

Enfermedades benignas de la glándula mamaria

Participantes:

Coordinador: Dr. Carlos Sánchez Basurto, Servicio de Tumores Mamarios, Hospital de Oncología, C.M.N. I.M.S.S.

Dr. Carlos Guzmán Patraca, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Oncología, C.M.N. I.M.S.S.

Dr. Luis Madero Preciado, Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Oncología, C.M.N. I.M.S.S.

Dr. Cirilo Medina de la Torre, Servicio de Tumores Mamarios, Hospital de Oncología, C.M.N. I.M.S.S.

Dr. Alfonso Morales Zúñiga, Servicio de Tumores Mamarios, Hospital de Oncología, C.M.N. I.M.S.S.

Dr. Sánchez Basurto Las principales enfermedades benignas de las glándulas mamarias son: la mastopatía fibroquística (45%), el fibroadenoma mamario (20%), el papiloma intraductal, el cistosarcoma phyllodes benigno, la ectasia de los conductos, la mastitis puerperal y la necromastía. Estas enfermedades clasifican en tumores, displasias, lesiones inflamatorias y padecimientos independientes. Histológicamente se dividen en epiteliales, mesenquimatosos y mixtos.

La patología de la glándula mamaria abarca un número importante de neoplasias malignas, las que ya se trataron en ocasión anterior en este ciclo de mesas redondas. No menos importante es el estudio de la patología benigna, ya sea tumoral como de tipo inflamatorio. Los tumores, propios de las primeras edades en la juventud y la madurez temprana comprenden principalmente los fibroadenomas, papilomas, cistosarcomas benignos, lipomas, necrosis grasa, etc. Las afecciones inflamatorias son las mastitis puerperales, de células plasmáticas, fímicas, complicadas o no con abscesos y fístulas y que, con frecuencia, se confunden con algún carcinoma de tipo inflamatorio.

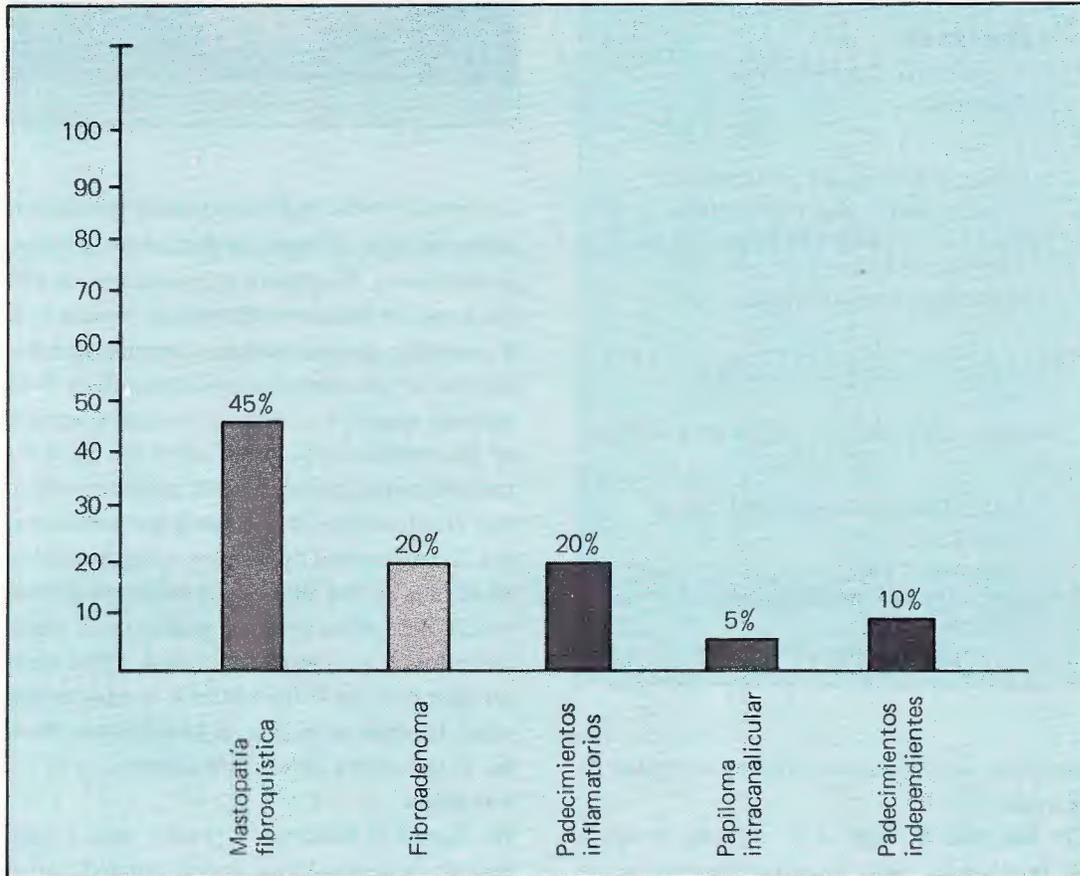
Otro capítulo, que por su frecuencia, podría ocupar un primer lugar es el de las displasias mamarias, representadas básicamente por la mastopatía fibroquística que presenta zonas de fibrosis o quistes que pueden llegar a ser de gran tamaño dando, además de su sintomatología propia, datos confundibles con una neoplasia maligna.

Algunos tumores, como los papilomas intraductales suelen representar una etapa intermedia, observándose con cierta frecuencia su evolución a carcinoma de tipo papilar.

Son tan variadas las manifestaciones de estos padecimientos que el clínico tiene la obligación de conocerlas a fondo para, en base a un diagnóstico temprano, lograr un tratamiento adecuado o definitivo o, dado el caso descubrir y tratar oportunamente cualquier neoplasia ma-



Tabla 1. Frecuencia de los padecimientos benignos de la mama.



ligna. Dr. Medina de la Torre, ¿cuál es la frecuencia de esos padecimientos?

