

## Importancia de la información en el control de los síntomas de la displasia mamaria

### Importance of information in the control of the symptoms of breast dysplasia

Alexis Cantero Ronquillo,<sup>I</sup> Orestes Mederos Curbelo,<sup>II</sup> Carlos Romero Díaz,<sup>III</sup> Juan C. Barreras Ortega,<sup>IV</sup> Ana Peralta Hernández,<sup>V</sup> Erasmo Gómez Cabrera,<sup>VI</sup> Yasser Díaz Crespo,<sup>VII</sup> Liz García Espinosa<sup>VIII</sup>

<sup>I</sup> Especialista de II Segundo Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar de Cirugía. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular de Cirugía. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de II Segundo Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar de Cirugía. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Especialista de II Segundo Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar de Cirugía. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>VI</sup> Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>VII</sup> Residente de Medicina General Integral. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>VIII</sup> Residente de Medicina General Integral. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

---

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La displasia mamaria es un problema de salud de gran repercusión social, por el estrés y la ansiedad que suelen acompañarla. El presente trabajo tuvo el objetivo de valorar diferentes variantes de conducta ante esta afección.

**MÉTODOS.** Se realizó un estudio retrospectivo-prospectivo con 3668 pacientes diagnosticadas de displasia mamaria, y atendidas por esta razón entre enero de 1991 y diciembre de 2004 en el Hospital Universitario Comandante «Manuel Fajardo».

**RESULTADOS.** La incidencia de displasia mamaria (enfermedad fibroquística) en la consulta de patología mamaria fue del 50 %, seguida en frecuencia por el fibroadenoma y las enfermedades inflamatorias. Se realizó el estudio en dos etapas: una con carácter retrospectivo (1991-1996) y otra con carácter prospectivo (1997-2004). La evolución de los casos que solo recibieron información fue similar a la de los pacientes que fueron sometidos a otros esquemas de tratamiento médico, en ambas etapas. Se necesitó exéresis quirúrgica en el 16,21 % y 13,42 % de los pacientes, respectivamente, a causa de dudas en relación con un carcinoma.

**CONCLUSIONES.** La información médica es una opción que puede utilizarse en más del 70 % de las mujeres que presentan displasia mamaria (enfermedad fibroquística). Tiene la ventaja de que los resultados son más duraderos que los del tratamiento médico, y de que disminuye el consumo innecesario de medicamentos. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad fibroquística está solo justificado ante la duda de cáncer y en lesiones que no se modifican ni duelen durante el ciclo menstrual, sobre todo en el caso de mujeres mayores de 35 años.

**Palabras clave:** Tratamiento médico, información médica, displasia mamaria, enfermedad fibroquística.

---

## SUMMARY

**INTRODUCTION.** Breast dysplasia is a health problem of great social impact due to the stress and anxiety accompanying it. The present paper was aimed at assessing different variants of behavior before this affection.

**METHODS.** A retrospective prospective study was conducted among 3 688 patients that were diagnosed breast dysplasia and received attention from January 1991 to December 2004 in «Comandante Manuel Fajardo» Teaching Hospital.

**RESULTS.** The incidence of breast dysplasia (fibrocystic disease) at the breast pathology office was 50 %, followed in frequency by fibroadenoma and inflammatory diseases. A two-stage study was undertaken: one with retrospective character (1991-1996) and the other with prospective character (1997-2004). The evolution of the cases that received only information was similar to that of those that underwent other medical treatment schemes, in both stages. Surgical exeresis was necessary in 16.21 % and 13.42 % of the patients, respectively, due to suspicion of carcinoma.

**CONCLUSIONS.** Medical information is an option that may be used in more than 70 % of females with breast dysplasia (fibrocystic disease). Some of its advantages are that the results last more than those of medical treatment and that it reduces the unnecessary administration of drugs. The surgical treatment of the fibrocystic disease is only justified when cancer is suspected and in lesions that neither modify nor hurt during the menstrual cycle, mainly in females over 35.

**Key words:** Medical treatment, medical information, breast dysplasia, fibrocystic disease.

---

## INTRODUCCIÓN

La displasia mamaria (DM) representa un problema clínico en aproximadamente el 30 % de la población femenina y puede acompañarse de elevados consumo de medicamentos y niveles de estrés. El volumen de información sobre el cáncer de mama, que fluye de los diferentes medios de comunicación, es colosal; pero en lo referente a las enfermedades benignas de dicha glándula, pudiera ser aún mayor. Por tal razón, la aparición de estas últimas tiende a provocar verdaderos estados de ansiedad en algunas mujeres, los cuales pueden persistir hasta la visita al especialista y a veces, hasta el final de las investigaciones necesarias para confirmar la naturaleza benigna.

