



PATOLOGIA MAMARIA

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

ANATOMÍA E HISTOLOGÍA MAMARIA

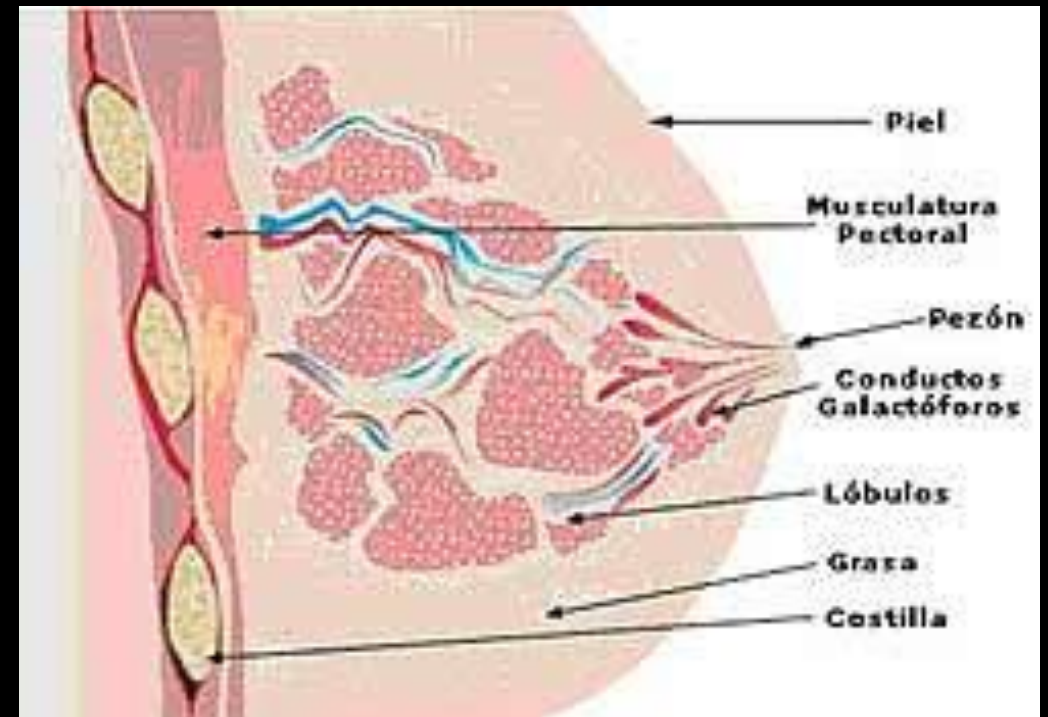
La mama corresponde a una glándula exocrina par, relativamente simétrica en volumen y posición cuyo máximo desarrollo se alcanza durante la vida reproductiva y en especial durante la lactancia. Fuera del período de la lactancia, la mayor proporción de tejido es tejido graso.

La mama se ubica sobre el músculo pectoral entre 2° y 6° costilla, y separada de éste por una aponeurosis, de la cual emergen bandas fibrosas de tejido conectivo que separan los lóbulos y que en su conjunto forman los ligamentos suspensorios de Cooper.

Con fines clínicos, cada mama es dividida en cuatro cuadrantes (superior-externo e interno, inferior externo e interno) quedando la mayor parte de tejido glandular dentro del cuadrante superior-externo .

Está compuesta por 12-20 lóbulos, cada uno con un conducto galactóforo que posee una dilatación, llamada seno galactóforo, previo a su drenaje en el pezón.

Éste se rodea por una porción de piel pigmentada (areola) y que contiene glándulas sebáceas y accesorias de Morgagni, las que forman pequeñas eminencias llamadas tubérculos de Morgagni



IRRIGACIÓN Y DRENAJE

Su irrigación está dada por ramas perforante de las arterias torácica interna, intercostales y de la arteria axilar (torácica superior, torácica lateral y ramas de la acromiotorácica).

Las venas circulan paralelas a las arterias. La inervación es sensitiva es abundante y proviene de los nervios intercostales (2°-6°).

