

# PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA: INFORMACIÓN PARA EL MÉDICO GENERAL

DR. JUAN CARLOS ACEVEDO B.  
JEFE CENTRO INTEGRAL DE LA MAMA.  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA.  
CLÍNICA LAS CONDES.  
PROFESOR AGREGADO FACULTAD DE MEDICINA.  
UNIVERSIDAD DE CHILE.  
jcacevedo@clc.cl

DRA. NUVIA ALIAGA M.  
CENTRO INTEGRAL DE LA MAMA.  
CLÍNICA LAS CONDES.  
DIPLOMADO EN DOCENCIA UNIVERSIDAD DE CHILE.  
naliaga@clc.cl

## RESUMEN

*El creciente aumento de la información y difusión del cáncer de mama en la población general, ha motivado que la mujer consulte ante la presencia de cualquier situación nueva que detecte en sus glándulas mamarias, que no le sea normal.*

*La patología benigna de la mama representa el mayor motivo de consulta para los especialistas dedicados al tema.*

*En las pacientes es causa de ansiedad, ya que siempre existe el temor de tener un cáncer. En este artículo tratamos las patologías benignas más relevantes desde un punto de vista clínico; esperamos que sea de utilidad para el médico general en su práctica diaria.*

*"Las enfermedades de la mama en la mujer deben ser conocidas por el médico general. No se enseñan a éste, con el rigor debido, y como muchas veces es él el consultado por las mujeres al comienzo de sus molestias, he aquí una de las causas de muchos diagnósticos tardíos de las lesiones que debieron tratarse a tiempo. Probablemente, hay pocos sectores de la clínica que hayan proporcionado a todo médico tantos motivos de error en el pronóstico y en el tratamiento como el de la patología mamaria".*

*Dr. Gregorio Maraño (1943)(1)*

## SUMMARY

*The increasing number of publications related to breast cancer, has motivated women in general to visit doctors as soon as*

*they find out some abnormal situation with their mammary glands. Therefore, the breast benign pathology represents the most frequent cause of visiting a breast cancer specialist.*

*As cancer is often a cause of anxiety and fear, this article is intended to provide a guide for doctors in their daily work, since it describes the most common breast pathologies.*

*Dr. Gregorio Maraño (1943)(1)*

*Key words: Breast benign disease, benign breast tumor.*

## INTRODUCCIÓN

En un centro especializado en enfermedades de la glándula mamaria, la consulta por patología benigna es alrededor de 90% (2). Esto se debe a la gran ansiedad y preocupación en las mujeres ante signos o síntomas relacionados con la glándula mamaria, ya que su diagnóstico diferencial siempre será el cáncer de mama (3).

Las alteraciones benignas de la mama representan un grupo heterogéneo de lesiones que debido a su diversidad en cuanto a su presentación, sintomatología y características histopatológicas, ha sido motivo de confusión en cuanto a su nomenclatura.

Existen múltiples clasificaciones sobre patología benigna: clínica, histológica, temáticas etc. Nosotros, dado lo extenso del tema que sobrepasa el objetivo de esta publicación, revisaremos las patologías benignas que generan mayor consulta en nuestro centro.

## MASTALGIA

La mastalgia, mastodinia, tensión mamaria o dolor mamario (4) afecta entre el 45-85% de las mujeres en algún momento de su vida.

Es una causa frecuente de consulta tanto en centros especializados, como en el ámbito de la medicina general ya que las pacientes relacionan el dolor mamario con un cáncer de mama. Sin embargo, el dolor mamario suele no estar relacionado con patología maligna, salvo ciertas excepciones, como se observa en los carcinomas inflamatorios o los carcinomas localmente avanzados.

### Etiología y clasificación

Existen varias teorías para explicar la etiología de la mastalgia; una de ellas es la teoría hormonal que considera varios puntos tales como la deficiencia de progesterona o el exceso de estrógenos, las alteraciones en el cociente progesterona – estrógeno, diferencias en la sensibilidad de receptores hormonales, secreción alterada de FSH y / o LH, niveles bajos de andrógenos y otras. Sin embargo las comunicaciones son contradictorias no quedando clara la causa (5).

La teoría más aceptada para explicar la mastalgia es el edema que se produce en el estroma causado por retención de agua y sodio, secundario a las fluctuaciones de los niveles de estrógeno y progesterona lo que provocaría inflamación y aumento de la consistencia mamaria. Se ha considerado que es una respuesta fisiológica exagerada a la estimulación cíclica a estrógeno y progesterona.

La mastalgia se clasifica de acuerdo al ciclo menstrual en mastalgia cíclica o no cíclica y de causa extra mamaria.

La mastalgia cíclica es la más frecuente, se presenta entre 7 a 10 días antes de la regla, se inicia habitualmente en el cuadrante superior externo de las mamas. Generalmente es bilateral, una mama suele estar comprometida en mayor grado que la otra y el dolor puede ser agudo o punzante, con irradiación a la axila o al brazo; se acompaña de tensión mamaria que cede espontáneamente al iniciarse la regla.

La mastalgia no cíclica alcanza su máximo durante la cuarta década de la vida y tiende a ser mucho menos frecuente (26% de los casos ) (6) no tiene relación con el ciclo menstrual.

