

# DISPLASIAS MAMARIAS Y TUMORES

## BENIGNOS DE LA MAMA

*(notas de apuntes del año pasado no citadas este año en cursiva)*

### 1. DISPLASIAS MAMARIAS

La importancia clínica de las displasias mamarias reside en:

- Su diferenciación con el cáncer.
- El riesgo de degeneración a cáncer (dependiente de la variante anatomopatológica). No tenemos la certeza de cuando un tumor puede degenerar pero debemos tener en cuenta dicha posibilidad y actuar en consecuencia puesto que no podemos curar el cáncer invasor, pero sí el cáncer in situ y también estas lesiones con riesgo de degeneración o precancerosas.

Se trata de entidades histopatológicas que han recibido otras denominaciones. En un principio se conocían con el nombre de enfermedad fibroquística (también: adenofibrosis, pólipos, quiste único gigante...) pero actualmente se denominan displasias mamarias.

“Displasia” indica alteración morfológica de la glándula. En definitiva, se trata de lesiones que pueden degenerar pero se pueden curar.

#### VARIANTES ANATOMOPATOLÓGICAS (importante)

Existen distintas formas con peculiaridades, pero básicamente hay tres variantes: la Adenosis (puede degenerar), los Quistes y la Fibrosis (estos dos nunca degeneran).

**Adenosis:** Se trata de un crecimiento anormal del tejido glandular, hiperplasia de pequeños ductos y acinos (hiperplasia ductal o lobulillar). Es la única que puede degenerar a cáncer. Existen diferentes grados (que se piensa pueden ser evolutivos):

- Displasia Leve: 3 ó 4 capas de células.
- Displasia Moderada: 5 ó más capas.
- Displasia Grave: Ocupa el 70% de la luz del conducto. Está casi cerrado. Mayor riesgo de degeneración que en las formas leve y moderada pero menor que en la atipia.
- Atipia: A partir de aquí existe mayor riesgo de degeneración. Puede evolucionar a carcinoma in situ y carcinoma invasor. Recordar que el Ca in situ se puede curar si se extirpa antes de pasar la membrana basal!

**Quistes:** Son la forma AP de displasia mamaria más frecuente!!. Capa de células con contenido líquido claro en su interior. Circunscritos, no adheridos y lisos. Al palpase se aprecia su benignidad. No varían en constitución ni evolución. Son benignos (solo riesgo de degeneración si aparecen combinados con adenosis)

Pueden ser macro o microscópicos y en cuanto al número:

- Únicos (**no** es necesario su resección, pues son benignos).
- Múltiples. Enfermedad poliquística (*normalmente microquistes muy claros que no se palpan y obligan a PAAF*).

**Fibrosis:** No sufre tampoco degeneración maligna. Se cree que puede tratarse de la degeneración fibrosa normal que sufre la mama con la edad.

A la palpación se presenta dura, de consistencia fuerte, no uniforme y mal delimitada, es importante el diagnóstico diferencial con cáncer.

Se distinguen varias formas (mal conocidas, poco frecuentes): ‘Adenosis Esclerosante’, “Cicatriz radial”

\*Estas tres alteraciones pueden aparecer aisladas o en combinación con predominio de una forma u otra. *Una forma pura de fibrosis es poco frecuente, mientras que una forma pura de quiste es mucho más frecuente.*

Los quistes y la fibrosis, en combinación con la adenosis, sí pueden ser susceptibles de degeneración maligna. La posibilidad de un carcinoma intraquístico es pequeña, 0.1%.

*Existen diferentes estadios en la evolución (cambios cuantitativos y cualitativos) de una displasia mamaria hasta cáncer:*

- I. *Hiperplasia local.*
- II. *Hiperplasia ductal. Aún benigna.*
- III. *Comienzo de la lesión maligna. Atipia celular y canalículo distendido.*
- IV. *Carcinoma in situ. Aún es susceptible de curación.*
- V. *Invasión mínima.*
- VI. *Carcinoma invasor plenamente desarrollado.*

*En los estadios V y VI la posibilidad de curación está mucho más disminuida que en los estadios de I a IV.*

## ETIOLOGÍA

**Disfunción endocrina:** se debe a algún trastorno hormonal pero no se conoce con exactitud.

Se apoya en que la lesión evoluciona según el ciclo menstrual: sufre una exacerbación previa a la menstruación y disminuye o mejora durante la misma. También disminuye la sintomatología en situaciones de reposo menstrual como en la menopausia o durante el embarazo.

