

Atención a pacientes con afecciones benignas de la mama durante 11 años

Care for patients with benign breast conditions during 11 years

Dr. C. Danilo Nápoles Méndez

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 1 551 pacientes con afecciones benignas de la mama, atendidas en el Hospital Provincial Docente "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba durante el período 2001 – 2011, con vistas a mostrar las características clínicas y el tratamiento de estas afecciones. En la serie predominó la displasia mamaria en sus formas fibrosa (39,3 %), adenosis (27,7) y quística (16,6 %), seguidas del fibroadenoma (12,8 %). El dolor prevaleció en todas las féminas con fibrosis; el nódulo, en todas aquellas con fibroadenomas, quiste y papiloma. La descarga por el pezón, estuvo presente en 100 % de las que presentaron ectasia y papiloma, así como también en 75 % de las que afectadas por adenosis. Se aplicó tratamiento higienicodietético y hormonal a 83,7 y a 53,1 % de las integrantes de la serie, respectivamente. Se concluye que las afecciones benignas de la mama, constituyen una causa importante de morbilidad en las mujeres de cualquier edad.

Palabras clave: mujer, displasia mamaria, enfermedad fibroquística, afección benigna de la mama, consulta de mastología.

ABSTRACT

A descriptive, observational and retrospective study was carried out in 1 551 patients with benign breast conditions, attended in "Mariana Grajales Coello" Provincial Teaching Hospital of Santiago de Cuba during the period 2001 - 2011 in order to show the clinical characteristics and treatment of these conditions. In the series breast dysplasia prevailed with its fibrous (39.3%), cystic (16.6%) and adenosis (27.7%) forms, followed by the fibroadenoma (12.8%). Pain prevailed in all the females with fibrosis; the pump in all women with fibroadenomas, cyst and papilloma. The nipple discharge was present in 100% of those who had ectasis and papilloma, and in 75% of those affected by adenosis as well. Hygienic-dietetic and hormonal treatment was administered to 83.7 and 53.1% of members of the series respectively. It is concluded that benign breast conditions are an important cause of morbidity in women of all ages.

Key words: woman, breast dysplasia, fibrocystic disease, benign breast condition, mastology department.

INTRODUCCIÓN

La mama es un órgano de gran importancia para la mujer, pues forma parte de la estética y la sexualidad, a la vez que constituye un elemento vital durante la lactancia materna. Mediante esta, la madre tiene su primer contacto espiritual con su hijo, además de que representa para este una estructura vital en su nutrición y desarrollo durante el primer año de vida.

Esta es una glándula apocrina, que se transforma en la compleja estructura que es la mama, después de recibir los influjos hormonales de las hormonas del ovario, de forma cíclica, a partir de la pubertad. Primero se caracteriza por su curso estático sin modificaciones y luego no solo es asiento de todas las funciones que se le atribuyen, sino también de afecciones benignas y malignas; sin embargo, las primeras de estas, que son el motivo de esta investigación, desencadenan alteraciones psíquicas si se tiene en cuenta la relación de algunas de ellas con el cáncer.¹

Básicamente las displasias mamarias son consideradas como un incremento de la reactividad del tejido mamario, acompañado de cambios progresivos y regresivos, como consecuencia de un desequilibrio hormonal estrógeno – progesterona, de manera que constituye una de las causas principales de biopsia aspirativa con aguja fina.²

La incidencia de mujeres con esta entidad clínica, que asisten a la consulta de mastología, está en el rango de 20 – 50 %, a la vez que constituye 70 % de las afecciones benignas del seno. La necesidad de tratamiento quirúrgico, principalmente el relacionado con exéresis, es de 15 % aproximadamente y este se relaciona, a juicio del autor, con la aparición de zonas induradas, con pocos cambios relacionados con el ciclo menstrual. Otras mastopatías benignas relacionadas con cirugía son el fibroadenoma y la ectasia ductal.³

La importancia de las mastopatías benignas radica en varios aspectos: algunas de sus formas clínicas pueden confundirse con el cáncer, en muchos casos resultan sintomáticas y pueden ocasionar alteraciones psíquicas.^{1,3}

Asimismo, la mayoría de las pacientes pueden necesitar tratamiento hormonal y algunas la exploración quirúrgica. Resulta vital señalar que las enfermedades de la mama constituyen una parcela importante en la que se conjuga una atención multidisciplinaria, pero en su forma benigna, esta se adentra cada día más en la práctica de la ginecología por razones de asistencia clínica a las mujeres y por la propia naturaleza de la especialidad.^{2,4}

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 1 551 pacientes con afecciones benignas de la mama (displasia mamaria, fibroadenoma, ectasia ductal y papiloma intracanalicular), atendidas en la Consulta de Mastología del Hospital Provincial Docente “Mariana Grajales Coello” de Santiago de Cuba durante el período 2001 – 2011 (11 años), con vistas a mostrar las características clínicas y el tratamiento de estas afecciones.

