

TITULO CLASE: Patología mamaria benigna

Autor: Sandra García Castellanos

Fecha: 22/02/24

RECUERDO ANATÓMICO

Antes de dar comienzo al tema en cuestión, me gustaría realizar un breve recuerdo sobre la anatomía de la mama.

La mama es una glándula que se extiende entre la 2ª y 6ª costillas en el eje vertical, y entre el borde esternal y la línea axilar media en el eje horizontal. También hay algo de tejido mamario que se proyecta hacia la axila (cola de Spencer). Está compuesta por tejido conectivo, tejido glandular y piel.

De tejido conectivo destaco los ligamentos de Cooper, encargados de dar sostén a la mama.

En cuanto al tejido glandular, su unidad funcional se denomina ducto-lobulillar. Compuesta por lóbulos, cada uno de ellos se subdivide a su vez en lobulillos y estos en acinos. Cada lóbulo se resuelve en un conductillo de excreción.

Los lobulillos se desarrollan en torno a los 15 y los 25 años de edad y empiezan a involucionar a partir de los 35 años de edad siendo reemplazados por tejido fibroso interlobulillar más denso. En la menopausia, la involución es extensa, y solo se aprecian escasos conductos remanentes y muy pocos estructuras lobulillares.

En la pared anterior del tórax, la mama establece relación con los músculos pectorales principalmente pero también con los músculos subclavios, el serrato anterior y el recto del abdomen.

La vascularización arterial de la mama procede de la arteria subclavia (a través rama torácica interna y costal lateral si existe), axilar (a través de la arteria

torácica superior, toracoacromial y torácica lateral, intercostal posterior y lateral) e intercostal (a través de sus ramas mamarias laterales).

El drenaje venoso se inicia en un plexo alrededor del pezón (circuito venoso de Haller) que acabará en la vena cava superior, a través de la vena ácigos y de las venas axilar y subclavia.

La inervación de los músculos estriados procede de ramas colaterales del plexo braquial y la inervación sensitiva está recogida por ramas anteriores y laterales de los nervios intercostales y por ramas del plexo cervical.

En las intervenciones de la mama es de vital importancia el conocimiento de la anatomía de la axila (en especial, patología maligna). Los límites de la axila son (anexo): vértice (ligamento costoclavicular), base (piel y fascia), anterior (músculos pectoral mayor, menor y subclavio, englobados en la fascia clavipectoral), posterior (músculos subescapular, redondo menor y dorsal ancho), lateral (surco bicipital del húmero) y medial (costillas y músculos intercostales cubiertos por el músculo serrato anterior).

El contenido de la axila es el siguiente:

- Nervios motores:
 - Nervio torácico largo (Nervio de Bell): paralelo a la pared torácica, inerva el músculo serrato anterior. Si se lesiona produce la escápula “alada”.
 - Nervio toracodorsal, en el espacio profundo, inerva el músculo dorsal ancho. Su lesión produce debilidad leve de rotación interna y aducción del hombro.
 - Nervios pectorales medial y lateral inervan los m. Pectorales menor y mayor. Su lesión produce acortamiento de los pectorales con limitación de la movilidad del hombro y compromiso del resultado estético.
- Nervios sensitivos intercostobraquiales: pueden alterar la sensibilidad disminuyéndola o produciendo hiperestesia.
- Ganglios linfáticos (drenan aproximadamente el 75% de la mama). Se dividen en tres niveles (niveles de Berg):
 - Nivel I: inferior y lateral al m. Pectoral menor.

- Nivel II: Posterior al pectoral menor, bajo la vena axilar.
- Nivel III: infraclavicular. Medial al pectoral menor y contra la pared torácica.
- Vasos sanguíneos: la arteria y la vena axilares están englobadas en la vaina axilar, con el plexo braquial. Paquete subescapular del que nacerá la arteria toracodorsal que se encuentra con el nervio toracodorsal y deben conservarse.

INTRODUCCIÓN:

Más del 80 % de las pacientes que consultan al médico por un problema mamario corresponderá a un proceso benigno. Por ellos es importante su conocimiento profundo para instaurar un tratamiento adecuado y evitar seguimientos innecesarios.

Los cambios que se producen con cada ciclo menstrual demuestran un pico de actividad mitótica al final del ciclo seguido de apoptosis. Estos cambios proporcionan una oportunidad permanente para que ocurran las alteraciones. Con el tiempo, esas alteraciones pueden causar diferencias marcadas en la estructura y el aspecto de diversas áreas de la mama sobre una base completamente aleatoria.

