

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)

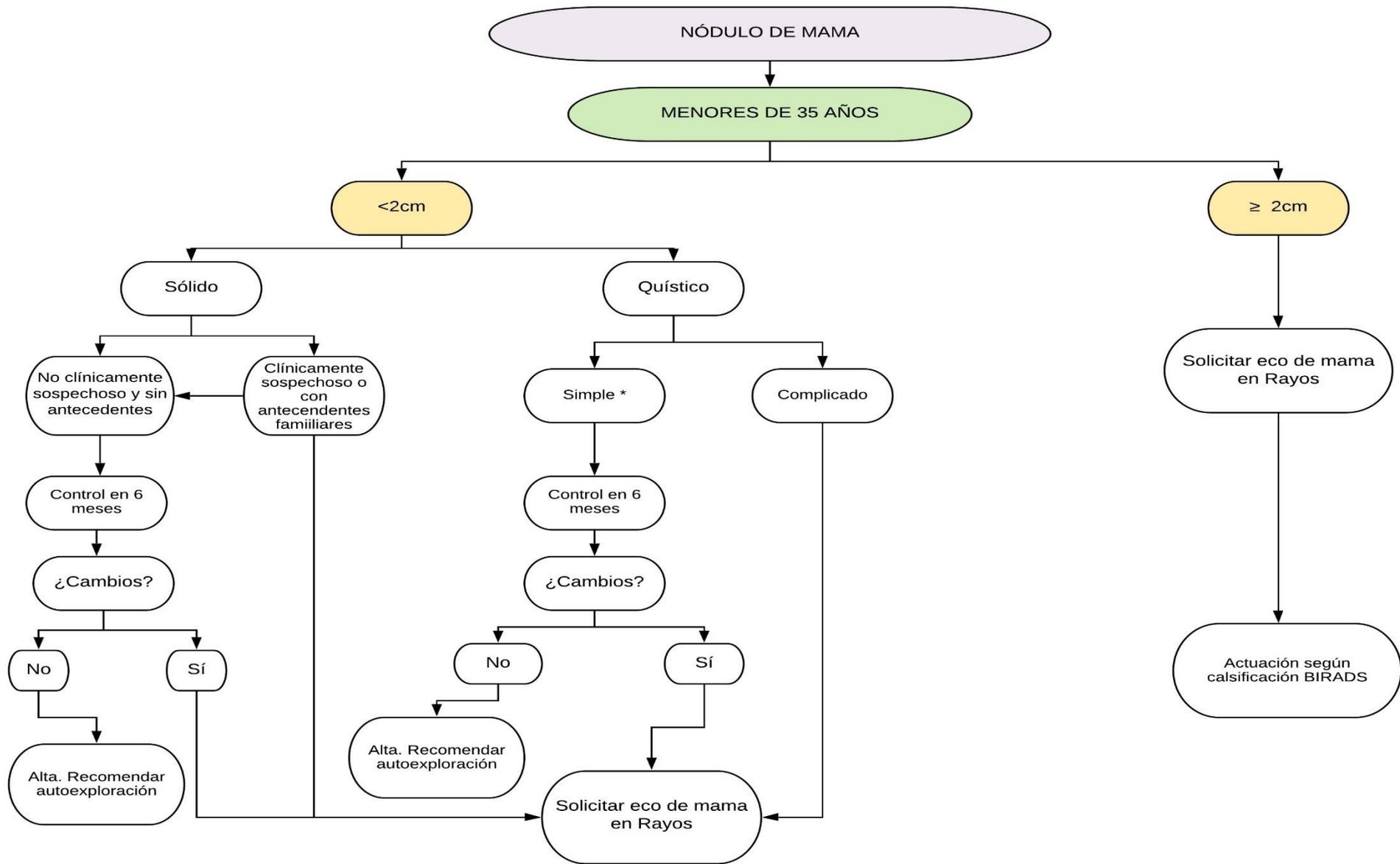
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	LESIONES
BIRADS 0	Hallazgos indeterminados	Características no establecidas
BIRADS 1	Exploración normal.	No lesiones
BIRADS 2	Negativa (probabilidad de cáncer igual a la población general).	<ul style="list-style-type: none"> • Calcificaciones benignas • Nódulos contenido graso • 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 mucocele).
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		



- * Quiste simple debe cumplir 4 requisitos:
- No poseer ningún eco en su interior
 - Forma redonda u oval
 - Contornos lisos
 - Realce posterior del eco

EN PACIENTES ≥ 35 AÑOS CON NÓDULO DE MAMA INDEPENDIEMENTE DEL TAMAÑO DEBEMOS SOLICITAR MX Y ACTUAR SEGÚN CLASIFICACIÓN BIRADS

