

Marco Andrés Villacres Pinza ^a; Denisse Paulette Villafuerte Duque ^b; Fernando
Sebastián Montalvo Zumárraga ^c; María Cristina Altamirano Castañeda ^d

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Benign inflammatory breast diseases

*Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.3,
septiembre, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 96-120*

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.96-120](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.96-120)

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/513>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 15/05/2019

Aceptado: 23/06/2019

Publicado: 30/09/2019

Correspondencia: marcvillac@hotmail.com

- a. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; marcvillac@hotmail.com
- b. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; denisse.vidu@gmail.com
- c. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; fernandomontalvo71@gmail.com
- d. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; maricrisaltamirano@gmail.com

RESUMEN

Las enfermedades benignas de la mama se encuentran entre los diagnósticos más frecuentes que el ginecólogo obstetra ocupado verá en la práctica. Por otra parte, el cáncer de mama, sin duda, serán diagnosticados en numerosas ocasiones en la carrera de un ginecólogo obstetra. Una capacidad de diagnosticar con precisión y prontitud enfermedades de la mama benignos y malignos está dentro del ámbito general del ginecólogo obstetra. Una comprensión profunda de las enfermedades benignas de la mama, incluyendo técnicas de diagnóstico apropiados, es de vital importancia. Además, un conocimiento práctico de los factores de riesgo de cáncer de mama con la capacidad de identificar a las mujeres con alto riesgo y, o bien se refieren o iniciar métodos de reducción de riesgos es igualmente importante.

Palabras Claves: Enfermedades de mama; Diagnostico; Ginecología; Factores de riesgo.

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

ABSTRACT

Benign breast diseases are among the most frequent diagnoses that the busy obstetrician gynecologist will see in practice. On the other hand, breast cancer will undoubtedly be diagnosed numerous times in the career of an obstetrician gynecologist. An ability to diagnose benign and malignant breast diseases accurately and promptly is within the general scope of the obstetric gynecologist. A thorough understanding of benign breast diseases, including appropriate diagnostic techniques, is vitally important. In addition, a practical knowledge of breast cancer risk factors with the ability to identify women at high risk and either refer or initiate risk reduction methods is equally important.

Key Words: Breast diseases; Diagnosis; Gynecology; Risk factors.

Introducción.

La importancia de un conocimiento profundo de enfermedad benigna de mama es cuádruple: para aliviar cuando sea posible los síntomas atribuibles a la enfermedad benigna de la mama; para identificar aquellas enfermedades benignas de mama y las historias de pacientes que pueden predisponer a un mayor riesgo de cáncer de mama; para distinguir la enfermedad benigna de la enfermedad maligna de mama; y para prevenir potencialmente un futuro cáncer de mama basado en la identificación de lesiones de alto riesgo.

Estos dos últimos puntos son particularmente importantes debido a que el espectro clínico de presentación de enfermedad benigna de mama se solapa con la de cáncer de mama. Esto también es importante porque ambas enfermedades mamarias benignas y malignas son comunes. El cáncer de mama sigue siendo el cáncer más frecuente en las mujeres, y se estima que en los Estados Unidos se han diagnosticado 192.370 casos de cáncer de mama en 2009, lo que representa el 27% de todos los cánceres en mujeres. Hay más muertes por cáncer atribuidos al cáncer de mama cada año (40.170 estimados en 2009) de ovario, útero, trompas de Falopio, cuello uterino y de vulva combinados, y el cáncer de mama es la segunda de las muertes detrás del cáncer de pulmón entre las mujeres en los Estados Unidos (Jemal, y otros, 2009). Aunque el tratamiento del cáncer de mama está más allá del alcance de este artículo y la práctica de la mayoría de los ginecólogos obstetras, que deben ser los de mayor confianza en la capacidad de diagnosticar el cáncer de mama, tanto como lo son para el diagnóstico de cáncer de útero o de cuello uterino.

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

Metodología.

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido (Davila, 2015) define la metodología “como aquellos pasos previos que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas”.(p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas a enfermedades inflamatorias benignas de las mamas a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

Tipo de Investigación

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores relacionadas con el tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para **(CASTRO, 2016)** las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”.(p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

del estudio. En tal sentido, (*Bolívar, 2015*), refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante la aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (*Bolívar, 2015*) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (*Bolívar, 2015*) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicado las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados.