El drenaje linfático, muy importante en la diseminación del cáncer, drena en un 70% finalmente hacia nódulos axilares, los que clásicamente se han clasificado en tres niveles: I, II y III según su posición con respecto al músculo pectoral menor.

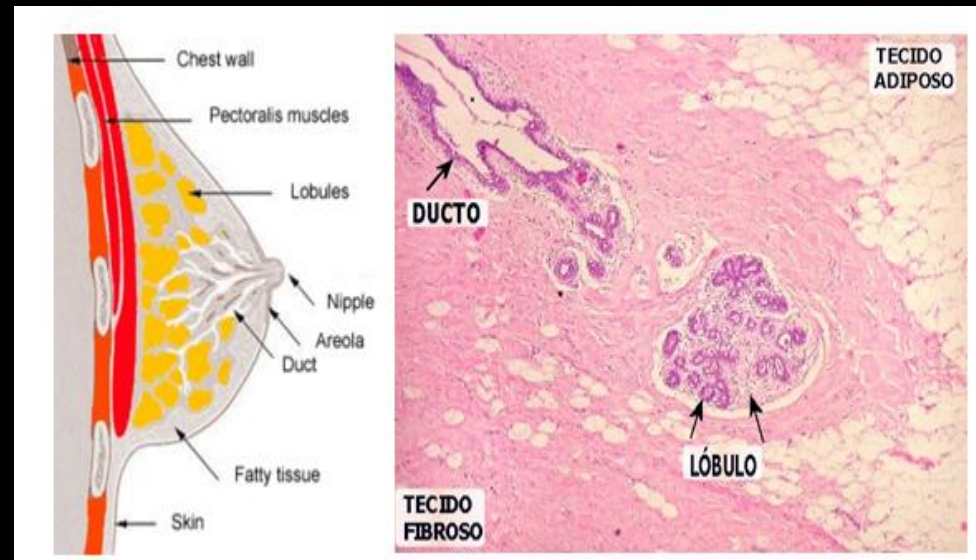
El resto del drenaje va hacia linfonodos subclaviculares y accesorios a la arteria torácica interna

HISTOLOGIA

Se compone de acinos glandulares conformado por un epitelio cúbico o columnar rodeado por células mioepiteliales y una membrana basal, que la separa del estroma y el tejido adiposo.

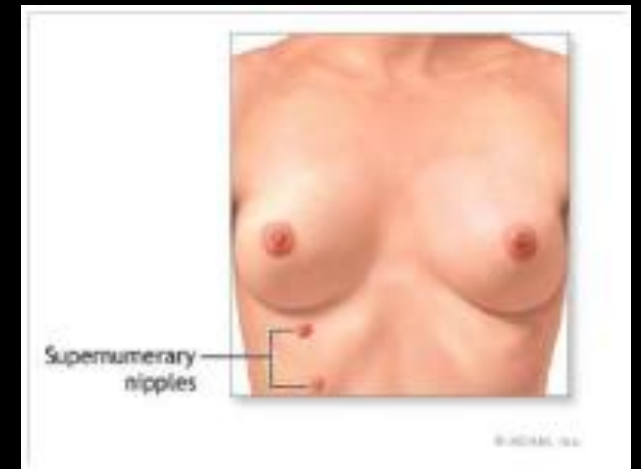
Los acinos drenan en conductos lobulillares, que luego convergen en el conducto interlobulillar y éste en el conducto galactóforo.

La histología mamaria varía notoriamente según la etapa en que se encuentre la mujer, siendo prácticamente sólo conducto en etapas sin lactancia, y con importante masa glandular durante la lactancia.