El dolor extramamario es aquel que viene referido desde otras zonas cercanas a la mama como la zona cardíaca, pulmonar o gastrointestinal; incluye además, mialgias o artralgias. Otra causa común de mastalgia extramamaria es la inflamación de las articulaciones condroesternales de la pared torácica llamado Síndrome de Tietze cuya causa es desconocida y cede en forma espontánea (7).

La magnitud, gravedad y las relaciones de la mastalgia con el ciclo menstrual se estudian mejor con el uso de la cartilla diaria del dolor mamario, que utiliza una escala visual analógica. Esta cartilla debe seguirse durante dos ciclos menstruales como mínimo. El dolor mamario leve (< 3 en la escala) y de menos de 5 días de duración antes del ciclo menstrual se debe considerar normal. El grado en el cual la mastalgia altera el estilo de vida de la paciente en lo que respecta al sueño, actividad laboral y sexual proporciona una evaluación útil para dimensionar la magnitud del dolor (8). Para el caso de dolor intenso debe realizarse una anamnesis exhaustiva que incluya conocer el tipo de dieta, el uso de hormonas y episodios recientes de estrés. Se han

de excluir sitios posibles de dolor referido, como radiculopatía cervical, isquemia miocárdica, afecciones pulmonares, hernia hiatal y colelitiasis (es decir cualquier causa de origen extra mamario).

El tratamiento del dolor mamario es variable y depende de su origen. Si es cíclico, pueden ser útiles los antiinflamatorios no esteroideos y medidas generales. Pocas mujeres serán tratadas con hormonas. Si el dolor es no cíclico o extra mamario, dependerá de la causa específica el tratamiento a seguir.

Dentro de las medidas tradicionales usadas en el manejo de la mastalgia están el evitar el consumo exagerado de metilxantinas presentes en el té, café, bebidas colas o chocolate o de tiraminas (carne procesada, quesos fermentados, hongos o vino) (9). El cigarrillo debe ser suspendido. Estas sustancias producen un aumento de las catecolaminas circulantes las que actúan directamente sobre los receptores beta de las células mamarías. Sin embargo lo anterior no se encuentra probado.

Por otro lado se ha visto que el uso de ciertas vitaminas como la A, B y E podrían ayudar también, pero se cree que sólo sería un efecto placebo. Esto evidencia que algunas mastalgias podrían estar relacionadas con trastornos de ansiedad.

En cuanto a fármacos, se ha usado el danazol que es un andrógeno atenuado que inhibe de manera competitiva los receptores de estrógeno y progesterona en la mama, el hipotálamo y la hipófisis (10). Se desconoce el mecanismo preciso por el cual el danazol atenúa el dolor mamario. Es el único medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento de la mastalgia. También se usa, pero en menor frecuencia, el tamoxifeno que es un antagonista-agonista estrogénico comúnmente utilizado en el tratamiento del cáncer mamario. Su acción es inhibir de manera competitiva la acción del estradiol sobre la glándula mamaria. La asociación conocida entre tamoxifeno y cáncer de endometrio relegaron su empleo en dolor mamario a mujeres con síntomas graves y en quienes el tratamiento estándar ha fracasado; se indican 10 mg. al día por 3 a 6 meses, observándose reducción del dolor hasta en el 75% de las pacientes que recibieron la droga activa y en el 22% de las tratadas con placebo (11).

Es importante en las mujeres con mastalgia calmar el dolor, tratar la ansiedad y descartar la presencia de cáncer mamario, esta conducta es efectiva en el 80% de los casos.

### CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS

Se llama así a una condición benigna de la mama que se presenta más frecuentemente en la 3ª y 4ª década de la vida. Es conocida también como displasia mamaria o mastopatía fibroquística. Es una condición tan frecuente que se ha sugerido que tal vez no se trata de una enfermedad propiamente tal, sino que podría ser una alteración del normal desarrollo de las mamas (ANDI: Alteraciones del normal desarrollo de las mamas) (12). El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de dolor asociado o no a la existencia de quistes y/o fibrosis del tejido mamario. Su etiología es incierta; tradicionalmente se ha asociado a trastornos hormonales que traducen un desnivel en los niveles de estrógeno y progesterona. Algunos creen que un exceso de estrógeno podría ser el responsable de la enfermedad. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La ma-

mografía y el ultrasonido son los exámenes de apoyo más utilizados y principalmente sirven para descartar la presencia de patología maligna. Un grupo de pacientes baja su sintomatología luego de convencerse de que no se trata de una patología maligna. En otras, basta con calmar el dolor usando antiinflamatorios en bajas dosis y por pocos días.

## TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA

### Fibroadenoma

Es el tumor benigno más frecuente en las mujeres entre los 20 y 35 años (13).

Es un tumor de origen fibroepitelial que se desarrolla en los lóbulos mamarios. Pueden medir desde pocos milímetros hasta varios centímetros. El 80% de ellos mide entre 1 y 3 cms., generalmente son únicos. En un 20% son múltiples y un 15% son bilaterales (14).

Los fibroadenomas tienen una evolución clínica variable, pueden crecer, mantenerse igual en el tiempo o incluso involucionar. Durante la adolescencia el incremento en la producción de estrógenos se cree, podría influir en su aparición.

