

**HOSPITAL UNIVERSITARIO :
“CMDTE. MANUEL FAJARDO”**

DISPLASIA MAMARIA
Información Médica vs Tratamiento Médico

AUTORES:

Dr. Alexis Cantero Ronquillo	*
Dr. Orestes Mederos Curbelo	**
Dr. Carlos Romero Díaz	*
Dr. Juan C. Barreras Ortega	*
Dr. Erasmo Gómez Cabrera	*
Dra. Ana Peralta Hernandez	***

* Profesor Auxiliar de Cirugía. Especialista II Grado.

** Profesor Titular de Cirugía. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista II Grado.

*** Especialista I Grado en Oncología.

Palabras claves: tratamiento médico, información médica, displasia mamaria, condición fibroquística

INTRODUCCIÓN

Como DM se conoce a un grupo heterogéneo y polimorfo de entidades que constituyen las lesiones benignas mas frecuentes de la mama en la madurez sexual ^(1, 2), representando el 54% de las mastopatías y el 70% de las lesiones benignas

Desde Curmin en 1827 hasta la fecha, el polimorfismo y heterogeneidad de la Displasia Mamaria (DM) en cuanto a su aspecto histológico y sintomatológico, ha determinado que se le conozca con diversas denominaciones, siendo las más aceptadas: Displasia Mamaria Cíclica (DMC), Benign Breast Disease (BBD) y Fibrocystic Disease (FCD) aunque esta última para Robbins ⁽³⁾ debe denominarse Alteración Fibroquística por carecer de importancia clínica, dejando el término Enfermedad Proliferativa Benigna para aquellas con incremento del riesgo de carcinoma (hiperplasia epitelial atípica, la adenosis esclerosante y en menor cuantía los papilomas de conductos pequeños).

La DM no es un factor de riesgo para el cáncer de mama salvo las excepciones mencionadas, pero en ocasiones pudiera dificultar el diagnóstico de un carcinoma con exámenes y técnicas de imagen habituales ⁽⁴⁾. Está considerada como una de las entidades mas controvertidas de la patología mamaria e incluso algunos autores la han cuestionado en diversas publicaciones como Love que en 1982 ⁽⁵⁾ se preguntaba... “¿Es razonable definir como enfermedad a un proceso que ocurre clínicamente en el 50% e histológicamente en el 90% de las mujeres?” Diversos estudios justifican estas inquietudes como los de Frantz y Kramer ^(6, 7), entre otros. Sus cambios constituyen una imperfección, aberración, desorden, perturbación o anomalía adquirida, persistente o no, de la glándula mamaria de etiología presumiblemente dishormonal, que no debe confundirse con procesos inflamatorios, infecciosos ni tumorales. Sus alteraciones clínico histopatológicas son provocadas por un posible desequilibrio en la relación estrógeno-progesterona.

Uriburu, Mosto y Bernardillo en 1974, diferenciaron la displasia clásica o convencional de otras patologías como el fibroadenoma, la ectasia ductal, la fibrosis, etc. que a pesar de tener una naturaleza displásica, debían ser agrupadas bajo otra denominación y propusieron llamarlas displasias selectivas ya que no toman todo el parénquima sino una parte histológica o anatómica del mismo y no son cíclicas. Surge así la denominación de Displasia Mamaria Cíclica (DMC) para definir la displasia convencional y la Displasia Mamaria Selectiva (DMS) para el resto de las lesiones ya mencionadas. ⁽⁸⁾

Dentro de las Displasias Mamarias Selectivas o no cíclicas se agrupan el fibroadenoma, la ectasia ductal, fibrosis, hipertrofia virginal, juvenil o puberal, la displasia proliferativa juvenil focalizada, papilomatosis displásica, el adenoma del pezón y la hiperplasia lobulillar simple.

La forma cíclica presenta características generales que permiten reconocerla: son privativas de la mujer en edad reproductiva ya que no existen en la niñez ni en el hombre y son excepcionales y pasajeras en la menopausia, sufren variaciones objetivas y subjetivas en relación con el ciclo menstrual recorriendo en su evolución distintas etapas, son difusas porque pueden comprometer todo el parénquima mamario aunque con distinta intensidad y también pueden estar localizadas evolucionando por crisis que generalmente se desencadenan ante

situaciones de estrés, suelen responder a la medicación hormonal y mejoran o desaparecen durante el embarazo.

