

DISPLASIA MAMARIA - REVISION

Estela Virginia Mur, Julio Ernesto Cocco, Karina Liliana Tost Romero, Juan Rodrigo Alderete
Dra. Adriana Benitez de Mozzatti

INTRODUCCION

La mama es un órgano de la estética femenina y una importante glándula que interviene en la lactancia materna. Como órgano "blanco" de las hormonas del ovario, constituye después de la pubertad, una glándula con respuestas a las hormonas esteroideas periódicas de la gónada. Las alteraciones del ciclo ovárico conducen a la enfermedad fibroquística.(1)

El término displasia mamaria es el más difundido en el habla hispana, mientras que el más antiguo es enfermedad fibroquística.(2)

Las displasias mamarias constituyen las afecciones más frecuentes de la mama durante la etapa de la madurez sexual, consecuencia la mayoría de las veces, de trastornos hormonales que producen cambios persistentes en la unidad ductolobulillar, tanto en el componente epitelial como en el conjuntivo propio.(2-3)

Se caracteriza por eventos inflamatorios y cambios histológicos proliferativos de la mama que pueden ser quistes, metaplasias apócrinas, hiperplasia conjuntiva, ectasia ductal, hiperplasia epitelial y pueden estar en fase 1 o fase de producción o desaparición; fase 2 o sea aquellas que no regresa postmenopáusicamente, o en fase 3 cuando la enfermedad está establecida sin dolor o fluctuaciones y con cambios permanentes.(4)

Generalmente una afección mamaria dolorosa orienta hacia un trastorno funcional o patológico benigno, sin embargo, el cáncer de mama puede presentarse con dolor, por lo que a cualquier dolor mamario hay que prestarle la importancia que se merece.(5)

DISPLASIA MAMARIA . MASTALGIA . ANDI
(Aberration of normal development and involution).

No son procesos inflamatorios ni tumorales sino alteraciones clínico-histo-patológicas de la glándula mamaria provocadas por un desequilibrio en la relación estrógeno –progesterona. Actualmente la denominación "displasia" ha caído en desuso por su vinculación con el cáncer de mama, llevando a la confusión.(3)

Es la afección más frecuente de la mama en mujeres en edad reproductiva, la tasa de incidencia de aparición es difícil de precisar, se estima que afectan aproximadamente del 50 al 90% de estas mujeres.(2-3)

Aunque se ha intentado considerar a la displasia mamaria como uno de los factores de riesgo de cáncer mamario subsecuente, sólo las variantes en las cuales se demuestra proli-

feración epitelial (especialmente con atipia), representan factores reales de riesgo.(6)

ETIOPATOGENIA

Para que se desarrolle la displasia se necesita que la mama biológica o genéticamente se encuentre predispuesta ya que noxas externas, endócrinas o no endócrinas intervengan sobre la glándula desencadenando el cuadro.(3)

Existen tres teorías para explicar el desarrollo de la displasia mamaria:

- Teoría endócrina.** Se basa en la alteración de la relación estrógeno- progesterona, sea por un aumento real de los estrógenos o por una disminución de los valores circulantes de progesterona. Dicha alteración al actuar sobre un lobulillo genéticamente predispuesto desencadena tanto los cambios histológicos como la sintomatología. Se demostró la presencia de mayores niveles de receptores estrogenitos en las pacientes con aumento de la proliferación epitelial.(2-3)
- Teoría neuroendócrina.** De acuerdo con esta teoría las situaciones crónicas de estrés producen un aumento de los péptidos opiodes que provocan una disminución del tono dopaminérgico con la consiguiente elevación de los niveles de prolactina. Al aumentar la prolactina aumentan los niveles de progesterona, que a su vez causa una mayor producción de estrógenos que aumentan la secreción de prolactina, con lo que se constituye un círculo vicioso.(2)
- Teoría bioquímica.** El consumo exagerado de metilxantinas (te, café, chocolate, bebidas colas), de nicotina y de tiraminas (carnes procesadas, hongos, quesos fermentados, vino), produce un aumento de las catecolaminas circulantes, las que actúan directamente sobre los receptores beta de las células mamarias.(2)

CARACTERISTICAS CLINICAS

- se manifiesta en la madurez sexual.
- Existe mejoría significativa durante el embarazo.
- Presenta modificaciones cíclicas acompañando al ciclo sexual.
- Se asocia a toda patología que produzca un aumento de los estrógenos.
- Los trastornos tiroideos suprarrenales, proláctínicos e hipoproteinéuticos se asocian a su etiología.