Durante la menopausia es frecuente observar fibroadenomas calcificados. Desde el punto de vista clínico es frecuente que sea la paciente quien se palpe un nódulo en la mama, lo que la motiva a consultar. Son redondeados, bien delimitados, no adheridos a planos superficiales o profundos, de consistencia gomosa, generalmente no dolorosos (15). Otra forma de presentación es el hallazgo de un nódulo no palpable encontrado en el estudio por imágenes de la mama que se realiza principalmente con mamografía y ecotomografía. Cabe recordar que en mujeres menores de 25 años la ecografía es la primera indicación para estudio ya que la condición de densidad extrema que se da a esta edad, hace poco posible su diagnóstico por mamografía. El estudio mediante imágenes puede complementarse con análisis histológico de la lesión de muestras obtenidas mediante un procedimiento ambulatorio, bajo anestesia local a través de una biopsia core bajo ecografía (16).

El tratamiento de los fibroadenomas tradicionalmente ha sido la extirpación quirúrgica, lo que permite la certeza diagnóstica. En este caso la cirugía que se practica es una tumorectomía

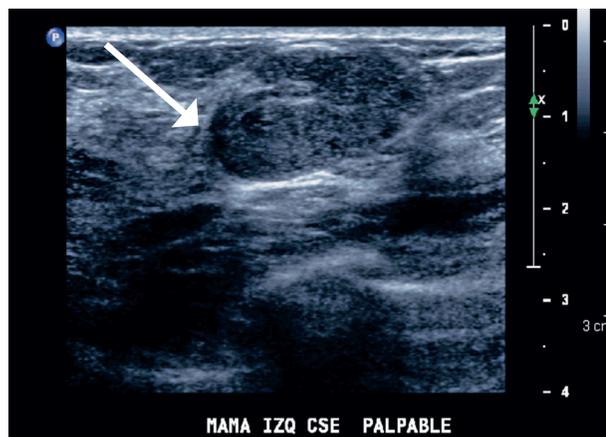
También es posible sólo mantenerlos en observación; cuando se opta por esta alternativa, debe discutirse claramente con la paciente la importancia de seguir los controles regulares recomendados ya que si se evidencian cambios en el nódulo bajo observación, la conducta puede variar (17).

### Tumor Phyllodes

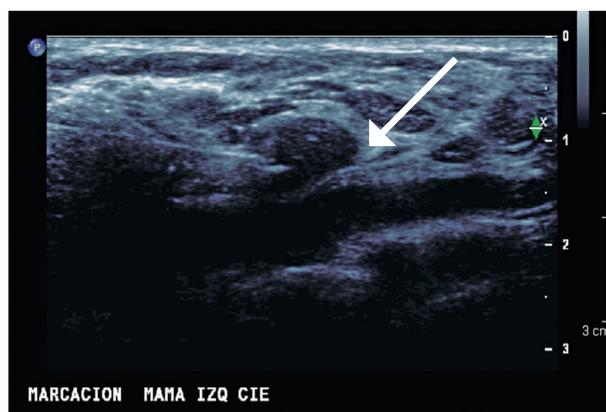
Es una rara lesión fibroepitelial que se presenta en menos del 1% de todas las neoplasias mamarias. Estos tumores plantean problemas al médico tratante, en gran parte debido a su rareza.

Hay tres situaciones que no han sido resueltas en su totalidad:

1. Aún se emplea en algunos textos terminología confusa como cistosarcoma phyllodes.
2. La rareza de estas lesiones ha dificultado establecer la diferencia precisa entre tumores benignos y malignos.
3. Existe una gran cantidad de casos que deben ser considerados en los



Fibroadenoma.



Fibroadenoma: marcación bajo ecotomografía de nódulo no palpable.

límites de la malignidad y presentan problemas evidentes en el manejo de las pacientes (18).

Clínicamente se palpan como una masa lisa, multinodular, redondeada y por regla general bien delimitada. En algunas pacientes el crecimiento es rápido, en cambio en otras es lento y prolongado (esto es menos frecuente), sin que esto esté en relación con su grado de benignidad o malignidad.

La mayoría de las veces se comporta como un tumor benigno aunque tiene un porcentaje de recurrencia local de alrededor de 15%. También puede presentarse como un tumor maligno. En este último caso se parece a los sarcomas pudiendo dar metástasis, lo cual ocurre en el 20% de los casos.

El diagnóstico se sospecha cuando nos encontramos frente a un "probable fibroadenoma" pero de crecimiento rápido. Su estudio se inicia tradicionalmente con mamografía y ecotomografía mamaria. No es fácil el diagnóstico por imágenes ni tampoco el diagnóstico histológico. Generalmente no es posible diagnosticarlos a través de una biopsia core ya que como la muestra de tejido es pequeña, suelen confundirse con fibroadenomas salvo que se utilice una aguja entre 8 y 14 Gauge. Existen tres variedades: benigno, maligno y de bajo grado de malignidad o limitrofes.

- **Benignos:** Son lesiones bien circunscritas. Existe evidencia de crecimiento expansivo y casi siempre se distingue una pseudocápsula. Es de celularidad moderada, no existen atipias nucleares y las mitosis son excepcionales.

