



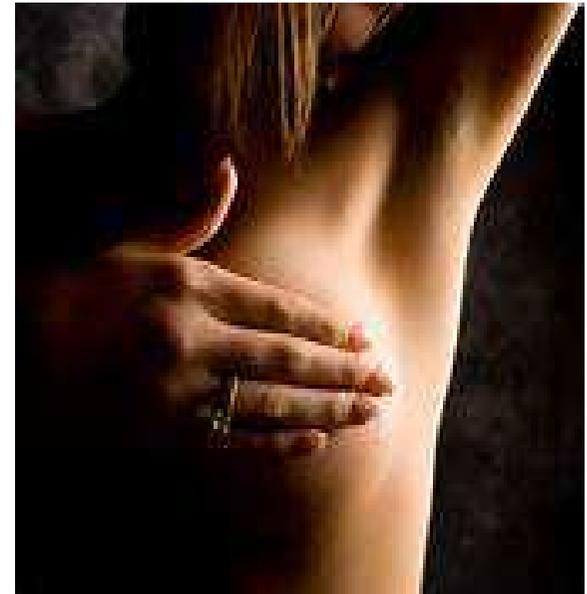
# **MANEJO DEL FIBROADENOMA Y DE LA PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA**

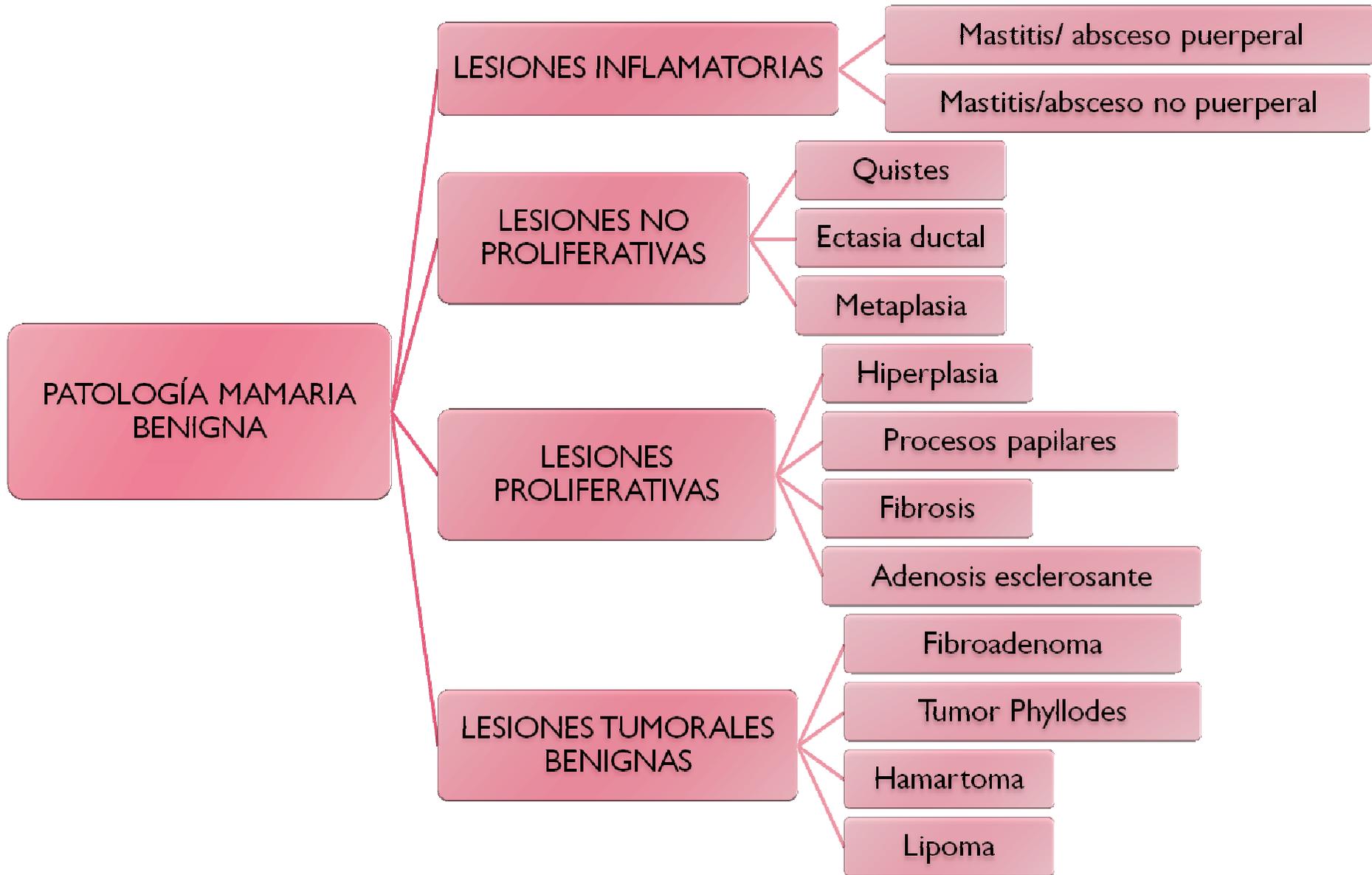
**Rosario Pérez Legaz**  
**Servicio de Obstetricia y Ginecología. HUSL.**

# PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA

---

- ▶ La patología mamaria benigna es, a menudo, infradiagnosticada.
- ▶ Malignización no se asocia habitualmente con condiciones benignas.
- ▶ El manejo de la patología mamaria benigna depende de su diagnóstico exacto.
- ▶ El conocimiento de las condiciones patológicas benignas de la mama está creciendo.
- ▶ La mayoría de la patología mamaria benigna no precisará manejo quirúrgico.