Hughes, Mansel y Webster en 1987 propusieron las siglas ANDI que corresponden a la denominación de “Aberrations of Normal Development and Involución” y la idea se basa en que la mayoría de estas afecciones pueden ser explicadas como aberraciones menores del proceso de desarrollo normal, pudiendo ser cíclicas e involutivas correspondiéndose con las DMC, DMS y las Hiperplasias Atípicas. ⁽⁹⁾

Actualmente se acepta el término Condición Benigna de la Mama para cualquier cambio no oncoproliferativo que puede encontrarse en 9 de cada 10 mujeres y los más comunes incluyen: Condición Fibroquística (CFQ) cuyos sinónimos son: cambios fibroquísticos, enfermedad fibroquística, displasia mamaria, etc.), tumores benignos e inflamaciones; de acuerdo al tipo de condición y la situación médica del paciente el tratamiento será o no necesario. A pesar de que presenta variedad de cambios en tejido glandular y estroma de la mama, la Condición Fibroquística no debe ser considerada una enfermedad. ^(10, 11, 12, 13)

FORMAS CLÍNICAS

Geschikter ⁽¹⁴⁾ describió tres formas clínicas o etapas en estos cambios: la mastodinia o fase deficitaria, la adenosis o hiperplástica y la enfermedad fibroquística o fase involutiva. Algunos prescinden de una u otra de estas etapas o las superponen; se encuentran a menudo casos, que no siguen la secuencia propuesta y algunas pacientes no pueden ser incluidas en ninguna etapa específica, pero de forma general existe correspondencia clínico-histopatológica en la mayoría de los casos que permiten incluirlas en esta clasificación.

La primera se caracteriza por el dolor cíclico, bilateral, sin nódulos ni secreción por el pezón, es mas frecuente entre los 18 y 25 años y su rango de incidencia fluctúa entre el 2 - 13,8%. En muchas de las jóvenes con el decursar de los años las crisis suelen desaparecer espontáneamente y otras no concurren al especialista por considerar normales tales molestias.

La adenosis es un proceso proliferativo con formas disarmónicas de lóbulos y lobulillos que puede o no formar tumor palpable y a veces, es difícil diferenciar

de un carcinoma en su forma esclerosante, los micro quistes son muy frecuentes y el dolor es moderado aunque puede ser intenso. Está presente en aproximadamente un 44 - 55,5% de las mujeres con DM, sobre todo en aquellas con edades entre 25 y 40 años.

En el estadio de enfermedad fibroquística, predominan los macro quistes y generalmente no existe dolor, a veces aparecen bruscamente y pueden ser sensibles al tacto, es mas frecuente entre los 40-50 años de edad y representa aproximadamente el 42% de las DM. En nuestro medio es sumamente frecuente a partir de los 40 años y en muchos casos sin historia anterior de mastopatías.

ETIOLOGÍA

Actualmente existe consenso en reconocer su etiología multifactorial considerando factores endocrinos, psiconeuroendocrinos y no endocrinos de base bioquímica, estos últimos por observación de cantidades excesivas de Adenosin Monofosfato Cíclico (AMNc) encontrados en tejido mamario y perjudiciales para el lobulillo ⁽²⁾; pero básicamente existirá una perturbación endocrina, debido a que los cambios son cíclicos y se producen durante la vida reproductiva de la mujer ⁽¹⁵⁾, lo que es apoyado también por la mejoría del cuadro al arribar a la menopausia, durante el embarazo en la mayoría o al instaurar tratamientos con antiestrógenos. Entre las hormonas que tienen estas funciones se agrupan los esteroides sexuales, la prolactina, el cortisol, las hormonas tiroideas, hormona del crecimiento y la oxitocina, pero en la fisiopatología endocrina deben existir dos condiciones fundamentales para que se desarrolle la alteración: el fenómeno desencadenante o causante (desequilibrio hormonal) y la condición o predisposición del órgano efector (la mama).

Un correcto equilibrio estrógeno/progesterona y un órgano efector biológica o genéticamente no predispuesta condiciona una mama euplástica o eutrófica. ⁽⁹⁾ La alteración de este equilibrio, ejerciendo su acción sobre un tejido genéticamente predispuesto, es la teoría planteada por la mayoría de los autores para explicar el origen de estos cambios. ⁽²⁾ Se cree que corresponde a los estrógenos un lugar preponderante, de tal manera que un exceso absoluto o relativo con respecto a la progesterona puede dar lugar al proceso. ^(16, 17)

Existen también evidencias de que la secreción de Prolactina se encuentra alterada en pacientes con CFQ. Su secreción está controlada a nivel hipotalámico por impulsos dopaminérgicos y sus niveles se han encontrado elevados en plasma en más de 1/3 de las mujeres con tales cambios. Su exceso tiene acción perjudicial para el lobulillo, produce déficit de progesterona y estimula los receptores estrogénicos de la mama. ⁽²⁾