Basándose en esto, antes era muy frecuente el tratamiento hormonal de las displasias mamarias, pero hoy se considera q puede ser perjudicial para la paciente y ya no es tan empleado.

## CLÍNICA

**Edad de aparición:** podemos diferenciar 3 etapas en cuanto a la mayor incidencia de lesiones:

- **Fibroadenoma.** Mujeres jóvenes en torno a los 20 años. Es sospecha de benignidad. ( cuando llega la edad de la displasia mamaria esta patología disminuye)
- **Displasia mamaria.** Mujeres de mediana edad (en torno a los 40 años).( cuando llega la edad del cáncer baja la displasia mamaria, esta en relación con la menstruacion como el fibroadenoma)
- **Cáncer de mama.** Edad algo más avanzada ( en torno a los 50 años; aunque cada vez se diagnostica Cáncer en edades más tempranas).

## **Sintomatología**

Es muy llamativa: Tumoración y dolor en relación con la menstruación, exactamente igual que la tensión premenstrual.

## DIAGNÓSTICO

1. Anamnesis y palpación. La palpación de un quiste es típica y reúne signos típicos de benignidad: redondos, lisos y móviles. A veces parece que incluso se palpa la cápsula.
2. Pruebas de imagen: Mamografía y ecografía. Elegimos ecografía cuando sospechamos benignidad y cuando pensamos en posibilidad de quiste (para diferenciar si es sólido o líquido es mejor que la mamografía). Si sospecha de malignidad es obligatorio hacer la mamografía.
3. PAAF y citología en función de los hallazgos en exploraciones anteriores.

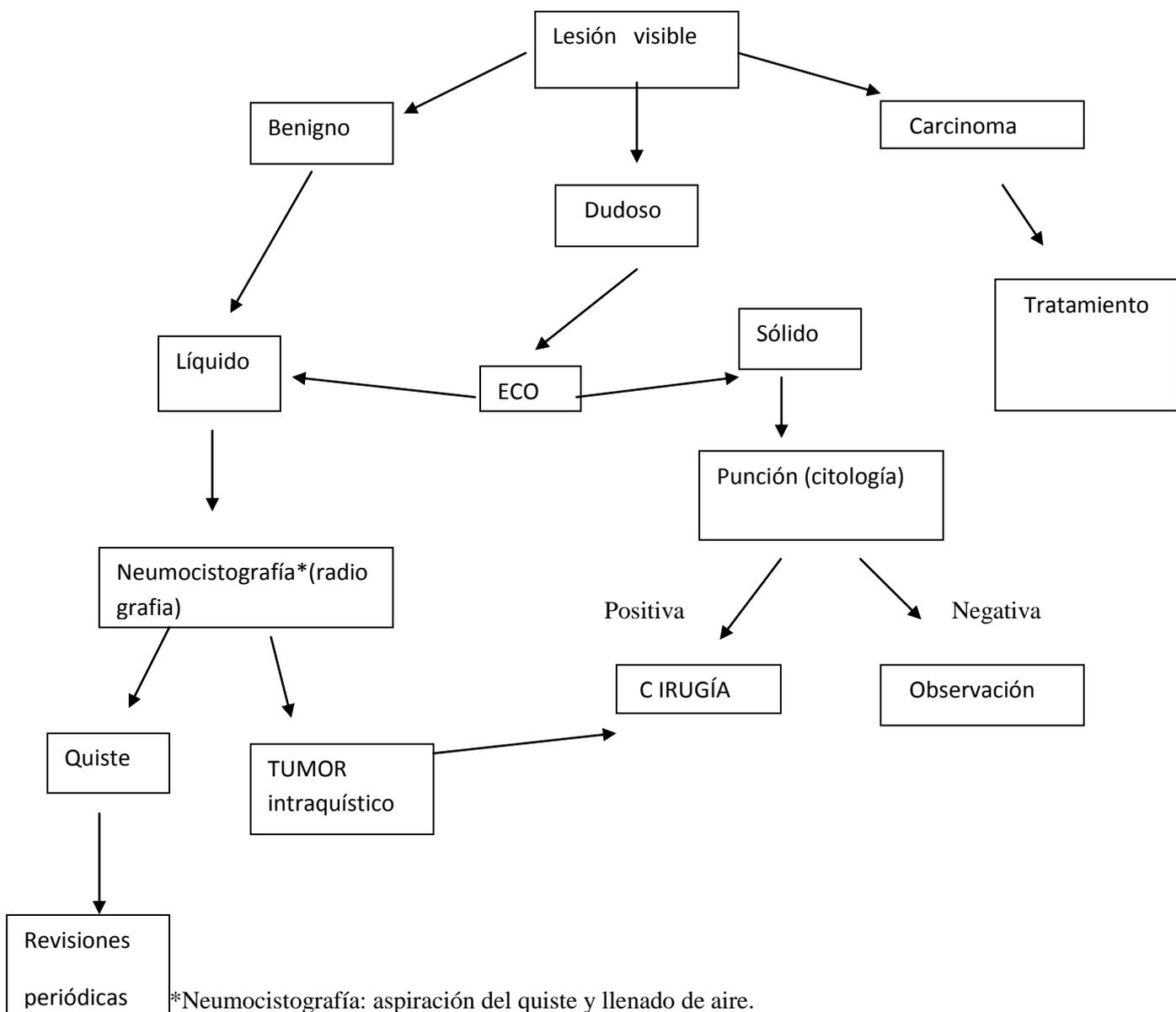
La punción/aspiración del quiste debe conseguir la desaparición completa de la masa palpable; si queda algún resto habrá que sospechar de la existencia de algo más (como alguna forma mixta) y realizar estudio anatomopatológico.