Para la recolección del dato primario se utilizaron las historias clínicas y el llenado posterior de una planilla donde se incluyeron las variables edad, dolor, abultamiento mamario, nódulo, descarga por el pezón y su semiología, así como las diferentes modalidades de tratamiento.

Para el análisis de los datos se utilizaron como medida de resumen las frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) para las variables cualitativas y la media ponderada, con un intervalo de confianza de 95 %, con su desviación estándar (DE) como medida de tendencia central para la variable cuantitativa. Los resultados se presentaron en las tablas y gráficos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que la displasia mamaria constituyó 83,6 % del total de afecciones benignas de la mama, con predominio de sus formas fibrosa (39,9 %), adenosis y quística (27,7 y 16,6 %, en ese orden), seguida por el fibroadenoma (12,8 %).

Tabla 1. Pacientes según afecciones benignas de la mama

Afecciones de la mama	No.	%
Displasia mamaria		
- Fibrosis	610	39,3
- Adenosis	430	27,7
- Quiste	258	16,6
Fibroadenoma	198	12,8
Ectasia ductal	46	3,0
Papiloma intracanalicular	9	0,6
Total	1551	100,0

En la casuística (tabla 2), la edad promedio general fue de 31,1 años, con una edad mínima de 20 y máxima de 52 años, para las afectadas por fibrosis mamaria y la ectasia ductal, en ese orden. Prevalció el dolor en todas las féminas con displasia mamaria en su forma fibrosa, así como en 81,3 y 75,6 % de las que presentaron la forma quística y adenosis, respectivamente. Por otra parte, el abultamiento irregular caracterizó a la fibrosis (100 %) y a la adenosis (93,2 %); asimismo, el quiste mamario, el fibroadenoma y el papiloma intracanalicular se presentaron con nódulo bien demarcado (100 % de la serie). Por último, la descarga por el pezón estuvo presente en todas las mujeres con la ectasia ductal y papiloma intracanalicular, así como también en 75,6 % de las que padecían adenosis.

Tabla 2. Manifestaciones clínicas predominantes según afecciones de la mama

Afecciones benignas de la mama	Edad \bar{X} (en años)	Dolor		Abultamiento		Nódulo		Descarga por el pezón		
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Fibrosis	610	20	610	100,0	610	100,0				
Adenosis	430	38	325	75,6	401	93,2	15	3,4	325	75,6
Quiste	258	48	210	81,3	30	11,6	258	100,0	56	21,7
Fibroadenoma	198	23	15	7,5	45	22,7	198	100,0		
Ectasia ductal	46	52	22	47,8	25	54,3	23	50,0	46	100,0
Papiloma intracanalicular	9	51					9	100,0	9	100,0

Edad promedio (\bar{X}): 31,1 años DE: 11,5 IC: 30,5-31,7

Como se muestra en la figura 1 (tomado de la tabla 2), de las 436 pacientes que tuvieron descarga por el pezón, predominó la descarga serosa en 68,8 % de las que presentaban adenosis, seguida en menor cuantía por la descarga serosa en las afecciones quísticas (12,8 %), por la descarga multicolor de la ectasia y por la hemática para el papiloma (10,5 y 2,0 %, respectivamente).