Como DM se conoce a un grupo heterogéneo y polimorfo de entidades que constituyen las lesiones benignas más frecuentes de la mama en la madurez sexual,<sup>1,2</sup> y representan el 54 % de las mastopatías y el 70 % de las lesiones benignas.

El polimorfismo y la heterogeneidad de esta afección en cuanto a su aspecto histológico y sintomatológico, ha determinado que se le conozca con diversas denominaciones. Las más aceptadas son displasia mamaria cíclica (DMC), enfermedad mamaria benigna y enfermedad fibroquística ('benign breast disease' [BBD] y 'fibrocystic disease' [FCD], respectivamente). Según *Robbins*,<sup>3</sup> esta última debe denominarse alteración fibroquística, pues carece de importancia clínica, y se debe dejar el término *enfermedad proliferativa benigna* cuando aumenta el riesgo de carcinoma (hiperplasia epitelial atípica, adenosis esclerosante y, en menor cuantía, los papilomas de conductos pequeños).

La DM no es un factor de riesgo para el cáncer de mama salvo en las excepciones mencionadas, pero en ocasiones pudiera dificultar el diagnóstico de un carcinoma con exámenes y técnicas de imagen habituales.<sup>4</sup> Está considerada como una de las afecciones más controvertidas de la patología mamaria e incluso algunos autores la han cuestionado en diversas publicaciones, como es el caso de *Love*,<sup>5</sup> quien en 1982 se preguntaba si era razonable definir como enfermedad a un proceso que ocurre clínicamente en el 50 % e histológicamente en el 90 % de las mujeres.

En la actualidad se acepta el término *enfermedad benigna mamaria* para cualquier cambio no oncoproliferativo que puede encontrarse en 9 de cada 10 mujeres; y los más comunes incluyen: enfermedad fibroquística (EFQ), cuyos sinónimos son: cambios fibroquísticos, condición fibroquística, displasia mamaria, etc.), tumores benignos e inflamaciones. De acuerdo al tipo de enfermedad y a la situación médica del paciente, el tratamiento será o no necesario. A pesar de que presenta variedad de cambios en tejido glandular y estroma de la mama, la displasia mamaria (DM) no debe considerarse una enfermedad.<sup>6-9</sup>

## MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo-prospectivo con 3668 pacientes con diagnóstico de DM, atendidas en consulta de patología de mama del Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo», entre enero de 1991 y diciembre del 2004. El estudio se realizó en dos etapas, una con carácter retrospectivo (1991-1996) y otra con carácter prospectivo (1997-2004).

Se valoraron incidencia, tratamientos utilizados y resultados alcanzados, los cuales se expusieron mediante tablas y porcentajes que ilustran los resultados. Para evaluarlos se utilizó el examen clínico y el ultrasonido en casos de lesiones

nodulares y la escala verbal del dolor (0 al 10) en pacientes con mastalgia importante.

En todos los casos, la primera fase del tratamiento consistió en atenuar o eliminar el estrés neuropsíquico, previa evaluación de cada paciente, y brindar información según las características individuales de estos, el nivel de escolaridad, etc., y el seguimiento consecuente para modificar conductas y estilos de vida cuando fue posible.

Se consideró *evolución satisfactoria* a la desaparición o disminución de la nodularidad, confirmada mediante examen clínico, ultrasonido y ausencia de dolor, para lo cual se utilizó la escala mencionada, sin manifestaciones de ansiedad o estrés. También se incluyeron dentro de esta categoría los casos con mejoría de los síntomas, con disminución de la nodularidad y del dolor o desaparición total de uno de ellos, y se utilizó la misma metodología. Las pacientes incluidas en la categoría *igual*, no alcanzaron la mejoría que permitiera evitar el uso de algún tipo de tratamiento médico.

En los casos con secreción mamaria no sanguinolenta, espontánea, o producida tras la compresión del pezón, se proscribió dicha maniobra hasta que desaparecieran los síntomas. De lo contrario, se practicó la resección del conducto dilatado. En todos los casos de sangrado, la lesión fue extirpada quirúrgicamente.

