

COMUNICACIÓN BREVE

Displasia mamaria, manifestaciones clínicas y algunos aspectos de su tratamiento actual

Breast dysplasia, clinical manifestations and some aspects of its current treatment

Dr. José Manuel Ricardo Ramírez

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se comunica brevemente lo más actual sobre los principales datos clínicos y terapéuticos de una de las enfermedades mamarias más frecuente en Cuba, con el objetivo de contribuir a mejorar los conocimientos de los profesionales, dada la experiencia adquirida por el autor en la Consulta de Mastología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba en sus 25 años de labor.

Palabras claves: mujer, displasia mamaria, estrógenos, progesterona, mastalgia, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The most current information on the main clinical and therapeutic data on one of the most frequent breast diseases in Cuba is briefly communicated, with the objective of contributing to improve the knowledge of professionals, given the experience acquired by the author in the Mastology Department of "Saturnino Lora Torres" Teaching Provincial Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba during his 25 years of work.

Key words: woman, breast dysplasia, estrogens, progesterone, breast pain, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La mama es un órgano de la estética femenina y una importante glándula que interviene en la lactancia materna. Como órgano "diana" de las hormonas del ovario, después de la edad puberal, una glándula con respuestas a las hormonas esteroideas cíclicas de las gónadas y las alteraciones de su ciclo ovárico conducen a la enfermedad fibroquística mamaria.¹

El término displasia mamaria es el más apropiado en el habla hispana cuando se tiene como evidencia la aplicación de una biopsia, los resultados anatomopatológicos y la presencia de cambios celulares en su arquitectura; mientras que enfermedad fibroquística es la tercera de las fases por las que transita esta afección en su evolución clínica.

Las displasias mamarias constituyen las afecciones más frecuentes de la mama durante la etapa de la madurez sexual, como consecuencia, la mayoría de las veces, de trastornos hormonales, los estrógenos y la progesterona que conducen a cambios persistentes en la unidad ductolobulillar, tanto en el componente epitelial como en el conjuntivo propio.²

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y OTROS ASPECTOS DE INTERÉS

Se caracteriza por eventos inflamatorios y cambios histológicos proliferativos de la mama, tales como quistes, metaplasias apocrinas, hiperplasia conjuntiva, ectasia ductal e hiperplasia epitelial. Puede estar en fase 1 o fase de producción o desaparición; en fase 2, aquellas que no regresa posmenopáusicamente, o en fase 3, cuando la enfermedad está establecida sin dolor o fluctuaciones, con cambios irreversibles permanentes.³

Generalmente, una afección mamaria dolorosa y sin tumor mamario palpable, orienta hacia un trastorno funcional benigno; sin embargo, el cáncer de mama en su variante inflamatoria puede presentarse con dolor, de manera que a cualquier dolor mamario hay que prestarle la importancia que se merece.

Existe una primera fase de la enfermedad, caracterizada por tumefacción, mastodinia o dolor, que para los anglosajones es el ANDI (*Aberration of normal development and involution*). Esta es la más frecuentemente diagnosticada en las consultas y responden muy bien al uso de analgésicos no esteroides como el ibuprofeno y el naproxeno, a las restricciones dietéticas en cuanto al consumo excesivo de las metilxantinas, té negro, chocolate, así como de las tiraminas y alimentos ricos en grasa animal como la mantequilla y el queso, por citar algunos. Esta fase quizás se pueda apoyar con sedantes ligeros para calmar algo el estado ansioso de estas pacientes, así como también con el uso de sostenedores ajustados para evitar la posición péndula de la mama que hace que duela más. Aunque se ha intentado considerar a la displasia mamaria como uno de los factores de riesgo de cáncer mamario subsecuente, solo las variantes en las cuales se demuestra proliferación epitelial (especialmente con atipia), representan factores reales de riesgo.⁴