Por tanto, la mayoría de los trastornos benignos de la mama pueden considerarse como alteraciones menores de la normalidad y no requieren un tratamiento específico.

Aunque en esta clase me centraré principalmente en las lesiones no proliferativas, proliferativas sin atipia y proliferativas con atipia ; podemos dividir los trastornos benignos de la mama en los siguientes grupos:

- **Anomalías del desarrollo:**

Tienen una frecuencia del 25%. Podemos tener alteraciones del número y tamaño (mamas y pezones supernumerarios, agenesia, hipertrofia, hipotrofia, atrofia, macrotelia, microtelia, etc.) y alteraciones de la forma, situación, peso y densidad. Todas estas alteraciones aunque generalmente no revisten ningún tipo de gravedad, pueden producir

serios trastornos emocionales y su tratamiento será quirúrgico a través de la cirugía plástica.

- **Trastornos funcionales:** síndrome de tensión mamaria premenstrual, mastalgia, galactorrea.

Cierto grado de dolor y de nodularidad se asocia a menudo con el aumento de tamaño premenstrual y la involución postmenstrual de la mama considerados como normales. Se cree que se debe a un desequilibrio hormonal entre estrógenos y progesterona. La nodularidad dolorosa que persiste durante más de una semana del ciclo menstrual se considerada un trastorno.

Ante una galactorrea pensaremos en la existencia de una disfunción hormonal, en un proceso de causa iatrogénica o en un adenoma hipofisario.

- **Procesos inflamatorios:** galactoforitis (inflamación de los conductos galactóforos proximales), mastitis, abscesos.
- **Lesiones no proliferativas, lesiones proliferativas sin atipia y lesiones proliferativas con atipia.**
- **Otros:** hipertrofia juvenil, inversión del pezón , fistula ductal mamaria, mastitis granulomatosa, enfermedad de Mondor, etc.

LESIONES NO PROLIFERATIVAS DE LA MAMA:

Representan alrededor del 70% de las lesiones benignas y no plantean un riesgo mayor de cáncer.

Cabe señalar que términos como cambios fibroquísticos, enfermedad fibroquística, mastitis quística crónica y displasia mamaria se refieren a lesiones no proliferativas y no son útiles clínicamente, ya que abarcan un grupo heterogéneo de diagnósticos y por tanto, es preferible evitar estos términos.

Entre las lesiones no proliferativas se encuentran:

- **Quistes y metaplasia apocrina**

Los quistes se definen como espacios epitelizados que contienen líquido. Incidencia aumentada entre los 35-45 años, aunque pueden aparecer

en cualquier momento de la vida. Se originan a partir de la unidad ductolobulillar terminal o de un conducto ectásico obstruido. Se presentan como nódulos bien delimitados, lisos y móviles. A veces cuando tienen un crecimiento rápido pueden ser dolorosos y presentar síntomas inflamatorios. Casi siempre son multifocales y bilaterales. No se sabe bien el mecanismo exacto. Si la involución del epitelio lobulillar ocurre con demasiada rapidez, los acinos epiteliales persisten y pueden constituir microquistes, que son los precursores de la formación de macroquistes.

- **Galactocele** (quistes de retención de leche):

Son acumulaciones quísticas de líquido, generalmente causadas por un conducto galactóforo obstruido. Se presentan como masas quísticas blandas al examen físico. Salvo que estén infectadas, son indoloras. La escisión o la aspiración no son precisas salvo que la masa sea molesta para la paciente. En la mamografía, pueden aparecer como masas indeterminadas, a menos que se observen los niveles de líquido grasoso. La ecografía puede mostrar una masa compleja. El diagnóstico se puede realizar basándose en la historia clínica junto a su aspiración, que arroja una sustancia lechosa

- **Ectasia ductal**

Es una dilatación excesiva de los conductos galactóforos que contiene en su interior epitelio ductal descamado y secreciones proteínicas. La ectasia ductal es tan común en la mama postmenopáusica que se considera una característica del envejecimiento natural.

Su importancia radica en su semejanza con el carcinoma ductal invasivo, pero no hay ninguna relación comprobada con el riesgo de cáncer. No existen asociaciones con la paridad ni con la lactancia.

La patogenia de la ectasia ductal no está clara.