- **Malignos:** Suelen ser lesiones más voluminosas y de consistencia menor a la de los benignos. Los cambios quísticos están frecuentemente presentes. La celularidad equivale a la de un sarcoma. Las mitosis son frecuentes (más de 5 mitosis x 10 campos microscópicos de gran aumento) y pueden encontrarse células neoplásicas gigantes y multinucleares del tipo de las que se encuentran en el fibrohistiocitoma maligno.

- **Limítrofes:** También llamados de bajo grado de malignidad o borderline. En estos casos la celularidad es intermedia. La proporción entre células mesenquimatosas y epiteliales, es considerablemente mayor a favor de las primeras, al compararse con la variedad benigna. Pueden encontrarse mitosis con un recuento menor a 5 x10 campos (19).



Tumor Phyllodes gigante.



Tumor Phyllodes.

El tratamiento siempre será quirúrgico, ya que es importante para los patólogos analizar la tumoración completa. Por otra parte debe extirparse la lesión con un margen adecuado de tejido sano para evitar la recurrencia (20). Bastará con una mastectomía parcial como tratamiento estándar, pero si no se pueden lograr márgenes libres mayores de 1 centímetro (criterio no aceptado por todos) debe optarse por una mastectomía total (siempre es posible plantear una reconstrucción mamaria). Los tumores phyllodes benignos sólo son tratados con cirugía. En el caso de los malignos, luego de la cirugía, deben ser presentados a un comité oncológico para definir la conducta a seguir sea ésta local y/o sistémica (21).

### Papiloma Solitario

Los papilomas se caracterizan por ser proliferaciones exofíticas asentadas en la pared de los conductos galactóforos principales, que están formados por células epiteliales sin atipias.

El papiloma intraductal solitario es un extraño tumor benigno de los grandes conductos que suelen aparecer a 1 ó 2 cm. del pezón; su principal manifestación clínica es la secreción por pezón de líquido seroso, hemático u otro. La edad media de presentación es de 48 años y de 40 años para la papilomatosis múltiple (22).

Crece con lentitud, rara vez es palpable. Los papilomas intraductales miden alrededor de 0,5 cm. de diámetro, pudiendo llegar a medir hasta 4 ó 5 cms (23).

Los papilomas intraductales múltiples son más frecuentes en pacientes jóvenes y se asocian con menor frecuencia a la secreción por el pezón a diferencia de los papilomas intraductales solitarios (24).

La ecografía mamaria es un examen útil para ubicarlos y también como apoyo para la biopsia percutánea.

El tratamiento del papiloma intraductal es la extirpación quirúrgica del conducto con el objeto de realizar estudio histológico en aquellas pacientes que han presentado secreción hemática o crecimiento progresivo del papiloma.

### DESCARGA POR EL PEZÓN

#### Evaluación clínica y manejo

La mama es una glándula y como tal presenta actividad secretoria. Ésta se puede observar incluso en el momento del nacimiento como resultado de la influencia de las hormonas maternas en el recién nacido. No nos referiremos a la actividad secretoria de la mama durante el embarazo o lactancia.

La descarga o flujo por el pezón es una situación que causa disconfort y ansiedad en las mujeres, representa cerca del 7% de las consultas por patología mamaria. El punto más importante en la anamnesis es precisar las características del flujo esto es consistencia, espontaneidad y color (25).

La mayor parte de los derrames por pezón (telerragia) son causados por afecciones benignas. Dentro de las causas más frecuentes se encuentran los papilomas y la ectasia ductal.

La ectasia ductal consiste en la dilatación de los conductos mamarios asociados a la presencia de células inflamatorias crónicas especialmente células plasmáticas. (Nos referiremos a este tema más adelante).

La secreción bilateral orienta hacia patología benigna. La unilateral, espontánea, no asociada a trauma, sanguinolenta o clara y transparente se asocia a patología maligna.

Si la secreción es lechosa debe sospecharse una hipersecreción de prolactina debido a un adenoma hipofisiario; esta asociación se ha observado en distintas series desde un 2,2% a un 47% de los casos. Si los valores de prolactina sérica se encuentran repetidamente elevados está indicado el estudio radiológico de la silla turca. Las pacientes con una elevación sólo moderada, tienen a menudo resultados radiológicos normales y de-



A y B, Papiloma intraductal.



Papiloma intraductal.

ben ser seguidas con atención. Los pacientes con tumor avanzado de hipófisis suelen presentar pérdida del campo visual o tener antecedentes de infertilidad. Una incompleta involución glandular después de la lactancia puede dar galactorrea. Se ha observado que altas dosis de tranquilizantes (fenotiacinas, reserpina o metil dopa) también pueden inducir galactorrea. Hooper y col. observaron galactorrea en 24 de 100 pacientes psiquiátricas hospitalizadas (26). La galactorrea cesa luego de la suspensión de la droga y puede no presentarse con dosis menores.

Si la secreción es café-verdosa y asociada a dolor puede deberse a cambios fibroquísticos. La ectasia ductal se caracteriza por secreción café-azulosa. Hasta el 60% de las pérdidas por el pezón en la ectasia ductal, contienen bacterias (*enterococcus*, *streptococcus*, *anaerobios staphylococcus aureus* y *bacteroides*), se desconoce si la infección es la causa primaria o es secundaria a sobrecontaminación (27). La ectasia ductal no indica predisposición al cáncer. Esta secreción puede volverse crónica pudiendo incluso infectarse. Este cuadro puede dar origen a mastitis y fístulas. Los cuadros antes descritos son de etiología poco clara aunque suelen relacionarse con un trastorno de tipo hormonal.