Existen 3 teorías para explicar el desarrollo de la displasia mamaria:⁵

a) Teoría endocrina: se basa en la alteración de la relación estrógeno- progesterona, sea por el aumento real de los estrógenos o por una disminución de los valores circulantes de progesterona. Dicha alteración, al actuar sobre un lobulillo genéticamente predispuesto, desencadena tanto los cambios histológicos como la sintomatología. En las pacientes con aumento de la proliferación epitelial, se demostró la presencia de mayores niveles de receptores estrogenitos.

b) Teoría neuroendocrina: de acuerdo con esta, las situaciones crónicas de estrés aumentan los péptidos opioides que disminuyen el tono dopaminérgico, con la consiguiente elevación de los niveles de prolactina. Al aumentar esta última, aumentan los niveles de progesterona, que a su vez causa mayor producción de estrógenos que acrecientan la secreción de prolactina, con lo que se crea un círculo vicioso.

c) Teoría bioquímica: el consumo exagerado de metilxantinas (té, café, chocolate, bebidas colas), de nicotina y de tiraminas (carne procesadas, hongos, quesos fermentados, vino), aumenta las catecolaminas circulantes, las que actúan directamente sobre los receptores beta de las células mamarias.

Las displasias cíclicas afectan a mujeres entre los 20 y 50 años, en relación con sus ciclos menstruales, se ven afectadas ambas mamas y son influenciadas por las hormonas, de manera que es posible un tratamiento hormonal. El factor endocrino participa en su génesis, donde el efecto de los estrógenos y la prolactina es proliferativo; el de la progesterona, adverso. Actualmente hay controversia con respecto al efecto de esta última.

Las displasias no cíclicas, afectan una sola mama, sin una causa identificada y no sufren cambios cíclicos; mientras que las cíclicas representan un grupo de alteraciones que afectan a mujeres desde la pubertad hasta la menopausia (cuadro).

Entre las displasias mamarias cíclicas figuran la mastodinia, la adenosis y la enfermedad fibroquística; entre las no cíclicas, el fibroadenoma, la hiperplasia lobulillar simple, la hipertrofia virginal, la ectasia ductal, la fibrosis, la papilomatosis displásica y el adenoma o papilomatosis florida del pezón.⁶

Cuadro. Comparación entre la displasia cíclica y la no cíclica

Displasias cíclicas	Displasias no cíclicas
- Afectan a la mujer bien reglada	- Afectan a cualquier mujer
- Son bilaterales	- Son unilaterales
- Son difusas	- Son focalizadas
- Más en el premenstrual	- No se acentúan en el premenstrual
- Son cíclicas	- No sufren cambios cíclicos
- Son de frecuente causa hormonal	- No tienen una causa definida
- Responden al tratamiento médico	- No responden al tratamiento médico

En el curso del diagnóstico de esta enfermedad mamaria, no se concibe la no realización de una biopsia en cualquiera de las formas, ya sea aspirativa o BAAF, por ponche o incisional, pues al tratarse de una entidad clínica que provoca cambios celulares, a partir de los resultados se pauta la conducta a seguir. De ahí que a continuación se detallan algunos de los tratamientos actuales más usados.

Síntesis terapéutica

El primer paso es lograr quitar el temor del cáncer (cancerofobia) a la paciente y clasificar en la fase en que se encuentra. Si se trata de mastodinia, adenosis o enfermedad fibroquística, se indica una dieta rica en alimentos antioxidantes y se suprime la ingestión de té, café (con doble acción ansiolítica y congestiva) y chocolate; asimismo, desde el punto de vista terapéutico se indica lo siguiente:⁷

1. Vitaminas A, E y B6: del 15 al 30 de cada ciclo, durante 4-6 meses, con resultados inciertos. La vitamina A, por su actividad regeneradora de los tejidos; la E, por su probable acción sobre la esclerosis del colágeno en pacientes premenopáusicas y la B6, por su acción antiproláctina.
2. Analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos): durante 10 días, en relación con la intensidad de los síntomas, luego suspender.
3. Diuréticos: podrían ser útiles dada la retención hídrica que se produce en la segunda mitad del ciclo en afección (sobre todo en la adenosis).