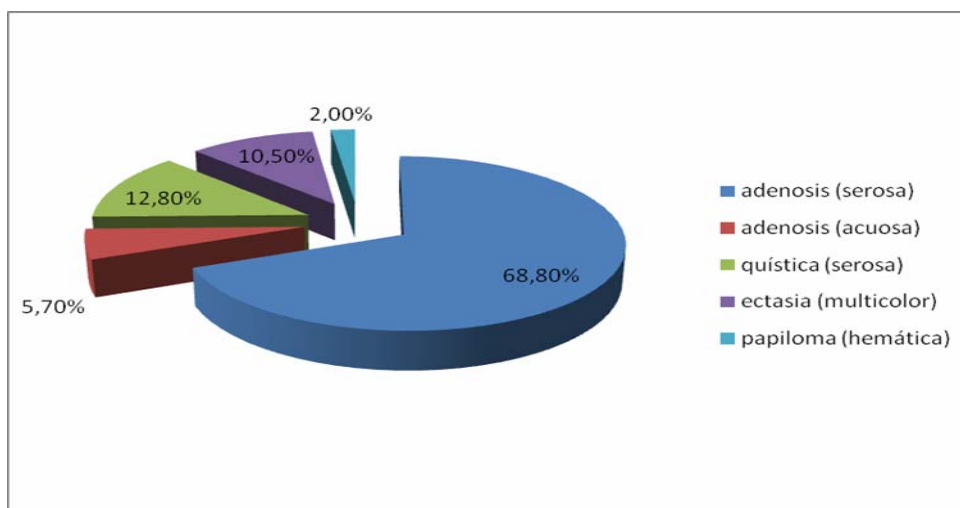


Fig. 1. Descarga por el pezón según afección mamaria

En la forma fibrosa de la displasia mamaria (tabla 3) primó la presencia de tumores funcionantes de ovario en 31,1 % de las pacientes; mientras que los fibromas y la hiperplasia endometrial tuvieron frecuencias muy bajas. En la adenosis se asociaron los fibromas uterinos y la amenorrea con frecuencias de 26 y 19,8 %, respectivamente y en la forma quística fueron más frecuentes la presencia de fibromas y amenorreas en 37,9 y 45 % respectivamente.

Tabla 3. Características clínicas endocrinas asociadas a diferentes formas de displasia mamaria

Formas clínicas endocrinas	Fibrosis Serie: 610		Adenosis Serie: 430		Quística Serie: 258	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tumores funcionantes de ovario	190	31,1	11	2,5		
Fibroma uterino y trastornos menstruales por exceso	2	0,3	112	26	98	37,9
Amenorrea			85	19,8	116	45,0
Hiperplasia endometrial	2	0,3	12	2,7	16	6,2

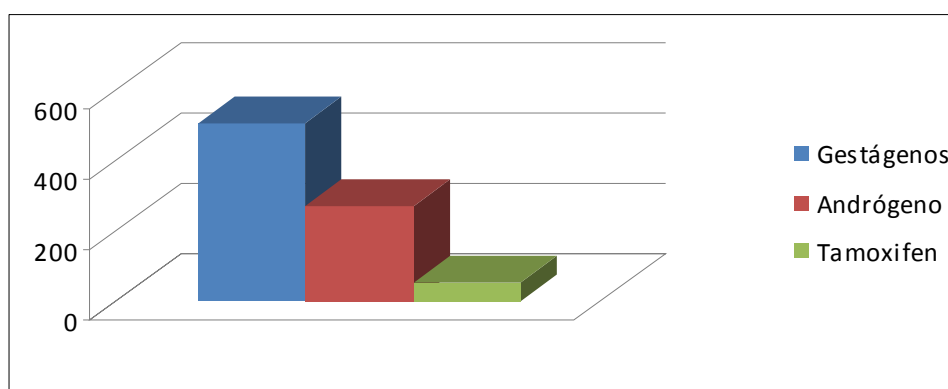
En la tabla 4 se aprecia que 83,7 % de las pacientes recibieron orientación higienicodietética y 53,1 % terapia hormonal, como parte del tratamiento médico; asimismo, como tratamiento quirúrgico preponderante figuraron el paliativo (punción evacuadora de los quistes mamarios), dado por 16,6 % y el conservador (nodulectomía en los fibroadenomas y recepción parcial del tejido mamario en algunas adenosis), con el 16,1 %. Se realizó una sola mastectomía total (0,06 %).

Tabla 4. Diferentes modalidades de tratamiento

Tratamiento (Serie: 1 551)	No.	%
Médico		
Higienicodietético	1298	83,7
Hormonal	825	53,1
B-bloqueador	49	3,1
Quirúrgico		
Paliativo	258	16,6
Conservador	250	16,1
Radical	1	0,06

Fuente: Historia clínica

En la figura 2 se observa que de las pacientes tratadas con hormonas, 505 usaron gestágenos (61,2%); 270 andrógenos (32,8 %) y 50 tamoxifeno (6,0%).