Dr. Medina de la Torre La mastopatía fibroquística o enfermedad quística de la glándula mamaria representa prácticamente el 45 por ciento de estas enfermedades benignas. Desde hace más de un siglo, Cooper la describió como una lesión benigna de la mama que se desarrolla en mujeres de mediana edad. Sin embargo, pasaron varias décadas antes de que se describieran sus características clínicas e histopatológicas. Se han utilizado diferentes términos para identificar la enfermedad: mastitis quística crónica, enfermedad quística crónica,

hiperplasia epitelial, y otros. Todos son sinónimos, e indican que es necesaria la presencia de quistes para afirmar que se trata de esa enfermedad. Le sigue en frecuencia el fibroadenoma mamario que representa aproximadamente un 20 por ciento de los padecimientos que nos ocupan. Después de éstos el papiloma intracanalicular, el cistosarcoma phyllodes benigno, la ectasia de los conductos o comedomastitis, la mastitis puerperal y la ginecomastia son los padecimientos benignos más comunes de la glándula mamaria.

Dr. Sánchez Basurto ¿Qué importancia tiene para el médico general el conocer a fondo la

Tabla 2. Padecimientos benignos de la glándula mamaria.

<p>Tumores: Fibroadenoma mamario Papiloma intracanalicular Cistosarcoma phyllodes benigno Lipoma</p>
<p>Displasias: Mastopatía fibroquística Adenosis</p>
<p>Padecimientos inflamatorios: Ectasia de conductos mamarios Mastitis de la lactancia Absceso mamario Mastitis granulomatosa</p>
<p>Tuberculosis Sífilis Cuerpo extraño</p>
<p>Padecimientos independientes: Galactocele Necrosis grasa Enfermedad de Mondor Ginecomastía Hiperplasia virginal</p>

patología de los tumores benignos de la glándula mamaria?

Dr. Morales Zúñiga Los tumores benignos de la glándula mamaria, principalmente los de pequeño tamaño no tendrían mucho interés clínico a no ser por el riesgo de malignidad. En cualquier padecimiento tumoral mamario es obligado descartar tumores malignos, aunque clínicamente tenga caracteres de benignidad. En toda mujer con una tumoración en la glándula mamaria cualquiera que sean su tamaño y caracteres clínicos, debe efectuarse un estudio histológico de la neoplasia para obtener un diagnóstico correcto.

Dr. Sánchez Basurto ¿Existe alguna clasificación clínica de los tumores benignos?

Dr. Medina de la Torre Estos padecimientos se han agrupado de la siguiente manera: en primer lugar los tumores, fibroadenoma mamario,

Fig. 1. Fibroadenoma mamario.



papiloma intraductal, cistosarcoma phyllodes benigno; en segundo lugar, las displasias mamarias, la mastopatía fibroquística, la adenosis; en tercer lugar, las lesiones inflamatorias, mastitis de la lactancia, absceso mamario, mastitis granulomatosa, la que puede ser por tuberculosis de la glándula mamaria o sífilis de la misma, ectasia de los conductos, y quistes sebaceos. Entre los padecimientos independientes podemos encontrar el galactocele, la necrosis grasa postraumática, la enfermedad de Mondor, o sea la trombosis de una de las venas de la mama, la ginecomastia del adolescente, la ginecomastia medicamentosa y la hiperplasia virginal. Entre otros tumores muy poco frecuentes y de tipo no epitelial, tenemos el lipoma, el histiocitoma fibroso, el leiomioma, la neurofibromatosis y el hemangioma.

Dr. Sánchez Basurto ¿Existe alguna clasificación histopatológica de los tumores benignos?

Dr. Guzmán Desde el punto de vista histopatológico, dividimos a los tumores benignos de la mama, en epiteliales, mesenquimatosos y mixtos. Entre los primeros se encuentran los papilomas, que pueden ser únicos o múltiples, y destacando por su importancia clínica e histopatológica el llamado adenoma del pezón. Entre los segundos, se cuentan los originados en el tejido conjuntivo propio de la mama, como son los lipomas, leiomiomas, hemangiomas y linfangiomas. Entre los tumores mixtos en los que coexisten ambos componentes, o sea el epitelial y el mesenquimatoso, están el fibroadenoma mamario y el cistosarcoma phyllodes.

Tabla 3. Cistosarcoma phyllodes.

Conducta biológica impredecible		
Datos orientadores		
	Benigno	Maligno
Mitosis	Menos de 3	Más de 4
Atipias	Leves	Severas
Límites	Precisos	Infiltrante
Estroma	Fibromixoide	Sarcomatoso
Datos de certeza de malignidad		
Estroma con liposarcoma condrosarcoma osteosarcoma y adenocarcinoma		
Metástasis		

Algunas lesiones benignas evolucionan a malignidad, otras se asocian a carcinoma y otras nunca desarrollan malignidad. Su causa puede ser hormonal, traumática, infecciosa. Algunas de las enfermedades predominan en mujeres jóvenes (fibroadenoma), otras en mujeres de mediana edad (mastopatía fibroquística, papiloma intraductal) o en mujeres mayores (necrosis grasa, lipomas, etc.).

Existen dudas respecto a si un papiloma intraductal solitario se puede transformar en un carcinoma papilar. Según Haagensen, esto es muy poco probable; en su estadística de 160 casos de papiloma, sólo 10 desarrollaron carcinoma, y ocho de éstos fueron en la mama opuesta. Además, el intervalo entre el primer síntoma del papiloma y el desarrollo del carcinoma fue bastante largo, más de nueve años. Ahora bien, los papilomas múltiples son una entidad diferente, y parece que éstos sí pueden evolucionar hasta un carcinoma, especialmente apócrino, papilar o cribiforme.