La secreción sanguinolenta es la que más produce ansiedad, sin embargo, la mayoría de las veces ésta se debe a la presencia de un papiloma intraductal que generalmente es de etiología benigna.

El diagnóstico diferencial de cualquier tipo de secreción mamaria (especialmente la sanguinolenta y la acuosa) siempre se hace con carcinoma mamario in situ o invasor.

Durante el examen clínico se debe buscar él o los conductos por donde se exterioriza la secreción. El número de conductos que producen la secreción es muy útil para el diagnóstico ya que la pérdida por múltiples conductos rara vez es de causa maligna, mientras que la pérdida por un sólo conducto es altamente sugerente de malignidad. Ciatto y col comunicaron que la pérdida por un sólo conducto posee un riesgo relativo malignidad de 4,07 (IC 2,7 a 6), comparado con la población asintomática, mientras que las pérdidas multicéntricas o bilaterales poseen riesgos similares a la población general (28).

Cuando la pérdida por pezón se asocia a un tumor, es más frecuente que nos encontremos frente a un cáncer.

Las pérdidas por un sólo conducto poseen característicamente un punto gatillo sobre la mama donde la presión induce la pérdida. Este punto debe ser identificado antes de planear la cirugía.

#### ESTUDIO

El examen de citología exfoliativa que se puede hacer a la secreción, es sólo útil cuando se demuestra cáncer o citología anormal. La alta tasa de falsos negativos imposibilitan el empleo de la citología para descartar cáncer.

Se debe solicitar una mamografía a todas las pacientes con descarga por el pezón tanto para buscar una lesión focal como para estimar la naturaleza de la alteración si el examen arroja la presencia de tumor. Se recomienda que ésta sea digital cuando se trata de mujeres con mamas densas como es el caso de la mujer joven y de la que está con terapia hormonal de reemplazo.

En los últimos años la ecotomografía hecha por expertos permite visualizar los conductos mamarios con exactitud logrando identificar lesiones intraductales susceptibles de ser biopsiadas bajo visión directa. Si se detecta contenido sólido intraductal se puede recurrir a una biopsia core. Si la biopsia confirma la presencia de elementos papilares o cualquier lesión premaligna, se debe ir a cirugía. La resección de él o los conductos afectados será la cirugía a practicar.

Carty y col. propusieron el empleo de una triple prueba para la evaluación de la pérdida por el pezón, no realizaron biopsias cuando el examen clínico, la mamografía, y la citología resultaban benignos. En una serie de 56 mujeres, 17 requirieron biopsia empleando estos criterios y 5 presentaron malignidad. Los autores efectuaron el seguimiento de 38 de las otras 39 mujeres durante un mínimo de cinco años, sin observar enfermedad mamaria posterior. Sólo 17 tuvieron pérdida por el pezón durante el seguimiento (29).

#### **Pruebas diagnósticas basadas en el acceso al conducto a través del pezón**

El pezón permite el acceso a los conductos de la mama para la inyección de medio de contraste, visualización o lavado. Las pruebas diagnósticas basadas en el acceso al conducto a través del pezón pueden ser utilizadas, aunque suele bastar con los exámenes tradicionales para un diagnóstico adecuado.

La galactografía consiste en canular un conducto previamente identificado con un pequeño catéter de nylon o aguja y la inyección de un agente de contraste soluble en agua. Se realiza una mamografía inmediatamente mientras el material de contraste está en la mama.

Bruñi y de Guili comunicaron sin embargo, sólo un 79% de exactitud sobre la base de pacientes que fueron sometidas a biopsia quirúrgica luego de la galactografía (30).

Dinkel y col. defendieron el concepto más nuevo de que la galactografía debe ser empleada para estimar la extensión de una lesión, y no para presumir o descartar cáncer.

Otros autores han combinado el examen citológico y la galactografía para seleccionar pacientes para biopsia (31). Los endoscopios de fibra óptica minúsculas han hecho posible la visualización de la lesión, tomar biopsia de ellas o citología por lavado.

#### **Tratamiento**

Como se mencionó, si la biopsia core confirma la presencia de elementos papilares o de una lesión premaligna, está indicada la cirugía donde se resecarán él o los conductos afectados. Para esto se inyecta azul de metileno a través del punto gatillo desde donde sale la secreción, lo que tiñe los conductos ayudando delimitar la resección durante la cirugía.

### **PROCESOS INFLAMATORIOS**

#### **Ectasia de conductos**

También conocida como mastitis periductal o mastitis de células plasmáticas, es una afección benigna de la mama que se debe a una dilatación de los grandes conductos galactóforos terminales subareolares como consecuencia de un proceso inflamatorio crónico agudizado que puede

ser intra y periductal. Esto produce ectasia de secreciones proteináceas pastosas presentes en esa zona lo que se acompaña de fibrosis periductal. El término ectasia ductal fue descrito en 1951 por Haagensen y es la denominación más utilizada actualmente.

Al evolucionar la enfermedad se produce la invaginación progresiva del pezón que puede llegar a ser total y definitiva. Cuando hay retracción del pezón es perentorio descartar la presencia de un proceso tumoral en evolución.