**Fig. 2.** Pacientes según tratamiento hormonal

DISCUSIÓN

En términos de frecuencia a las displasias mamarias se le ha atribuido una alta incidencia. Cantero *et al*³ señalan en su estudio que constituyen 70 % de las lesiones benignas de la mama y 50 % de incidencia en las consulta de mama. En esta serie, la incidencia fue más elevada, de igual manera, el fibroadenoma está considerado el tumor benigno más frecuente en el seno y se consideró como la segunda causa entre las afecciones benignas de la mama. Generalmente, las displasias mamarias se presentan entre los 20 y los 50 años de edad, para una media de 34 años;^{3,4} resultados muy similares a los encontrados en este estudio.

Según Rodríguez⁴ y González Merlo *et al*,⁵ la fibrosis mamaria predomina en mujeres de 20–35 años; la adenosis en las de 35-45 y la forma quística o tardía después de los 45, similar a lo obtenido en esta casuística. De igual manera refieren que el fibroadenoma aparece en la pubertad y en edades tempranas, mientras que la ectasia

ductal y el papiloma intracanalicular en edades avanzadas, lo cual concuerda con lo hallado en esta investigación.

Entre las manifestaciones clínicas, el dolor y el abultamiento irregular muchas veces en cuenta monedas, son característicos de la fibrosis mamaria, por la deformidad que se presenta en los lobulillos, debido a la hiperplasia del tejido conectivo que ocasiona compresiones nerviosas; alteraciones denominadas mastodinia; el comportamiento en frecuencia de los elementos clínicos en esta serie se presentaron en correspondencia.

Algunos autores^{3,5} describen la adenosis como displasia con proliferación típica y regular de conductos y lobulillos, es decir, con predominio del parénquima epitelial, aumento considerable de células mioepiteliales y que se presentan con zonas de abultamiento o endurecimiento, con mala demarcación, de manera que puede confundirse con el cáncer y se asocia con la descarga por el pezón de predominio no hemática. En esta investigación, la adenosis se presentó con la triada característica: abultamiento irregular, dolor y descarga por el pezón serosa y acuosa, sin embargo, la espesa o multicolor se presentó en la ectasia y la hemática en el papiloma, coincidiendo con lo planteado por Rodríguez Pérez.⁴

La forma quística de la displasia se caracteriza por la presencia de un nódulo quístico, muchas veces a tensión y acompañado de dolor. Por su parte, la OMS⁶ señala que un quiste clínico es aquel que tiene un contenido líquido de 1 mL o más demostrado por la punción evacuadora; asimismo refiere que el fibroadenoma se distingue por presentar un nódulo muy móvil, con predominio en los cuadrantes superiores y con poca sensibilidad dolorosa.

La ectasia ductal, conocida también como mastitis de células plasmáticas, es otra afección benigna de la mama que presenta múltiples conductos dilatados en localización retroareolar, con secreciones espesas o multicolores, que al romperse el material extravasado forma un tumor palpable en muchos casos. Por otro lado, el papiloma intracanalicular es la causa más frecuente de descarga hemática por el pezón, con la presencia de un nódulo generalmente detrás de la areola. Estas características se corresponden con lo descrito por varios investigadores,^{4,7-9} así como también con lo obtenido en esta investigación.

Las mastopatías hormonales, principalmente las displasias mamarias, expresan una reactividad del tejido mamario a influjos hormonales, con predominio de las hormonas del ovario. Se acompañan de un grupo de cambios progresivos y regresivos desde el punto de vista histológico, consecutivos a un desequilibrio hormonal, según Hómez¹ y González *et al.*¹⁰

Por lo general, el desequilibrio hormonal de estrógenos y progesterona conlleva a la teoría de las ventanas estrogénicas abiertas, que favorecen los cambios patológicos señalados, favorecidos por ciclos anovulatorios, insuficiencia luteal o ciclos ovulatorios aluteínicos, existiendo una respuesta anormal de la mama. Estos elementos determinan las características endocrinas de las displasias mamarias que habitualmente se asocian con entidades clínicas relacionadas con otros órganos en interrelación endocrina, de ahí su asociación con tumores funcionales de ovarios, trastornos menstruales por exceso o defecto e hiperplasia de endometrio predisponiendo al cáncer. Todo lo señalado anteriormente concuerda con los resultados expuestos en este trabajo.^{11,12}

Como señalan González *et al*,¹⁰ el médico de familia es el primer eslabón por donde comienza la mujer a transitar desde que ella o su equipo de salud sospechan la presencia de alguna afección mamaria. Generalmente, los tratamientos pueden ir desde la observación, la terapia hormonal con sus diferentes variedades, hasta el tratamiento quirúrgico, según el tipo de afección.