Un tema de gran interés es si la mastopatía fibroquística evoluciona hacia una lesión maligna. Se plantean tres preguntas importantes:

1) ¿Es precedido el cáncer por una enfermedad fibroquística?; la respuesta es negativa ya que, según Pattey, sólo el 1.2% de 810 casos de

Dr. Sánchez Basurto ¿Pueden los tumores benignos de las mamas evolucionar hacia la malignidad?

Dr. Morales Zúñiga Ello depende del tipo de tumor. Podemos decir con certeza que algunos no lo hacen, éstos son el fibroadenoma, el quiste, la necrosis grasa, la adenosis o el lipoma. Existen

carcinomas estudiados fueron precedidos por mastopatía fibroquística.

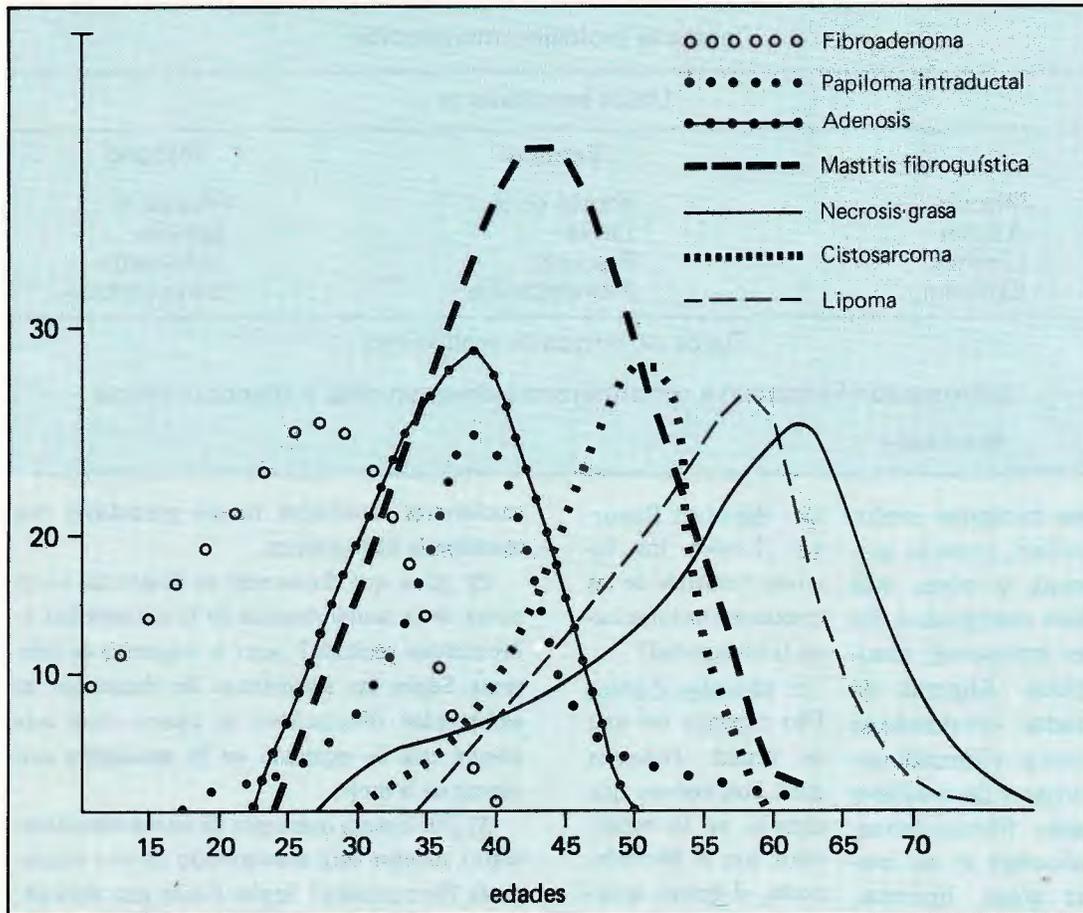
2) ¿Con qué frecuencia se desarrolla carcinoma de la mama después de la enfermedad fibroquística probada?; aquí la respuesta es diferente. Según las estadísticas de Haagensen, la enfermedad fibroquística es cuatro veces más común que lo esperado en la asociación con cáncer en la mujer.

3) ¿En la pieza quirúrgica de un carcinoma mamario siempre está acompañado de una mastopatía fibroquística? Según Foote and Stewart, la frecuencia de este hallazgo es únicamente del 27%. Podemos concluir diciendo que algunas lesiones benignas evolucionan hacia la malignidad, otras con frecuencia se asocian al carcinoma, y otras nunca van a desarrollar una malignidad.

Dr. Sánchez Basurto ¿A qué factores predisponentes se atribuye el desarrollo de los tumores benignos de la glándula mamaria?

Dr. Medina de la Torre Se considera que en la mastopatía fibroquística, el fibroadenoma y el papiloma intracanalicular, existe influencia hormonal, ya que la glándula mamaria es uno de los receptores de la secreción estrogénica de los ovarios. Tenemos un ejemplo claro de ello en la mastopatía fibroquística cuya sintomatología aumenta en la segunda mitad del ciclo menstrual y, al presentarse la menstruación, disminuye hasta desaparecer. Esta enfermedad también involuciona con la menopausia. Por lo que respecta a otras alteraciones como la necrosis

Fig. 2. Gráfica de frecuencia de P.M.B. por edades



grasa, se sabe que por lo general existen antecedentes de traumatismo en alguna de las glándulas mamarias.

En cuanto a los padecimientos inflamatorios de la glándula mamaria, fundamentalmente la mastitis granulomatosa y el absceso mamario, están ocasionados por bacterias patógenas. La ectasia de conductos muy probablemente es el resultado de una obstrucción de uno de los conductillos terminales de la glándula mamaria.

Dr. Sánchez Basurto De acuerdo a los diferentes grupos de edad ¿cuáles son los tumores más frecuentes de la glándula mamaria?