- Los factores emocionales y psíquicos pueden provocarla alterando el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.(3)

CLASIFICACION

Se divide en tres etapas constituyendo distintos estadios evolutivos de una misma patología que pueden cumplirse o no: (3)

- 1-Mastodinia o Displasia Fibrosa.
- 2-Adenosis o Displasia Fibroepitelial.
- 3-Enfermedad Fibroquística o Displasia Fibroquística.

CLINICA

MASTODINIA (Mastalgia)

Se presenta entre los 20 y 30 años. El síntoma dominante es el dolor mamario uni o bilateral espontáneo o provocado que se exacerba en los días premenstruales. Se localiza generalmente en el cuadrante súperoexterno y suele propagarse a las axilas y región cervical. La inspección es negativa y a la palpación se aprecia un aumento de la consistencia. El diagnóstico se logra mediante una correcta anamnesis y examen mamario. El diagnóstico diferencial se realiza con afecciones que producen dolor mamario o extramamario: dolor premenstrual, neuralgias intercostales, condritis y osteocondritis etc.(3)

ADENOSIS (Enfermedad de Schimmelbusch).

Se presenta entre los 25 y 45 años. Evolución es una etapa mas posterior da la mastodinia, el dolor presenta las mismas características, aunque puede ser menos intenso. Al examen presenta numerosos nodulillos de diferente tamaño dando el aspecto de bolsas de arvejas, distribuidas como preferencia en el cuadrante superoexterno cuyos diámetros oscilan entre 1mm y 1 cm. Otra forma de presentación es con un nódulo dominante llamado Stout de forma irregular, bordes indefinidos, sin movilidad dentro de la glándula, no adherido a planos profundos ni a piel. Por éstas características es frecuente la utilización de biopsias para establecer el diagnostico diferencial con un cáncer. La consulta es por dolor, nódulo y secreción seroso lactescente o sanguinolento por el pezón. El diagnóstico se lleva a cabo por la clínica, aunque la ecografía y la mamografía bilateral con proyección axilar pueden utilizarse para un diagnóstico preciso. El diagnóstico diferencial se establece en primer término con el cáncer de mama, fibroadenoma, quiste, ectasia de los conductillos, y necrosis grasa. Puede ser de utilidad el estudio del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.(3)

ENFERMEDAD FIBROQUISTICA (enf. de Reclus)

Constituye la última etapa de las mastopatías.

La edad de aparición más frecuente es hacia la perimenopausia (40-50 años).

Síntomas: dolor de menor intensidad y presencia de un tumor palpable en una o ambas mamas.(3)

Pueden distinguirse dos formas clínicas:

A – Quiste único o macroquístico: de rápido crecimiento, aumenta en el premenstruo, de forma redondeada y bordes netos, de consistencia variable y disminución en el periodo postmenstrual.

B – Quistes múltiples o micropoliquísticos: se aprecian quistes de diferentes tamaños en una o ambas mamas y puede coexistir con derrame por el pezón al igual que la adenosis.

Diagnóstico: se presume por la clínica y se complementa con mamografía y ecografía y se realiza punción de los quistes para corroborar el diagnostico y hacer citología del mismo.

Cuando se produce una recidiva por segunda vez, o cuando lo hace antes de los dos meses de la primera aparición la resolución es quirúrgica.

El diagnóstico diferencial se realiza con fibroadenoma, cáncer de mama, necrosis grasa y nódulo dominante de la adenosis. (3)

- Otra clasificación clínica es la de Uriburu, que divide a las mastopatías de la siguiente forma: (3)

Displasias Cíclicas

Afectan a mujeres entre los 20 y 50 años, en relación a sus ciclos menstruales, se ven afectadas ambas mamas y son influenciadas por las hormonas de manera que es plausible un tratamiento hormonal.(3)

El factor endocrino participa en su génesis donde los estrógenos y la prolactina tienen efecto proliferativo, y la progesterona efecto adverso, aunque actualmente hay controversia con respecto al efecto de esta última.(4)

Displasias No Cíclicas (o Selectivas)

Pueden no afectar a mujeres que presentan ciclos menstruales, afectan a una sola mama sin una causa identificada y no sufren cambios cíclicos. Las displasias mamarias no cíclicas en cambio, representan un grupo de alteraciones que afectan a mujeres desde la pubertad hasta la menopausia.(2-3)

- Dentro de las displasias mamarias cíclicas se encuentran la mastodinia la adenosis y la enfermedad fibroquística.
- Dentro de las displasias mamarias no cíclicas se encuentran: el fibroadenoma, la hiperplasia lobulillar simple, la hipertrofia virginal, la ectasia ductal, la fibrosis, la papilomatosis displásica, el adenoma o papilomatosis florida del pezón.