Inicialmente, el tratamiento médico puede dirigirse hacia una buena orientación higienicodietética, teniendo en cuenta que algunos metabolitos como la metilxantina y la tiramina son liberados del metabolismo de algunas sustancias ingeridas en la dieta y conllevan a un aumento de la actividad proliferativa y secretora de las células mamarias. Se recomienda la supresión de varios productos, entre los cuales figuran: café, té, cola y chocolate, por estimular la metilxantina; plátano, nuez, queso y vino rojo, por aumentar la tiramina, así como también la del cigarro, por la acción nociva a través de la nicotina; estrategias terapéuticas planteadas por diferentes autores,^{3,4,13-17} que también se relacionan con el tratamiento empleado en esta investigación.

De manera general, el tratamiento hormonal está dado por el uso de los gestágenos para contrarrestar la teoría planteada sobre las ventanas estrogénicas abiertas y los andrógenos, por ser un metabolito intermediario entre la síntesis de los estrógenos y los gestágenos, realizando además un tratamiento de mantenimiento de 3 meses. En esta casuística se utilizaron los gestágenos mayormente en mujeres menores de 40 años de edad y los andrógenos a partir de esta edad, ya que en algunos casos la posibilidad de inducir menopausia fue beneficioso.^{3,4,18,19}

El propranolol en dosis baja fue empleado en pacientes jóvenes cuando tenían fibroadenomas a repetición. Si bien esta es una afección que solo responde al tratamiento quirúrgico, su origen tiene una base hormonal, por tanto, se logró inhibir la producción repetida de estos. Otros autores³ también indicaron el propranolol en las mastopatías benignas.

El tamoxifeno, por su efecto antiestrogénico al bloquear receptores, fue empleado con resultados satisfactorios en pacientes con formas severas de displasia, con zonas de adenosis y mayores de 40 años. Por su parte, Ramírez *et al*¹⁸ expuso los resultados obtenidos con este tratamiento en 164 pacientes con displasias mamarias de diferentes grados y predisposición a padecer cáncer.

En un estudio reciente se empleó con buenos resultados, el alfa hidroergocriptina y la carbegolina en el tratamiento de pacientes con estas afecciones, aunque con más reacciones adversas con la primera droga.²⁰

Entre las modalidades de tratamiento quirúrgico, el conservador, dado por la exéresis del nódulo, se realiza por toda la comunidad médica de esta disciplina para el fibroadenoma de mama, teniendo en cuenta que solo responde al tratamiento quirúrgico, así como las modalidades de cirugía parcial o segmentaria en la adenosis, que exige un diagnóstico diferencial con el cáncer. Cantero *et al*³ señalan que el tratamiento quirúrgico, solo está justificado ante la duda del cáncer y en lesiones que no se modifican con el ciclo menstrual, sobre todo después de los 35 años.

Según orientaciones de la OMS,⁶ el tratamiento paliativo está en correspondencia con los quistes mamaros mediante la punción evacuadora de estos, lo cual permite el estudio citológico del líquido; criterio que se relaciona con el de varios autores. Cuando el fluido del quiste es hemático o recidiva es otra opción para el tratamiento mediante cirugía.²⁻⁴

En este estudio se realizó mastectomía total a una sola paciente con múltiples lesiones recidivantes de quiste y zonas de adenosis con citología dudosa, además de lesiones atípicas según resultados de la biopsia.