Dr. Morales Zúñiga En general, los distintos tumores benignos de la mama son más comunes en determinados grupos de edad. Así, el fibroadenoma, que es uno de los tumores más frecuentes de la glándula mamaria, es un padecimiento de la mujer joven, primordialmente de la pubertad hasta los veinticinco años; sin em-

bargo, puede presentarse en cualquier otra etapa de la vida. Después, tenemos los papilomas múltiples que van de los dieciseis a los setenta y tres años, pero se presentan en un promedio de edad de treinta y nueve años. La adenosis de la mama, también tiene un promedio de edad de treinta y siete años y su frecuencia es mayor conforme aumenta la edad. La enfermedad fibroquística tiene su edad promedio y su frecuencia más alta de los cuarenta a los cuarenta y cuatro años de edad; aún así, puede presentarse después de los veinticinco años y hasta los sesenta y cinco años de edad. La ectasia ductal, también tiene su más alta frecuencia después de los cuarenta años, y puede presentarse de los treinta y nueve años de edad. La necrosis grasa es más común de los cincuenta y uno a los cincuenta y tres años; pero se observa de los veintisiete a los ochenta años de edad. Podemos dividir la edad de las pacientes

en tres grupos: En la mujer joven predomina el fibroadenoma. La mastopatía fibroquística y el papiloma intraductal, corresponden a la edad madura. En la edad más avanzada son más comunes la necrosis grasa, la ectasia ductal y los lipomas.

¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades, cómo varían según se trate de tumores, displasias, procesos inflamatorios u otros; puede haber mastopatía fibroquística, mastitis puerperal o tratarse de tumor indoloro (fibroadenoma mamario). La base del diagnóstico correcto es una cuidadosa y sistemática exploración de glándulas mamarias.

Dr. Sánchez Basurto ¿Cuáles son los síntomas y signos más comunes en los procesos patológicos benignos de la mama?

Dr. Medina de la Torre En primer lugar, tenemos la mastopatía fibroquística cuyo síntoma cardinal es la mastodinia premenstrual,

o sea el dolor mamario bilateral, que puede acompañarse de aumento de la nodularidad del tejido mamario, áreas de mayor consistencia de la glándula mamaria, las que se perciben a la palpación. También puede aparecer un tumor mamario, por lo general representado por uno o varios quistes de medio a cinco centímetros de diámetro.

Por lo que respecta al fibroadenoma mamario se descubre por la presencia de un tumor indoloro en la glándula, por lo común no mayor de cinco centímetros de diámetro. En cuanto a los papilomas, su síntoma primordial es la pérdida de líquido por el pezón que puede ser seroso, serosanguinolento o hemático. Puede palparse un pequeño tumor, no mayor de un centímetro, y al hacer presión sobre éste aparece escurrimiento por el pezón.

Lo que caracteriza al cistosarcoma phyllodes, es la aparición de un tumor mamario que suele ser mayor de cinco centímetros, y que se distingue fundamentalmente por presentar áreas sólidas y áreas quísticas, brillantez de la piel, y aumento de la red venosa superficial.

En cuanto a los padecimientos inflamatorios del tipo de la mastitis puerperal y del absceso mamario, los síntomas fundamentales son enrojecimiento de la piel, dolor, edema y aumento en la temperatura local, y presencia de un tumor por la formación del absceso.

Tabla 4. Síntomas y signos más comunes de padecimientos benignos.

Mastopatía fibroquística	Fibroadenoma
- Dolor mamario bilateral premenstrual	- Tumor sólido 5 a 5 cm.
- Congestión mamaria	- No doloroso
- Aumento de la nodularidad del tejido mamario	- Muy móvil
- Áreas de mayor consistencia	- Lobulado
- Formación de quistes	- Consistencia ahulada
- Pacientes 3a, 4a y 5a década	- Regular
	- Pacientes en 2a y 3a década
	- Evolución larga
	- Bien delimitado
Papiloma	Cistosarcoma phyllodes
- Pérdida de líquido por el pezón	- Tumor 5 cm. o + con áreas sólidas o quísticas
- Líquido seroso, serosanguinolento hemático	- Dolor moderado
- Tumor	- Deforma la glándula
- Pacientes 4a y 5a década	- Aumento de la red venosa superficial
	- Evolución larga
	- Piel que lo cubre brillante
	- Pacientes de la 2a a la 5a década
Mastitis puerperal	Absceso mamario
- Aumento de volumen bilateral	- Enrojecimiento local
- Dolor	- Dolor
- Enrojecimiento bilateral difuso	- Aumento de la temperatura local
- Pérdida de líquido lácteo	- Tumor
- Período puerperal	- Área de fluctuación

Dr. Sánchez Basurto La mejor forma de diagnosticar tempranamente cualquier patología es practicar una correcta exploración de las glándulas mamarias. Esta consiste primero en la inspección cuidadosa de las zonas mamarias teniendo a la paciente sentada de frente sobre la mesa de exploración con el torso descubierto; se valora aquí la simetría, superficie y colora-

ción de los tegumentos, la red venosa, el estado de los pezones, invaginación, desviación o presencia de secreciones; protrusiones o retracciones cutáneas, ulceraciones, edema o cualquier otra alteración.

Después, se pide a la paciente que con sus manos haga presión sobre la cintura, lo que permitirá notar con más claridad alguna de las alteraciones antes mencionadas, principalmente la retracción u “hoyuelo” ya que de existir algún tumor profundo, su fijación a la pared muscular al contraerse produce un “jalamiento” de los tejidos vecinos.