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	Edad (> 65 años)
	Sexo (Caucásica. Afroamericanas más frecuente Ca "triple negativo")
	Raza (caucásica)
	Estatura (>175cm)
	Hormonas sexuales endógenas (Subtipos luminales)
	Densidad tejido mamario (de 2 a 6 veces más en tejido mamario denso)
	Densidad mineral ósea
	Menarquia/ menopausia
	A. Personales de Ca de mama
	A. Personales de lesiones benignas de mama (lesiones proliferativas sin atipia o con atipia y atipia epitelial plana)
	A. Familiares de Ca de mama
	Herencia

	FUERTE ASOCIACIÓN	DÉBIL ASOCIACIÓN
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	Hormonas sexuales exógenas (THS > 10 años)	Tabaco
	Factores reproductivos	Dieta
	Lactancia materna	Trabajar turnos nocturnos > 20 años
	Actividad física (más importante en postmenopáusicas)	Exposición a radiaciones ionizantes (dosis terapéutica)
	Peso (en postmenopáusicas, no premenopáusicas)	
	Alcohol	

QUISTE MAMARIO

Los quistes son nódulos bien delimitados, lisos y móviles, tapizados por endotelio o epitelio con contenido líquido. No son tumores. Aparecen preferentemente en mujeres entre 40 y 50 años.

Diagnóstico

Se diagnostican por ecografía. Se realiza PAAF, evacuación y estudio citológico solo en los casos de crecimiento rápido (para eliminar el dolor) y cuando son complejos o hay proliferaciones en su interior (quiste habitado), en estos últimos hay que evitar vaciar por completo el quiste para su posterior localización prequirúrgica.

- Quiste simple debe cumplir 4 requisitos:
 - No poseer ningún eco en su interior
 - Forma redonda u oval
 - Contornos lisos
 - Realce posterior del eco

Tratamiento

Conducta expectante. La punción-ecuación es suficiente como tratamiento en los casos de dolor. Cuando hay proliferaciones en su interior el tratamiento es la exéresis.

FIBROADENOMA

Los fibroadenomas los tumores benignos de la mama que se descubren por su sintomatología o bien como hallazgo ante una exploración de control. Pueden modificarse con tratamientos hormonales o con el embarazo, aunque suelen tener un tamaño y estructura constante.

Diagnóstico

La ecografía es el método más adecuado para su diagnóstico. Aparecen como nódulos sólidos hiperecoicos y homogéneos y con contornos regulares. El eje mayor del tumor se dispone de forma transversal y paralela a la superficie.

El análisis histológico de los fibroadenomas es el método diagnóstico definitivo.

Diagnóstico diferencial

- Adenoma
- Fibroadenolipoma
- Tumor phyllodes
- Carcinoma circunscrito

Tipos

1. Fibroadenoma: Aparece más frecuentemente en menores de 30 años. No suele pasar de 3-4 cm
2. Fibroadenoma juvenil: más frecuente en adolescentes. Puede tener crecimiento más rápido y presenta histología de hiperplasia florida.
3. Fibroadenoma gigante: aparece en edades más jóvenes. Su tamaño es mayor de 5 cm.

Manejo

- ✓ No cirugía salvo ansiedad, dolor o alteración estética
- ✓ Control cada 6 meses durante 2 años

- ✓ Motivos para biopsiar/ extirpar:
 - Prueba de imagen con alguna anomalía
 - Citología con signos de actividad celular
 - Discordancia entre la aparición y la edad de la paciente
 - Crecimiento progresivo

TUMOR PHYLLODES BENIGNO

Tumor de gran tamaño de tipo fibroadenomatoso, con oquedades que dividen al tumor en masas foliáceas con excrecencias irregulares. Puede fijarse a la fascia pectoral y ulcerar la piel. Aparece en edades más avanzadas que los fibroadenomas.

Diagnóstico

Debe asegurarse el diagnóstico anatomopatológico diferido, en los estudios histológicos (BAV/BAG) puede pasar desapercibida una zona sarcomatosa.

Tratamiento

La conducta es siempre quirúrgica ya que son de crecimiento continuo. Tienen mayor riesgo de recidiva local que el resto de tumoraciones benignas.

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. Gallego G. Nódulo palpable de mama. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005;56(1):82–91.
4. Aguirre Castro V, Ruiz Cáceres G. Protocolo para el manejo de nódulo mamario. Med. 2003;81–5.
5. Alvarez Benito M, Romero Santos LA. Protocolo Cáncer de Mama. Hosp Ramón y Cajal. 2013;6–88.
6. Subcomisión clínica del cancer de mama Hospital Universitario Reina Sofia. 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
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. Jiménez Villanueva X, Rivera Hernández M, Mario García Rodríguez F, Eduardo Roveló Lima J, Manuel Vargas Hernández V. Nódulo mamario palpable. Abordaje diagnóstico. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2011;78(1):35–40. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2011/ju1111g.pdf>