La historia clínica y factores de riesgo

La toma de la historia clínica en una mujer con un síntoma de mama consiste en dos componentes igualmente importantes. La primera debe caracterizar el síntoma: dolor, masa, engrosamiento, duración, cambio en los síntomas con el tiempo, y la presencia y el color de la tendencia espontánea de la descarga del pezón, el segundo componente consiste en obtener un historial de importantes factores de riesgo de cáncer de mama conocidos. Los factores de riesgo se pueden dividir en factores de riesgo genéticos y no genéticos. Una comprensión profunda de estos es imprescindible en la obtención de una historia debido a que el manejo clínico de las mujeres con o sin síntomas de mama puede cambiar como resultado de estos factores importantes. Por otra parte, las mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama pueden ser candidatas apropiadas para las pruebas genéticas, detección de cáncer de mama más agresivo, y los esfuerzos de reducción de riesgos (*American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, 2009*)

Los factores que se relacionan con la longitud de los estrógenos y la exposición de progesterona (los llamados factores de riesgo reproductivo) incluyen temprana edad de la menarquia, la aparición tardía de la menopausia, la multiparidad, la aparición tardía del primer embarazo (después de los 35 años) y el uso a largo plazo de terapias hormonales para la menopausia (estrógeno más progesterona o progestinas) tienden a aumentar el riesgo de cáncer de mama (*Kelsey, Gammon, & John, 2003*). Los factores que interrumpen incesante el cíclico hormonal expuesto seguro, tal como multiparidad, la lactancia materna durante más de 3 meses, y la

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

menopausia prematura, son de protección. Una excepción a la heurística (“regla de oro”) modelo de estrógeno incesante además de exposición de progesterona incrementa el riesgo de cáncer de mama posterior al primer embarazo. La diferenciación final de tejido de la mama en células de mama madura preparadas para la lactancia con el primer embarazo se asocia con cambios permanentes en las propiedades biológicas del epitelio glandular. Estos cambios hacen que las células se pasan más tiempo en la fase de reparación del ciclo celular. Cuanto más tarde la edad del primer embarazo, los errores de ADN son más probables en ocurrir y propagarse con la proliferación de células durante el embarazo. Aunque la menarquia temprana y de aparición tardía del primer embarazo son factores de riesgo reconocidos para el cáncer de mama, lo que es más relevante es el número de años a partir de la menarquia a la aparición del primer embarazo que resulta en la lactancia. Una lista clínicamente útil de factores de riesgo comunes se incluye en la Tabla 1.

La edad es otro factor de riesgo importante para el cáncer de mama. El cáncer de mama es raro en mujeres antes de los 20 años, pero las tasas de incidencia de cáncer de mama comienzan a aumentar de forma significativa en la quinta y sexta década de la vida y continúan aumentando con la edad.

La terapia hormonal posmenopáusica que consiste en estrógenos y progestinas ha sido consistentemente demostrado que se asocia con un riesgo moderadamente elevado de cáncer de mama, aunque no con estrógeno solo. En las mujeres que utilizan la combinación de estrógeno más progestina terapia hormonal, existe una relación positiva entre el riesgo de cáncer de mama y la duración del uso. No hay un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilizan estrógeno más progestina durante 1 a 4 años, mientras que el

riesgo es elevado durante 5 a 9 años de uso y es más alta con más de 15 años de uso (*Anderson, y otros, 2004*).

Otros medicamentos utilizados comúnmente están siendo investigados en cuanto a su relación con el cáncer de mama. Los bifosfonatos, que se utilizan con frecuencia en el tratamiento del cáncer de mama para la conservación del hueso, están siendo investigados actualmente para determinar si tienen eficacia como agente quimiopreventivo. En un análisis retrospectivo de la Iniciativa de Salud de la Mujer, las estatinas, que parecen inhibir el crecimiento tumoral in vitro, no se asociaron significativamente con el riesgo de cáncer de mama (*Cauley, y otros, 2006*).