Teoría 1: ectasia como fenómeno primario, que con posterioridad conduce al estancamiento de secreciones, ulceración epitelial y fuga de secreciones ductales en el tejido periductal o,

Teoría 2: la mastitis periductal es el hecho primario que conduce al debilitamiento de la capa muscular de los conductos y a la dilatación secundaria.

Puede presentar secreción a través del pezón gris-verdoso. El diagnóstico se realiza con citología, galactografía y/o ductografía y ecografía.

- **Necrosis grasa**

Es infrecuente pero puede simular un carcinoma escirro bien desarrollado o incluso un carcinoma inflamatorio. La mayor parte de los casos observados en las fases más agudas, se asocian con un episodio traumático o acto quirúrgico reciente identificable. No existe ninguna asociación conocida con el carcinoma ni con el riesgo de desarrollarlo.

- **Hiperplasia epitelial ductal leve**

Su característica fundamental es un aumento en el número de células epiteliales dentro de un conducto que tiene más de dos, pero no más de cuatro, células de profundidad respecto del que normalmente se observa en la membrana basal. A menudo su diagnóstico se realiza por exclusión. Representa cualquier hiperplasia epitelial que carece de características lobulillares, apocrinas o atípicas. Cuando la hiperplasia es florida si lleva un mayor riesgo de cáncer de mama.

El aumento del número de glándulas sin un aumento concomitante en relación con la membrana basal no constituye una hiperplasia sino más bien una adenosis.

- **Calcificaciones**

Frecuentes en los tejidos ductales, lobulillares y del estroma. Pueden ser macro o microscópicas. Las microcalcificaciones difusas son más comunes en la adenosis esclerosante.

TRASTORNOS PROLIFERATIVOS DE LA MAMA SIN ATIPIA:

Estas lesiones pueden asociarse con un pequeño aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama, aproximadamente de 1,5 a 2 veces mayor que el de la población general .Comprenden:

- **Fibroadenoma**

Aunque originalmente clasificados como lesiones no proliferativas, los fibroadenomas ahora se consideran lesiones mamarias proliferativas. El fibroadenoma es un tumor benigno compuesto por elementos fibrosos y epiteliales. Suelen ser indoloros, esféricos, márgenes lisos y móviles en el interior de la mama. La superficie es blanca o amarillenta y esta pseudoencapsulado .Están presentes en un 10 % de las mujeres. Su incidencia es mayor en mujeres negras que en blancas y además en las primeras se desarrollan en una fase más temprana de la vida .La incidencia máxima se produce entre la segunda y tercera década de la vida aunque no son infrecuentes en mujeres de edad avanzada. En este grupo puede calcificarse.

Muestran dependencia hormonal similar a la de los lobulillos normales. Pueden aumentar de tamaño durante el embarazo o con la terapia con estrógenos. En particular, producen leche durante el embarazo e involucionan en la perimenopausia. Durante el embarazo puede haber dolor e hipersensibilidad a la palpación y una reacción inflamatoria puede acompañarse de adenopatías, lo que conduce a la impresión clínica de un carcinoma.

Presentan un tiempo de duplicación de alrededor de un año y por lo general el crecimiento cesa una vez alcanzan los 3 cm de diámetro. Los fibroadenomas múltiples (>5) son raros y se consideran enfermedad. Si alcanzan un tamaño mayor de 5 cm se denomina fibroadenoma gigante.

Para la mayoría de las mujeres con fibroadenomas simples, no existe un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama .El riesgo de cáncer de mama posterior es ligeramente elevado sólo si existe una enfermedad proliferativa asociada o si hay antecedentes familiares importantes de cáncer de mama.

El carcinoma que se origina en un fibroadenoma es sumamente infrecuente. En este contexto, el tipo más frecuente es el carcinoma lobulillar in situ.

Un trastorno que puede asemejarse a un fibroadenoma es la fibromatosis. Se trata de un proceso benigno desde el punto de vista histológico y hasta la cuarta parte de los casos pueden recidivar después de la extirpación simple.

***Tumor Filoides o Phyllodes:** tumores de gran tamaño de contenido fibroadenomatoso, con oquedades que dividen el tumor en masas foliáceas con excrecencias irregulares.

Puede fijarse a la fascia del pectoral y ulcerar la piel.

Histológicamente, los tumores filoides se clasifican como benignos, dudosos o malignos según la evaluación de cuatro características (grado de atipia celular estromal, actividad mitótica, márgenes tumorales infiltrativos o circunscritos y presencia o ausencia de crecimiento excesivo del estroma). Los tumores benignos se caracterizan por un aumento de la celularidad estromal con atipia celular de leve a moderada, márgenes tumorales circunscritos y una tasa mitótica baja (menos de 4 mitosis por 10 campos de alto aumento) y falta de crecimiento excesivo del estroma.