FIBROADENOMA: es un tumor benigno frecuente entre los 20 y 30 años, a la palpación aparece como un nódulo de 1 a 5 cm de diámetro, aunque puede alcanzar mayores dimensiones, redondeado de consistencia duroelástica e indoloro. Presenta movilidad dentro de la glándula y no se adhiere a ningún plano. No se acompaña de adenopatías. Su tratamiento es quirúrgico.(2-3-4-6)

HIPERPLASIA LOBOLILLAR SIMPLE: aparece entre los 20 y 25 años como un nódulo o zona dura localizada en la mama. Consiste en un crecimiento hiperplásico del parénquima mamario típico. Clínicamente no tiene una presentación patognomónica. Es una entidad poco frecuente de un 1,4% y su tratamiento es quirúrgico. (2)

HIPERTROFIA VIRGINAL: aparece como consecuencia de un crecimiento excesivo de la mama (macromastia) en respuesta al estímulo hormonal. Se desarrolla en la pubertad con la aparición de las primeras menstruaciones observándose una mama de mayor tamaño que la otra pudiendo recurrirse a una cirugía correctora.(2)

DISPLASIA PROLIFERATIVA JUVENIL FOCALIZADA: es un cuadro que afecta a mujeres jóvenes de entre 15 y 25 años. Aparece como un nódulo duro de 2 a 4 cm de diámetro próximo a la areola pudiendo ocasionar eliminación de líquido por el pezón. Con la resección quirúrgica se logra la curación.(2)

ECTASIA DUCTAL: se trata de un proceso involutivo de los grandes conductos galactóforos en los que se atrofia su revestimiento epitelial, y ocurren en la pared fenómenos degenerativos que llevan a su considerable dilatación. Es patrimonio de la mujer adulta premenopáusica o menopáusica. La edad promedio es entre los 40 y 49 años. Generalmente es bilateral y difusa. Su tratamiento es médico con hormonas y vitaminas, si hay infección, antiinflamatorios y ATB, o bien quirúrgico.(2)

FIBROSIS: es un cuadro que se presenta en mujeres de entre 35 y 45 años de edad, de forma nodular única muy dura y con un tamaño que oscila entre los 2 a 5 cm de diámetro, o bien en forma difusa y bilateral. El tratamiento para la forma nodular es resección seguida del estudio histopatológico. Para la forma difusa es preferentemente el tratamiento hormonal.(2)

PAPILOMATOSIS DISPLÁSICA: es una displasia poco frecuente. El crecimiento papilar es característico, en este caso el componente papilar es de tal magnitud que representa todo el componente histológico. Se manifiesta por nódulo e induración focalizada de 2 a 3 cm en

cualquier lugar de la mama, y derrame por el pezón. Su tratamiento es siempre quirúrgico.(3-5)

ADENOMA DEL PEZÓN: es una entidad poco frecuente que tiene como edad promedio de las pacientes 43 años. Se suele presentar como un nódulo sólido de límites netos de menos de 1 cm dentro del cuerpo del pezón que al crecer puede causar erosión de la epidermis e incluso ulceración por compresión (etapa en la que debe diferenciarse de la enf. de Paget).(2)

DISPLASIAS CÍCLICAS	DISPLASIAS NO CÍCLICAS
- afectan a la mujer cíclica	- afectan a cualquier mujer
- son bilaterales	- son unilaterales
- son difusas	- son focalizadas
- más en el premenstruo	- no se acentúan en el premenstruo
- son cíclicas	- no sufren cambios cíclicos
- frecuente etiología hormonal	- no tienen etiología definida
- responden al tratamiento médico	- no responden al tratamiento médico

Cuadro comparativo entre las displasias mamarias cíclicas y las no cíclicas(2)

Muy jóvenes	jóvenes	adultas jóvenes	adultas
- Hiperplasia virginal	- Fibroadenoma	- Papilomatosis displásica	- Conductos dilatados
- Displasia proliferativa simple	- Hiperplasia lobulillar	- Fibrosis	- Adenoma de pezón juvenil

Cuadro de las formas de displasia mamaria no cíclica según la edad de la paciente.(2)

DIAGNOSTICO

Se basa en hallazgos clínicos y los resultados de los métodos auxiliares como la ecografía, mamografía, punción aspirativa con aguja fina y biopsia. Cuando se detecta un nódulo dominante se impone establecer un diagnóstico de certeza recurriendo a la biopsia quirúrgica para descartar el cáncer.(4-7)

TRATAMIENTO

Es médico, la cirugía esta reservada solo ante la duda diagnóstica con el cáncer, y en estas circunstancias tiene valor la biopsia y citología.(2)

La base del tratamiento médico depende de la posible etiología de la enfermedad y de la paciente a tratar. El primer paso es quitar a la mujer el temor de la displasia mamaria en función de un futuro cáncer, y la prescripción de

un régimen higiénico dietética. Si existe aumento en la ingesta de metilxantinas, se los debe quitar (2) aunque otros autores consideran que no es efectivo.(8).