Tabla 1. Factores de riesgo del cáncer de mama

Factores de riesgo importantes para el cáncer de mama	Informó Riesgo relativo
Reproductivo	
menarquia temprana	1.1-1.4
Edad de la menopausia	1.1-1.4 por cada incremento de 5 años después de los 51 años
multiparidad	1.1-1.4
Primer parto después de los 35 años de edad	01.05 a 02.09
(comparado con antes de los 20 años)	
El uso actual o pasada de menopáusico	1,31-1,56
Terapia hormonal	
La lactancia materna ya de 1 y *	0.7-0.8
La menopausia prematura (Antes de los 40 años) *	0.5
Genético	
Antecedentes familiares de primera grado con	01.05 a 02.09

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

cáncer de mama	
Antecedentes familiares de dos familiares de primer grado con cáncer de mama	3,0-6,9
gen BRCA conocida mutación torácica de alta dosis radiación ionizante	riesgo de por vida 40-85%
Especialmente en los jóvenes las mujeres (más joven de edad 21)	55.5

Fuente: Los datos de Harris Jay R, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Enfermedades de la mama. 4ª ed. Filadelfia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

Patología de trastornos benignos de la mama

Los trastornos benignos de mama se dividen a grandes rasgos en tres categorías: Trastornos proliferativos, Trastornos proliferativos sin atipia, e hiperplasias atípicas. Los numerosos estudios han demostrado el valor pragmático de estas categorías, ya que se correlacionan con el riesgo futuro de cáncer: las enfermedades no proliferativas sin mayor riesgo sustancial; trastornos proliferativos con leve a aumentar en el riesgo futuro (RR 1,3-1,9); y la hiperplasia atípica confieren sustancialmente mayor riesgo (RR 4.1 a 5.3). Las lesiones benignas de la mama se pueden presentar clínicamente como masas, la descarga del pezón o anormalidades mamográficas.

Tabla 2. Trastornos mamarios benignos y el riesgo de cáncer

Tipo de lesión	Riesgo relativo del futuro Cáncer de mama
----------------	---

no proliferativa	1
Los quistes simples	
hiperplasia leve (habitual)	
el cambio apocrino papilar	
Proliferativa sin atipia	1,3-1,9
fibroadenoma	
hiperplasia moderada / florido de	
el tipo habitual	
El papiloma intraductal	
Adenosis esclerosante / cicatriz radial	
hiperplasia atípica	04.01 a 05.03
hiperplasia ductal atípica	
hiperplasia lobular atípica	
El carcinoma lobular in situ	7-18

Trastornos de la mama no proliferativos

Los quistes mamarios se originan de la unidad de conducto lóbulo terminal y contienen dos capas de células, las células epiteliales lumbales interior y la capa mioepitelial exterior. Los quistes mamarios pueden variar en tamaño desde microscópica a palpable clínicamente (los denominados quistes brutos) hasta varios centímetros. Los quistes mamarios simples (sin tabiques internos o engrosamiento mural) son casi siempre benigna y sólo requieren la aspiración si son molestos para la mujer.

Trastornos de la mama proliferativas sin atipia

Los fibroadenomas son la causa más común de las masas mamarias en adolescentes y mujeres jóvenes. También pueden estar presentes en las mujeres mayores, que representan el 12% de las masas en las mujeres menopáusicas. Estos tumores surgen de epitelio y estroma de la unidad de conducto-lobular terminal. La característica palpable típico de un fibroadenoma es un

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

pequeño (1-2 cm), firme, bien circunscrita en masa, móvil. Pueden ser difíciles de distinguir en el examen palpable de una firma quiste mamario, y ambos pueden parecer similares en mamogramas. La ecografía es útil para distinguir un quiste simple (de diagnóstico como una masa de pared delgada completamente lleno de líquido) de un fibroadenoma (masa sólida). En la mayoría de los casos, una masa sólida en la ecografía requiere de más pruebas de diagnóstico. La edad mediana de la presentación clínica de los fibroadenomas es de 25 años. Los fibroadenomas gigantes son una designación clínica de un particularmente grande fibroadenoma pero son histológicamente idéntica a otros fibroadenomas. Los fibroadenomas gigantes se distinguen de fibroadenoma juvenil. Este es inusual y cuenta con variantes de aproximadamente el 4% de todos los fibroadenomas, se ven típicamente en adolescentes y adultos jóvenes, y clínicamente se presenta como una masa que crece a menudo y distorsiona la mama.