A continuación, tomando las manos de la paciente se le pide que se incline hacia adelante, sin mover la cadera, para observar la pendulación de las mamas, lo que hace resaltar en forma más notable, la presencia de alguna retracción o desviación cutáneas. Nuevamente, con el torso erecto, se explora el cuello en sus regiones supraclaviculares, buscando alguna posible adenopatía, principalmente en el extremo interno o encrucijada yugulo-subclavia. Pasando luego a la exploración subclavicular, se continúa hacia las axilas tomando el antebrazo derecho de la paciente con el correspondiente del examinador, separándolo cuidadosamente para que la mano izquierda pueda explorar la axila en toda su extensión, introduciendo las yemas de los dedos hasta el fondo de la pared costal, deslizándolas en forma suave y repetida, tratando de localizar alguna adenopatía existente. Se repite ahora la maniobra del lado contrario, invirtiendo el procedimiento.

A continuación, con la paciente en decúbito dorsal, se coloca una pequeña almohada bajo la región escapular para hacer más prominentes las mamas. Con el brazo correspondiente hacia atrás se revisa primero la mitad externa palpando suavemente con la porción palmar de los cuatro últimos dedos en líneas transversas, y en secuencia de arriba hacia abajo. En seguida, con el brazo de la paciente extendido a lo largo del cuerpo, se procede de igual manera con la mitad interna, aplicando también suavemente la yema de los dedos; después, con discretos movimientos circulares, se trata de descubrir en cada paso la presencia de una protuberancia que pueda corresponder a alguna masa o tumor. Finalmen-

te, se comprime con discreción la zona areolar observando si existe alguna secreción al través del pezón. Para finalizar, siempre es conveniente explorar la región hepática.

Dr. Sánchez Basurto Veamos ahora cuál es la importancia de la secreción mamaria fuera del embarazo.

Dr. Morales Zúñiga

Entre las manifestaciones de patología mamaria que deciden a muchas pacientes a buscar atención médica, destaca la secreción por el pezón, que

puede ser de aspecto claro, lechoso, o bien hemorrágico. La secreción lechosa, casi siempre se presenta en la época puerperal o cuando existe un quiste de leche o galactocèle. El líquido claro se observa con frecuencia en la ectasia ductal y el papiloma intracanalicular. Por último, la salida por el pezón de líquido de aspecto hemorrágico también es común en la ectasia ductal y en los papilomas de la mama. Cabe pensar en la posibilidad de una tumoración maligna cuando el líquido es de aspecto claro, pero esa sospecha aumentó al 20 por ciento cuando la secreción es de aspecto hemorrágico.

Dr. Sánchez Basurto ¿Qué características citológicas se pueden encontrar en los diversos tipos de secreción mamaria?

Dr. Guzmán En términos generales, se encuentran células epiteliales que provienen de los conductos, o bien del mismo epitelio escamoso de la piel. Lo más frecuente, es observar células originadas en los conductos. Si éstas se unen, tienden a formar papilas y no muestran irregularidad en sus núcleos, hiper cromatismo ni atipias, como sucede en los papilomas; se trata de una lesión benigna. Pero, si estas papilas muestran hiper cromatismo nuclear, mitosis atípicas, lo más probable es que se trate de un carcinoma papilar. También es común encontrar eritrocitos, en la secreción serosanguinolenta; leucocitos polimorfo-nucleares, en proceso de tipo

La secreción del pezón fuera de la lactancia, que puede ser clara lechosa o hemorrágica, orienta hacia el tipo de patología, el que se establece por examen citológico, pudiendo también gerir la posibilidad de malignidad. La exploración de las mamas unida a la historia clínica permite hacer el diagnóstico diferencial entre los diversos tipos de tumores benignos.

inflamatorio; e histocitos espumosos, como sucede en los adenomas de la lactancia o galactoceles. También, sobre bases puramente citológicas, se puede hacer el diagnóstico de enfermedad de Paget, una variedad de carcinoma de conductos que clínicamente se caracteriza por erosión del pezón. El patólogo o el citólogo está capacitado para identificar estas "células de Paget", que son grandes, de núcleo también grande y de citoplasma abundante. La falta de cohesión celular en las células descamadas, aunada a alteraciones citológicas, hacen sospechar la existencia de una neoplasia maligna.

Dr. Sánchez Basurto ¿Cómo se elabora un diagnóstico diferencial entre los diversos tumores benignos de la mama?

Dr. Morales Zúñiga Para establecer estas diferencias, empezamos del pezón hacia atrás. En primer lugar tenemos los papilomas múltiples que se manifiestan por un tumor palpable, y son bilaterales en el 20 por ciento de los casos. La frecuencia de secreción por el pezón es muy baja, y solamente se observa en 36 por ciento de los mismos; cuando se trata de papilomas solitarios ésta aumenta hasta 81 por ciento; la bilateralidad solamente es de 1.5 por ciento. Aquí estamos hablando de diagnóstico clínico diferencial, que sugiere si se trata de un papiloma múltiple o solitario.

En la misma área, tenemos la ectasia ductal que se manifiesta por una masa palpable, retracción de la piel o del pezón, y que provoca dolor y secreción por el pezón.

La necrosis grasa es un cuadro clínico que inclusive puede confundirse con un carcinoma porque produce caracteres clínicos similares. Se diferencia primero por el antecedente de un traumatismo de la mama en una mujer obesa con mamas grandes; en segundo lugar, porque produce cambios en la piel como son la retracción de la misma y su fijación hacia la masa palpable en su profundidad. Este diagnóstico diferencial es puramente clínico, y es el estudio histológico es el que da la respuesta.

Siguiendo hacia atrás, dentro del tejido glandular mamario propiamente dicho; se encuentra el fibroadenoma que se caracteriza por una tumoración lisa, dura, móvil, no dolorosa y bien limitada, que puede diferenciarse con facilidad

de un carcinoma, pero que, a veces, puede confundirse con un quiste, porque éste está tenso, duro, casi siempre único. Existe el antecedente de que es doloroso a la presión y remitente.

La enfermedad fibroquística de la mama se caracteriza por una lesión difusa, dolorosa a la presión cuya sintomatología aumenta los días que preceden a la menstruación.

La adenosis es un tumor clínicamente indistinguible de un carcinoma, que sólo se manifiesta por una tumoración mal limitada, difusa, no dolorosa.

