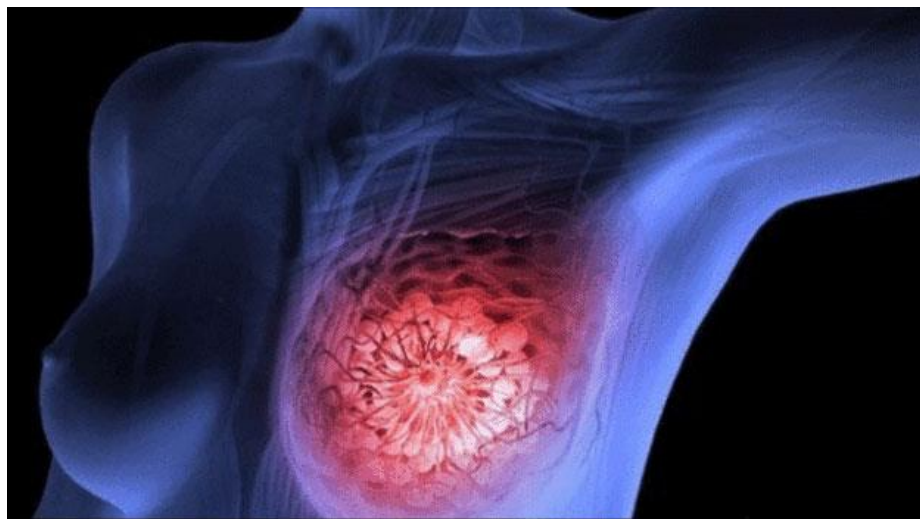


MANEJO DE PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA EN ATENCION PRIMARIA



3º Jornada de Ginecología y Obstetricia con Atención Primaria

MARIA NUÑO DOMINGUEZ
UNIDAD PATOLOGIA MAMARIA HGV
5 JUNIO 2019

Introducción

- La patología mamaria genera gran número de consultas en atención primaria (DD Cáncer de mama)
- El Médico de Atención Primaria (MAP), suele ser el primer facultativo en enfrentarse a las preguntas, la incertidumbre y la ansiedad de una mujer con algún tipo de alteración mamaria
- Papel primordial para tranquilizar en el caso de lesiones mamarias benignas y encauzar aquellos casos sospechosos de Cáncer de mama para su estudio de forma precoz



Patología Mamaria Benigna (PMB)

- Amplio grupo de enfermedades con unas características clínicas, diagnósticas y de tratamiento diferenciales
- Motivo de consulta muy común (>80% de los problemas mamarios)
- Clasificación:

1. Anomalías en el desarrollo
2. Trastornos funcionales
3. Procesos inflamatorios
4. Procesos pseudotumorales
5. Lesiones proliferativas
6. Tumores benignos

Trastornos Funcionales :Dolor mamario



Dolor mamario

Introducción

- Los dolores premenstruales leves se consideran fisiológicos
- El dolor se considera patológico cuando interfiere en la vida normal de la mujer y es cuando hay que tratarlo
- Como síntoma aislado es el motivo de consulta más frecuente
- Causas poco conocidas, manejo controvertido y recurrencias frecuentes
- En < 10% se asocia a cáncer de mama

Dolor mamario

Clasificación (Cardiff modificada)

- ✓ Dolor cíclico (mastodina)
- ✓ Dolor no cíclico (verdadera mastalgia)
- ✓ Dolor torácico/extramamario (dolores referidos)
- ✓ Dolor mixto (motivo de fracaso terapéutico)

Dolor mamario

Clasificación

✓ Dolor cíclico (mastodina)

- Relación con el ciclo menstrual (intensidad $> 4/10$ y duración al menos 5-7 días/mes)
- El tipo más frecuente
- Etiología no clara (hormonal, psiquiátrica, alimentaria, histológica...)
- Normalmente bilateral con sensación de tensión mamaria y/o nodularidad
- Afecta 20% mujeres premenopáusicas (30-40 años)
- Remisión espontánea tras la menopausia en al menos 40%
- 8% casos severos
- No existe un patrón radiográfico típico (no indicado solicitar pruebas de imagen)