Histológicamente los papilomas intraductales pueden ser solitarios y principalmente se encuentran cerca de la abertura del conducto o múltiples y periféricamente situado en la mama. Los papilomas solitarios se pueden presentar como secreción del pezón o, menos comúnmente, como una masa palpable. Se producen más comúnmente en mujeres entre 30 y 50 años de edad y son típicamente pequeños (2- 4 mm), aunque a veces puede presente como una masa palpable hasta 5 cm de tamaño. Aunque los casos inusuales de células atípicas o el carcinoma ductal in situ han sido diagnosticados en los papilomas solitarios, que no están generalmente asociados con el cáncer. Múltiples, papilomas intraductales periféricos, debido a su ubicación periférica, por lo general no se presentan con descarga de pezón. En comparación con las mujeres con papilomas solitarios, estas mujeres son más jóvenes, pueden tener implicación de mama bilateral, adenomas tubulares, que consta de células glandulares benignas con elementos estromales

mínimos, o bien pueden presentar como una masa de mama o pueden ser visto en la imagen de la mama de rutina. Adenomas lactantes son vistos durante el embarazo o después del parto y se componen de células cúbicas idénticos al tejido en periodo de lactancia normal. Estos se presentan como una masa palpable y aparecerá sólido en ultrasonografía. Se requiere un diagnóstico de tejido para determinar el diagnóstico de estas lesiones.

Los tumores phylloides de la mama son tumores fibroepiteliales poco comunes, que representa sólo el 0,3% a 0,5% de todos los tumores de mama. Tienen una amplia gama de comportamientos biológicos, que van desde una masa benigna de la mama con una propensión a la recurrencia local de un sarcoma capaz de producir metástasis a distancia. Este comportamiento sarcomatoso más agresivo representa sólo el 5% de todos los tumores phylloides. La típica mujer con un tumor phylloides es entre 30 y 50 años de edad y se presenta con una sola masa de mama. Ellos son generalmente más grandes que fibroadenomas típicos, pero por lo demás tienen la misma característica palpable (firme, circunscrito, y móviles), y su rápido crecimiento a menudo causa visible estiramiento de la piel suprayacente. Imágenes de la mama demostrará una masa sólida, pero no puede distinguir entre un fibroadenoma y un tumor benigno o phylloides malignas. Aunque la aspiración con aguja fina y biopsia de núcleo son herramientas útiles para el diagnóstico de fibroadenomas, los tumores phylloides pueden ser más difíciles de diagnosticar con precisión, y la biopsia excisional es apropiado cuando el tumor phylloides considerado.

Hiperplasias de la mama

Hiperplasias de mama se definen histológicamente. Se describen tres niveles.

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

La hiperplasia leve del tipo usual son capas de células epiteliales múltiples conductos (cuatro o menos), pero no se debe rellenar el conducto. La hiperplasia leve se considera un trastorno no proliferativo y no está asociada con un sustancial mayor riesgo futuro de cáncer de mama. La hiperplasia de tipo usual moderado (también llamado florido) son capas de múltiples conductos epiteliales de células (más de cuatro) que llenan todo el conducto, pero sin atipia citológica. Este diagnóstico se considera un trastorno de la proliferación sin atipia y se asocia con un moderado aumento del riesgo futuro de cáncer de mama. La hiperplasia atípica (ductal o lobular) se ven con más frecuencia en las mujeres con imagen anormales de mama. Se identifican en el 2% a 4% de las mujeres con masas mamográficas y en el 12% y el 17% de las mujeres sometidas a biopsia para microcalcificaciones. Debido al aumento del riesgo futuro de cáncer de mama, se recomienda un seguimiento cuidadoso.

Carcinoma lobular in situ

El carcinoma lobular in situ (CLIS) es un hallazgo histológico que normalmente no tiene correlación clínica. En otras palabras, el CLIS no se presenta como una masa o con anomalías específicas en imagen de mama, y por lo general se diagnostica como un hallazgo incidental en el momento de la biopsia de mama de otra lesión. El carcinoma lobular in situ (a diferencia de carcinoma ductal in situ) generalmente no se considera que es una lesión precursora para cáncer de mama; más bien, es un indicador de riesgo para el futuro desarrollo de cáncer de mama. Como tal, la extirpación completa de carcinoma lobulillar in situ no es necesario. El carcinoma lobular in situ se diagnostica con mayor frecuencia en la quinta década de la vida, suele ser multifocal en la mama ipsilateral (superior al 50%), y la mama contralateral está involucrado con CLIS 30% del tiempo.