Dr. Sánchez Basurto ¿Qué características radiológicas distinguen el fibroadenoma de una mastopatía quística?

Dr. Madero Preciado El fibroadenoma es el tumor sólido benigno más común en las mujeres de edad genésica; también puede hallarse en edades menores y adoptar un rápido crecimiento en la adolescencia y embarazo.

Los fibroadenomas suelen ser solitarios o múltiples, unilaterales o bilaterales, con un tamaño que oscila desde algunos milímetros a casi todo el volumen de la mama, rechazando algunas veces el tejido glandular normal hacia la periferia del órgano.

En las mamas densas, el estudio radiológico muestra los fibroadenomas homogéneos y ligeramente más compactos que el tejido glandular circundante, rodeado por una fina capa brillante de grasa. Si la mastografía tiene suficiente detalle, puede observarse una pequeña mancha en la periferia de la tumoración, y esta última puede presentar aspecto lobuloso que establece el diagnóstico. En muchos fibroadenomas puede identificarse la característica calcificación gruesa que puede ser única, central, de tipo duro, amorfo, o múltiple, y situada en la periferia o en sus proximidades. Conforme se va presentando la menopausia puede disol-

El estudio radiológico permite distinguir entre los diversos tipos de tumoraciones, tumores únicos o múltiples, aspecto de su superficie (lisa, lobulada, etc.) y límites, presencia de calcificaciones. También ayuda a diferenciar entre lesiones benignas (forma redonda u ovalada, bordes nítidos, densidad homogénea) y malignas (formas variables, bordes irregulares, densidad variable, infiltración de tejidos vecinos, calcificaciones finas y numerosas).

verse completamente el fibroadenoma sin observarse densidad residual en la mastografía. Después de alcanzar cierto grado de crecimiento, el fibroadenoma puede permanecer estático durante mucho tiempo. Esta detención en el crecimiento de la lesión es ulterior a la supuesta degeneración en su interior.

En cuanto a la enfermedad quística, su mayor incidencia se observa en la menopausia. En mamas de densidad comparable, los fibroadenomas y los quistes son de difícil distinción. Como la enfermedad quística se asocia con mamas añosas y menos densas, el quiste aparece más opaco en las radiografías. La comparación entre un quiste y un fibroadenoma en una mastografía con características técnicas similares y mamas de densidad comparable no revela diferencias significativas en la densidad de ambas lesiones. El quiste puede ser solitario o producirse en acúmulos. A veces es de forma ovoidea con eje longitudinal perpendicular a la pared torácica, produciendo una sombra homogénea densa y sus límites son netos y claros sugiriendo que el contenido se encuentra bajo tensión, aunque puede estar menos definido en una zona de fibrosis, sobreañadida, o en la proximidad de otros quistes pequeños. En general, las calcificaciones no constituyen parte integrante de un quiste, pero sus paredes calcifican en forma tenue, descrita a veces como cáscara de huevo, o en acúmulo de pequeñas calcificaciones firmemente depositadas en la pared.

Dr. Sánchez Basurto ¿Cuáles son las características radiológicas que permiten diferenciar un tumor benigno de uno maligno?

Dr. Madero Preciado Los signos radiológicos de importancia en las tumoraciones son: la forma del tumor, sus bordes, tamaño, densidad, su comportamiento con los tejidos vecinos, la presencia de calcificaciones y sus características, y los signos secundarios.

En las lesiones benignas, la forma es redonda u ovalada; los bordes son regulares, nítidos, y bien circunscritos, el tamaño es el mismo que la masa palpable, la densidad es homogénea, los tejidos vecinos están desplazados y no infiltrados, las calcificaciones son escasas, aisladas, ampliamente distribuidas, burdas y no existen signos secundarios de malignidad.

En las lesiones malignas, la forma de tumoración es variable, desgarrada, espiculada, los bordes son irregulares y pobremente circunscritos. El tamaño es menor en la mastografía que la masa palpable, la densidad no es homogénea, los tejidos vecinos están infiltrados o retraídos, las calcificaciones tienen la característica de ser finas, numerosas o incontables y confinadas al área de la lesión. Los signos secundarios son frecuentes y consisten principalmente en engrosamiento de la piel, pérdida de la grasa subcutánea, abombamiento o retracción de la piel vecina, retracción del pezón, aumento de la densidad retroareolar y también en el calibre de los vasos venosos.

Dr. Sánchez Basurto ¿Cuáles son las características clínicas de otros tumores benignos menos frecuentes?

Dr. Medina de la Torre Como ya se mencionó en la clasificación, existen otros padecimientos de la glándula mamaria poco frecuentes. Uno de éstos

Existen otras enfermedades las glándulas mamarias men frecuentes como el galactoc (colección de leche durante puerperio), la necrosis gra (traumática), la ginecomastia (adolescente (unilateral y dolo sa) y la del anciano (bilateral p tratamientos hormonales), la (enfermedad de Mondor (tromebe de venas superficiales) y otras.

es el galactocele, ocasionado por la colección de leche en una o ambas glándulas mamarias, fundamentalmente en la etapa del puerperio. Se caracteriza por un tumor de límites bien definidos, no doloroso, que no ocasiona retracción de los tejidos vecinos y en el cual, ocasionalmente, la presión provoca salida de líquido lácteo por el pezón. En segundo lugar, tenemos la necrosis grasa ocasionada por un traumatismo en una de las glándulas mamarias y que se presenta más bien en pacientes ancianas de grandes glándulas mamarias, con abundante tejido graso. En un momento dado se puede confundir, desde el punto de vista clínico, con un cáncer mamario. En tercer lugar, la ginecomastia unilateral, llamada del adolescente, se caracteriza por un aumento de volumen unilateral, uniforme, doloroso a la palpación, o al roce de la ropa, y que la mayor parte de las veces desaparece al pasar esta etapa de la vida. La ginecomastia bilateral o medicamentosa afecta a ancianos que están so-

metidos a tratamientos hormonales a base de estrógenos para carcinoma prostático. La enfermedad de Mondor es una trombosis de una o de varias de las venas superficiales de la glándula mamaria; se caracteriza por una retracción lineal o a lo largo del trayecto de la vena afectada. Aquí también, cabe mencionar las anomalías en el desarrollo de las glándulas mamarias: la politelia, o sea la presencia de más de dos pezones en la paciente: la polimastia más de dos glándulas mamarias. Estas suelen hallarse en ambas regiones axilares. También tenemos la hiperplasia virginal, que es el desarrollo exagerado de una o de dos glándulas mamarias.