Clínicamente se puede manifestar unilateralmente como mastalgia acíclica asociado a una masa retroareolar dolorosa, con reacción inflamatoria cutánea superficial, periareolar acompañado por secreciones que van del blanco nacarado al café oscuro (causado por detritus queratínicos) o bien verde oscuro o purulento. En raras ocasiones puede presentar secreción sanguinolenta y adenopatías axilares palpables en hasta un 20% de los casos (32).

Destacamos que el material acumulado dentro de los conductos dilatados puede originar calcificaciones con un patrón tipo comedocarcinoma a la mamografía.

En caso de no recibir tratamiento adecuado, este cuadro puede progresar a la formación de un absceso intra y periductal y posteriormente constituirse una fistula.

El tratamiento debe iniciarse con antibióticos específicos y antiinflamatorios; una vez controlado el proceso infeccioso agudo debe plantearse la resección de los conductos terminales.

El procedimiento quirúrgico tiene por finalidad tener un diagnóstico histológico y curativo al realizar el tratamiento definitivo. La magnitud de la resección quirúrgica dependerá de la extensión de la lesión, siempre se debe resecar los conductos afectados desde el pezón hasta el extremo profundo, en donde el tejido mamario y los conductos tengan un aspecto sano. En los casos en que el daño tisular es más extenso, se debe realizar una resección en bloque de todos los conductos.

El riesgo de desarrollar cáncer en estas pacientes es igual al de la población general.

### **ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA GLÁNDULA MAMARIA**

#### **Mamas accesorias o supernumerarias o polimastia**

El reborde mamario de donde se originará la mama en la mujer, se manifiesta en los seres humanos cuando el embrión mide más o menos 7 mms. Éste normalmente se atrofia antes del nacimiento. La persistencia de tejidos mamario a lo largo de esta línea mamaria después del nacimiento da origen a un tejido mamario ectópico.

Se llama Polimastia a la presencia de más de 2 glándulas mamarias en la mujer, que se desarrollan en algún punto en una línea que va desde la axila hasta la ingle (la llamada "vía láctea de la mama"). Estas mamas accesorias suelen ser bilaterales y su mayor presentación es en las axilas; generalmente no se acompañan de areola ni pezón.

Su tratamiento es quirúrgico y consiste en la extirpación de estas mamas accesorias. Su indicación es generalmente de causa estética. Existen algunos reportes de tumores en mamas axilares (sean estos benignos o malignos), pero esto es infrecuente.



Mamas axilares.

### Amastia

La ausencia congénita de una o ambas mamas se llama amastia. Su expresión clínica más conocida es el llamado Síndrome de Poland descrito por primera vez en 1841 por Alfred Poland. Este síndrome es unilateral, afecta generalmente a mujeres, puede asociarse también a la falta de desarrollo del músculo pectoral mayor, a alteraciones en los dedos de las manos (sindactilias) o a malformaciones de otros órganos. Se trata de un defecto congénito infrecuente cuyo tratamiento es la reconstrucción mamaria.



Síndrome de Poland.

### Pezones supernumerarios o politelia

Son pezones ectópicos que se desarrollan a lo largo de la línea láctea mamaria. Suelen confundirse con nevus.

## GINECOMASTIA

La ginecomastia es el crecimiento de tejido glandular mamario en varones. Este trastorno es frecuente en adolescentes y en la mayoría de los casos no es considerada como una enfermedad. Suele llamarse ginecomastia verdadera para diferenciarla de la pseudoginecomastia que es aquella donde el aumento del volumen mamario es causado sólo por acúmulo de grasa. Esta última es más frecuente en varones mayores. La ginecomastia se puede clasificar de distintas formas; lo más simple es definirla como fisiológica o patológica.

### Ginecomastia fisiológica

Se divide en neonatal, puberal y senil (33).

**Ginecomastia neonatal:** Es la que se da en los recién nacidos debido al efecto de los estrógenos maternos placentarios. Se presenta en el 60% de los recién nacidos y se resuelve espontáneamente en pocas semanas.

**Ginecomastia puberal:** Se presenta en el 60 a 70% de los varones púberes. Consiste en un aumento de volumen transitorio del tejido glandular mamario en el varón sano. Su etiología no es clara; se cree que está relacionada con un desequilibrio entre los niveles de estrógenos y andrógenos o a una mayor sensibilidad a los estrógenos circulantes o un defecto en el receptor de andrógenos. Es más frecuente entre los 12 y 15 años de edad. Es un motivo de consulta frecuente en adolescente debido a los trastornos psicológicos que puede producir en esa edad el aumento de volumen mamario en varones. Aproximadamente el 75% de los casos son bilateral, sin embargo es frecuente que en los estadios iniciales sólo exista afectación de una mama, incluso meses o años antes que la otra. Desaparece en la mayor parte de los casos, tras 12 a 14 meses de evolución, persistiendo sólo en un 8% de los casos a los 3 años. La obesidad también se puede manifestar con un aumento de volumen de tipo lipomatoso en la zona mamaria (pseudoginecomastia) (34).

**Ginecomastia senil:** La prevalencia de la ginecomastia aumenta con la edad. Se presenta hasta en un 57% de los hombres mayores de 45 años. Se relaciona con un aumento en la grasa corporal y con alteraciones hormonales propias del envejecimiento. Con los años se produce una disminución de los niveles de testosterona y un aumento de la tasa de conversión de andrógenos en estrógenos en los tejidos periféricos, esto causaría un aumento del escaso tejido mamario que existe en la zona retroareolar de los varones.