Secreción del pezón

La secreción del pezón es otro síntoma común del seno. En la mayoría de los casos, la secreción del pezón es benigna. La descarga benigna es más probable que sea bilateral, expresada solo, de color lechoso o verde y multiductal. El alta que es unilateral, uniductal y espontánea se considera sospechosa y requiere una evaluación más exhaustiva. La secreción sospechosa del pezón suele ser clara, serosa o sanguinolenta.

La secreción del pezón se puede clasificar en tres grupos: lactancia normal, galactorrea fuera del período puerperal y secreción no lechosa. La secreción bilateral del pezón lechoso es apropiada durante el embarazo y el período de lactancia, y puede persistir hasta 1 año después del parto o después de la interrupción de la lactancia. Algunas mujeres tendrán secreción de pezón positiva al guayaco o incluso con sangre al comienzo de la lactancia. Esto puede considerarse normal si es de corta duración, pero se indica un estudio adicional si es unilateral o persiste más de 1 o 2 semanas.

La secreción láctea bilateral fuera del embarazo y el intervalo posparto se llama galactorrea y no es causada por enfermedad mamaria intrínseca. Los niveles elevados de prolactina que conducen a galactorrea pueden ser causados por múltiples factores, incluida la estimulación crónica de las mamas, endocrinopatías, incluida la disfunción tiroidea y los adenomas secretores de prolactina, y medicamentos que inhiben la dopamina (por ejemplo, ciertos psicotrópicos). La elaboración de galactorrea está más allá del alcance de este documento.

Para las mujeres que presentan síntomas de secreción no lechosa, la historia debe centrarse en caracterizar aún más la secreción, como 1) espontánea o expresada; 2) unilateral o

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

bilateral; 3) uniductal o multiductal; y 4) color (claro, lechoso, amarillo, verde, multicolor o sangriento). Se debe obtener información sobre las posibles fuentes de estimulación del pezón, el momento y las circunstancias en que se observó el alta.

Se debe realizar un examen completo de los senos. Se debe prestar especial atención a la piel del complejo pezón-areolar. Los cambios similares a la costra y al eccema pueden justificar una biopsia de piel de espesor completo para excluir la enfermedad de Paget. El médico debe intentar expresar la descarga aplicando presión en la periferia de la areola y barriendo hacia adentro, observando si involucra uno o más conductos, la ubicación del conducto involucrado y el color de la descarga. Las pruebas de guayaco y la citología generalmente no se recomiendan porque no alteran la evaluación.

Si la descarga es multiductal y no espontánea (es decir, expresada únicamente) y el examen es de otra manera normal, entonces probablemente representa un proceso benigno (*Claus, Schildkraut, Thompson, & Risch, 1996*). Sin embargo, si la descarga es unilateral, uniductal, espontánea y clara, serosa o sangrienta, entonces es necesaria una evaluación adicional. La evaluación debe comenzar con una mamografía de diagnóstico con ultrasonido enfocado en el área retroareolar. Si la mamografía es BI-RADS 4 o 5, se recomienda una biopsia. Si la mamografía es BIRADS 1, 2 o 3, entonces se podría considerar la ductografía del conducto afectado para determinar si hay un defecto de llenado, pero es necesaria la extirpación quirúrgica del conducto terminal del conducto afectado. Esto proporcionará un diagnóstico y opciones de tratamiento de la causa subyacente.

Enfermedad inflamatoria de seno

La mastitis de lactancia (mastitis puerperal) es el trastorno inflamatorio mamario más común. Los síntomas típicos incluyen eritema en un patrón rayado o en forma de cuña que se extiende desde el pezón y sensibilidad mamaria asociada. Algunas mujeres experimentarán síntomas sistémicos de fiebre, malestar general y mialgias.

El organismo etiológico más común es el *Staphylococcus aureus*, aunque pueden encontrarse otros, incluidos los genes *Staphylococcus pyo*, *Escherichia coli*, *Bacteroides* y otras especies de *estafilococos*. *S. aureus* resistente a meticilina (MRSA) se está convirtiendo en un organismo causal más importante en las infecciones de la piel y debe considerarse en aquellos que tienen factores de riesgo de MRSA (hospitalización reciente, heridas crónicas, miembros de la familia afectados, enfermedad sistémica crónica y fracaso tratamiento con *S. aureus* sensible a meticilina).