Dr. Sánchez Basurto ¿Qué características morfológicas son las más notables en los tumores benignos de las mamas?

Dr. Guzmán Macroscópicamente, los tumores benignos están bien limitados, es decir encapsulados, no infiltran el tejido vecino e histológicamente no muestran cambios citológicos de malignidad. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que en la glándula mamaria existen algunas excepciones por ejemplo, podemos encontrar lesiones macroscópicamente bien limitadas, y que microscópicamente revelen datos de malignidad, como sucede en algunos carcinomas medulares y fibroadenomas mamarios asociados con carcinoma, en los cuales el diagnóstico descansa sobre bases histológicas.

Galactografía hace visibles defectos de llenado (papilomas), dilatación u obstrucciones. Entre tumores benignos y malignos mama, las diferencias anatómicas son las mismas: para otros órganos: velocidad de crecimiento, diferenciación del tejido, metástasis. Las microcalcificaciones numerosas implican malignidad.

Dr. Sánchez Basurto ¿Qué utilidad tiene la galactografía en el diagnóstico de algunos padecimientos mamarios?

Dr. Madero Preciado La aplicación de medio de contraste yodado a los conductos galactóforos hace a estos visibles en la mastografía, y pueden observarse uno o varios defectos de llenado debidos a papilomas que ocupan parcialmente su luz, así como la dilatación del conducto por la ectasia provocada por el mismo papiloma. En el carcinoma, la obstrucción es brusca y de forma irregular debido a

la infiltración tumoral. ¿Cuáles son las diferencias anatomopatológicas más sobresalientes entre los tumores benignos y los malignos de la mama?

Dr. Guzmán Esas diferencias son válidas para todos los órganos, y no solamente para el tejido mamario. En términos generales, se consideran diversos parámetros, además de la velocidad de crecimiento que más que todo es una observación clínica. Entre estos, están el modo de crecimiento que, en las neoplasias benignas, suele ser por expansión, formando cápsula; mientras que en los tumores malignos es por infiltración y expansión, por lo que no hay cápsula. En las neoplasias benignas, la diferenciación es típica del tejido que le dió origen, mientras que en las malignas la diferenciación es imperfecta. Otro factor aún más importante, es la existencia de metástasis que no se encuentran en los tumores benignos, mientras que son la regla en los malignos.

Dr. Sánchez Basurto ¿Qué significación radiológica tiene la presencia de microcalcificaciones en una mastografía?

Dr. Madero Preciado En muchos casos las microcalcificaciones se encuentran asociadas a los procesos malignos. Tienen las siguientes características: son múltiples, incontables, pequeñas, brillantes, semejantes a la punta de un alfiler, unas sobre las otras y están confinadas a un tumor de características malignas desde el punto de vista radiológico. No todas las calcificaciones implican malignidad. Cuando se encuentran asociadas a un tumor benigno son del tipo grueso, opacas y su número es reducido.

Dr. Sánchez Basurto ¿Cuáles son los criterios hisopatológicos que permiten diferenciar un cistosarcoma benigno de otro maligno?

Dr. Guzmán El cistosarcoma phyllodes es un tumor de tipo fibroepitelial en el que existen los dos componentes, epitelial y mesenquimatoso. Macroscópicamente, no se puede hacer el diagnóstico diferencial entre un cistosarcoma histológicamente benigno, y otro histológicamente maligno. En ambos, hay estructuras quísticas con proyecciones epiteliales que se conocen como filíceas y tienden a situarse dentro de esas cavidades. Desde el punto de vista histológico, la diferenciación entre ambos se establece en base a la celularidad del estroma, el número

Tabla 5. Cistosarcoma phyllodes.

<p>Aspecto macroscópico Miden más de 5 cms. (80% de los casos) Son quísticos Muestran proyecciones foliaceas Contienen áreas carnosas Muestran áreas de hemorragia y necrosis (más frecuentemente en malignos)</p>
<p>Aspecto microscópico Corresponden a las de un tumor mixto (epitelial y mesenquimatoso) con estroma hipercelular Muestran estroma irregular Hay mitosis frecuentes</p>

de mitosis (más de 4% en campo seco fuerte) y las atipias. Otros parámetros son los límites que, en los tumores malignos, están mal definidos. El cistosarcoma phyllodes suele tener un tamaño mayor de 5cm (80% de los casos).

En los padecimientos inflamatorios de la mama (mastitis puerperal, absceso mamario, mastitis crónica por sífilis o tuberculosis) es necesario identificar el germen causal (por punción) para instituir un tratamiento específico; lo mismo se aplica a la mastitis granulomatosa crónica que, además, requiere biopsia.

y sífilis de la glándula mamaria. La primera, que se presenta en el puerperio inmediato, se caracteriza por aumento de volumen de ambas glándulas mamarias, que ocasiona dolor; y que, en un momento dado, puede desencadenar un absceso mamario. Es importante definir si la paciente presenta un proceso inflamatorio por microorganismos patógenos, o esta sintomatología corresponde a un carcinoma inflamatorio de la mama, afortunadamente padecimiento muy poco frecuente en patología mamaria. La característica fundamental del absceso mamario es la presencia de un tumor, aumento de la temperatura, fluctuación, y dolor. Para hacer el diagnóstico diferencial hay que practicar una punción con

Dr. Sánchez Basurto ¿En qué se basa el diagnóstico de los padecimientos inflamatorios de la mama?