El tratamiento es quirúrgico y sólo por razones estéticas.

### Ginecomastia Patológica

Se puede encontrar ginecomastia asociada a una serie de patologías médicas como la insuficiencia renal o hepática, neoplasias o trastornos tiroideos. También se relaciona con déficit hormonales de testosterona (síndrome de Klinefelter) o tumores testiculares secretores de estrógenos o por efecto del consumo de drogas como la marihuana o algunos fármacos como opiáceos, estrógenos, anabolizantes, cimetidina, entre muchos otros (35).

Ante la presencia de aumento de volumen mamario en un varón debemos descartar la existencia de un cáncer de mama, aunque éste sólo representa menos de 1% de las neoplasias del hombre. La evaluación debe incluir una anamnesis en donde se pregunte dirigidamente sobre el consumo de drogas.

El examen físico debe incluir la palpación testicular, además de las mamas, axilas y espacios supraclaviculares. Los exámenes mamarios son los habituales: mamografía y ecotomografía mamaria. Se debe agregar al estudio una ecotomografía testicular y algunos recomiendan una radiografía de tórax. Suele solicitarse además, la determinación de la subunidad beta y de alfa fetoproteína para descartar la presencia de tumores germinales. Al ser la causa de la ginecomastia patológica multifactorial, debemos estar atentos a cualquier signo que oriente hacia alguna de las patologías ya mencionadas.

El tratamiento de la ginecomastia es quirúrgico y generalmente es por

que el paciente refiere sensibilidad o dolor, o por causa cosmética o claramente para descartar un carcinoma. Dependerá de cada caso en particular la recomendación de cirugía; la indicación quirúrgica que suele ser más frecuente en la pubertad por razones obvias.

El tratamiento quirúrgico consiste en realizar una mastectomía subcutánea, idealmente por vía periareolar. Cuando existe exceso de tejido adiposo puede asociarse lipoaspiración de la zona.



Ginecomastia.

#### COMENTARIO FINAL

No quisiéramos terminar este artículo sin recordarles las recomendaciones de la American Cancer Society: toda mujer mayor de 40 años debiera realizarse una mamografía anual a partir de los 40 años, este sólo hecho ha demostrado ser efectivo logrando una reducción en la mortalidad por cáncer de mama de hasta en un 30%.

Para el 2015 la American Cancer Society se propuso alcanzar algunos objetivos que incluyen la reducción del 50% de la tasa de mortalidad por cáncer de mama y una reducción del 25% de la incidencia de cáncer de mama, esto se lograría si el 90% de las mujeres mayores de 40 años se incluyeran en los programas de seguimiento mamográfico.

(Byers T et al: *The American Cancer Society Challenge Goals: how far can cancer rates decline in the U.S. by the year 2015?* Cancer 86:715, 1999).

#### BIBLIOGRAFÍA

- Balcells A. Manual de diagnóstico Etiológico. Espasa Calpe, 1974:794.
- England P, Skinner S. Sex hormones in breast disease. Br J Surg. 1975; 62: 806.
- Hartmann L, Sellers T, Frost M: Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2005 July 21; 353:229-237.
- Banlieue RM. Mastodynia. Obstet Gynecol Clin North Am 1994;21:461-77.
- Kirby I, Edward M Copeland. La mama Etiología y tratamiento del dolor mamario. 2ª edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1998. 253-266.
- Maddox PR: Non cyclical mastalgia: improved clasification and treatment. Br J Surg 1989; 76:901.
- Gumm R, Cunnick GH, Mokbel K :Evidence for the Management of Mastalgia. Curr Med Res Opin 2004; 20 (5):681-4 Opin, May 2004.
- Maddox PR, Manssel RE:Management of breast pain and nodularity. World J Surg 1989;13:699.
- Minton JP, Foeking MK, Webster DJT:Caffeine cyclic nucleotides and breast disease. Surgery 1979; 86:105. 1979.
- Chambers GC, Asch RH, Pauerstein CJ: Danazol binding and translocation of steroid receptors.Am J Obstet Gynecol 1980;136:426.
- Gateley CA, Mantel RE:Management of painful nodular breast, BMJ 47:284,1991.
- Hughes L, Mansel R, Webster D. Aberrations of normal development and involution (ANDI): a new perspective on pathologenesis and nomenclature of bening breast disorders. Lancet 1987; 6: 5-36.
- Powell DE, Stelling CB. Enfermedades de la mama.Diagnóstico y detección. Masas mamarias circunscritas. Harcourt Brace 1997; 160-91.
- J Arraztoa . La Mama lesiones benignas de la mama. Fibroadenoma de la mama.N Aliaga- M Camus. 2ª ed. Santiago de Chile. Mediterráneo. 2004. 131-135.
- Hamed H; Fentiman IS: Benign breast disease. JCP Set 2001; 55 ( 7): 461 – 64.
- Kopans. La Mama en Imágenes Ultrasonidos. Madrid; Marban SL, 1996. 227-47.
- Simmons FR, Cabce, Iacicca M: A giant juvenile fibroadenoma in a 12 years old girl. Breast J 2000; 6 (6); 418-20.
- Silveria, Tavassoli FA: Osteosarcomatous differentiation in phyllodes tumor. Am J Surg Pathol. Jul 1999; 23 (7) 815-21.
- Fernández-Cid A et al.: Mastología. Ed.Masson, Barcelona, España 2000:749-756.
- Roos WK, Kaye P: Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumor of the breast. Br J Surg. Mar 1999; 86 (3) 396-9.
- Chaney AW, Pollack A, Mcneese M: Adjuvant radiotherapy for phyllodes tumor of breast. Radiat Oncol Investig 1998; 6 (6) 264-7.
- Page DL, Anderson TJ Papillota .Diagnostic histopathology of the

breast and related lesions. New York. 1987, Churchill Livingstone.