Las afecciones benignas de la mama constituyen una importante causa de morbilidad en la mujer a cualquier edad de la vida, causan molestias que acompañan o no el ciclo menstrual y ocasionan alteraciones psicológicas en la mujer al relacionarlas con el cáncer. Su detección precoz y tratamiento médico o quirúrgico pueden aliviar los síntomas y, en algunos casos, prevenir su evolución a lesiones premalignas y malignas. Algunas modalidades no requieren tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hómez de Delgado B. Hormonas en la mama: de la fisiología a la enfermedad. Revisión. Rev Venez Endocrinol Metab. 2008; 6(2): 9-14.
2. Ruiz Jorge L, Pedraza Alonso NE. Sistema para diagnóstico citológico de la mastopatía fibroquística por biopsia aspirativa con aguja fina. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009 [citado 2 May 2013]; 35(2).
3. Cantero Ronquillo A, Mederos Curbelo O, Romero Díaz C, Barreras Ortega JC, Peralta Hernández A, Gómez Cabrera E, *et al.* Importancia de la información en el control de los síntomas de la displasia mamaria. Rev Cubana Cir 2008 [citado 16 Feb 2013]; 47(2).
4. Rodríguez Pérez A. Afecciones mamarias. En: Enfermedades de la mama. La Habana: ECIMED; 2010 [citado 16 Feb 2013].
5. González Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. Enfermedades de la mama. En: Ginecología II. La Habana: ECIMED; 2007.p. 649-713.
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación histológica internacional. Tipos histológicos de los tumores de la mama. Ginebra: OMS; 1982.
7. Gallo Vallejo JL, Mas Masats MP, Vico Zúñiga I, Aibar Villán L. Mastopatía fibroquística. Aspectos controvertidos. Clin Inv Ginecol Obstet. 2013; 40(6): 269-76.
8. Marreros Grados JE, Contreras Carrillo HM, García Bernal L. Patología benigna mamaria en pacientes del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Peru Ginecol Obstet. 2013 [citado 11 Jul 2013]; 59(3): 161-5.
9. Dixon JM. Pathogenesis of cystic disease of the breast. Br J Clin Pract Symp. 1989; 68: 90-3.
10. González Limonte M, Isla Valdés M, Peláez Mendoza J, Juncal V, Álvarez Sintés R. Afecciones mamarias benignas y malignas. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 11 Jul 2013].

11. Andrews WC. Hormonal management of fibrocystic disease of the breast. *J Reprod Med.* 1990; 35 (1): 147-53.
12. Velasco Diéguez Y, Pérez Reyes JE, Urquiola González Y, Navarro Merino JA, Hernández Castillo A. Los tumores de la mama: hallazgos ecográficos más frecuentes en el policlínico Gustavo Aldereguía Lima, Las Tunas. *Rev Electrónica "Zoilo Marinello Vidaurreta".* 2013 [citado 11 Jul 2013]; 38 (2).
13. Ricci MD, Tenório do Amaral PG, Seiiti Aoki D, Rubens de Oliveira Filho H, da Silva Pinheiro W, Filassi JR, et al. Biópsia com agulha grossa guiada por ultrassonografia para o diagnóstico dos tumores fibroepiteliais da mama. *Rev Bras Oncol.* 2011[citado 12 May 2013]; 33 (1): 27-30.
14. León L, Espinoza L, Palencia H, Sandoval M, Socorro G, Bracho M. Correlación y características de microcalcificaciones en pacientes clase III, IV, V con resultados histológicos. *Rev Venezolana Oncol.* 2010 [citado 9 Oct 2013]; 22 (4): 237-43.
15. Gallardo Muñoz I, Raya Povedano JL, Santos Romero AL. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa nodular de mama en dos adolescentes. *Radiol.* 2013 [citado 16 Sep 2013]; 54(6): 549-52.
16. Paolo Ricci A, Álvaro Ibarra V. Síndrome de Carney con mixoma mamario: un tumor muy infrecuente de manejo interdisciplinario. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013 [citado 9 Oct 2013]; 78(1): 51-4.
18. Mima Maychet B, Sangma et al. A clínico pathological study on, benign breast diseases. *Journal of clinical and diagnostic research.* 2013 [citado 11 Oct 2013]; 7 (3).
17. Ricardo Ramírez JM, Illas Cué RM, Pérez Acosta J, Ferrer Aguirre MA. Tratamiento de la displasia mamaria atípica con tamoxifeno como profilaxis del cáncer de mama en Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2008 [citado 12 May 2013]; 12 (3).
18. James V. Fiorica. *Mamas en: Danfort 'h Tratado de obstetricia y ginecología.* 8 ed. Mexico, DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.p. 669-73.
19. Castillo Huerta E, Garibay Valencia M, Mirabent González F. Comparación clínica de alfa dihidroergocriptina contra carbegolina en el tratamiento mastopatía fibroquística. *Ginecol Obstet.* 2013 [citado 11 Oct 2013]; 81: 370-6.

Recibido: 19 de noviembre de 2013.

Aprobado: 19 de noviembre de 2013.

Danilo Nápoles Méndez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: danilon@medired.scu.sld.cu