

## Mastopatía fibroquística y mastalgia

### A. Condición fibroquística, adenosis, nodularidad, fibroadenomas

#### 1. Recuerdo histológico

Los **acinos** con el **tejido conectivo intralobulillar** forman los lobulillos.

Los **lobulillos** y el **tejido conectivo interlobulillar** forman los lóbulos mamarios.

Los **lóbulos** mamarios drenan en los **conductos galactóforos** y éstos en el **pezón**.

Los lóbulos mamarios, junto con los conductos galactóforos, el pezón y el **tejido interlobular** forman la glándula mamaria.

La **glándula mamaria** junto con el **tejido adiposo** mamario y el envoltorio cutáneo que la reviste forman la **mama**.

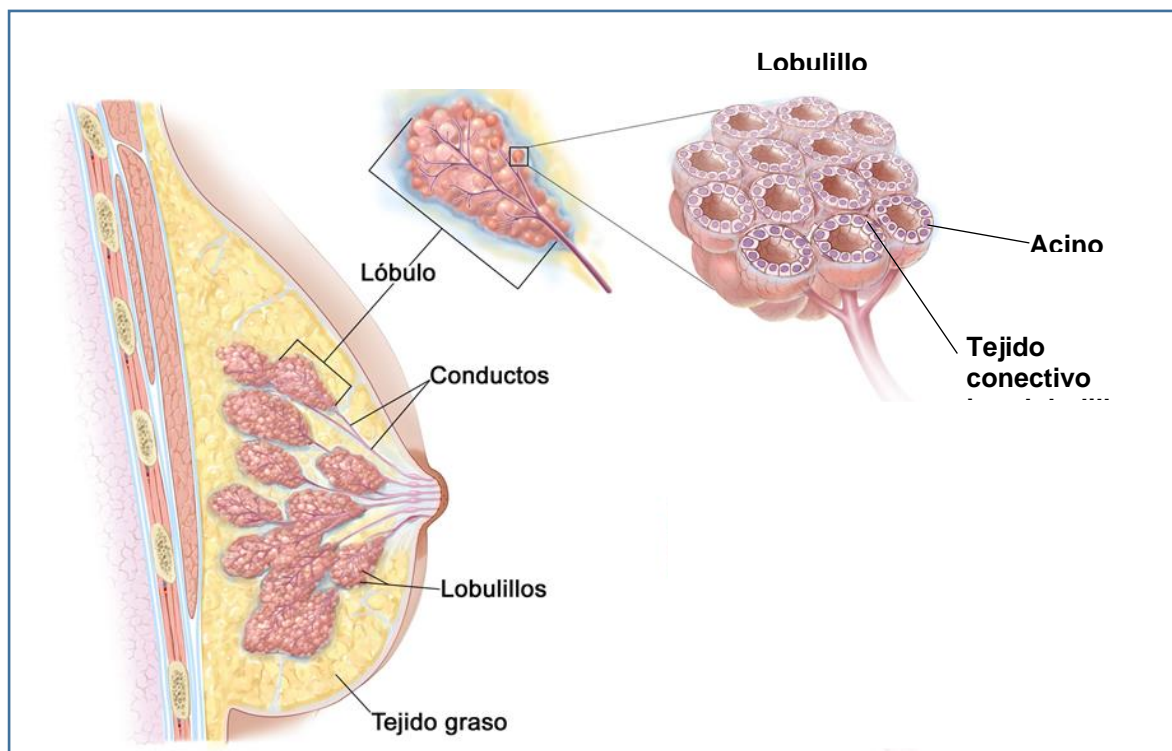


Figura 1. Recuerdo anatómico de la glándula mamaria.

El tejido glandular mamario responde a los estímulos hormonales de la mujer durante la edad fértil. El eje hipotálamo-hipofisario regula el sistema endocrino. Los fallos ovulatorios, o el cuerpo lúteo insuficiente producen un hiperestronismo y un déficit relativo de progesterona. La paciente presentará irregularidades menstruales y frecuentemente tensión mamaria premenstrual. A nivel mamario, un exceso de estrógeno favorece la hiperplasia epitelial, el edema, dolor e induración mamaria.

Por otro lado, el hipotálamo está relacionado con el sistema límbico. Así, situaciones de estrés emocional pueden alterar el equilibrio hormonal normal<sup>1</sup>.

## 2. Nomenclatura

Para referirnos a la “condición fibroquística de la mama” se han empleado múltiples nomenclaturas en los diferentes países, escuelas y épocas. Así, para la misma entidad histológica, se han empleado términos como:

- Enfermedad quística de la mama
- Mastitis crónica quística
- Enfermedad fibroquística
- Displasia mamaria
- Mastopatía endocrina
- Mastopatía fibroquística
- **ANDI: Alteraciones del Normal Desarrollo e Involución de la Mama**

El término más utilizado es el de **mastopatía fibroquística**, que destaca algunos de los caracteres fundamentales del proceso: la participación tanto del componente epitelial como del mesenquimal, y la formación característica de quistes en algún momento de su evolución<sup>1</sup>.