4. Tamoxifeno: 10 mg del día 5 al 25 durante 3 meses y repetir a los 6 meses, solo si hay cambios muy proliferativos o atipia, con seguimiento estricto del endometrio por ecografía transvaginal.
5. Bromocriptina: inhibe la secreción de prolactina y estimula los receptores dopaminérgicos. La incidencia moderada de hiperprolactinemia en pacientes con mastopatía, justifica su empleo. La dosis es de 5 mg/día, hasta el alivio de los síntomas si se demuestra hiperprolactinemia.
6. Danazol: antiprogestacional, antiestrogénico, antigonadotrópico, mejora el dolor y la tensión mamaria en pacientes con tratamiento por endometriosis. La dosis es de 100-200 mg/día durante 3 meses.
7. Fonoforesis con crema de heparina sódica: aplicar 15 secciones en días alternos para mejorar el drenaje linfático de la mama hacia las axilas.
8. Uso de homeopatía con plantas del género *Phytolacca* a 30 CH (3 gotas sublinguales 2 veces al día). Es capaz de detener el proceso de formación quística y nodular.^{8, 9}
9. Aplicar peloides tópicos en las mamas (durante 30 minutos, 3 veces por semana), tibios y energizados al sol.
10. Administrar tabletas de Vimang (300 mg, 3 veces al día) en forma de ciclos cada 3 meses.¹⁰
11. Aplicar acupuntura seriada para mejorar la mastalgia.

El tratamiento quirúrgico solo es para masas añadidas sobre zonas de una mama afectada de displasia, con cambios en su consistencia local, pero debe estar bien localizada y con biopsia aspirativa previa.

CONCLUSIONES

La displasia mamaria o enfermedad fibroquística de la mama, dada su elevada frecuencia en este territorio, constituye un problema de salud importante para la mujer actual, ya que siempre se acompaña de elevados niveles de estrés, ansiedad y un consumo considerable de medicamentos, así como de múltiples prescripciones médicas en busca de una mejoría rápida. Con esta secuencia y clasificación se puede iniciar el tratamiento y seguimiento de esta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gervas J, Pérez Fernández M. Protección de los pacientes contra los excesos y daños de las actitudes preventivas. Tratado de Medicina de Familia e Comunidade. Sao Paulo: SBMFC; 2012.
2. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 3 Jun 2013];25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300020&script=sci_arttext

3. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, O'Meara ES, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012;156(9):635.
4. Cantero Ronquillo A, Mederos Curbelo O, Romero Díaz C, Barreras Ortega JC, Peralta Hernández A, Gómez Cabrera E, et al. Importancia de la información en el control de los síntomas de la displasia mamaria *Rev Cubana Cir.* 2008 [citado 3 Jun 2013];47(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000200003
5. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. Ginebra: OMS; 2009.
6. Srivastava A, Mansel R, Arvind N, Prasad K, Dhar A, Chabra A. Evidence based management of mastalgia. *Breast.* 2007;16:503-12.
7. Sánchez V. Hábitos alimentarios y cáncer. *Infomed. Red Telemática de Salud en Cuba* [citado 3 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/nutricion/temas.php?idv=7690>
8. Casadevall Galán IM, Castillo Naranjo IM, Guerra Fernández RI, Rojas Gisbert MI. Aplicación de la medicina tradicional a un grupo de mujeres con displasia mamaria. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002;28:3.
9. Steinberg LH. Tratamiento homeopático de las displasias mamarias. 2006 [citado 3 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=625>
10. Ricardo JM, Ferrer M, Perdomo D, Lemus Z. Aplicación de tabletas Vimang en el tratamiento de pacientes con displasias mamarias. *MEDISAN.* 2005 [citado 3 Jun 2013];9(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_4_05/san09405.htm

Recibido: 12 de marzo de 2013.

Aprobado: 19 de marzo de 2013.

José Manuel Ricardo Ramírez. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: jricardo@medired.scu.sld.cu