Se han propuesto también teorías no endocrinas apoyadas en una base bioquímica basada en la observación de cantidades excesivas de AMPc en el tejido mamario debido al consumo exagerado de metilxantinas como té, café, chocolate, colas, bebidas alcohólicas, así como nicotina y alimentos con fuentes de tiramina (quesos fermentados, vino, hongos, bananas, carnes procesadas), etc. que serían su causa directa mas probable. ⁽¹⁾

La teoría psiconeuroendocrina se basa en otros factores como el estrés físico y emocional que al igual que las metilxantinas aumentan la liberación de catecolaminas, las cuales al unirse con los receptores b-adrenérgicos activan la adenil-ciclase y aumentan el AMPc así como los eventos celulares mediados por el mismo.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

En el cortejo sintomático de la CFQ el dolor y la nodularidad son casi constantes, no siendo infrecuente el derrame por el pezón. Esta es la triada que suele identificar tales cambios en la mama.

El **dolor** es el síntoma mamario mas frecuente que hace acudir a la mujer al médico ^(18, 19), aunque para algunos es la nodularidad ^(20, 21), puede ser uni o bilateral; frecuentemente aumenta su intensidad con la progresión del ciclo menstrual y desaparece con el advenimiento de la menstruación. Su duración y severidad en aproximadamente un 15% de las pacientes puede afectar su calidad de vida teniendo indicación de tratamiento. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otros dolores que suelen proyectarse en los senos y que deben ser descartados como:

Displasias selectivas e inclusive cáncer en menos de un 5-10% de casos ⁽¹⁸⁾, osteocondritis costal, neuritis intercostal, dolor muscular debido a esfuerzos (pectoral mayor, dorsal ancho), dolor mamario por síndrome de raíz espinal y por radiculopatía cervical, adenitis intramamaria,

síndrome de tensión premenstrual, etc.

Los **nódulos** no siempre están relacionados con el dolor ni su intensidad, muchas veces están presente en mujeres asintomáticas pudiendo modificar o no sus dimensiones y hasta desaparecer de acuerdo con la progresión del ciclo menstrual, para reaparecer nuevamente en los meses siguientes.

Adquieren gran importancia en el diagnóstico diferencial de las neoplasias malignas y pueden ser sobre-estimados en la etapa premenstrual induciendo al examinador más capacitado pero poco cauteloso a posibles errores de interpretación. ⁽⁸⁾ A veces son indistinguibles del carcinoma.

El **derrame** por el pezón, es un problema común de los senos reportado en el 10-15% de mujeres con enfermedad benigna y en el 2,5-3% de aquellas con cáncer del seno. No obstante si se usa una bomba de aspiración podríamos obtener secreciones en aproximadamente 50-80% de mujeres sin enfermedad mamaria conocida. ^(22, 23) La descarga por el pezón es expresión de actividad secretoria, tanto proliferativa como involutiva, que por lo general es bilateral y por varios poros.

El derrame patológico es espontáneo, sanguinolento o claro como “agua de roca”, también puede estar asociado a un tumor y generalmente es unilateral estando confinado a un conducto.

DIAGNÓSTICO

El interrogatorio y el examen físico nos permiten en la mayoría de los casos establecer el diagnóstico, pero para mayor seguridad son necesarias varias consultas, sobre todo en los días que siguen a la menstruación. Para el médico lo más importante es saber escuchar y después examinar a la paciente; para ésta, auto-examinarse después de cada menstruación y después informar al médico.

En encuesta realizada en nuestra consulta solo practicaban el auto examen mamario (AEM) periódicamente alrededor del 8% de las visitantes (incluyendo pacientes y acompañantes) y de este grupo mas de la mitad lo hacían con mala técnica y/o en fechas no adecuadas. Habitualmente muchas mujeres esperan a tener dolor para examinarse desconociendo que en mas del 90-95% de los casos el cáncer del pecho crece silenciosa y solapadamente.

MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Para confirmar el diagnóstico el ultrasonido, la mamografía y la citología son suficientes en la mayoría de los casos.

Ultrasonido

Constituye el estudio más útil frente a lesiones palpables de la mama para definir si son quísticas o sólidas. El ultrasonido también es necesario como complemento de la mamografía en lesiones de naturaleza indefinida, en casos de derrame por el pezón y para evaluar la respuesta de aquellos tumores que reciben quimioterapia neoadyuvante; su indicación ante mastalgias sin lesión palpable ni derrame por el pezón, puede revertirse en más estrés para algunas pacientes con micro quistes que en la práctica no son tributarios de tratamiento.

Biopsia

La Biopsia o Citología Aspirativa con Aguja Fina (BAAF/ CAAF) es un método inocuo que puede brindarnos el diagnóstico citológico en casos dudosos, sobre todo en nódulos o masas complejas que no duelen o lo hacen muy discretamente, así como en aquellas lesiones que se modifican poco o nada con las fluctuaciones del ciclo menstrual. También nos permite la evacuación de quistes habitados, tan frecuentes en la fase involutiva del proceso.