La citología no se realiza de rutina, solamente se hará si el contenido del aspirado es sanguinolento o si tras la aspiración se producen recidivas o existen masas residuales. Por que en este caso sospecharemos de un Carcinoma intraquistico que es una entidad rara 0.1%

No tienen riesgo de degeneración

- La biopsia con aguja gruesa o quirúrgica constituye el único diagnóstico de certeza. El realizarla dependerá de la evolución del quiste (lo más frec: palpación+ECO+punción).

El manejo a partir de la **mamografía** es el siguiente, pero esto se puede hacer también con la eco que es la prueba que generalmente se realiza primero:



**\*\*Mamografía:** la imagen típica de un quiste es una lesión redonda, homogénea, bien delimitada y con un halo transparente de seguridad que se correspondería con la cápsula.

Ese es el manejo a partir de la mamografía. Pero se suele iniciar por la palpación y si sospechamos de benignidad haremos una ecografía (para distinguir entre líquido y sólido) y nos saltamos la mamografía. Si sospechamos de malignidad si realizaremos una mamografía.

*Con una fibrosis, por el contrario, partiremos de una sospecha de malignidad (duro y mal delimitado en la palpación), entonces empezaremos con una mamografía. Ya que no encontraremos quistes, e suna fibrosis mas localizada a la palpación, mas dura, menos delimitada...*

*Imagen redondeada que da la misma impresión en la palpación que en la imagen haremos una eco asi diferenciaremos entre liquido o solido.*

*Si es una lesión sólida pero sospechamos de benignidad, haremos punción con aguja gruesa, no biopsia. Tras esto la imagen habrá desaparecido en la mamografía.*

Las recidivas son frecuentes tras la aspiración de un quiste.

## TRATAMIENTO

### **Tratamiento conservador, sintomático** (empírico)

- Revisiones periódicas, protección y soporte
- Evitar traumatismos
- Suprimir cafeína y tabaco
- Vitamina E

**Tratamiento hormonal.** A veces es realizado por el ginecólogo. Se trata del mismo tratamiento que se usa en la menopausia y tiene una serie de limitaciones (el tratamiento hormonal tiene riesgos, y por ello se reserva para pocos casos el dar hormonas a una mujer sana). Hoy es poco frecuente, para casos rebeldes.

**Tratamiento quirúrgico.** Reservado, en caso de quistes, para cuando, tras aspiración, quedan residuos que se corresponden con posibles papilomas o cánceres intraquisticos. La cirugía se reserva si se agotan otras opciones, si hay riesgo de que haya algo mas y ese algo posiblemente sea maligno y siempre de acuerdo con la paciente.

En adenofibrosis (enfermedad fibroquística con áreas de adenosis) controlaremos a la paciente con tomas de muestras periódicas, hacemos un seguimiento como pacientes de alto riesgo. En pacientes con antecedentes de cáncer de mama en la familia, si aparecen lesiones precancerosas

( adenosis...) en distintas localizaciones podemos plantear el planteamiento de la extirpación de las dos mamas y sustitución por una prótesis.