Las definiciones histológicas que separan el fibroadenoma de los tumores filoides son poco precisas. Los tumores filoides tienen un componente estromal más celular que los fibroadenomas.

El término tumor filoides se usa a menudo para los fibroadenomas más grandes sin ningún indicio de hiper celularidad. Existe la posibilidad de que los fibroadenomas evolucionen a tumores filoides, pero esto no ha sido bien documentado.

- **Adenomas**

Son tumores benignos bien circunscritos compuestos por elementos epiteliales benignos con escaso estroma. Esto último es lo que lo diferencia del fibroadenoma, en el cual el estroma es abundante. Pueden ser adenomas tubulares o adenomas de la lactancia. Los

tubulares se presentan en mujeres jóvenes como lesiones libres móviles y bien definidas que se asemejan clínicamente a los fibroadenomas. Los adenomas de la lactancia aparecen durante el embarazo o en el postparto.

Son poco frecuentes y su aspecto macroscópico muestra una nodularidad fina.

- **Hamartomas**

Son tumores benignos de unos 2 a 4 cm de diámetro, firmes y bien circunscritos. Tienen áreas de reemplazo adiposo, observación rara en los fibroadenomas. Los hamartomas y los fibroadenomas comparten la característica de ser circunscritos macroscópicamente y de presentar lobulillos.

La edad promedio de los hamartomas en el momento de la presentación es casi dos décadas posterior a la edad de reconocimiento de los fibroadenomas en general.

- **Adenolipomas**

Son nódulos bien circunscritos de elementos adiposos con lobulillos y conductos normales intercalados.

- **Adenosis esclerosante:**

Es una proliferación de elementos glandulares y del estroma que determina el agrandamiento y la distorsión de las unidades lobulillares. Aumenta el número de estructuras acinosas y fibrosis del estroma lobulillar. En su forma más habitual se presenta como una lesión microscópica que probablemente pase inadvertida. Solo se diagnostica cuando una alteración claramente centrolobulillar produce aumento de tamaño y distorsión de las unidades lobulillares. La presencia de una masa palpable puede deberse a agregaciones de focos microscópicos de adenosis esclerosante, denominado como “adenosis tumoral” pudiéndose producir un tumor palpable. Con frecuencia la adenosis esclerosante también contiene focos de microcalcificaciones que, cuando están presentes en esta forma agregada, pueden ser

detectados por la mamografía. Su importancia radica en que desde los puntos de vista macroscópico e histológico imita al carcinoma invasor en el examen físico, mamográfico y anatomopatológico. Está limitada en su mayor parte a los años reproductivos y perimenopáusicos. No tiene implicación premaligna ninguna. Actualmente, no se recomienda ningún tratamiento, quimioprevención o detección mejorada para la adenosis esclerosante en ausencia de atipia.

Existe una asociación entre la adenosis esclerosante y la hiperplasia lobulillar atípica.

- **Cicatrices radiales y lesiones esclerosantes complejas**

Se caracterizan por esclerosis central y grados variables de proliferación epitelial, metaplasia apocrina y formación de papilomas. Se reserva cicatriz radial para las lesiones más pequeñas (hasta 1 cm de diámetro) y lesión esclerosante compleja para las masas más grandes.

Tienen algunas similitudes con la adenosis esclerosante: pueden imitar al carcinoma tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista histológico; con la mamografía la imitación del carcinoma por las lesiones esclerosantes complejas más grandes es completa. Tienen aspecto espiculado y por eso reciben el nombre de cicatriz radial. Las lesiones no son centrolobulillares pero evidentemente incorporan varias unidades lobulillares muy deformadas en su composición por lo que es probable que se originen en un tronco principal del sistema ductal.

- **Hiperplasia epitelial ductal florida**

Consiste en una proliferación de células que ocupan al menos el 70% de la luz de los conductos y a menudo distienden los espacios comprometidos. Se observa en más del 20% de las biopsias y, por lo tanto, constituye la lesión proliferativa más común de la mama.