Dolor mamario

Clasificación

✓ Dolor no cíclico (verdadera mastalgia)

- Origen mamario
- Sin relación con el ciclo menstrual
- Menor frecuencia que dolor cíclico
- En pre y post menopaúsicas (40-50 años)
- Suele ser unilateral , localizado y nodularidad infrecuente
- Transitorio y episódico
- Relación con cáncer de mama (2-7%)

Dolor mamario

Diagnóstico

- Anamnesis (frecuencia, intensidad, variabilidad y ciclicidad del dolor)
- Exploración
- Estudios complementarios

- ECO mama (de elección)

- MX si es necesario

- No de rutina determinación de PRL y analítica hormonal

} descartar asociación con Ca de mama

Dolor mamario

Tratamiento

En función del tipo de dolor y de la intensidad del síntoma, escalonado progresivamente desde opciones con menor perfil de efectos secundarios

TEMA CONTROVERTIDO

Tratamiento

- 1era línea. No farmacológico

- ✓ *Tranquilizar a la paciente y descartar cáncer (85%)*
- ✓ Correcto uso del sujetador (70-80% no uso de talla correcta)
- ✓ Fitoterapia :

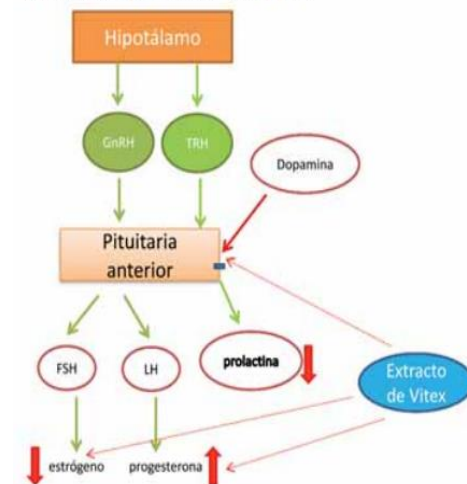


- ❖ Aceite de Onagra (Rico en ac. grasos esenciales poliinsaturados → actividad antiinflamatoria). No mas efectivo que placebo
 - Dosis recomendada: 2-4gr/día (6 cápsulas diarias)
 - No recomendado uso en pacientes epilépticas

❖ Extracto de Sauzgatillo (Vitex agnus castus L)

- 6 meses → 1comp /día
- No asociarlo a agonistas o antagonistas dopaminergicos

MECANISMO DE ACCIÓN DEL VITEX



Dolor mamario

Tratamiento

- 2º Línea. Farmacológico

- ✓ Antiinflamatorios (orales/tópicos)



- ✓ Progesterona tópica 1-10%



- ✓ Danazol 200mg/d (antigonadotrófico aprobado por la FDA para el dolor mamario), Tamoxifeno 10mg/d (SERM) quedan reservados para casos severos que no responden a otras líneas de tratamiento dados sus efectos secundarios

Trastornos Funcionales: Secreción pezón



Secreción pezón

Aspectos generales y terminología

- Entre el 0,5 - 2% de las pacientes presentan secreción por el pezón
- 95% corresponden a causas benignas
- Puede aparecer a cualquier edad (mayor incidencia 25-50 años)
- Gestación y la lactancia → secreción láctea proceso fisiológico. Fuera de estos periodos, la secreción de leche no es fisiológica y se denomina Galactorrea
- Las secreciones no lácteas se denominan Telorrea (múltiples tipos según etiología)
- Se denomina Telorrágia a la secreción hemática

Secreción pezón

Semiología de la secreción

- ✓ Lateralidad: unilateral/bilateral
- ✓ Aparición: *espontánea*/provocada (65% mujer adultas pueden obtener secreción a la expresión)
- ✓ Orificalidad: uniorifical/pluriorifical
- ✓ Localización: a través del pezón/ a través de la areola
- ✓ Aspecto: color, densidad, transparencia