La terapia empírica ambulatoria debe cubrir *S. aureus* e incluiría dicloxicilina (500 mg, cuatro veces al día), cefalexina (500 mg, cuatro veces al día), o para pacientes alérgicos a la penicilina, clindamicina (300 mg, cuatro veces al día). Si es probable la infección por MRSA, entonces trimetoprer-sulfametoxazol (dos tabletas, dos veces al día) o clindamicina (300 mg, cuatro veces d aily) es una opción adecuada para la gestión ambulatoria. La terapia debe continuarse durante 10 a 14 días. La lactancia materna y el bombeo deben continuar para reducir el riesgo de formación de abscesos.

Si los síntomas no se resuelven con la terapia antibiótica inicial, las consideraciones más importantes incluyen la presencia de organismos menos comunes o resistentes (MRSA), la presencia de un absceso mamario y otras causas raras de inflamación, como como cáncer de

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

mama inflamatorio El cáncer de mama es menos común en las mujeres durante los años reproductivos, pero es una consideración importante y el retraso del diagnóstico puede afectar el pronóstico de la mujer afectada.

Si todavía se sospecha un proceso infeccioso, se puede enviar leche materna para cultivo y se deben iniciar antibióticos para cubrir el MRSA. El examen de los senos o la ecografía de los senos pueden demostrar una masa de hormiga fluctuante que sugiere un absceso. Si se identifica un absceso mamario, se deben continuar los antibióticos y se debe realizar un drenaje. La aspiración con aguja está emergiendo como el tratamiento estándar para el absceso mamario puerperal y es más probable que resulte en una lactancia exitosa continua. La aspiración en serie debe continuarse cada 2 a 3 días hasta que ya no se obtenga material purulento en el aspirado. La incisión y el drenaje están indicados si la aspiración falla o si hay una ruptura de la piel asociada.

La mastitis no puerperal es mucho menos común. La mastitis no puerperal puede ocurrir debido a un traumatismo en el pezón o fisuras y puede estar asociada con MRSA. Una mujer no lactante con una presentación compatible con mastitis puede ser tratada empíricamente como se describe para la mastitis puerperal. Sin embargo, si los síntomas no se resuelven después de la terapia con antibióticos, se deben realizar imágenes mamarias con biopsia en función de los resultados para excluir otras patologías. Específicamente, la presentación del cáncer de mama inflamatorio puede superponerse con la de la mastitis infecciosa y puede estar acompañada de otros hallazgos en la piel, como engrosamiento, edema o apariencia de piel de naranja y retracción del pezón. Además de las imágenes, se debe realizar una biopsia por punción de la piel del seno cuando se encuentran hallazgos sospechosos en la piel y no responden a la terapia con antibióticos orales.

La mastitis periductal se presenta como inflamación focal del área peri areolar y puede ir acompañada de formación de abscesos o incluso fístula del conducto mamario. Es más común en mujeres jóvenes que fuman, y puede ser recurrente (*Dixon, Ravisekar, Chetty, & Anderson, 1996*) Debe tratarse inicialmente con terapia antibiótica empírica, con el apoyo de resultados de cultivo si están disponibles. Se pueden aspirar o incidir pequeños abscesos para drenar y, en casos de formación de fístula, está indicada la escisión de la fístula subareolar.

Las afecciones comunes de la piel, como el eccema y la dermatitis de contacto, con frecuencia afectan la piel de los senos y deben responder a las terapias habituales. La descamación recurrente o la formación de costras en el pezón pueden ocurrir con la enfermedad de Paget del pezón y, si está presente, presagia una alta probabilidad de cáncer de mama invasivo subyacente. Se necesita una biopsia por punción del área afectada para hacer este diagnóstico. Se deben realizar imágenes diagnósticas de los senos, pero los resultados pueden ser normales. Otras afecciones que se encuentran comúnmente incluyen intertrigo, que causa piel eritematosa e inflamada en los pliegues debajo de los senos grandes y ptóticos e hidradenitis supurativa, que puede afectar las axilas y la parte inferior de los senos. Las infecciones de la piel por *Candida* son comunes y tienen la presentación clásica de piel inflamada con lesiones satelitales. Esto puede verse en los pliegues de la piel en mujeres con senos grandes. También ocurre en mujeres que están amamantando, y puede presentarse como dolor persistente en los pezones con dolor punzante y eritema. Debe tratarse con preparaciones antimicóticas tópicas como nistatina en polvo o ungüento. Si estos productos se usan en mujeres en periodo de lactancia, deben lavarse del seno antes de amamantar. El fluconazol oral es otra alternativa aceptable y se considera compatible con la lactancia materna.