Actuaremos cuando aparezcan atipias celulares. Realizaremos una glandulectomía subcutánea y colocación de implante (es un tto agresivo ante lesiones en principio benignas que está indicado en pocos casos pero x ej: mujer con antecedentes familiares de Ca mama, presenta quistes y adenosis bilaterales, múltiples; la adenosis evoluciona... tiene mucho riesgo de evolucionar a cáncer, por tanto, en este caso estaría muy indicado ese tratamiento tan agresivo. Al extirpar la mama desaparece totalmente el riesgo de cancer)

*El grado de satisfacción tras la reconstrucción va a depender en gran medida de la autonomía que otorgue el médico a la paciente en lo referente a capacidad de elección y de decisión; la paciente ha de tener una absoluta seguridad de que elige la mejor posibilidad.*

## **2. TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA**

CLASIFICACIÓN (los más frecuentes)

- Fibroadenoma (Es el más frec de los benignos y el 2º tumor más frecuente de la mama, después del Carcinoma).
- Tumores filoides
- Papiloma

### **FIBROADENOMA**

Es un tumor frecuente (el tumor benigno de la mama más frecuente!!). Característico de mujeres jóvenes, suele aparecer entre los 18 y los 20 años (edad no patognomónica pero sí muy típica). Es de naturaleza benigna. El riesgo de degeneración es más que dudoso.

Es la mas frecuente.

Es fácil de diagnosticar, por sus características típicas a la palpación y anatomopatológicas. Es difícil confundirlo con otras lesiones solo con la palpación.

Generalmente es única, pequeña y crece rápidamente hacia 2 -3 cm y se para ahí, lo normal es que no siga creciendo, en ocasiones regresa.

Es liso, encapsulado y bien delimitado, al corte es blanco y nacarado.

### **Anatomía Patológica**

- Macroscópicamente tiene forma nodular, es liso, ovoideo (el quiste era más redondo), bien delimitado, más consistente que el quiste (datos de benignidad a la palpación). Al corte se ve

que es de color blanco nacarado (*abundancia de mucina*). Suelen ser únicos (rara vez múltiples).

Crecen rápido y normalmente cuando alcanzan 2-3 cm se detienen. Existe cierto porcentaje que regresan (pero pocos).

- Microscópicamente se observan dos componentes:

- Tejido epitelial. Adenoma.
- Tejido conjuntivo (fibroso). Fibroma. Suele predominar el tejido fibroso.

**Variantes** (poco frecuentes)

- Fibroadenoma juvenil o gigante. Se confunde con el filoides por su gran tamaño. En personas jóvenes. Crece muy rápidamente y no se detiene en los 2-3cm, sino que adquiere gran tamaño (hasta 5-8cm). Se confunde con el tumor filoides, hay que hacer un diagnóstico diferencial (*se suele realizar cirugía y estudio de anatomía patológica*)
- Fibroadenoma Tubular. Tiene más componente epitelial o tubular (adenoma) q fibroso. *Poco frec.*
- Fibroadenoma de la lactancia. Es similar en AP al tubular pero aparece en relación con la lactancia. *También poco frecuente.*

El riesgo de degeneración de estas variantes es igual que en el fibroadenoma clásico (= muy dudoso), pero por su tamaño plantea dx diferencial con situaciones de malignidad. En cualquiera de los casos el manejo va a ser igual o muy parecido.

### **Diagnóstico**

- Exploración física: se puede diagnosticar sólo por palpación casi en el 100% de los casos. Aparece liso, ovoideo, homogéneo, encapsulado... Se puede confundir con un lipoma, no con un cáncer. Pero habrá que confirmarlo con pruebas complementarias:

- Pruebas de imagen: mamografía o ecografía. La ECO se realiza en casos de dudas tras la palpación pero la mamografía habrá que hacerla siempre en el Fibroadenoma (pese a tener características de benignidad, al ser sólido es importante hacerla).

Si decidimos un tratamiento conservador: obligatorio Mamografía. Sin embargo, si decidimos tratamiento quirúrgico, haremos una ECO y no será necesaria la mamografía.

También son útiles la punción-aspiración y biopsia, que se llevan a cabo en las ocasiones que estén indicadas.

### **Tratamiento**

El manejo va a depender del tamaño del tumor y de la edad. Se limitará a la observación en mujeres jóvenes con tumores pequeños. Sin embargo, en muchos de esos casos a pesar de

recomendarles un tratamiento conservador, acaban recurriendo a la extirpación quirúrgica por miedo a que pueda evolucionar.