23. Carter D: Intraductal papillary tumors of the breast. A study of 78 cases. *Cancer* 1977; 39:1689.

24. Bening breast disorders. Love SM et al: Philadelphia.1987, JB Lippincott.

25. J Arraztoa La Mama..Lesiones benignas de la mama. Fibroadenoma de la mama.N Aliaga- M Camus. 2ª ed. Santiago de Chile. Mediterráneo. 2004. 127-30.

26. Hooper JH, Welch VC, Shackelford RT: Abnormal lactation associated with tranquilizing drug therapy. *JAMA* 1961; 178:506.

27. Bundred NJ et al: Are the lesions of Duct ectasia sterile?: *Br J Surg*1985; 72:844.

28. Ciatto S, Bravetti P, Cariaggi P: Significance of nipple discharge:clinical patterns in selection of cases for cytologic examination. *Acta Cytol.* 1986; 30:17.

29. Carty NJ et al: Prospective study of outcome in women presenting with nipple discharge. *Royal Coll Surg Engl* 1994; 76:387.

30. Woods et al: Solitary breast papilloma: comparison of mammographic galatographic, and pathologic findings. *AJR Am Roentgenol* 1992; 159:487.

31. Dinkel HP et al: Predictive value of galactographic patterns for benign and malignant neoplasms of the breast for patients with nipple discharge. *Br J Radiol* 2000; 73:706.

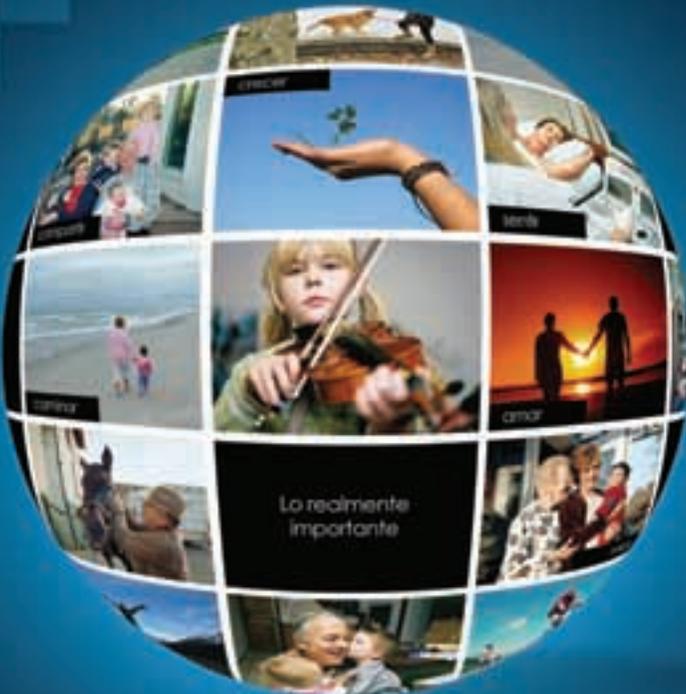
32. William D, Spratt JS. ) *Cancer of the breast* 4ªed. Philadelphia, W.B. Saunders.1995:87-115.

33. Gikas P, Mokbel K: Management of Gynaecomastia: An Update . *Int J Clin Pract* July 2007;61 (7) 1209-15.

34. Kirby I, Edward M Copeland. *La mama. Ginecomastia.* 2ª edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1998; 157-93.

35. Babigian A, Silverman RT: Management of gynecomastia due to use of anabolic steroids in bodybuilders. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Jan;107 (1) 240-2.

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS CON LOS LABORATORIOS.



**ROCHE ONCOLOGÍA**  
*Liderando nuevos caminos para el tratamiento del cáncer*

ROCHE es el principal proveedor mundial de tratamientos contra el cáncer y cuenta con una de las más completas áreas de investigación y desarrollo. Ello ha permitido el descubrimiento de innovadoras terapias que están salvando vidas y extendiendo las expectativas y calidad de vida de miles de pacientes en todo el mundo. Actualmente contamos con cinco innovadoras terapias, tales como Avastin para cáncer colorrectal, de mama, pulmón y riñón; Herceptin para cáncer de mama HER-2 positivo; MabThera para linfomas no Hodgkin; Xeloda para cáncer de mama, colorrectal, colon y estómago y Tarceva para cáncer de pulmón y páncreas. **Nuestro fiel compromiso con la innovación y la vida,** está permitiendo encontrar nuevas soluciones en la lucha contra una de las principales enfermedades en Chile y en el mundo.



Innovación para la Salud