1. Defecto en la inhibición hipotalámica de la secreción de PRL:	
Fármacos:	<i>Neurolépticos (butirofenonas, fenotiacidas, sulpiride etc...)</i>
	<i>Antidepresivos</i>
	<i>Antihipertensivos (metildopa, reserpina)</i>
	<i>Opiáceos (codeína, morfina, metadona)</i>
	<i>Antieméticos (metoclopramina, domperidona)</i>
	<i>Cimetidina</i>
	<i>Anovulatorios</i>
	<i>Verapamilo</i>
Afectación hipotalámica (tumores, histiocitosis X, sarcoidosis, meningitis, encefalitis, lesiones vasculares)	
Afectación del tallo hipofisario (compresión tumoral, sección del tallo traumática o quirúrgica)	
2. Aumento de los factores liberadores de PRL:	
	Hipotiroidismo primario
	Enfermedad de Addison
	Enfermedad de Cushing
3. Tumores productores de PRL:	
	Tumores hipofisarios (Prolactinomas)
	Producción ectópica de PRL. (Carcinoma broncogénico, hipernefoma, mola hidatiforme, coriocarcinoma, teratoma ovárico)
	Corioepitelioma de testículo
4. Causas locales:	
	Estimulación mecánica repetida
	Traumatismos torácicos, toracotomía
5. Silla turca vacía	
6. Lesión medular.	

Origen sistémico

Bilateral
Multifocal
Galactorrhea

Ojo con telorragia espontánea, unilateral y uniorificial

Endógenas

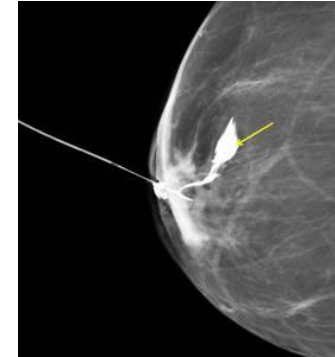
Areola

Glándulas de Montgomery y tubérculos de Morgagni

Secreción pezón

Diagnóstico

- Anamnesis
- Exploración física
- Estudio citológico (\uparrow E, \downarrow S (< 50%) frotis negativo no excluye malignidad)
- Analítica si galactorrea (PRL y perfil tiroideo)
- Cultivo si secreción purulenta
- Pruebas de imagen
 - MX y ECO mama
 - Galactografía: *Técnica de elección si telorrea uniorifical y unilateral*
 - RM mama: DD procesos intraductales malignos y Benignos



Secreción pezón

Tratamiento

- Controlar: existe evidencia de que si los hallazgos clínicos, citológicos y pruebas de imagen no son sospechosos, el derrame se resuelve espontáneamente en casi el 75% de los pacientes a los 5 años
- Tto médico:
 - Suprimir el agente causal
 - Causas específicas: antibióticos, cicatrizantes, inhibidores PRL
- Qx: papilomas, adenoma pezón, galactoforitis de repetición o ectasias ductales sintomáticas

Procesos inflamatorios



Procesos inflamatorios

- Mastitis: cuadro inflamatorio de la mama que puede, o no, acompañarse de infección y coincidir, o no, con la lactancia materna

<p>• I. Mastitis infecciosas:</p>	<p>A. Simple:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puerperal. 2. No puerperal. <p>B. Complicada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absceso. 2. Fistulizante. <p>C. Otros: Quiste infectado, galactocele infectado, seromas infectados...</p>
<p>• II. Mastitis no infecciosas o inflamatorias:</p>	<p>A. De etiología desconocida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patología primaria de la mama: <ol style="list-style-type: none"> a) Ectasia ductal. b) Fistulización periareolar recidivante: <ul style="list-style-type: none"> • Mastitis periductal. • Absceso mamario subareolar. • Fístula periareolar recidivante. c) Mastitis granulomatosa. 2. Pseudotumor inflamatorio. <p>B. Postraumática: Necrosis grasa.</p> <p>C. Secundarias a patología sistémica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mastopatía diabética. 2. Mastitis lúpica. 3. Amiloidosis. 4. Sarcoidosis. 5. Vasculitis: Granulomatosis de Wegener, arteritis de células gigantes, sd. de Churg-Strauss.. 6. Enfermedad de Mondor. <p>D. Postradioterapia: Mastitis rádica.</p> <p>E. Secundarias a cuerpo extraño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mastitis oleogranulomatosa: Siliconomas y parafinomas.
<p>• III. Patología maligna que simula procesos inflamatorios benignos:</p>	<p>A. Carcinoma inflamatorio.</p> <p>B. Carcinoma abscesificado.</p>