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

Dolor en los senos

La mastalgia, o dolor en los senos, es un síntoma común y fue la indicación principal para el 47% de las visitas relacionadas con los senos en un estudio de 10 años de mujeres inscritas en una organización de mantenimiento de la salud.

El dolor de seno se puede separar en tres categorías: mastalgia cíclica, mastalgia no cíclica y dolor extramamario. Las mujeres generalmente buscan atención para el dolor de seno que interfiere con la actividad sexual o física o el trabajo, pero muchas mujeres reportan el síntoma por temor al cáncer.

El primer paso en la evaluación de la mujer con dolor en los senos es un historial completo y un examen físico. La historia debe centrarse en el momento, la frecuencia, la gravedad y la ubicación del dolor, prestando atención a las actividades o traumas recientes que pueden haber causado o exacerbado el dolor. Una buena historia También debe ayudar al médico a identificar los problemas cardíacos, pulmonares o gastrointestinales que la mujer puede experimentar como dolor en los senos.

También se debe realizar un examen completo para identificar anormalidades discretas o preocupantes del seno, así como para evaluar la pared del tórax separada del seno para excluir la pared del tórax como fuente. Si se identifica una anomalía mamaria palpable, se deben realizar imágenes.

En un paciente con mastalgia cíclica sin hallazgos preocupantes, proporcionar tranquilidad y seguimiento es un tratamiento adecuado. El cáncer de mama rara vez se identifica

en la paciente que presenta mastalgia sin otros hallazgos clínicos. La mastalgia asociada con el cáncer de seno es más probable que sea unilateral, intensa, no cíclica y progresiva. En presencia de este patrón de mastalgia o si existe preocupación clínica, el diagnóstico por imágenes de seno puede ser un complemento útil.

Una vez tranquilizadas, muchas mujeres no desearán un tratamiento adicional. Sin embargo, hay varias opciones para el tratamiento del dolor mamario cíclico y no cíclico. Los sostenes bien ajustados y de apoyo y los cambios en la dieta, como la restricción de la ingesta de metilxantinas / cafeína, grasas y sal, y el uso intermitente de diuréticos se recomiendan con frecuencia; sin embargo, ninguno de estos ha demostrado de manera concluyente que afecte la mastalgia.

El aceite de onagra, que contiene el ingrediente activo ácido gamma-linolénico, ha sido objeto de muchos estudios, y algunos demuestran un beneficio particularmente para la mastalgia cíclica. La dosis recomendada es de 2,000 a 3,000 mg por día de ácido gamma-linolénico en dosis divididas (*Smith, Pruthi, & Fitzpatrick, 2004*). Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, tanto en regímenes orales como tópicos, han demostrado eficacia en pequeños estudios no controlados de mujeres con mastalgia. Sin embargo, no existen grandes estudios bien diseñados que evalúen su uso específicamente para tratar la mastalgia.

Aunque los usuarios de píldoras anticonceptivas orales generalmente informan menos mastalgia cíclica que los no usuarios, el inicio de la píldora anticonceptiva oral no es un tratamiento comprobado para la mastalgia. Para las mujeres que usan píldoras anticonceptivas orales y experimentan dolor cíclico en los senos, la administración continua (omitiendo la

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

semana sin píldoras) puede mejorar los síntomas. Las mujeres posmenopáusicas con mastalgia que se desarrollaron con el inicio de la terapia hormonal pueden beneficiarse de suspender la terapia hormonal o disminuir la dosis de estrógenos.