PATOLOGÍA BENIGNA DE MAMA (PATOLOGÍA CONGÉNITA)

- **Politelia:** presencia de pezones supernumerarios en la “línea de la leche”. La ubicación submamaria es la más frecuente y puede ser confundido con un nevus. Su importancia es sólo estética.
- **Polimastia:** presencia de tejido mamario ectópico en la línea de la leche, siendo la ubicación más frecuente la axilar. Puede ser confundida con sobrepeso, especialmente en casos bilaterales. Por ser tejido mamario, presenta los mismos síntomas que la mama
- **Atelia/amastia:** ausencia de aréola-pezón y glándula mamaria respectivamente. Puede darse dentro del Síndrome de Poland, en el que también hay agenesia del músculo pectoral



PATOLOGÍA INFLAMATORIA (MASTITIS PUERPERAL)

- Es la patología mamaria más frecuente y una de las complicaciones frecuentes de la lactancia (ver capítulo correspondiente). NO contraindica la lactancia.
- **Etiopatogenia:** su origen es multifactorial, siendo la mala técnica de lactancia el principal factor, junto con la mala higiene de manos y la estasia de los conductos galactóforos. Los agentes etiológicos más frecuentes son la flora bacteriana de la piel (*Staphylococcus* 98% y *Streptococcus*).
- **Clínica:** Se presenta como un cuadro de mialgias, cefalea, fiebre y síntomas locales unilaterales como eritema, dolor y aumento de volumen mamario. Puede presentarse secreción purulenta por el pezón
- **Manejo:** mantener lactancia, con tomas más frecuentes (y de menor volumen), mejorar la técnica de lactancia, uso de AINES, paracetamol y antibióticos (flucloxacilina 500 mg/8h x 10 días).