Procesos inflamatorios

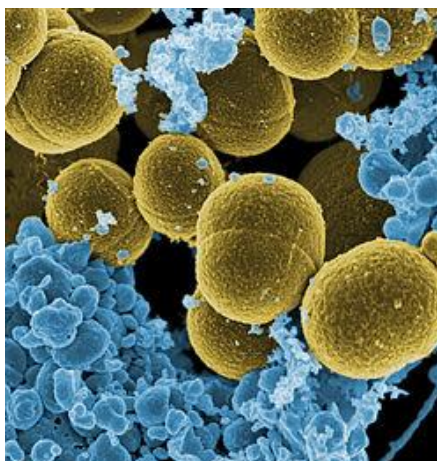
Mastitis infecciosas puerperales

- Incidencia:
 - ✓ 10% de las lactancias
 - ✓ Generalmente unilateral
 - ✓ 95% tres primeros meses de lactancia (2-3^o semana postparto)
 - ✓ Más frecuente en primíparas
 - ✓ Suelen localizarse en la periferia de la mama
 - ✓ Recurrencias 4-8%

Procesos inflamatorios

Mastitis infecciosas puerperales

- Etiología:
 - ✓ Los principales agentes etiológicos de mastitis infecciosas: Staphylococcus y Streptococcus
 - ✓ Staphylococcus Aureus es el más frecuente en mastitis agudas y abscesos



Procesos inflamatorios

Mastitis infecciosas puerperales

- Patogenia:



- Clínica:



Procesos inflamatorios

Mastitis infecciosas puerperales

- Diagnóstico:
- Anamnesis y exploración física **Fundamentalmente clínico**
- Pruebas complementarias
 - ✓ Cultivo de leche: no mejoría clínica tras 48h de tratamiento antibiótico correcto, mastitis severa, mastitis recurrente
 - ✓ ECO mama: si mala evolución clínica para descartar abscesos/Ca mama

Procesos inflamatorios

Mastitis infecciosas puerperales

- Manejo

1. Medidas generales y tratamiento antibiótico temprano
2. Derivación hospitalaria si no respuesta a un tratamiento adecuado
3. Si sospecha de absceso, confirmarlo mediante ecografía y realizar drenaje del mismo + cultivo material purulento

Procesos inflamatorios

Mastitis infecciosas puerperales

- Manejo

Medidas generales

- ✓ Recomendaciones para mantener la lactancia; apoyo emocional
- ✓ Adecuada nutrición, hidratación y reposo materno
- ✓ Uso de sujetador no apretado
- ✓ Aplicación calor previo a toma/frío tras toma
- ✓ Extremar las medidas de higiene
- ✓ Adecuado drenaje de la mama

Procesos inflamatorios

Mastitis infecciosas puerperales

- Manejo

Grietas sobreinfectadas por SA:
Mupirocina 2% y si no mejoría,
Tto sistémico

Tratamiento antibiótico temprano

Tratamiento empírico: agentes activos frente al *S. aureus* resistentes a metilina (SARM)

Infección sin criterios de gravedad, no riesgo de colonización por SARM	Riesgo de infección por SARM	Infecciones graves
Cloxacilina o Cefalexina (500 mg/6 h vía oral)	Trimetoprim-sulfametoxazol (160/800 mg/12 h vía oral)	Vancomicina IV (15 a 20 mg/kg cada 8-12 horas sin exceder 2 g por dosis)
Clindamicina (300 a 450 mg/8 h vía oral)	Clindamicina (300 a 450 mg/8 h vía oral)	Gram (-) además, cefalosporina 3ª generación