El seguimiento de las pacientes fue mensual, hasta lograr disipar el estrés resultante de los cambios y el dolor; luego fue trimestral y después se realizó cada seis meses o al año. Evaluamos como satisfactorio el logro de ecuanimidad y comprensión ante la recurrencia de las crisis, sin llegar a utilizar medicamentos. En algunos casos de cambios fibroquísticos del seno después de los 40 años, utilizamos además bromocriptina, danazol, metilestosterona o punciones evacuadoras repetidas antes de recurrir a procedimientos exéresis. Los casos con hiperplasia epitelial atípica y adenosis esclerosante fueron seguidos cada tres o seis meses durante los primeros 48 meses, y posteriormente todos los años después de la exéresis.

Consideramos una indicación quirúrgica la displasia de forma nodular, con poco o ningún cambio acorde con la progresión del ciclo menstrual, sobre todo en mujeres mayores de 35 años. Igualmente, la recurrencia de quistes puncionados en varias ocasiones o persistencia de la cápsula, las masas complejas y todos los casos de biopsias de aspiración con aguja fina (BAAF) y mamografías de resultados dudosos.

## **RESULTADOS**

La incidencia de displasia mamaria (enfermedad fibroquística) en la consulta de patología mamaria fue del 50 %, y le siguieron en frecuencia el fibroadenoma y las enfermedades inflamatorias ([tabla 1](#)).

**TABLA 1. Consulta patología de mama: morbilidad**

Diagnóstico	Cantidad de casos	Porcentaje
Displasia mamaria	3668	48,28
Fibroadenoma	1092	14,37
Enfermedades inflamatorias	547	7,20
Carcinoma	473	6,22
Dolores de origen extramamario	482	6,34
Ginecomastia	268	3,52
Necrosis traumática	169	2,22
Otros	645	8,49
Sin patología (o sin precisar)	252	3,31
<i>Total</i>	<i>7596</i>	<i>100</i>

Fuente: Departamento de estadísticas.

Durante 6 años (1991 a 1996), el Grupo de Atención a Enfermedades de la Mama utilizó diferentes esquemas de tratamientos convencionales, evaluó los resultados generalmente a los 3 y 6 meses de iniciados, y no observó diferencias significativas en ninguno de los grupos, incluidos aquellos a quienes no se prescribió medicamento alguno. A todas las pacientes se les brindaron consejos relacionados con la dieta ([tabla 2](#)).

TABLA 2. **Tratamientos y resultados a los 6 meses**

Esquemas de tratamiento	Casos	Resultados		
		Mejor (%)	Igual (%)	No cont. (%)
Vitamina E, metiltestosterona, propanolol	423	302 (71,39)	58 (13,71)	63 (14,89)
Vitamina E, progesterona	315	233 (73,96)	32 (10,15)	50 (15,87)
Vitamina E, vitamina A, metiltestosterona	174	113 (64,94)	30 (17,24)	31 (17,81)
Solo información	147	112 (76,19)	22 (14,96)	13 (8,84)
Bromocriptina	102	71 (69,68)	17 (16,66)	14 (13,72)
Danazol	120	80 (66,66)	22 (18,33)	18 (15,00)
Exéresis	248 (16,21%)	-	-	-
<i>Total</i>	<i>1529</i>	<i>911 (71,11)*</i>	<i>181 (14,12)*</i>	<i>189 (14,75)*</i>

Fuente: Encuestas realizadas en consulta de mastología.

\* Se excluyeron los casos operados.

La evolución de los casos que solo recibieron información fue similar a la de quienes fueron sometidos a otros esquemas de tratamiento médico. La exéresis quirúrgica fue necesaria en el 16,21 % de las pacientes, por la duda en relación con carcinoma (en BAAF, examen clínico, mamografía), o porque persistió la nodularidad sin dolor ni variaciones de volumen en relación con el ciclo menstrual. En 5 de estos casos se encontró un carcinoma ductal, por lo que insistimos en la exéresis ante pacientes con estas características.

Al preguntar a las pacientes sobre los antecedentes de estos trastornos, se puso de manifiesto el carácter crónico de estos. El 57,75 % de las pacientes no habían recibido tratamiento previo; el 23,80 % sí había recibido tratamiento con anterioridad y el 18,44 % había recibido dos o más tratamientos.

El tratamiento de la DM no fue único ni definitivo: aproximadamente más del 40 % de las pacientes habían recibido algún tratamiento anterior o más de uno, ya que en su historia natural esta dolencia evoluciona por crisis y las manifestaciones deben cesar definitivamente después de la menopausia, salvo la existencia de aromatasas hiperactivas<sup>10</sup> o terapia hormonal sustitutiva con estrógenos.