Más recientemente, se ha propuesto la denominación **ANDI**: acrónimo de Alteraciones del Normal Desarrollo e Involución de la Mama; hace hincapié en los cambios que de forma fisiológica ocurren en la mama de la mujer a lo largo de la vida. La alta incidencia de estos cuadros en la mujer nos hacen excluir que se trate de una enfermedad.

### 3. ¿A qué nos referimos con mastopatía fibroquística?

Se trata de un cuadro histológico benigno de la mama, muy frecuente y muy variado, debido a alteraciones de la evolución fisiológica de la mama ante la influencia hormonal del ciclo menstrual. Estos cambios afectan tanto al componente epitelial como al mesenquimal, son de tipo proliferativo e involutivo, e incluyen la formación de quistes y nódulos durante su evolución.

	CONDUCTO	LOBULILLO	TEJIDO CONJUNTIVO
ALTERACIONES PROLIFERATIVAS	Hiperplasia epitelial ductal	Adenosis	Fibrosis
	Papiloma	Fibroadenoma Adenosis Esclerosante	
ALTERACIONES REGRESIVAS	Ectasia	Quiste	Grasa/fibrosa

Figura 2. Lesiones de mastopatía fibroquística en cada componente mamario.

En este cuadro resumimos las alteraciones histológicas que podemos observar en la Mastopatía Fibroquística. Diferenciamos entre las lesiones de tipo proliferativo e involutivo, y los tres tejidos sobre las que se producen: conductos, lobulillos y tejido conjuntivo. Las lesiones más frecuentes son los fibroadenomas y los quistes.

El cuadro clínico que presentan las pacientes se caracteriza por unas mamas nodulares, que pueden variar durante el ciclo. Habitualmente, las pacientes refieren mayor percepción de nódulos mamarios en la fase premenstrual, pudiendo asociarse también a dolor mamario cíclico o **mastodinia**.

## 4. Epidemiología

La mastopatía fibroquística es el conjunto de procesos más prevalente de la glándula mamaria y constituye la causa más frecuente de consulta en Senología. Afecta al 50-72% de las mujeres, durante la edad fértil. El cuadro clínico varía con la edad de las pacientes. En mujeres jóvenes, predominan la mastodinia y los fibroadenomas. En la edad media la adenosis, y en los años perimenopáusicos los quistes y la ectasia ductal.

- 18-25 años: mastodinia y fibroadenomas
- 30-40 años: adenosis
- 40-55 años: quistes y ectasia ductal

El cuadro mejora durante embarazo y al llegar a la menopausia; sin embargo, puede recidivar en usuarias de Tratamiento Hormonal Sustitutivo.

## 5. Etiopatogenia

Dado que la mastopatía fibroquística es una entidad asociada a la edad fértil de la mujer, y que desaparece tras la menopausia, se ha sugerido el papel fundamental que juegan las hormonas en su origen. Los cambios en la proliferación e involución de la glándula mamaria se deberían a alteraciones en el equilibrio hormonal normal.

Otros factores podrían jugar un papel en la potenciación o desarrollo del cuadro. Es el caso de algunos factores metabólicos, que pueden incidir de forma secundaria en los niveles hormonales. Por último, se ha valorado si la dieta podría jugar también un papel adyuvante en este cuadro clínico.

- Alteración del equilibrio hormonal normal
  - Déficit de progesterona
  - Hiperprolactinemia central, o secundaria a estrés o ansiedad
  - Hiperestrogenismo
  - Insuficiencia de Cuerpo lúteo
  - Mejoran con el embarazo o la menopausia; pueden recidivar con THS
- Factores metabólicos

- Déficit función hepática, falla el metabolismo de estrógenos (desnutrición, hipovitaminosis B, hipovitaminosis A)
- Dieta: Exceso de cAMP por elevado consumo de Metilxantinas (café, té, cola, queso, chocolate), nicotina, tiraminas (vino).

A pesar de las diferentes teorías sugeridas, no se ha podido demostrar ninguna de ellas. Sí se ha evidenciado un aumento en la producción de prolactina inducido por tirotrópina<sup>2</sup>.

## 6. Clasificación

Hay múltiples clasificaciones para este cuadro clínico. Quizás la más útil desde el punto de vista del manejo clínico de las pacientes, es aquella que las clasifica en función del riesgo que tienen para desarrollar cáncer de mama, como propusieron Dupont y Page<sup>1</sup>.