- **Papilomas intraductales**

Son tumores de los conductos galactóforos mayores y se observan con mayor frecuencia en mujeres premenopausicas. Consisten en una serie monótona de células papilares que crecen desde la pared de un quiste o

conducto hasta su luz .Se presenta más a menudo en la región subareolar. Se lo considera como un trastorno de la actividad epitelial cíclica. El síntoma de presentación habitual es la secreción serosa o sanguinolenta. Pueden llegar a medir 4 cm. Macroscópicamente las lesiones son friables y de color pardo rojizo .Es raro que estas lesiones sufran una transformación maligna, y su presencia no parece aumentar el riesgo global de que se desarrolle un cáncer de mama. Aunque no son preocupantes en sí mismos, pueden albergar áreas de atipia o carcinoma ductal in situ (CDIS). En la periferia las lesiones papilares suelen ser múltiples y continuas. Los papilomas intraductales múltiples tienden a aparecer en pacientes más jóvenes y se asocian con menos frecuencia con secreción por el pezón. Suelen ser lesiones periféricas, casi siempre bilaterales y, parece que presentan un potencial maligno mínimo. En especial cuando son extensas, estas lesiones pueden asociarse con hiperplasia atípica y carcinoma in situ de patrón ductal en el interior de los papilomas periféricos y al lado de ellos por lo que se justifica la escisión quirúrgica.

- **Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa**

Es una proliferación estromal benigna que histológicamente simula una lesión vascular. Puede presentarse como una masa o engrosamiento en el examen físico. La apariencia más común en mamografía y ecografía es una masa sólida, bien definida y no calcificada. Puede confundirse con angiosarcoma mamario.

Si hay características sospechosas en las imágenes, crecimiento del intervalo o síntomas asociados, el diagnóstico de hiperplasia estroma pseudoangiomatosa en una biopsia central no debe aceptarse como diagnóstico final y se debe realizar una biopsia por escisión. Sin embargo, en ausencia de características de imagen sospechosas, la escisión quirúrgica no siempre es necesaria.

LESIONES PROLIFERATIVAS ATÍPICAS:

Estas lesiones se consideran marcadores de riesgo, más que lesiones premalignas, porque los cánceres que se desarrollan posteriormente no necesariamente están en el área de la atipia y pueden ocurrir en la mama contralateral.

Es apropiada una vigilancia continua con mamografía anual y exámenes de mama semestrales.

La vigilancia debe durar toda la vida de la paciente, o hasta el momento en que la paciente no quiera someterse a un tratamiento para el cáncer de mama si se detecta alguno, porque el mayor riesgo de cáncer de mama persiste indefinidamente.

Los datos sobre el efecto de los antecedentes familiares de cáncer de mama en mujeres con hiperplasia atípica son contradictorios. Estudios anteriores demostraron que los antecedentes familiares de cáncer de mama aumentaban sustancialmente el riesgo de cáncer de mama en mujeres con HA. Sin embargo, varios estudios retrospectivos han encontrado ahora que los antecedentes familiares eran un factor de riesgo de cáncer de mama independientemente del tipo de enfermedad mamaria benigna encontrada en una biopsia de mama (hiperplasia no proliferativa, proliferativa o atípica) y que la presencia de atipia no aumentaba aún más el riesgo de cáncer de mama.

- **Hiperplasia lobulillar atípica:**

Cumple algunos de los criterios del carcinoma lobulillar in situ. La uniformidad y el aspecto redondeado de la población celular son patognomónicos. La unidad lobulillar está ocupada por menos de la mitad de estas células y no se observa una distorsión significativa de aquella. El carcinoma lobulillar in situ se reconoce cuando existe un ejemplo bien desarrollado de llenado, distensión y distorsión de más del 50% de los acinos de una unidad lobulillar por una población uniforme de células características.

El riesgo de un carcinoma invasivo ulterior en mujeres con hiperplasia lobulillar atípica es 4 veces mayor que el de las mujeres que no tienen

este diagnóstico. La incidencia de hiperplasia lobulillar atípica presente en las biopsias benignas es algo superior al 1%; casi todos los casos se producen en el periodo perimenopáusico.

- **Hiperplasia ductal atípica**

Proliferación de células epiteliales uniformes con núcleos redondos monomórficos que llenan parte, pero no todo, del conducto involucrado o llenan completamente los conductos pero que miden <2 mm o involucran <2 conductos. Comparte características citológicas y arquitectónicas del carcinoma ductal in situ de bajo grado (CDIS), pero tiene una extensión limitada. La historia natural de la enfermedad sugiere un riesgo intermedio (alrededor de 4 veces) de desarrollar un cáncer invasor. Cerca del 10% de las mujeres con hiperplasia ductal atípica desarrollará un carcinoma invasor en un periodo de 10 a 15 años después de la biopsia.