Mamografía

No la recomendamos indiscriminadamente ya que es poco útil en mujeres menores de 35 años pues a esa edad, la densidad mamaria todavía es importante ⁽²⁴⁾ no permitiendo visualizar los cambios sutiles del carcinoma incipiente. La indicamos fundamentalmente en pacientes mayores de 35 años en casos dudosos y , en edades inferiores, solo en pacientes con alto riesgo.

TRATAMIENTO

Es importante e ineludible mencionar la falta de un criterio unánime en relación con la terapéutica inicial y como continuarla. Solo el estudio individual de la paciente puede orientar el tipo de tratamiento más adecuado. ⁽²⁵⁾

Está demostrado por muchos autores el resultado exitoso de diferentes esquemas, algunos con elevados índices de mejoría, aunque a veces, con

importantes reacciones y eventos adversos; por otro lado las recurrencias de las crisis son inevitables en muchos casos dado el carácter cíclico de los cambios.

Existe consenso de que solo un 10-15% ⁽²⁶⁾ de las pacientes presentan síntomas de moderados a graves que pueden afectar su calidad de vida y requieren tratamiento, pero en la práctica médica diaria lo cierto es que esta relación se comporta de manera inversa y aquellas que no reciben prescripción farmacológica, a veces acuden a otros especialistas hasta lograrlo si no son bien informadas. La recurrencia es muy frecuente en muchos casos pero en algunos los episodios no se repiten, producto de los cambios fisiológicos que la producen. En la mayoría el proceso evoluciona por crisis con períodos de calma, independiente del tipo de tratamiento que reciban y en muchas ocasiones el inicio de las crisis está relacionado con situaciones de estrés.

La cura definitiva de la DM es el arribo a la menopausia en casi la totalidad de las pacientes salvo factores genéticos, aromatasas hiperactivas ⁽²⁷⁾ o terapia estrogénica sustitutiva; la recaída antes de esta etapa de la vida es frecuente y la mujer debe saberlo, pero su diagnóstico después de la misma será excepcional.

Como tratamiento para la mastalgia cíclica el Danazol, Bromocriptina, Acido Linoleico (aceite de onagra) y Tamoxifeno han demostrado ser eficaces en estudios bien diseñados (15), pero son muchos y variados los métodos de tratamiento y medicamentos utilizados para dichos síntomas y signos (nodularidad). Algunos de los métodos señalados se reflejan en el cuadro 1.

Cuadro 1

DISPLASIA MAMARIA. Tratamientos más usados

Gonadotropinas	Beta-Bloqueadores (Propanolol)
Gestágenos (Progesterona en sus diferentes variantes -incluyendo pomadas)	Acido Linoleico (aceite de onagra)
Andrógenos (Danazol, Testosterona, Androgenona, Metiltestosterona)	Hormonas tiroideas
Estrógenos ?	Medicamentos de uso tópico en vagina (Yodo, Progesterona)
Antiestrógenos (Bromocriptina, Tamoxifeno)	Vitaminas A B y E

Estos y otros métodos de tratamiento han sido utilizados para combatir los síntomas de la DM tales como evitar la cafeína, tomar anticonceptivos orales (ambos controversiales), uso de aspirina, anti-inflamatorios, reducir la sal en la dieta, administrar diuréticos, y muchos otros, que con la prueba del tiempo se han mantenido, modificado o eliminado del armamentarium médico, aunque todos tienen o tuvieron ventajas y desventajas.

Evitar la cafeína ha sido un método muy popular en mujeres con mastalgia, pero desafortunadamente varios estudios randomizados han demostrado el fallo del beneficio terapéutico con su restricción ^(28, 29), otro tanto ocurre con la Vitamina E tan frecuentemente usada y actualmente considerada empírica y no útil por muchos autores basados en los resultados de estudios realizados a tal efecto. ^(25, 30, 31)

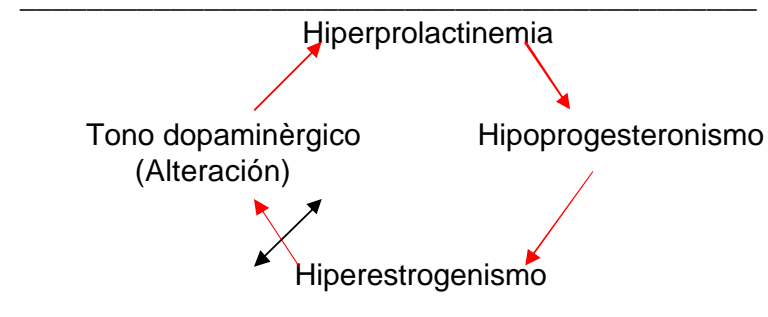
Existe consenso general en la actualidad de que el tratamiento debe estar dirigido a tres objetivos fundamentales que son:

- a) Combatir las causas que la originan (tratamiento básico: endocrino),
- b) Combatir los efectos sobre el lobulillo mamario que lo manifiesta (tratamiento complementario: medidas higiénico-dietéticas),
- c) Tratamiento invasivo (punción de quistes, exéresis quirúrgica de nódulos, lesiones quísticas complejas o su cápsula residual, etc.) en casos de naturaleza no bien definida y, en nuestra experiencia agregamos un cuarto inciso que ha sido fundamental como complemento del primero para atenuar, minimizar o neutralizar los síntomas y su repercusión en la psiquis de la mujer:
- d) Brindar toda la información posible sobre tales cambios y por qué se producen, modificando estilos de vida y promoviendo la práctica sistemática del auto examen mamario.

Se acepta que el sistema de los esteroides sexuales y el dopaminérgico están relacionados según la teoría integradora de Doglioti ⁽⁸⁾, cuadro 2.

Cuadro 2

Influencia de los Esteroides Sexuales en el Tono Dopaminérgico



-El tono dopaminérgico alterado es causa de hiperprolactinemia, que a la vez produce hipoprogesteronismo, éste es causa directa de hiperestrogenismo, que sin oposición, causa alteración del tono dopaminérgico. Así continúa el círculo que es necesario romper ⁽¹⁾ para tener mejores resultados en el manejo de estas pacientes (Cuadro 2).

-La importancia de los factores psiconeuroendocrinos en la fisiopatología de la DM radica en su actuación sobre el tono dopaminérgico. Los péptidos opioides cerebrales actúan sobre el tono dopaminérgico por su acción sobre el recambio de dopamina, estimularían la secreción de prolactina y podrían actuar como mediadores en la hiperprolactinemia inducida por estrés. ⁽¹⁾

-La emoción y la ansiedad presentes en pacientes con DMC producen una situación crónica de estrés con aumento del tono opiatérgico y modificaciones en el medio neurotransmisor. ^(32, 33)

Eliminar el estrés es nuestro principal objetivo en las mujeres con cambios fibroquísticos entendiéndose como información a brindar los siguientes aspectos:

I.-LO QUE TODA MUJER DEBE SABER

- La acción de diferentes hormonas sobre las mamas durante su vida reproductiva puede dar lugar a la aparición de síntomas y signos que identifican las llamadas Displasias Mamarias o Condición Fibroquística.

- La DM es una dolencia crónica que se manifiesta prácticamente en cualquier época de la vida después de la menarquia y generalmente desaparece con el arribo a la menopausia.
- El uso de anticonceptivos orales pudiera desencadenar una crisis.
- El dolor en las mamas puede aparecer en más de un 40% de las mujeres, su intensidad varía en relación con la progresión del ciclo menstrual, aumenta en la segunda mitad y tiende a aliviarse o desaparecer después de la menstruación en la mayoría de los casos. Puede aparecer en la adolescencia y también en el climaterio e irradiarse a hombros, cuello, espalda, etc. Suele desaparecer espontáneamente sin necesidad de medicamentos.
- El dolor esporádico en una mama sin lesión nodular no necesariamente es sinónimo de enfermedad en dicha glándula.
- Las masas o bultos de aparición brusca son manifestaciones de displasia fibroquística generalmente, aunque suelen molestar o doler muy poco, pero la que no practica regularmente el AEM debe visitar inmediatamente al especialista.
- La DM en posmenopáusicas es excepcional salvo en casos de Terapia Hormonal Sustitutiva.
- El trauma en el seno no está demostrado que produzca cáncer.
- El estrés mantenido puede desencadenar las crisis de DM y el miedo prolongarlas.
- La secreción o derrame por el pezón puede estar presente aproximadamente en más del 10% de las mujeres con DM y puede tener diversos aspectos, pero cuando se presenta debe consultarse de inmediato al especialista sobre todo si es de aspecto sanguinolento.
- La mujer debe aprender a vivir sin alarmarse cuando las crisis sean periódicas evitando así los estados de estrés y depresión pero debe visitar al especialista cada vez que se presenten.
- El cáncer de mama en un gran porcentaje de casos crece en silencio sin manifestaciones dolorosas por lo que la práctica del auto examen mamario mensual es mandatoria además de la mamografía (cuando le sea indicada) para lograr un diagnóstico temprano.

- La operada de cáncer de mama debe velar por el otro seno pues el riesgo de que se presente en la mama es real.
- La mamografía puede detectar lesiones tan pequeñas que permite contar con variadas opciones de tratamiento en caso de cáncer de mama y mas control a largo plazo de la enfermedad.