Si esta tomando otros medicamentos que puedan actuar en forma similar (aspirinas, estrógenos, sulpirida), también se deben suprimir. (2)

Es útil como complemento:

1-la vit. A, E y B6: del 15 al 30 de cada ciclo, durante 4-6 meses, con resultados inciertos. La vit. A por su actividad regeneradora de los tejidos, la vit E por su probable acción sobre la esclerosis del colágeno en pacientes premenopáusicas, y la B6 por su acción antiprolactínica.(2-4)

2-Analgésicos tipo AINE: en relación con la intensidad de los síntomas. (2-4)

3-Diuréticos: podría ser útil dada la retención hídrica que se producen la segunda mitad del ciclo en esta patología (sobre todo en la adenosis).(2-4)

La medicación de elección es la hormonal:

4-Tamoxifeno: 10 mg del día 5 al 25 durante tres meses, y repetir a los 6 meses. (2-4)

5-Bromocriptina: inhibe la secreción de prolactina estimula los receptores dopaminérgicos, y al observarse una incidencia moderada de hiperprolactinemia en pacientes con mastopatía justifica su empleo.(9) La dosis es de 5 mg/día, hasta el alivio de los síntomas.(2-4)

6-Danazol: Antiprogestacional, antiestrogénico, antigonadotópico, (9) mejora el dolor y la tensión mamaria en pacientes en tratamiento por endometriosis. La dosis es de 100-200 mg/día durante tres meses.(2-4)

El tratamiento de los quistes es la punción-aspiración, con lo que cerca del 80% de estas lesiones desaparecen en forma definitiva. (2)

La displasia mamaria cíclica no es pasible de tratamiento quirúrgico. Solo debe operarse ante la duda con el cáncer y con criterio de biopsia.(2-4)

CONCLUSION

A lo largo de esta revisión, pudimos observar lo confuso y contradictorio que resulta este tema, a pesar de esto debemos conocer y entender las displasias mamarias ya que constituyen una de las patologías mas frecuentes dentro de la consulta, y la mas frecuente durante la etapa de madurez sexual, por esto es importante conocerla en profundidad para poder tranquilizar a la paciente de su naturaleza benigna, alejarle su temor del cáncer, y realizar un correcto tratamiento y seguimiento.

Debe advertirse a la paciente que es necesario examinarse las mamas cada mes, inmediatamente después de la menstruación e informar a su medico si aparece una masa. Es importante que la mujer comprenda la importancia del autoexamen y lo aplique, ya que ayuda a detectar en forma precoz toda una serie de alteraciones en las mamas que no tienen que ver con el cáncer de mama.

BIBLIOGRAFIA

1. Nápoles Méndez D, García Goderich AG, Varela Benítez M. Programa de cáncer de mama Resultados de la consulta de mastología en un año de trabajo. Revista Cubana Obstet Ginecol 1995; 21: 1.
2. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans. Quinta edición. Buenos Aires: El Ateneo, 2000: 286-289.
3. Gori JR, Lorusso A y col. Ginecología. Segunda edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1998: 676-681.
4. Casadevall Galán IM, Castillo Naranjo IM, Guerra Fernández RI, Rojas Gisbert MI. Aplicación de la medicina tradicional a un grupo de mujeres con displasia mamaria. Revista Cubana Obstet Ginecol 2002; 28: 3.
5. Pérez Sánchez A. ginecología. Segunda edición. Santiago de Chile: mediterráneo, 1995: 355-356.
6. Tierney Jr, Mc Phee, Papadaquis. Diagnóstico clínico y tratamiento. Trigésimo quinta edición. Mexico: Manual Moderno, 2000; 677-678.
7. Comparato MR. Ginecología. Tercera edición. Buenos Aires: El ateneo, 1998: 242.
8. Beers MH, Berkow R. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Décima edición. Madrid: Edición del Centenario, 1999; 1979-1980.
9. González Agudito MA, Lopera Lotero WD, Arango Villa AI. Fundamentos de medicina Manual de terapéutica. Octava edición. Colombia: corporación para investigaciones biológicas, 1998: 355, 357.