<b>Tratamiento</b>	<b>Tamaño</b>	<b>Edad</b>
Conservador, Observación	2-3 cm	< 25 años
Extirpación	> 3 cm	> 35 años

En la actualidad la inmensa mayoría piensa que no hay que tratarlo. Lo extirpamos cuando en función de la paciente, es decir esta empieza a estar absolutamente preocupada por su lesión.

Cirugía morfológica: en función de la localización del tumor se puede realizar una incisión concéntrica o una incisión periareolar (no deja apenas cicatriz). Cuanto más lejos del pezón será peor (colgajos muy grandes, se pueden producir hemorragias, hematomas, se dejan zonas mal vascularizadas...). Extirpación de la tumoración y cierre. Recordar siempre que la incisión periareolar por muy grande que sea no deja cicatriz pero esto solo se realizara si la distancia es pequeña.

### **Controversias**

1) En cuanto a la denominación: “adenofibroma” sería la variante tubular por la proporción de sus componentes y “fibroadenoma” sería la forma clásica. Esto no tiene gran relevancia.

2) Existen controversias en cuanto al riesgo de degeneración maligna que presenta el tumor. Se han publicado más de 100 casos de cáncer pero es un número muy bajo. Es un riesgo más teórico que real. Pero aunque mínimo, existe riesgo y por eso, si optamos por un tratamiento conservador estamos obligados a realizar controles cada cierto tiempo (punción, biopsia para confirmar benignidad). ECO, BIOPSIA CON AGUJA Y CONTROLES. \*\*

3) (mas importante) Pensando en que no existe riesgo de degeneración maligna, actualmente se tiende a cambiar el manejo terapéutico de estos tumores: se elige un tratamiento conservador casi en todos los casos.

La evolución normal del fibroadenoma es que con los años se estabilice, se calcifique o que disminuya su diámetro y desaparezca (menos frecuente esta última posibilidad). Además no duele, no molesta, no deforma la mama...Y en esto se basan las tendencias actuales del tratamiento (además de en su dudoso riesgo de degeneración).

Se hacen controles periódicos con ecografía y punción con aguja fina (si riesgo de degeneración). *El control con citología presenta un alto porcentaje de falsos negativos, pero es posible hacer seguimiento con ella y proceder a la cirugía en el momento que de un resultado positivo.*

Pero en realidad muchas mujeres acaban operándose para extirpar el tumor por miedo.

## **TUMOR FILOIDES**

Anteriormente fue denominado cistosarcoma filoides porque algunas formas clínicas evolucionaban a carcinoma. *También se denominó cistoadenoma filoides pensando en que evolucionaba de la misma manera que el fibroadenoma.* El nombre de filoides se debe a que al corte es similar a una cebolla (con hojas). Es un fibroma de tejido conjuntivo.

Se llama filoides porque macroscópicamente parecen hojas de cebolla.

Son mucho menos frecuentes.

Actualmente es considerado un tumor benigno pero que en determinadas circunstancias puede recidivar localmente y dar lugar a metástasis. Por tanto diferenciamos entre formas benignas y otras formas con recidivas locales y metástasis.

### **Características del tumor filoides**

- Es menos frecuente que el fibroadenoma.
- La edad media de aparición es de 45 años. (mas mayores que la edad de fibroadenoma)
- *Presentan cápsula* y están bien delimitados.
- Está formado solamente por tejido fibroso (por eso se pensó que fuera una forma de evolución del fibroadenoma pero son tumores distintos)
- Pueden alcanzar gran tamaño (hasta 30cm), *siendo el tamaño indicador de malignidad.* Lo más importante es que:
  - Entre un 20% y un 50% de los tumores filoides presenta recidivas locales. *Por ello es importante la resección con márgenes amplios.*
  - Existe posibilidad de malignización. Aunque es infrecuente, puede dar metástasis ganglionares. Por eso vamos a distinguir tres variantes:

### **Clasificación**

- Benignos (60%). Tratamiento mediante enucleación porque esta bien delimitado.
- Limítrofes (15%). Tienen un mayor potencial de recurrencia local. Eucleación con margen de dos 2 cm.
- Malignos (25%). Deben researse como un cáncer.

Es difícil diferenciar unas formas de otras. Para ello podemos basarnos en lo siguiente:

- Calcificaciones (mamografía) y necrosis. No sirve actualmente para diferenciarlos.
- Número de mitosis e invasión de los márgenes. Estos parámetros sí son utilizados, pero sólo es posible su valoración intraoperatoria o con el análisis anatomopatológico, nunca antes.