10-14 días

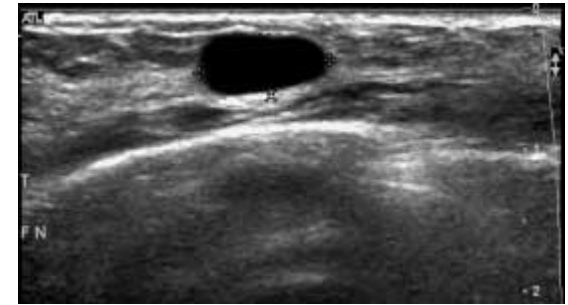
+ Ibuprofeno 600 mg/8h + probiótico

PROCESOS PSEUDOTUMORALES

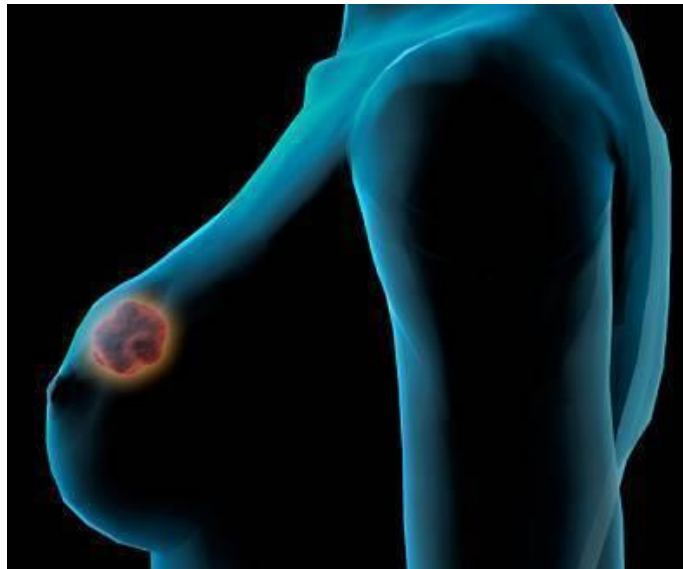


Quiste simple mamario

- Puede considerarse como un trastorno involutivo
- Espacio tapizado por endotelio o epitelio con contenido líquido (no son tumores)
- Muy frecuentes 1/3. Mujeres 35-50 años.
- Exploración: nódulos bien delimitados, elásticos, lisos ,móviles
- MX: imagen nodular bien delimitada
- ECO mama: nódulos bien delimitado sin ecos en su interior
- Tratamiento:
 - Conducta expectante
 - PAAF: si dolor/gran tamaño o si quistes complejos/proliferación en su interior
- No aumentan riesgo cáncer de mama



Tumores benignos



Tumores benignos

Clasificación

A. Tumores mamarios benignos parenquimatosos.

- Adenoma del pezón.
- Lesiones papilares:
 - Papilomas únicos.
 - Papilomas múltiples.
- Adenomas:
 - Tubular.
 - Apocrino.
 - Pleomórfico.
 - Otros.

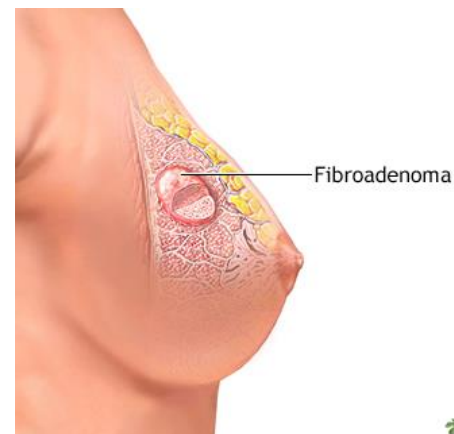
B. Tumores mamarios benignos mixtos.

Fibroadenoma.

- Fibroadenolipoma.