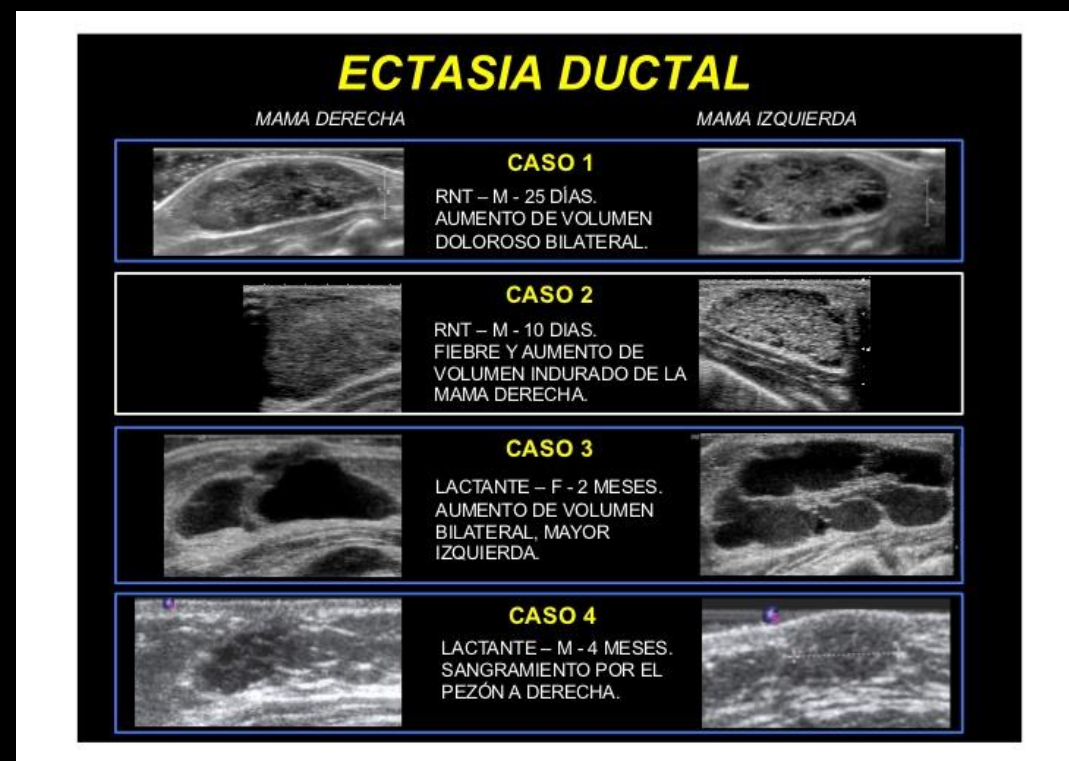
ABSCESO MAMARIO

- Complicación relativamente frecuente de la mastitis puerperal.
- **Clínica:** mastitis puerperal sin tratamiento o con tratamiento irregular que evoluciona con encapsulamiento de la infección, con aumento de volumen fluctuante, eritema y dolor mamario.
- **Manejo:** suspensión de la lactancia y resolución quirúrgica con drenaje. Idealmente en pabellón.
- mastitis aguda no puerperal inespecífica
- La clínica es muy similar a la mastitis puerperal, pero se da en una mujer no lactante. Generalmente se asocia a infección sobre una lesión de otra causa como una lesión traumática, infecciones de piel o de las glándulas de Montgomery, forúnculos, intertrigo, otras.



ECTASIA DUCTAL, COMEDOMASTITIS O MASTITIS PERIDUCTAL

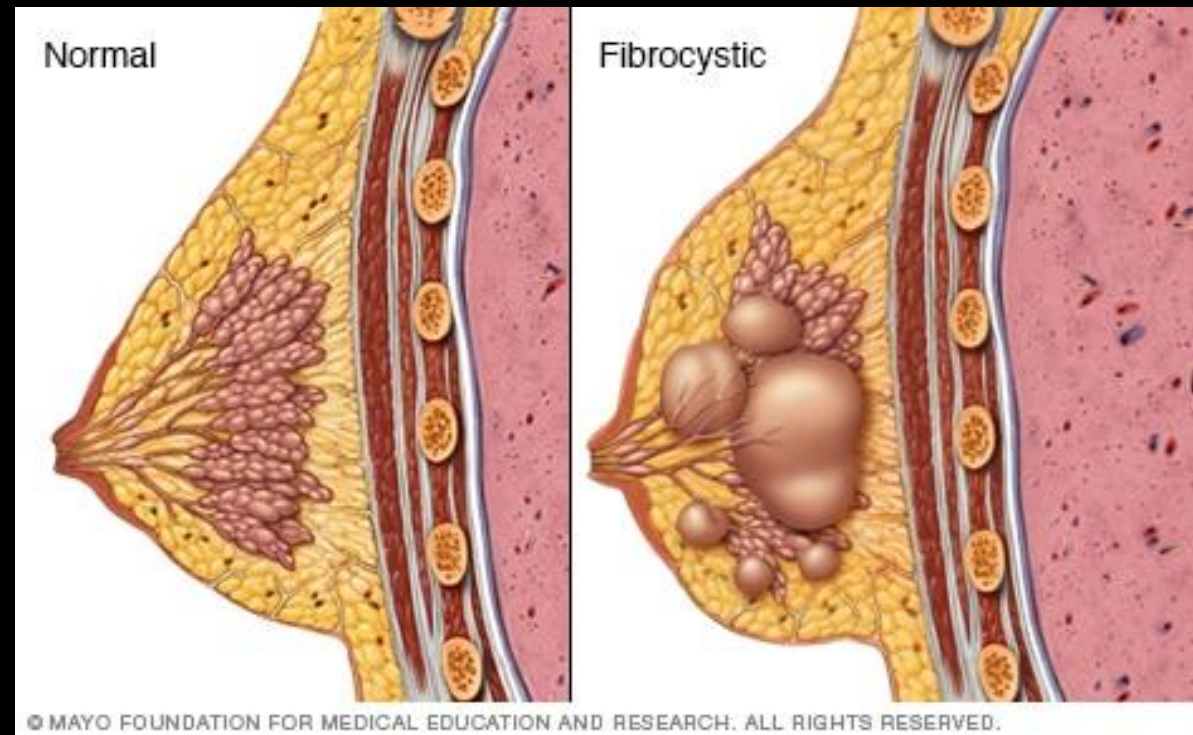
- Cuadro que se presenta en mujeres sobre los 40 años y que se debe a la dilatación de los conductos mamarios que puede llevar a ruptura de éste y salida del contenido luminal con activación de un fenómeno inflamatorio. Es causal de entre 2-4% de las consultas por patología mamaria, pero se detecta entre 11-75% de las autopsias de mujeres (3).
- **Clínica:** Se presenta dolor sordo o punzante, no cíclico localizado en región central o retroareolar, descarga por el pezón, generalmente de tipo serosa, retracción del pezón y aumento de volumen mamario. Se habla de comedomastitis en caso de secreción blanquecina no láctea (pus aséptico) y aunque para algunos en una entidad distintas, puede considerarse una forma evolutiva de la ectasia ductal. Puede complicarse con un absceso mamario, por ruptura del conducto y formación de un proceso inflamatorio sobreinfectado en el tejido vecino al conducto roto (3).