*El tamaño también puede ser útil a la hora de estimar la malignidad.*

## **Diagnóstico**

Debe hacerse diagnóstico diferencial con el fibroadenoma masivo juvenil o gigante con AP.

- Exploración física. Palpación.
- Mamografía o ecografía. Ante la sospecha de un tumor filoides realizaremos una mamografía.
- Punción – aspiración – biopsia. Si la punción es positiva nos da el diagnóstico pero si es negativa hay que tener en cuenta que la citología tiene muchos falsos negativos.

Se dx antes por la mamografía q por la palpación. Es un tumor liso, no tan uniforme ni ovoideo como el fibroadenoma, morfología menos simétrica. Sin nódulos ni microcalcificaciones

En general los pasos son: inspección- mamografía- valoración de la pieza quirúrgica.

Como el tumor no tiene componente glandular, tras resecarlo la mama queda totalmente normal ; es como si extirpáramos un cuerpo extraño (no quedan deformidades, a no ser que sea muy grande).

## **Tratamiento**

El tratamiento es quirúrgico. Existe discusión en cuanto a la técnica:

- Se hace una resección con márgenes libres de 1-2cm (tumorectomía con márgenes).
- Una mastectomía simple sin limpieza axilar (porque no da mtx normalmente). Es más seguro pero quizás se trate de una opción exagerada.

Elegiríamos la técnica si supieramos antes de la cirugía si es benigno (haríamos una extirpación), limítrofe (extirpación con mayores márgenes de seguridad) o maligno (lo trataríamos como un carcinoma). Pero como no lo sabemos, en principio se realiza una extirpación con márgenes de seguridad.

## **Resultados tras la cirugía (lo sabemos con la AP postquirúrgica)**

	<b>Recidivas locales</b>	<b>Metástasis</b>
<b>Benigno</b>	8%	2%
<b>Limítrofe</b>	29%	9%
<b>Maligno</b>	36%	23%

Sin embargo, estos datos son cuestionables porque:

- Los tumores benignos bien diagnosticados se caracterizan por NO tener ni recidivas ni metástasis.
- Los tumores limítrofes pueden tener recidivas pero no mtx (solo los malignos).

Además es posible que las distintas variantes evolucionen entre ellas (pero no lo sabemos).

### **PAPILOMA INTRADUCTAL**

- Son poco frecuentes.
- Según el número pueden ser únicos o múltiples:
  - Únicos. Papiloma intraductal solitario en el interior de un galactóforo terminal.
  - Múltiples. Papilomatosis múltiple. En estos existe riesgo de degeneración; se tratan como si fueran una adenosis.

Porcentaje de benignos muy alto y raro de malignos.

- Se localizan al final de los conductos galactóforos, cerca de la areola.
- Se manifiesta con tumoración (a veces) y lo más **típico**: secreción serosanguinolenta espontánea por un sólo conducto y de un solo pezón.
- Su diagnóstico puede hacerse por la exploración. Palpar y comprobar la existencia de secreción serosanguinolenta exprimiendo el pezón.

Para confirmar el dx son útiles las pruebas de imagen: mamografía, ductografía y ductoscopia. En la ductografía (o galactografía) cateterizamos el conducto, rellenamos con contraste y veremos un stop en el conducto. También estará dilatado.

El tratamiento es quirúrgico: extirpación simple únicamente del conducto afectado. Debemos de localizar el conducto con la palpación ( al apretar con el dedo en muchas ocasiones sale liquido) y tras esto con pruebas de imagen mediante cateterización del conducto ( cistografía). Consiste en la resección del conducto galactóforo previa cateterización de éste. Se introduce un fiador y se va resecando guiándonos por él. Al extirpar el conducto se extrae también el tumor.

Tras la resección se valorará la anatomía patológica, que nos informará si es necesaria una cirugía más agresiva.

### **OTROS TUMORES BENIGNOS MENOS FRECUENTES**

- Hamartoma: tumor benigno muy poco frecuente, se piensa mas en malformación congénita que en tumoración.
- Lipoma: más frecuente. A la palpación se puede confundir con el fibroadenoma. El lipoma es maleable, se deja apretar (es grasa); el fibroadenoma es más consistente.

El lipoma no degenera nunca pero en la práctica, las mujeres acaban por extirpárselo por miedo a que se convierta en un proceso maligno.