- **Carcinoma lobulillar in situ (CLIS)**

Es una lesión no invasiva que surge de los lóbulos y los conductos terminales de la mama. Las características histológicas difieren entre las formas clásica y no clásica de CLIS. Con frecuencia es multifocal/multicéntrico y bilateral.

Clásica:

Las células del CLIS suelen ser positivas para RE, rara vez muestran una sobreexpresión del HER2 y tienen una tasa de proliferación muy baja.

No clásico:

- **Pleomórfico:**

El reconocimiento del fenotipo lobulillar pleomórfico es fundamental porque las características nucleares, la necrosis y las calcificaciones pueden dificultar la diferenciación del CDIS. Además, el CLIS pleomórfico puede asociarse con un carcinoma lobulillar pleomórfico infiltrante, en el que las células tumorales infiltrantes tienen la misma apariencia morfológica que el componente in situ.

- **Florido:**

El CLIS florido se caracteriza por una marcada distensión de los conductos y lóbulos afectados, generalmente por las células del CLIS clásico, de modo que la lesión se convierte en una masa.

El riesgo relativo de desarrollar un cáncer invasivo en mujeres con CLIS es aproximadamente de 7 a 11 veces mayor que para las mujeres sin CLIS.

- **Atipia epitelial plana**

Es una proliferación atípica, pero esta lesión no parece transmitir una elevación del riesgo más allá del de cualquier lesión proliferativa asociada presente.

OTROS

- **Hipertrofia juvenil**

Se relaciona con la hiperplasia del estroma en el momento del desarrollo mamario. Se desconoce la causa, pero existe una base hormonal. Una mama excesivamente grande es un trastorno, mientras que la gigantomastia está en el extremo de enfermedad del espectro.

- **Inversión del pezón**

Es un trastorno del desarrollo de los conductos terminales, que impiden la protrusión de los conductos y de la areola.

- **Fistula ductal mamaria**

La inversión del pezón predispone a la obstrucción del conducto terminal, lo cual conduce al absceso subareolar recurrente y a la fistula del conducto mamario, la forma habitual de mastitis periductal observada en las mujeres más jóvenes. Los factores externos son el hábito de fumar y el contacto bucal con el pezón.

- **Mastitis granulomatosa**

La mastitis granulomatosa puede ser el signo de presentación de un trastorno sistémico como la granulomatosis de Wegener. La sarcoidosis es otra consideración diagnóstica cuando se encuentran granulomas en la mama.

La mastitis granulomatosa idiopática es una masa inflamatoria en la mama. Puede ser difícil de distinguir de la ectasia ductal o de la mastitis granulomatosa infecciosa (tuberculosis en mama, poco frecuente). Los síntomas y los hallazgos de imagen pueden confundirse con mastitis no puerperal, un absceso mamario o, con mayor frecuencia, carcinoma. La biopsia es necesaria para hacer un diagnóstico.

- **Enfermedad de Mondor idiopática**

Condición benigna y rara caracterizada por la tromboflebitis superficial de las venas de la pared del tórax. Su etiología es desconocida, pero se puede relacionarla en algunos casos con traumatismo local, esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos, cáncer, y otros. Habitualmente es autolimitada resolviéndose entre 6 semanas y 6 meses, sin que requiera un tratamiento específico.

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES BENIGNAS DE LA MAMA:

Las características histológicas de la muestra de la biopsia, el conocimiento de la historia familiar combinados con los hallazgos mamográficos y del examen físico, determinan la estrategia del manejo y el seguimiento.

Así bien, es importante tener en cuenta la preocupación de la paciente y la interferencia con su calidad de vida.

- **Quistes mamarios**

El volumen de un quiste típico es de 5 a 10 ml, pero puede ser de 75 ml o más. Se realiza PAAF, evacuación y estudio citológico solo en los casos de crecimiento rápido, signos de infección o inflamación o cuando son complejos y hay crecimiento en su interior.

Cuando hay crecimiento en su interior, el tratamiento es la exéresis.

Si la masa es sólida, se obtiene una muestra para estudios citológicos.