Dr. Medina Ya se mencionó que estos son la mastitis puerperal, el absceso mamario, y la mastitis crónica por tuberculosis

Tabla 6. Tratamiento de los padecimientos benignos de glándula mamaria.

1. Papiloma del pezón: Escisión local + ETD.
2. Papiloma intraductal; ectasia de conductos: Escisión de conductos terminales. Operación de Ader. Escisión de un solo conducto.
3. Fibroadenoma mamario: Escisión local.
4. Cistosarcoma phyllodes: Escisión local amplia, con márgenes de tejido sano alrededor. Si es recurrente mastectomía simple.
5. Mastopatía fibroquística: Sintomático únicamente; observación si es dudosa y bien localizada.
6. Quiste solitario: Punción, escisión local.
7. Mastitis de la lactancia: Debridación.

una aguja de calibre 18 ó 20; si aparece material purulento, se envía a laboratorio para cultivo, y se administran antibióticos.

La mastitis granulomatosa crónica, se caracteriza por la aparición de pequeños nódulos, aumento de la temperatura local, dolor y salida de exudado seropurulento. La paciente tiene exacerbaciones y remisiones hasta que se efectúe una biopsia, se identifique el proceso granulomatoso y, de ser posible, el microorganismo causal, y se instituya un tratamiento específico.

Dr. Sánchez Basurto Pasemos ahora a hablar del tratamiento. ¿Cuál es el tratamiento de elección para los diversos tumores y padecimientos inflamatorios de las mamas?

Dr. Morales Zúñiga El tratamiento varía de acuerdo al padecimiento. Siguiendo el orden

El tratamiento de los tumores benignos es su extirpación quirúrgica; también requieren cirugía: ectasia de los conductos, la crisis grasa y los lipomas, quiste solitario y el galactocel. tratan por punciones. Los padecimientos inflamatorios requieren administración de antibióticos. En todos los casos debe descartarse un proceso maligno.

de la clasificación de enfermedades benignas de la mama, tenemos en primer lugar el fibroadenoma. Este se debe extirpar, ya sea bajo anestesia local o general, dependiendo de la edad de la paciente y de la sospecha clínica de posible malignidad.

La papilomatosis intraductal o el papiloma intraductal único, se debe tratar mediante escisión de los conductos terminales de la mama u operación de Adair. También existe una modificación a la escisión de los conductos en la cual, mediante una incisión longitudinal siguiendo el eje del pezón, se puede abrir el pezón y la areola, explorar el conducto sospechoso de contener el papiloma, y excindirse éste como único tratamiento, respetando el resto de los conductos terminales de la mama.

El cistosarcoma phyllodes benigno requiere manejo quirúrgico mediante una escisión amplia de la tumoración que contenga en toda su extensión márgenes adecuados de tejido mamario sano, esto último como medida de seguridad en vista de la alta frecuencia de recurrencia de este tumor.

Cuando es difusa, la mastopatía fibroquística no requiere tratamiento quirúrgico y solamente se controla desde el punto de vista clínico. Sin embargo, cuando está bien localizada y limitada, es dolorosa, y existe alguna duda clínica en cuanto a diferenciación con un carcinoma, el área afectada se extirpa quirúrgicamente.

El quiste solitario de la mama se debe tratar mediante punciones, y llevando a cabo un estudio citológico del contenido del quiste. Además conviene palpar con cuidado el área donde el quiste estaba alojado. La adenosis de la mama también requiere extirpación local adecuada.

La mastitis de la lactancia debe manejarse con antibióticos, de acuerdo con el cultivo que se realice después de la debridación, en caso de tratarse de un absceso mamario agudo.

La mastitis granulomatosa amerita un diagnóstico adecuado para poder establecer el tratamiento medicamentoso indicado.

La ectasia de los conductos requiere la esci-

sión de los conductos terminales de la mama o operación de Adair, con la misma técnica que se usa para los papilomas intraductales. El galactocele se puede tratar por punción o escisión.

La necrosis grasa se debe extirpar por la alta posibilidad de confundirla con una carcinoma desde el punto de vista clínico.

La ginecomastía del adolescente se puede observar o bien tratar quirúrgicamente mediante una mastectomía subdérmica, lo mismo que la ginecomastía medicamentosa.

Los lipomas deben extirparse adecuadamente, lo mismo que las demás tumoraciones benignas de la mama no epiteliales, con el propósito de diferenciarlos histológicamente de un carcinoma mamario.

Dr. Sánchez Basurto Como ya se mencionó, algunos aspectos de la mastopatía quística se deben tratar medicamente, para ello se deben utilizar antiinflamatorios, analgésicos, y diuréticos. En algunas ocasiones es útil la hidroterapia. Los fármacos de base son los progestágenos y los antiestrógenos. ¿Cuándo se debe operar un quiste mamario?

Dr. Morales Zúñiga Un quiste es operable cuando, después de la punción, se sigue palpando una tumoración en este sitio; cuando la formación del quiste es recurrente después de una o dos punciones y vuelve a acumularse líquido; cuando el líquido obtenido es hemorrágico; cuando el estudio citológico obtenido en la punción del quiste es sospechosa o concluyente de malignidad; y, por último, cuando la neumoquistografía muestra la presencia de una anomalía en las paredes del quiste.

Dr. Sánchez Basurto Por último, cabe mencionar, que ante todo tumor de la glándula mamaria de aspecto benigno, el médico tiene la obligación de descartar la posibilidad de que se trate de un carcinoma o bien, como se ha visto en algunos casos, pensar en la posibilidad de que el propio tumor benigno pueda evolucionar en el futuro hacia la malignidad. Su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado permiten evitar complicaciones. □