II.- COMO CUIDAR SUS SENOS

- Priorizar el consumo de frutas, y hortalizas reduciendo al mínimo la ingestión de grasas. Evitar el sobrepeso.
- Buscar alternativas para contrarrestar las situaciones de estrés prolongadas.
- Realizar algún tipo de actividad física que atenúe o elimine el sedentarismo.
- Practicar el auto examen mamario todos los meses sistemáticamente hasta convertirlo en un hábito, preferentemente después de la menstruación cuando la mama está menos ingurgitada. Seleccionar un día fijo del mes para su realización en casos de histerectomía previa, estado menopáusico, embarazo, etc.
- Consultar a su médico lo antes posible, ante cualquier alteración en las mamas por insignificante que parezca.
- El uso de ajustador adecuado para dar apoyo a las mamas colgantes puede aliviar el dolor, si existiera.
- Insistir en la visita al facultativo ante toda alteración que persista aún cuando las investigaciones habituales no la detecten.

III.- LO QUE NO ES RECOMENDABLE HACER

- Maniobras sistemáticas de “ordeñamiento” del seno para ver si existe o persiste secreción.
- Practicar el auto examen en cualquier fase del ciclo menstrual y no en la etapa más fisiológica pues puede inducir a errores de interpretación.
- Consumir en exceso grasas, alcohol, tabaco, colas, te, café, queso, etc. sobre todo cuando presenta síntomas de CFQ.

-No acudir al especialista y esperar en presencia de las siguientes alteraciones:

- . Áreas de displasia de largo tiempo de evolución que han dejado de doler y no se modifican con el ciclo menstrual, sobre todo en mujeres mayores de 35 años.
- . "Linfangitis" del seno que no mejora con tratamiento antibiótico.
- . Lesiones nodulares que crecen lentas, silenciosa y progresivamente.
- . Emisión espontánea de sangre por el pezón.
- . Lesiones "eczematosas" de piel localizadas en el complejo areola-pezón resistentes a los tratamientos dermatológicos.
- . Retracción unilateral y progresiva del pezón.
- . Inflamación de la mama que recuerda la "piel de naranja".
- . Inflamación (edema) del brazo.
- . Aparición de bultos en la axila

En estos tiempos tan dinámicos y de tanto estrés que vive la humanidad una forma de ayudar a la mujer, amenazada por el cáncer de mama que día a día y año tras año continúa cobrando víctimas, es brindándole información amplia y detallada sobre la enfermedad y sus posibles manifestaciones, pues ello le permitirá conocerla y detectarla en estadios tempranos pilar fundamental para su amplio control y si en una consulta médica no debe haber premura es en la de mastología, pues ellas necesitan de toda nuestra comprensión y apoyo debido a la existencia de tantas afecciones no malignas del seno que constantemente ponen a prueba su valor e integridad emocional.

En nuestra experiencia después de tratar mas de 3500 mujeres con displasia mamaria en el grupo multidisciplinario de afecciones de la mama hemos comprobado que mas del 70% solo necesitan consejos médicos sin prescribir medicamentos y menos del 15 % ameritan una intervención quirúrgica siendo las indicaciones de la misma:

- Citología y / o Mamografía sospechosa(s)
- Líquido hemorrágico
- Hiperplasia Epitelial Atípica
- Adenosis Esclerosante

- Papilomatosis intraductal
- Persistencia de la cápsula
- Quistes complejos
- Evacuaciones reiteradas de quistes que se reproducen
- Masas fibroquísticas que no desaparecen o modifican poco sus dimensiones en relación con el ciclo menstrual que por otro lado no duelen o producen pocos síntomas.
- Telorragia

De ser necesario el uso de medicamentos pensamos que el Danazol, Bromocriptina, Metil testosterona, y otros esquemas son de utilidad, en aquellas pacientes mayores de 40 años con masas grandes y/o dolorosas, en las que la exéresis quirúrgica podría ser exagerada teniendo en cuenta su menopausia relativamente próxima. En los casos que remitieran se repiten los ciclos y de fracasar se recomienda el tratamiento quirúrgico si existen dudas con respecto a la presencia de un carcinoma.

Los resultados con Progesterona son satisfactorios, principalmente en pacientes jóvenes con muy poca preocupación por sus síntomas aunque cualquier variable de tratamiento es buena cuando no existen alteraciones psico-afectivas asociadas.