Así, se proponen 4 categorías: aquellas no proliferativas, que no tienen incrementado el riesgo de desarrollar cáncer de mama, las proliferativas sin atipia que incrementan el riesgo x 1,5-2, las proliferativas con atipia, que lo multiplican por 4-5, y el carcinoma in situ, que aumenta el riesgo de cáncer de mama infiltrante entre 8 y 10 veces.

Clasificación, en función del riesgo de desarrollar Cáncer de mama (Dupont & Page)

- Lesiones no proliferativas (No incremento del riesgo de CM)
  - Adenosis
  - Quistes
  - Ectasia ductal
  - Fibrosis
  - Fibroadenoma
  - Hiperplasia epitelial leve sin atipia
- Lesiones con proliferación epitelial sin atipia (Incremento leve del riesgo de CM x1,5-2)
  - Hiperplasia epitelial moderada o florida
  - Adenosis esclerosante
  - Papiloma intraductal

- Lesiones con proliferación epitelial con atipia (Incremento moderado del riesgo de CM x4-5)
  - Hiperplasia ductal o lobulillar atípicas
- Carcinoma in situ (Incremento alto de riesgo de CM x8-10)
  - Carcinoma Lobulillar in situ
  - Carcinoma Ductal in situ (no comedo)

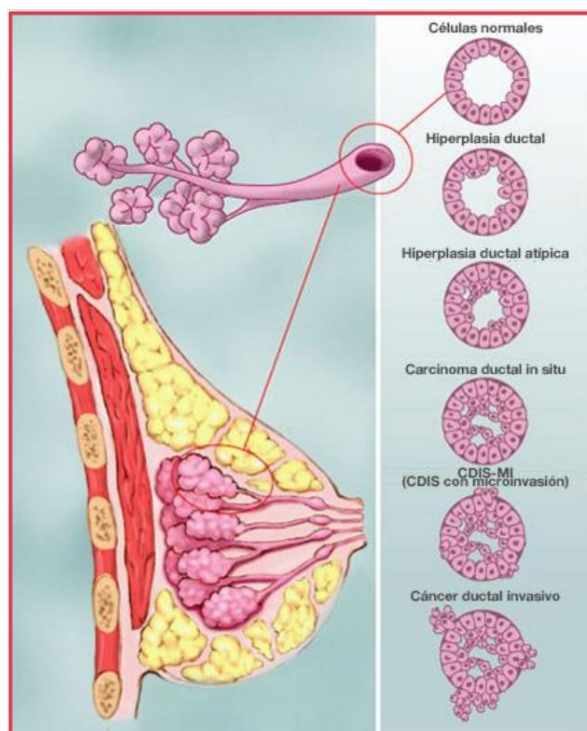


Figura 3. Lesiones proliferativas mamarias

## B. Mastalgia, sensibilidad crónica

Cuando nos referimos a dolor mamario crónico, es importante distinguir entre aquel que tiene ciclicidad, que denominamos **mastodinia**, frente al que no tiene relación con los ciclos menstruales, que llamamos **mastalgia**.

Aunque la mayoría de los casos de cáncer de mama no se acompañan de dolor mamario, un 2-7% de los tumores malignos sí presentan este síntoma.

- Mastalgia



La mastalgia es el dolor mamario no relacionado con el ciclo. Es más frecuente entre los 30 y los 50 años. Suele ser unilateral, y la mama no suele ser nodular. El origen del dolor puede ser múltiple:

- Muscular
  - Osteocondral (síndrome de Tietze)
  - Enfermedad de Mondor (tromboflebitis vena superficial)
  - Raquídeo (cervical o dorsal alto)
  - Dolor referido (esofágico, pleural...)
  - Portadoras de prótesis
  - Mama fantasma (tras mastectomía)
  - Psicógeno
- Mastodinia

Dolor mamario relacionado con el ciclo menstrual. La paciente refiere congestión y dolor mamarios sobre todo premenstrual. Mejora tras la regla y afecta al 20% de las mujeres premenopáusicas. Es más frecuente entre los 20 y los 40 años, y remite en la menopausia pudiendo volver a aparecer en pacientes que toman tratamiento hormonal sustitutivo. Se debe a un desbalance hormonal por exceso de estrógeno y déficit de progesterona. Generalmente es bilateral.

En la exploración es frecuente palpar una mama nodular, aunque puede ser anodina. El diagnóstico de mastodinia se determina es por la sintomatología que refiere la paciente y tras la exclusión de otra patología.

## C. Manejo

### 1. Anamnesis

- Excluir iatrogenia

Fármacos hormonales (anovulatorios, tratamiento hormonal sustitutivo) y otros (algunos antidepresivos, antipsicóticos o ansiolíticos, algunos antihipertensivos y fármacos cardiacos...) pueden provocar dolor mamario.