Otros medicamentos recetados están reservados solo para los casos más graves y refractarios de mastalgia y generalmente se usan durante 3 a 6 meses, luego se reducen y se suspenden. El único medicamento con aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. Para el tratamiento de la mastalgia es el danazol. Varios estudios han demostrado que el danazol (100 mg, dos veces al día) reduce el dolor en los senos en el 60% al 90% de las mujeres, aunque los efectos secundarios a menudo limitan su utilidad. El tamoxifeno, un modulador selectivo del receptor de estrógenos, ha demostrado una reducción demostrada del dolor en los senos en el 80% al 90% de las mujeres a una dosis de 10 mg por día, aunque hasta el 30% de las mujeres pueden experimentar una recaída después de la discontinuación. Se ha demostrado que la bromocriptina, un inhibidor de la prolactina, a una dosis de 2.5 mg dos veces al día, es más efectiva que el placebo para reducir el dolor en los senos, aunque las náuseas y los mareos provocan altas tasas de discontinuación (*Mansel & Dogliotti, 1990*)

Las causas extramamarias de dolor en los senos incluyen costochondritis (síndrome de Tietze), que se caracteriza por un punto sensible sobre la unión costochondral. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (orales o tópicos) se han utilizado con éxito. La tromboflebitis superficial de la vena torácica lateral (enfermedad de Mondor) causa dolor, sensibilidad y hallazgos en el examen físico de un cordón palpable de tejido de tejido o hoyuelos lineales en la piel. En un estudio de 63 casos de una presentación de tipo Mondor, se identificó una causa subyacente en aproximadamente la mitad de los casos, incluido el cáncer de mama en el 13%

(Catania, y otros, 1992) Se debe realizar una imagen mamaria apropiada para la edad para descartar una infracción no palpable cáncer en pacientes con esta presentación. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos pueden ser útiles para controlar los síntomas de la enfermedad de Mondor.

Conclusión.

Las enfermedades benignas de los senos tienen un amplio espectro diagnóstico y progresivo y una variedad de presentaciones clínicas. El ginecólogo obstetra debe estar familiarizado con presentaciones clínicas comunes, que incluyen masas palpables, enfermedades inflamatorias, imágenes anormales de los senos, secreción del pezón y dolor en los senos. La importancia de un diagnóstico preciso tiene implicaciones no solo para la resolución del episodio, sino también para reconocer la neoplasia maligna cuando hay implicaciones presentes y claras para el riesgo futuro de cáncer de seno.

Bibliografía.

- American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG . (2009). Committee on Practice Bulletins—Gynecology, ACOG Committee of Genetics, Society of Gynecologic Oncologist. ACOG Practice Bulletin No. 103: Hereditary breast and ovarian cancer syndrome. . *Obstet Ginecol*, 957-966.
- Anderson, G., Limacher, M., Assaf, A., Bassford, T., Beresford, S., & Black, H. (2004). Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 1701–12.
- Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental*. México. Pax.
- Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales*. México. Limusa.
- Catania, S., Zurrída, S., Veronesi, P., Galimberti, V., Bono, A., & Pluchinotta, A. (1992). Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* , 2267–70.

Enfermedades inflamatorias benignas de mama

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Marco Andrés Villacres Pinza; Denisse Paulette Villafuerte Duque; Fernando Sebastián Montalvo Zumárraga; María Cristina Altamirano Castañeda

Cauley, J., McTiernan, A., Rodabough, R., LaCroix, A., Bauer, D., & Margolis, K. (2006). Statin use and breast cancer: prospective results from the Women's Health Initiative. *J Natl Cancer Inst*, 700 –7.

Claus, E., Schildkraut, J., Thompson, W., & Risch, N. (1996). The genetic attributable risk of breast and ovarian cancer. *Cancer*, 2318 –24.

Davila, A. (2015). *Concepto de terminos científicos*. Caracas: Oasis.

Dixon, J., Ravisekar, O., Chetty, U., & Anderson, T. (1996). Periductal mastitis and duct ectasia: different conditions with different aetiologies. *Br J Surgery*, 820 –2.

Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M. (2009). Cancer Statistics. *Cancer J Clin*, 225– 49.

Kelsey, J., Gammon, M., & John, E. (2003). Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev*, 36 – 47.

Mansel, R., & Dogliotti, L. (1990). European multicentre trial of bro-mocriptine in cyclical mastalgia. *Lancet*, 190 –3.

Smith, R., Pruthi, S., & Fitzpatrick, L. (2004). Evaluation and management of breast pain. *Mayo Clin Proc*, 353–72.