Es un derecho de toda persona conocer que está afectando su salud y en el caso de la DM es fundamental para la mejor evolución de las mujeres. En ocasiones es difícil para el médico abordar el tema ampliamente por falta de tiempo, pero para lograr buenos resultados no puede estar apurado, hay que tener paciencia. A veces es necesario repetir lo dicho (algunas no captan bien el mensaje pues solo desean escuchar palabras como ultrasonido, mamografía, punción, operación, etc.), de lo contrario no entienden nada.

Todas las mujeres con síntomas no llevan el mismo tratamiento, el manejo de las mismas debe ser individual teniendo en cuenta diferentes factores tales como: edad, personalidad, estado psíquico, umbral del dolor, nivel de información e historia familiar de cáncer de mama, entre otros. Las pacientes que paralelamente aceptan la dieta aconsejada tienen mejores resultados.

PRINCIPIOS A TENER EN CUENTA EN MUJERES CON DMC O CFQ

.El manejo de la DMC es eminentemente médico y en la mayoría de los casos, la adecuada información y seguimiento consecuentes son suficientes para el control de la enfermedad y de la paciente.

.El examen clínico de los senos debe realizarse después de la menstruación en mujeres premenopáusicas.

.En pacientes con diagnóstico de DMC (CFQ) el seguimiento es obligado hasta lograr el control de los cambios y el equilibrio de la paciente dada su evolución por crisis.

.El dolor esporádico del seno no necesariamente es sinónimo de enfermedad.

.La DMC mamaria en posmenopáusicas es poco probable, por lo que este diagnóstico será excepcional, salvo que la paciente use Terapia Hormonal Sustitutiva.

.El mejor tratamiento será brindar información antes de prescribir medicamentos. La visita a diferentes médicos es sinónimo de que la paciente no fue adecuadamente informada y/o no entendió.

.En la DMC clínicamente dudosa el us, la mamografía y la CAAF son suficientes para decidir conductas exeréticas.

.A toda paciente que acude a consulta de mama debe enseñarse o recordarle la práctica del auto examen mamario y después exigirle su realización sistemática (mensual).

.Las áreas de DMC de largo tiempo de evolución, que no se modifican ni duelen en progresión con el ciclo menstrual, sobre todo en mujeres mayores de 35 deben ser operadas, independientemente del resultado benigno de la citología.

.Cualquier anormalidad detectada en el examen clínico del seno, en mujeres mayores de 40 años, debe considerarse potencialmente maligna hasta que no se demuestre lo contrario.

ACCIONES MÉDICAS QUE NO RECOMENDAMOS EN LA DMC O CFQ

- Establecer el diagnóstico definitivo de DM en la primera consulta y no citar nuevamente a la paciente sobre todo en mayores de 30 años.
- Demorar la conducta quirúrgica en pacientes mayores de 35 años con áreas de displasia, confirmadas mediante baaf y largo tiempo de evolución que no varían sus dimensiones (ni desaparecen) en relación con el ciclo menstrual y persisten con poco o ningún dolor.
- Indicar mamografías antes de los 35 años de edad sin factores importantes de riesgo que lo justifiquen pues la densidad del seno antes de esa edad impide la evaluación satisfactoria del parénquima mamario en la mayoría de los estudios.
- Indicar Ultrasonido de la mama ante mastalgias sin lesión palpable, derrame por el pezón, o como complemento de mamografías, ya que puede revertirse en más estrés para algunas pacientes con microquistes que en la práctica no se tratan.
- Dar el alta definitiva después de exéresis quirúrgica a pacientes con Hiperplasia Epitelial Atípica por el riesgo que tienen de desarrollar un carcinoma posteriormente.
- Prescribir “ordeñamiento” sistemático del pezón y/o la mama para ver si persiste la descarga por el pezón lo que pudiera “perpetuar” la secreción y la ansiedad. El derrame fisiológico generalmente resuelve espontáneamente cuando dejamos tranquilo el pezón.
- Prescribir antibióticos y anti-inflamatorios durante las crisis de la DM por razones obvias.

CONCLUSIONES

La Displasia Mamaria o Condición Fibroquística, dada su elevada frecuencia constituye un problema de salud importante para la mujer ya que en algunos casos, suele acompañarse de elevados niveles de estrés, ansiedad y un considerable consumo de medicamentos, en mas del 70% la información médica es una opción que puede utilizarse con iguales resultados, aunque mas duraderos que el tratamiento médico siendo la mejor protección una