- Dieta

La mastodinia puede incrementarse con el consumo de metilxantinas, presentes en el té, café, chocolate, quesos. La nicotina del tabaco y las tiraminas del vino también pueden estar relacionadas con el dolor mamario.

- Deporte

La práctica de deporte de alta intensidad, sobre todo si se realiza sin el sujetador apropiado, pueden hacer que la glándula mamaria se desplace sobre el músculo pectoral de manera brusca, y producir una molestia mamaria secundaria.

- Tipo de sujetador

Un sujetador de talla inapropiada, tanto por ser demasiado pequeño como demasiado grande, puede estar en el origen de muchos dolores mamarios. No olvidaremos preguntar a la paciente por cambios de peso recientes, y si ha adaptado o no el sujetador a su nueva complexión física.

- “Calendario de dolor”

Apuntar los momentos de dolor mamario a lo largo de unos meses ayudará a discernir si el cuadro de dolor que refiere la paciente es una mastalgia o una mastodinia.

- Patología mamaria previa

Intervenciones previas, radiación mamaria, mastitis...

- Síntomas asociados (secreción, nódulos...)

## 2. Exploración

Antes de centrarnos en la exploración de la mama, conviene ver primero a la paciente con el sujetador puesto para valorar si la talla que lleva es la adecuada. Una copa depleccionada conllevará un movimiento excesivo de la glándula. Una talla pequeña, bien por el contorno, por los tirantes o por la copa, pueden asimismo producir molestias mamarias. Al retirar el sujetador, prestaremos atención a las marcas que ha dejado éste. Es frecuente que las mujeres con mamas voluminosas tengan una hendidura en la región del hombro.



A continuación inspeccionaremos la columna cervical y dorsal para descartar escoliosis o cifosis que puedan conllevar dolor referido en la mama.

Por último realizaremos una palpación de la pared costal, los músculos pectorales, dorsal ancho, serrato, piel y glándula mamaria.

### 3. Pruebas complementarias

Podremos solicitar pruebas de imagen como Mamografía o Ecografía mamaria. Puede ser de ayuda una analítica, para estudiar prolactina, función hormonal...

Si se palpan nódulos o quistes, valoraremos punción mediante PAAF o BAG.

En algunos casos, pediremos pruebas enfocadas a otros orígenes del dolor (RMN cervical...)

### 4. Tratamiento

Es primordial explicar la etiología benigna del proceso a la paciente y tranquilizarla. En muchas ocasiones es suficiente. En otros casos, la paciente precisa algún tratamiento.

#### a. Medidas físicas

Un sujetador de talla adecuada puede aliviar, pudiendo mantenerlo de noche.

El calor local puede ayudar si el origen del dolor es muscular.

#### b. Dieta

Limitar Metilxantinas (té, café, chocolate, queso, vino) y grasas.

#### c. Fármacos

Excluir causa iatrogénica (anovulatorios, THS).

Hay múltiples opciones farmacológicas para aliviar los casos de dolor mamario.

No Hormonales: Aceite de onagra

Sauzgatillo (vitex agnus castus)

Vitaminas A, B, E

Diuréticos

AINES tópicos

Psicofármacos

Antihistamínicos

Hormonales: Progesterona tópica aplicada a diario en ambas mamas

Antiprolactina: Bromocriptina, Cabergolina

Antigonadotropina: Danazol (200 mg diarios)

Antiestrógeno: Tamoxifeno a baja dosis (10 mg diarios)

Danazol y Tamoxifeno son fármacos aprobados para el tratamiento de la mastodinia refractaria a tratamientos de 1ª línea; sin embargo, pueden producir efectos secundarios de los que informaremos antes de prescribirlos<sup>2</sup>.

d. Intervencionismo

Resección quirúrgica nódulos sólidos si crecen o duelen

a. Quistes mamarios

Pueden evacuarse mediante PAAF

Si tienen componente sólido, cursar citología.

b. Fibroadenomas

Se resecan quirúrgicamente si producen dolor, disconfort estético o crecen rápido (excluir phyllodes)

c. Lesiones de riesgo de cáncer de mama

Se realizará resección quirúrgica; en algunos casos habrá que complementar el tratamiento con Radioterapia y/o Tamoxifeno.

## D. Resumen

La mastopatía fibroquística es una entidad benigna muy frecuente, relacionada con la ciclicidad ovárica. Cursa con nódulos y quistes mamarios y en ocasiones mastodinia; algunos procesos aumentan el riesgo de cáncer de mama.

El tratamiento incluye medidas físicas, dietéticas, y farmacológicas.

En algunos casos, pueden aspirarse los quistes y resecar los nódulos, si producen molestia o tienen riesgo incrementado para generar cáncer de mama

## Bibilografía

1. Senología. La Mama normal y su patología. G. Zornoza y Cols.
2. Manual de práctica clínica en Senología 2019.