Si se aspira el líquido y no es sanguinolento, este se desecha ya que su estudio no es útil o efectivo en relación con el costo. Si se trata de un quiste simple la masa debe desaparecer por completo después de la aspiración. Si esto no sucede, se la tratará como a cualquier otra masa persistente con mamografía, repetición de la biopsia. Si el líquido es sanguinolento, la masa se evalúa ecográficamente y se toma una muestra para biopsia de cualquier área sólida del quiste.

- **Fibroadenoma y tumores relacionados**

Cuando se visualizan por primera vez se realiza un seguimiento a corto plazo (tres a seis meses) con una ecografía repetida y un examen de mama.

Se aconseja control periódico y ocasionalmente en caso de crecimiento, dolor o alteraciones en biopsia procederemos a la exéresis.

Los fibroadenomas característicos de 2 a 3 cm de diámetro pueden ser vigilados clínicamente después de una caracterización precisa de la lesión; este criterio es válido sobre todo para pacientes menores de 25 años y aceptables en las de 25 a 30 años pero tal vez no lo sea a partir de entonces. En el caso de los fibroadenomas gigantes (>5cm) se recomienda la escisión ya que el principal desafío para el patólogo es diferenciarlos de los tumores filoides .

La transformación de un fibroadenoma en un filoides es muy rara, pero es deseable identificar a este tumor si se adopta un enfoque conservador.

Si un fibroadenoma simple comprobado por biopsia es asintomático, entonces se puede dejar en su lugar, aunque en la práctica los fibroadenomas con frecuencia se extirpan para aliviar el temor de la paciente.

La crioblación es una alternativa a la escisión quirúrgica de fibroadenomas simples, pero sólo debe considerarse después de que se haya realizado un diagnóstico de fibroadenoma mediante biopsia.

- **Tumor filoides**

Son de crecimiento continuo por lo que es necesario extirparlos. Tienen mayor riesgo de recidiva local que el resto de tumores benignos.

- **Adenosis esclerosante, cicatriz radial y lesiones esclerosantes complejas**

Se acepta ampliamente que es imposible diferenciar con certeza estas lesiones del cáncer por las características mamográficas. Por lo que el proceso diagnóstico para todas es la biopsia.

Actualmente, no se recomienda ningún tratamiento para la adenosis esclerosante en ausencia de atipia.

En cuanto a las cicatrices radiales y lesiones esclerosantes complejas, las recomendaciones actuales establecen que la mayoría de las cicatrices radiales "deben extirparse, aunque el seguimiento por imágenes es razonable para las cicatrices radiales pequeñas, detectadas mediante imágenes, que se eliminan por completo o se toman buenas muestras con dispositivos de gran calibre (p.ej., biopsia asistida por vacío) y en el establecimiento de la concordancia entre imágenes y patología". No se necesita ningún tratamiento adicional más allá de la escisión para las cicatrices radiales.

- **Complejo ectasia ductal/ Mastitis periductal**

La ectasia ductal no necesita tratamiento salvo cuando la secreción es muy abundante y espontánea. Consistiría en la sección y exéresis de los conductos dilatados.

En cuanto a la mastitis, al comienzo se observan masas algo dolorosas y sensibles detrás de la areola que suele resolverse espontáneamente. Cuando una masa persiste durante varias semanas, se puede tratar mediante una biopsia quirúrgica simple y el líquido aspirado se remite para el examen citológico y su cultivo. Si no hay presencia de pus, se indica antibioterapia mientras se esperan los resultados. Cuando la cantidad de pus es mayor o el absceso es recidivante, se procede al drenaje quirúrgico al tiempo que se continúa con la cobertura antibiótica. A diferencia del absceso puerperal, el absceso suele ser unilocular y a menudo asociado con un sistema ductal

individual. Por consiguiente, es deseable confinar el proceso a un solo segmento y realizar un drenaje conservador. Si se forma una cantidad grande de pus, es improbable que una nueva aspiración resuelva el problema por lo que en estos casos la resección del conducto es la opción recomendada. Casi todas las pacientes con bacterias anaerobias desarrollaran infección recurrente, una fistula o ambas. Por lo tanto, en la mayoría de los casos es aconsejable optar por un método definitivo (fistulectomía o resección del conducto) después de 6 a 8 semanas. Se recomienda fistulectomía o resección del conducto, preferible la primera y si fracasa la segunda en el absceso recidivante con fístula. Una excepción es cuando hay marcada inversión del pezón y la paciente desea corregir esta alteración. Esto inclina la opción hacia la resección total del conducto, en particular si la paciente amamantara en un futuro.