información clara y asequible. El tratamiento quirúrgico de la Condición Fibroquística solo está justificado ante la duda con respecto al cáncer y en lesiones que no se modifican ni duelen, sobre todo después de los 35 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ferraina P, Oria A. Cirugia de Michans. Quinta Edición. Buenos Aires: El Ateneo, 2000:286-289.
- 2.- Gori JR, Lorusso A y Col. Ginecología. Segunda Edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1998: 676-6813.
3. – Robbins EJ. Tratado de Anatomia Patologica. Edicion interamericana. Salvat 2000
- 4.-Ligon R E, Stevenson D R, Diner W, Westbrook K C, Lang N P,: Breast Masses in young women. Am J Surg 1980; 140: 779-782
5. - Love S, Gelman R S, Silen W,: Fibrocystic “disease” of the breast or nondisease? N Engl J Med 1982, 307:1010-1014.
- 6.- Frantz VK, Picaren JW et al: Incidence of chronic cystic disease in so-called “normal breast”. A study based on 225 post-mortem examinations. Cancer 1951; 4:762-768.
- 7.- Kramer WM, Rush BF: Mammary duct proliferation in the elderly: a histopathologic study. Cáncer 1973;31:130-137.
- 8.- Gabriel Z, R: El ayer y el hoy de la Displasia Mamaria:
toginet@tocogineconet.com.ar
- 9,- Hughes LE, Mansel RE, and Webster DJT. ANDI- a new perspective on breast disorders. Lancet 1987; 2:1316-1319.
- 10.- Harris J R, Lippman M E, Morrow N, Osborne C K. Diseases of the breast. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- 11.- Marchant D. Breast Disease. Philadelphia: Sanders; 1997
- 12.- Mansel R E, and Bundred, N J. Color Atlas of Breast Disorders. London: Mosby-Wolf Medical Communications, 1997

- 13.- Smith R A, Saslow D, Sawyer K A, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening: Update 2003. C A Cancer J Clin 2003; 53 : 141-169.
- 14.-Geschikter, Ch.: Enfermedades de la Mama. Ed . Salvat. Barcelona, 1947.
- 15.-Gateley CA, Miers M, Mansel RE, Hughes LE. Drug treatments for mastalgia: 17 years experience in the Cardiff mastalgia Clinic. J R .soc Med 1992; 85:12-5
- 16.- Pizarro JE, y Murray MY, eds. A textbook of Natural Medicine. Seattle, WA: John Baslyr College Publications. 1988-1989.
- 17.-Preece PE, Baum M, Mansel RE, Webster DJ, Fortt RW, Gravele IH, et al. Importance of mastalgia in operable breast cancer. Br Med (Clin Res) 1982, 284: 129
- 18.-Morrow M.: Management of common breast disorders: breast pain. In: Harris J R, et al, eds. Breast disease1s. 2da ed. Philadelphia: Lippincott, 1991: 63-71.
- 19.- Laver RC, Reed MN, Harrison BJ, Newton PD. The management of women with breast symptoms referred to secondary care clinics in Sheffield: implications for improving local services Ann R Coll Surg Engl 1999; 81:242-247.
- 20.- The BRIDGE Study Group. The presentation and management of breast symptoms in general practice in South Wales. Br J Gen Pract 1999;49:811-812.
- 21.- Urban J A. Non-Lactational nipple discharges. C A Cancer J clin 1978, 28:130-40 .
- 22.- Barnes A B. Diagnosis end treatment of abnormal breast secretion. N Engl J Med 1966, 275:1184-87.
- 23.- Morrow M, Wong S, Venta L. The evolution of breast masses in women younger than forty years of age. Surgery 1998; 124: 634-40.
- 24.- Harris VJ, Jackson VP. Indications for breast imaging in women under age 35 years. Radiology 1989;172:445-8.
- 25.-Torres T.R.: Tumores de Mama Interamericana. Mc GRAW-HILL 1994.
- 26.- Ader DN, Browne MW. : Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based Sample. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:126-32.
- 27.-Harvey H, and Santen R: La mama inquieta. Orgyn Revista de Organon La mujer y la salud.4:2002.

- 28.- Ernster VL, Mason I, Goodson WH 3d, Sickles EA, Sacks ST, Selvin S et al. Effects of caffeine-free diet on benign breast disease: a randomised trial. *Surgery* 1982; 91:263-7.
- 29.- Allen SS, Fraberg DG. The effect of decreased caffeine consumption on benign proliferative breast disease a randomized clinical trial. *Surgery* 1987; 101: 720-30.
- 30.- Ernster VL, Goodson WH 3d, Hunt TK, Petrakis NL, Sickles EA, Mike R. Vitamin E and benign breast "disease": a double-blind, randomized clinical trial. *Surgery* 1985; 97:490-4.
- 31.- London RS, Simdaran GS, Murphy L, Manimekalai S, Reynolds M, Goldstein PJ. The effect of vitamin E on mammary dysplasia: a double-blind study. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 104-6.
- 32.-Spiegel, D. et al.: Effect of Psychosocial treatment on survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet* 2 No. 8668 (oct 1989):888-891.
- 33.-Harvard Mental Health Letter 8 No 7 (enero, 1992).