- **Diagnóstico:** es difícil, pues es difícil de diferenciar de un cáncer inflamatorio, por lo que se requiere habitualmente de mamografía y/o de ecografía que demuestre la dilatación de los conductos, aunque a veces puede ser necesaria la biopsia para descartar cáncer .
- **Manejo:** el ideal es la detección precoz con control clínico y mamográfico. Cuando aparecen síntomas, el manejo es con AINES y la desaparición de los síntomas, junto con la reaparición suspendida la terapia permite confirmar el diagnóstico. En caso de absceso se requiere drenaje quirúrgico y antibioterapia (cubriendo anaerobios además *Staphylococcus aureus*)

CONDICIÓN FIBROQUÍSTICA

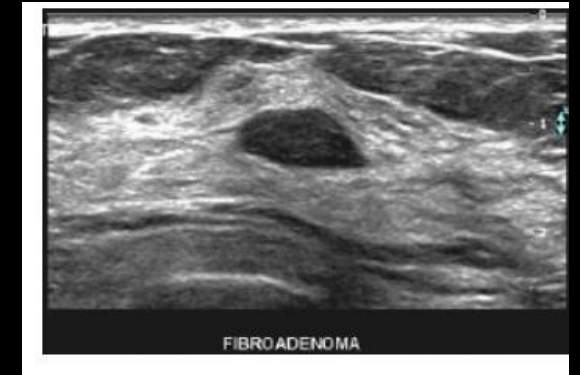
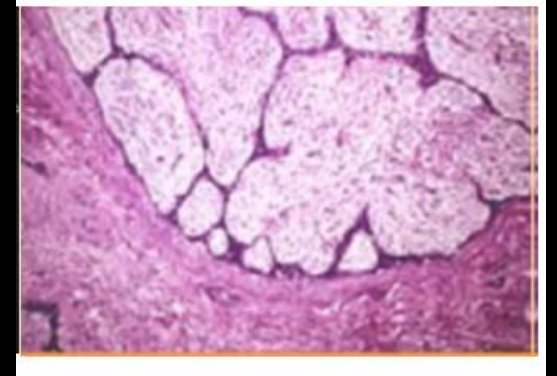
- Fenómeno frecuente, especialmente en 3º y 4º década de vida y que en la actualidad se entiende como condición y no patología. Su etiología es incierta, aunque tradicionalmente se ha asociado a un desbalance hormonal
- **Clínica:** dolor mamario (mastalgia), habitualmente en relación al ciclo menstrual y acompañado de imágenes quísticas y/o fibrosis del tejido mamario. A veces puede presentarse la palpación de nódulos mamarios en caso de presencia de Macroquistes, los cuales son blandos y de contornos más bien regulares a la palpación



- **Estudio:** se utiliza mamografía y ecotomografía principalmente para descartar patología maligna. Debe hacerse énfasis en el estudio anual de la mama dado que puede encubrir y/o dificultar el diagnóstico de patología maligna.
- **Manejo:** es idéntico al de la mastalgia, tranquilizando a la paciente, dejando analgésicos (AINES) por pocos días y a bajas dosis. También se aconseja el cese del hábito tabáquico, una dieta sana y el uso de ropa interior con buen sostén de la mama. En caso de quistes grandes pueden realizarse punciones para obtener un alivio sintomático (pues habitualmente reaparecen los quistes).