C. Tumores mamarios benignos del estroma y de la piel.

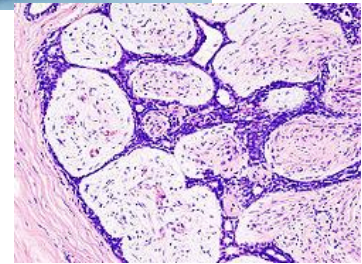
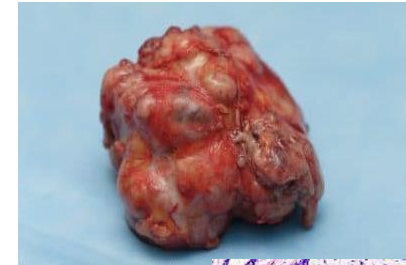
- Del estroma:
 - Fibroma, Lipoma, Leiomioma, Angiomas, Histiocitoma fibroso.
- De los nervios:
 - Neurofibroma, Neurinoma, Neuroma traumático, tumor de Abrikossoff.
- Con componente epidérmico:
 - Hiperqueratosis seborreica, Papiloma, Molluscum, Alteraciones melánicas, Quiste Sebáceo, Adenoma Sebáceo, Adenoma Areolar y Tumores Mixtos.



Tumores benignos

Fibroadenoma (FAD)

- Tumor benigno más frecuente
- Mixto: tejido glandular y fibroso (Fibroepitelial)
- Más frecuente edades jóvenes (15-30 años)
- Influenciados por los cambios hormonales
- Suelen ser solitarios
- Tamaño medio 1-3 cm
- Suelen tener tamaño y estructura constante (crecimiento limitado)
- Riesgo de malignización extraordinariamente bajo (0,002-0,125%)

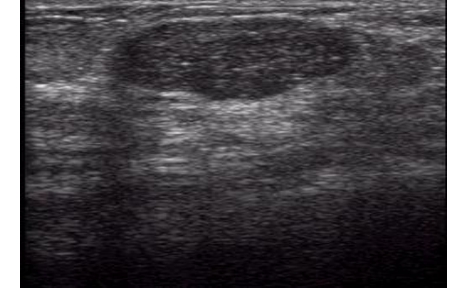


Tumores benignos

Fibroadenoma (FAD)

- Diagnóstico:

- Exploración física: nódulo móvil y bien delimitado, no adherido a planos profundos, consistencia elástica/dura
- ECO mama: método más adecuado para su diagnóstico
- Punción mediante BAG:
 - ✓ Discordancia en la edad de aparición
 - ✓ Crecimiento progresivo
 - ✓ Pruebas de imagen que muestren alguna anomalía

