues puede disminuir el umbral de convulsiones. Dosis recomendada de 3-4 g/día.
- ❖ Mastodin: Emulsión a base de leche de semilla de *Gossypium herbaceum*, rica en ácidos grasos esenciales y fosfolípidos, y de ácido glicirrético. Usar dos veces al día.

2. Farmacológico:

- ❖ AINEs orales (gran estudio con nimesulida 100mg/12 horas)
- ❖ AINEs tópicos (diclofenaco, nimesulida y piroxicam). Alta eficacia, tanto en dolor cíclico como no cíclico.
- ❖ Progesterona tópica (Darstin)
- ❖ Danazol: tratamiento con el que hay más estudios disponibles y el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento del dolor mamario. Actúa bloqueando la secreción de gonadotropinas, evita el pico de LH e inhibe a nivel ovárico la síntesis de esteroides. El problema son los efectos secundarios (androgénicos, desarreglos menstruales, cefalea, alteraciones psicológicas) presentes en al menos el 30 %. Usar en casos refractarios y a dosis de menos de 800mg/mes con administración en fase lútea.
- ❖ Los SERMs, en especial el tamoxifeno, han demostrado efectividad similar a la del danazol con un perfil de efectos secundarios algo más tolerable. Aun así se deben usar dosis bajas (10mg/ día) y como segunda línea tras el fracaso de otros fármacos, debido a sus efectos secundarios, poco frecuentes pero graves como el tromboembolismo y el cáncer de endometrio.
- ❖ Como último recurso los agonistas de la GnRH (Goserelina, Buserelina) son un método de alta efectividad, pero con importantes contraprestaciones por su bloqueo completo del eje hipófisis-gonadal.

Algoritmo diagnóstico-terapéutico



BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social IN de CE-. Protocolo clínico: Patología mamaria benigna. 2014;1-41.
2. Perou C, Adamo B, Aguinaga M, Campos I. Manual de Senología y Patología Mamaria [Internet]. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. 2019. 590 p. Available from: <http://new.sespm.es/archivos/MANUAL-SESPM-2019.pdf>
3. Emilia M, Accame C, Hernández-agero TO, Angel M, Del V. Onagra. Indicaciones terapéuticas. 2002;16.
4. Alvarez Benito M, Romero Santos LA. Protocolo Cáncer de Mama. Hosp Ramón y Cajal. 2013;6-88.
5. Subcomisión clínica del cancer de mama Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolo cáncer de mama. Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento. 2009;1-88. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/comite_tumores/protocolo_cancer_mama.pdf
6. Poortmans PMP. Manual de Práctica Clínica en Senología. 2019.
7. Aibar L, Santalla A, López-Criado MS, González-Pérez I, Calderón MA, Gallo JL, et al. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011;38(4):141-9.
8. Instituto Nacional del Cáncer. Manual operativo de evaluación clínica mamaria [Internet]. 30/12. 2014. 2-36 p. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000865cnt-Manualevaluacionclinicamamaria.pdf>
9. Prats de Puig M. El dolor mamario (II parte). Rev senol patol Mamar (Ed impr). 2005;271-7.
10. Reece-Stremtan S, Gray L. ABM Clinical protocol 23: Nonpharmacological Management of Procedure-Related Pain in the Breastfeeding Infant, Revised 2016. Breastfeed Med 2016; 11:425-29.