La opción conservadora es preferible en pacientes jóvenes, mientras que la quirúrgica se recomienda para las mujeres mayores que ya han superado la edad reproductiva.

- **Corrección de la inversión del pezón**

Las pacientes solicitan con mayor frecuencia la corrección de la inversión del pezón cuando esta es congénita que cuando se debe a la ectasia ductal que ocurre más tardíamente en la vida. Las pacientes que buscan la corrección por motivos estéticos deben ser conscientes de la posibilidad de necrosis del pezón, la interferencia con la sensibilidad, la incapacidad de amamantar y la posibilidad de que la fibrosis postoperatoria lleve a la inversión recidivante tardía. La acumulación de detritus en un pezón invertido puede ser maloliente y constituye otra indicación para la corrección.

- **Papiloma intraductal**

Se recomienda la escisión en casos de atipia, una masa palpable, secreción sanguinolenta del pezón y/o discordancia entre patología e imagen. En caso de pequeños papilomas solitarios benignos incidentales sin atipia y con concordancia en la imagen se pueden ofrecer hacer un seguimiento estrecho con la clínica e imagen.

- **Hiperplasia ductal atípica (HDA)**

Si se diagnostica en una biopsia por escisión, no está indicada ninguna cirugía adicional. Por lo general, no está indicada la nueva escisión cuando hay HDA presente en el margen. La única excepción puede ser si la HDA solo está presente en el margen, está al borde de alcanzar los criterios para el diagnóstico de CDIS en el margen, o existe la preocupación de que el objetivo de la imagen no se haya extirpado por completo.

- **Hiperplasia lobulillar atípica (HLA)**

Si se diagnostica HLA en una biopsia por escisión, no está indicada ninguna cirugía adicional. No está indicada la nueva escisión cuando hay HLA presente en el margen.

- **Carcinoma lobulillar in situ**

El CLIS clásico incidental con concordancia radiológica-patológica y sin otras lesiones de alto riesgo que requieran escisión se puede observar con un seguimiento clínico y por imágenes basado en la evaluación de riesgos y el aporte multidisciplinario. Si se diagnostica en una biopsia de mama por escisión, no se requiere más cirugía. La nueva escisión no está indicada cuando hay CLIS clásico en el margen.

Si se identifica CLIS pleomórfico o florido en una biopsia por escisión, se requiere una evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de estas variantes no clásicas de CLIS y se recomienda una nueva escisión hasta márgenes negativos. No hay datos sobre el ancho óptimo del margen negativo o el beneficio de la radioterapia para pacientes con CLIS pleomórfico o florido.

La presencia de CLIS en asociación con un cáncer invasivo no es una contraindicación para la terapia de conservación de la mama y no hay necesidad de obtener márgenes negativos alrededor del CLIS si los márgenes alrededor del componente invasivo son negativos. La única excepción a esta regla general es el CLIS pleomórfico y florido.

BIBLIOGRAFÍA

- Michael Sabel, MD, Laura C Collins, MD. Atypia and lobular carcinoma in situ: High-risk lesions of the breast. In: UpToDate; Anees B Chagpar, MD, MSc, MA, MPH, MBA, FACS, FRCS, Gary J Whitman (Ed); Waltham, MA. (Accessed on february 24, 2023.)
- Davidson, Page, Recht, Urist. La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas; 3ª edición; Buenos Aires; Médica Panamericana 2007.
- Philip M.P. Poortmans; Manual de práctica clínica en senología; 4ª edición; Fundación española de senología y patología mamaria; 2019
- Michael S Sabel, MD. "Overview of benign breast diseases". In: UpToDate, Anees B Chagpar, MD, MSc, MA, MPH, MBA, FACS, FRCS, Gary J Whitman (Ed); Waltham, MA. (Accessed on february 24, 2023.)
- Ana M Grau, FACS, A Bapsi Chakravarthy, FASTRO, Rashmi Chuch; "Phyllodes tumors of the breast". In: UpToDate, Lori J Pierce, Daniel H Hayes, Anees B Chagpar (Ed); Waltham, MA. (Accessed on february 24, 2023.)
- Christine Laronga, FACS, Sharon Tollin, PhD et al; "Breast cysts: clinical manifestations, diagnosis, and management". In: UpToDate, Anees B Chagpar, MD, MSc, MA, MPH, MBA, FACS, FRCS, Gary J Whitman (Ed); Waltham, MA. (Accessed on february 24, 2023.)

ANEXO: ANATOMIA DE LA AXILA