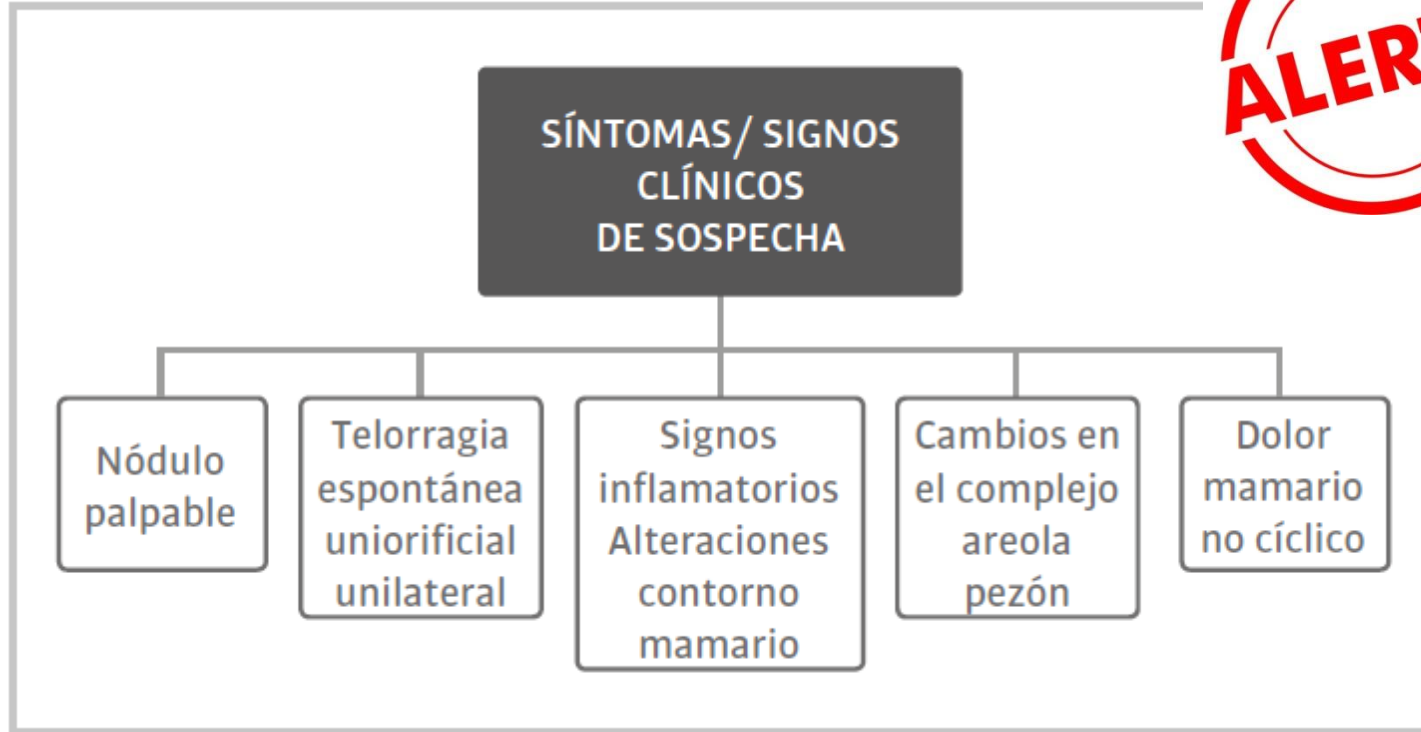


Fibroadenoma (FAD)

- Tratamiento:

- Control periódico cada 6 meses en los 2 primeros años tras su descubrimiento
- Cirugía:
 - ✓ FAD complejo y FAD gigantes >10 cm (DD con Phyllodes)
 - ✓ Si genera ansiedad, dolor, alteración estética





Derivación a UPM y solicitar:
< 35 años: ECO mama
> de 35 años: Mx +/- ECO mama

Conclusiones

- PMB → > 80% de los problemas mamarios
- Dolor mamario
 - Dolor cíclico: Diagnóstico clínico. No necesarias pruebas imagen
 - Alerta Dolor no cíclico. 2-7% Ca de mama
- Secreción mamaria:
 - 95% causas benignas
 - Alerta telorragia espontanea unilateral y uniorificial → DD Ca mama
- Mastitis puerperales:
 - Agente causal más frecuente: S. Aureus
 - Diagnostico clínico
 - Importante Tto AB temprano para evitar complicaciones
- Quistes mamarios: No tumores. Conducta expectante. No ↑ riesgo Ca mama
- FAD:
 - Diagnóstico fundamental por ECO mama
 - Control periódico en la mayoría de los casos

Gracias por vuestra atención





Nº3





Nº4



Preguntas test

El patógeno que más frecuentemente se relaciona con las mastitis agudas es:

- a) Corynebacterium spp
- b) Staphylococcus Aureus
- c) Staphylococcus Epidermidis
- d) Micobacterium

Preguntas test

Con respecto a los quistes simples mamarios señale la falsa:

- a) Son muy frecuentes
- b) No se consideran tumores mamarios
- c) En ecografía se ven como lesiones bien delimitadas sin ecos en su interior
- d) El tratamiento habitual es la conducta expectante
- e) Aumentan el riesgo de cáncer de mama

BIBLIOGRAFIA

Manual de Práctica clínica en Senología 2015. 3º edición. Revisada y ampliada. SESPEM

Infecciones de la mama relacionadas con la lactancia. Guía de asistencia Práctica SEGO 2019

Mastitis. Puesta al día.

Smith GE, Burrows P. Ultrasound diagnosis of fibroadenoma - is biopsy always necessary? Clin Radiol. 2008 May;63(5):511-5

Hubbard JL, Cagle K, Davis JW, Kaups KL, Kodama M. Criteria for excision of suspected fibroadenomas of the breast. Am J Surg. 2015;09(2):297-301

Master patología mamaria y senologia. Universidad