Con estos resultados preliminares durante 9 años dimos prioridad a la administración de información (1997 a 2004), proceso laborioso que toma tiempo y que repetimos hasta que la mujer y su acompañante adquirieran el conocimiento. Se utilizaron además otras modalidades de tratamiento en casos que lo requerían ([tabla 3](#)), pues el tratamiento debe ser individual, en lo cual coincidimos con [Torres](#).<sup>11</sup>

**TABLA 3. Tratamientos y resultados a los seis meses**

Tratamiento	Casos (%)	Mejoría (%)	Igual (%)	Local (%)
Información médica	1580 (73,86)	1150 (72,78)	237 (15,00)	193 (8,78)
Bromocriptina/danazol	152 (7,10)	118 (77,94)	20 (13,15)	14 (9,21)
Exéresis quirúrgica	299 (13,97)	-	-	-
Progesterona	57 (2,66)	42 (73,68)	1 (1,75)	14 (24,56)
Otros	51 (2,38)	32 (62,74)	10 (19,60)	9 (17,64)
<i>Total</i>	<i>2139</i>	<i>1342</i>	<i>268</i>	<i>230</i>

Fuente: Encuestas realizadas en consulta de mastología.

## DISCUSIÓN

Según la teoría integradora de *Doglioti*,<sup>12</sup> se acepta que el sistema de los esteroides sexuales y el dopaminérgico están relacionados (figura):

- El tono dopaminérgico alterado es causa de hiperprolactinemia, que a la vez produce hipoprogesteronismo. Este es causa directa de hiperestrogenismo, que sin oposición, causa alteración del tono dopaminérgico. Así continúa el círculo que es necesario romper para obtener mejores resultados en el tratamiento de estas pacientes.<sup>1</sup>
- La importancia de los factores psiconeuroendocrinos en la fisiopatología de la DM radica en su actuación sobre el tono dopaminérgico. Los péptidos opioides cerebrales actúan sobre el tono dopaminérgico por su acción sobre el recambio de dopamina, estimularían la secreción de prolactina y podrían actuar como mediadores en la hiperprolactinemia inducida por estrés.<sup>1</sup>
- La emoción y la ansiedad presentes en pacientes con DMC producen una situación crónica de estrés con aumento del tono opiatérgico y modificaciones en el medio neurotransmisor.<sup>13,14</sup>

Existe consenso en que solo un 15 % aproximadamente de mujeres con DM presentan síntomas que alteran su calidad de vida y requieren tratamiento médico.<sup>15</sup> En la serie correspondiente al período de 1997 a 2004, se brindó información y consejos higiénico-dietéticos, sin mediar medicamentos, a 1580 pacientes (73,86 %) y en el 73 % los resultados fueron evaluados como

satisfactorios. El promedio fue de 4 consultas durante 6 meses, durante los cuales se les brindó confianza y garantía de seguimiento. Un grupo importante mejoró definitivamente, pero las recaídas son frecuentes, sobre todo asociadas a estados de estrés mantenido; es en estos cuando resulta más difícil lograr el control sin prescribir medicamentos, pero es posible.

El uso del danazol, bromocriptina, metiltestosterona y otros esquemas fue de gran utilidad, igual que lo reportado por otros autores;<sup>16</sup> sobre todo en pacientes mayores de 40 años con masas grandes, molestas y con cambios relacionados con el ciclo menstrual, para quienes la exéresis quirúrgica podía ser exagerada teniendo en cuenta que su menopausia solía estar próxima. En los casos que recayeron (33,8 %) se repitieron los ciclos, a veces asociados a evacuaciones de quistes y solo en un 12 % se realizó tratamiento quirúrgico.

Los resultados con progesterona fueron satisfactorios, ya que se utilizó principalmente en pacientes menores de 30 años y cualquier variable de tratamiento es buena cuando no existen importantes alteraciones psicoafectivas asociadas, lo que es frecuente en la juventud.

Conocer los cambios que pueden romper el equilibrio salud/enfermedad es muy necesario para todo ser humano y en el caso de la DM es fundamental para la mejor evolución de las que suelen padecerlos. En ocasiones es difícil para el médico abordar el tema ampliamente por falta de tiempo, pero para lograr buenos resultados no se puede estar apurado. Hay que tener paciencia; a veces es necesario repetir lo dicho más de una vez pues existen pacientes que están «bloqueadas» y solo esperan escuchar palabras como ultrasonido, mamografía, punción, operación, etc., de lo contrario no entienden nada.

Todas las pacientes no llevan el mismo tratamiento ni el mismo enfoque del problema. La atención de ellas debe ser individual y teniendo en cuenta diferentes factores tales como: edad, personalidad, estado psíquico, umbral del dolor, nivel de información e historia familiar de cáncer de mama, entre otros.