TUMORES BENIGNOS DE MAMA: (FIBROADENOMA)

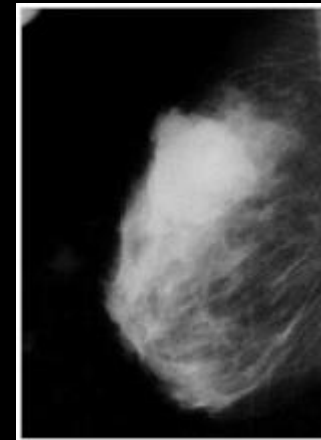
- Es el tumor mamario benigno más **frecuente**. Suele presentarse en mujeres jóvenes (20-35 años).
- **Clínica:** tumor mamario en mujer joven, generalmente único (20% múltiples y 15% bilaterales) de tamaño variable (80% entre 1 y 3 cm), asintomático y de crecimiento lento. Al examen físico se puede palpar una masa móvil de consistencia gomosa, bien delimitada, de bordes lisos y no adherida a planos.
- **Estudio:** su confirmación se realiza con ecografía o mamografía.
 - A la mamografía se ve una lesión radiopaca, más bien sólida con un halo hipodenso en sus márgenes (halo de seguridad, característico de patología benigna)
 - A la ecografía se observa una lesión hipoecogénica y homogénea, bien delimitada. Debe recordarse que este es el examen más útil en la mujer joven por la densidad de la mama
- El examen histológico no siempre es necesario, pero de hacerse (mediante biopsia core guiada por ecografía) se encontraría tejido fibroepitelial, rodeado por una cápsula continua que lo separa del tejido glandular



- **Manejo:** control con imágenes en forma anual para evaluar crecimiento y descartar otras lesiones. En caso de crecimiento, o de fibroadenoma grande (> 3-5 cm) o en caso que no puede descartarse patología maligna se realiza resección quirúrgica (tumorectomía).

TUMOR FILOIDES

- Lesión fibroepitelial rara (<1% de todas las neoplasias mamarias) más frecuente en mujeres mayores. Representa un desafío diagnóstico por su rareza y porque existen variantes benignas y malignas de esta neoplasia, difíciles de distinguir.
- **Clínica:** palpación similar al fibroadenoma, pero con más frecuencia puede ser multinodular. Su velocidad de crecimiento es rápido, siendo más frecuente el crecimiento rápido, sin que esto se relacione con su benignidad o malignidad.
- **Estudio:** se inicia con ecografía y mamografía y se completa con biopsia (difícilmente la biopsia core es suficiente). Existen tres variedades:
 - - Benigno: lesión bien circunscrita, con crecimiento expansivo y casi siempre hay una pseudocápsula. No tiene atipias y las mitosis son excepcionales
 - - Maligno: lesiones generalmente más voluminosas, con cambios quísticos frecuentes y celularidad similar a un sarcoma, mitosis frecuentes (>5 en 10 campos de mayor aumento) y pueden hallarse células gigantes multinucleadas como las del fibrohistiocitoma maligno. Representa hasta el 1% de los cánceres de mama
 - - Limítrofe: celularidad es intermedia y mitosis <5 en 10 campos de mayor aumento. Hay mayor cantidad de células mesenquimáticas en comparación con el benigno
- **Manejo:** es siempre quirúrgico con márgenes oncológicos para evitar recidiva. En caso de tumores benignos basta la cirugía, en los malignos se debe evaluar necesidad de terapia adyuvante local o sistémica.



PAPILOMA INTRADUCTAL

- Tumor benigno infrecuente caracterizado por la proliferación exofítica de la pared de los conductos galactóforos formado por células epiteliales sin atipia.
- **Clínica:** la principal manifestación es la secreción por el pezón de un líquido seroso o hemático (aunque ésta es menos frecuente en la papilomatosis múltiple). La edad media de presentación son los 48 años (para papiloma solitario y 40 para la papilomatosis múltiple). Son lesiones de crecimiento lento, rara vez palpable.
- **Estudio y manejo:** ecografía es útil para ubicarlos y para guiar la biopsia con resección del papiloma y el conducto del que origina. El estudio histológico posterior descarta malignidad.