En ocasiones se presentan situaciones que nos obligan, ante la duda, a ser más agresivos. No obstante, las indicaciones quirúrgicas después de la punción- evacuación de un nódulo o quiste, mamografía y ultrasonido podemos resumirlas en las siguientes:

- citología o mamografía con resultados dudosos
- líquido hemorrágico
- hiperplasia epitelial atípica
- adenosis esclerosante
- papilomatosis intraductal
- persistencia de la cápsula
- quistes complejos
- evacuaciones reiteradas de quistes que se reproducen
- masas fibroquísticas que no desaparecen o modifican poco sus dimensiones en relación con el ciclo menstrual y que por otro lado no duelen o producen pocos síntomas.
- telorragia

La duda de estar en presencia de un carcinoma ductal debe ser la indicación quirúrgica ante pacientes con DM. Realizamos la exéresis en el 13,42 % de las pacientes con lesiones dudosas a pesar del adecuado estudio de la lesión en la segunda etapa e insistimos en la remoción de aquellas áreas fibroquísticas que no

se modifican ni duelen pues en esta serie también encontramos tres casos con carcinomas.

Consideramos de forma general que es posible controlar los síntomas y signos que identifican a la displasia mamaria, o enfermedad fibroquística, sin necesidad de consumir medicamentos y que desempeña un papel fundamental la información médica y los consejos higiénico-dietéticos, la confianza brindada por el equipo médico y la garantía del seguimiento.

La información médica es una opción que puede utilizarse en más del 70 % de pacientes y ofrece iguales resultados, aunque más duraderos que el tratamiento médico, y con ella se disminuye el consumo innecesario de medicamentos. La mejor protección para la mujer puede lograrse con información, clara y asequible, sobre los principios fisiopatológicos de esta afección y cómo enfrentarla. De esta forma pueden controlarse los síntomas en más del 70 % de los casos.

El seguimiento de las pacientes es muy importante hasta lograr reducir el estrés, el control de los síntomas y el equilibrio emocional. Su extensión estará en correspondencia con las características individuales de cada mujer.

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad fibroquística solo está justificado ante la duda con respecto al cáncer y en lesiones que no se modifican ni duelen, sobre todo cuando la mujer es mayor de 35 años. Cualquier esquema de tratamiento utilizado en la DMC puede tener buenos resultados, si los cambios de la mama no se asocian a estados de ansiedad y estrés.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5ta. Edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2000. Pp.286-9.
2. Gori JR, Lorusso A. Ginecología. 2da. Edición. Buenos Aires: El Ateneo; 1998. Pp.676-81.
3. Ligon RE, Stevenson DR, Diner W, Westbrook KC, Lang NP. Breast masses in young women. Am J Surg 1980; 40:779-82.
4. Love S, Gelman RS, Silen W. Fibrocystic «disease» of the breast or nondisease? N Engl J Med 1982;307:1010-4.
5. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening: Update 2003. CA Cáncer J Clin 2003; 53:141-69.
6. Harris JR, Lippman ME, Morrow N, Osborne CK. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
7. Marchant D. Breast Disease. Philadelphia: Sanders; 1997.
8. Mansel RE, Bundred NJ. Color Atlas of Breast Disorders. London: Mosby-Wolf Medical Communications;1997.

9. Smith R A, Saslow D, Sawyer KA. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening: Update 2003. C A Cáncer J Clin 2003;53:141-69.
10. Harvey H, Santen R. La mama inquieta. Orgyn Revista de Organon.2002:4.
11. Torres TR. Tumores de Mama. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1994.
12. Laver RC, Reed MN, Harrison BJ, Newton PD. The management of women with breast symptoms referred to secondary care clinics in Sheffield: implications for improving local services Ann R Coll Surg Engl. 1999;81:242-7.
13. Spiegel D. Effect of Psychosocial treatment on survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. Lancet.1989;2:888-91.
14. Harvard Mental Health Letter 8. 1992:7(January).
15. Ader DN, Browne MW. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based Sample. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:26-32.
16. Gateley CA, Miers M, Mansel RE, Hughes LE. Drug treatments for mastalgia: 17 years experience in the cardiff mastalgia Clinic J Soc Med. 1992;85:12-5.

Recibido: 30 de agosto de 2007.

Aprobado: 26 de noviembre de 2007.

*Dr. Alexis Cantero Ronquillo.* Calle Zapata y D. Municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [alexisc@infomed.sld.cu](mailto:alexisc@infomed.sld.cu)