# LESIONES INFLAMATORIAS

## PUERPERAL

**MASTITIS:** 1-24% lactantes.

- *S.Aureus*.
- Rubor, calor, dolor, fiebre.
- Tto
  - + ATB: Cloxacilina, Amoxi-clav, eritromicina.
  - + Calor, frío, restricción hídrica, analgésicos, antitérmicos,
- **NO SUSPENDER LACTANCIA**, solo si bilateral o muy extensa.
- si persiste fiebre o MEG: Hemocultivo.
- Estudio citológico, cultivo, antibiograma.

**ABSCESO:** 5-11% de las mastitis.

- PAAF evacuador ecoguiado/ desbridam. Qx
- **SUSPENDER LACTANCIA.**

## NO PUERPERAL

**TABACO: ASOCIACIÓN IMPORTANTE. RECURRENCIAS X15**

**ABSCESOS CENTRALES:**

- Tratamiento más difícil, recurre 25-40%. 1/3: fístula cutánea.
- Flora mixta (*Staphylococcus* y *Streptococcus*) +/- anaerobios.
- Tto:
  - + Clindamicina ( $\geq 2$  semanas). Si no cede: Ca Inflamatorio ??.
  - + Desbridamiento Qx
  - + Drenaje percutáneo ecoguiado.
- Mx en  $> 35$  a.

**ABSCESOS PERIFÉRICOS:**

- Menos frecuente.
- Asociación a enf crónicas: DM, AR.
- *S. Aureus*



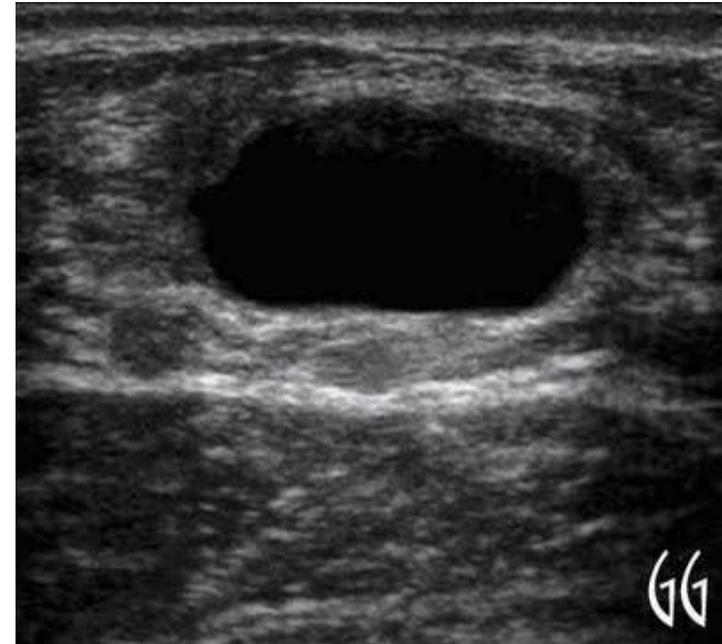
**Mastitis puerperal en diferentes etapas**



# LESIONES NO PROLIFERATIVAS

## QUISTES SIMPLES

- ▶ Clínica: nódulos bien delimitados, móviles, redondos u ovalados.
- ▶ 1/3 mujeres 30-50 años.
- ▶ Mx: imagen nodular bien delimitada.
- ▶ ECO: ausencia de ecos en su interior.
- ▶ PAAF: si dolor o gran tamaño.
- ▶ **NO AUMENTA RIESGO CA DE MAMA**  
**(=CONTROL Q LA POBLACIÓN GRAL).**



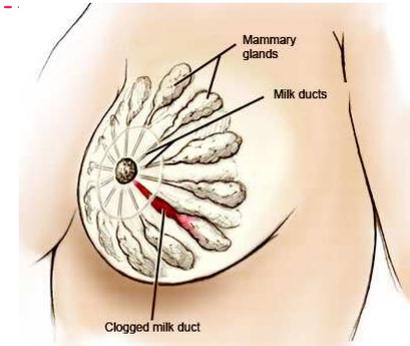
## QUISTES COMPLEJOS O HABITADOS

- ▶ Quistes con paredes gruesas, tabiques gruesos, contenido heterogéneo.
- ▶ Se recomienda biopsia y exéresis quirúrgica.
- ▶ Quistes complejos aspirados con citología negativa en pacientes asintomáticas: se puede valorar control con prueba de imagen a los 6 meses en lugar de cirugía.



## ECTASIA DUCTAL

- ▶ Dilatación de los ductos (>3mm) subareolares.
- ▶ Mujeres perimenopáusicas: 40-60 a.
- ▶ Etiología desconocida.
- ▶ **NO AUMENTA RIESGO CA DE MAMA (=CONTROL Q LA POBLACIÓN GRAL).**



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

## METAPLASIA APOCRINA O ESCAMOSA.

- ▶ **APOCRINA:** Células ductales o lobulillares con características de células de gl. Sudoríparas apocrinas.
- ▶ **ESCAMOSA:** células ductales o lobulillares como células de epitelio escamoso. Presentación frecuente como cambio reparativo (post-inflamatorio/ post-biopsia)
- ▶ **NO AUMENTA RIESGO CA DE MAMA (=CONTROL Q LA POBLACIÓN GRAL).**



# LESIONES PROLIFERATIVAS

## HIPERPLASIA EPITELIAL SIN ATIPIAS

- ▶ Incremento en el número de células epiteliales en los lobulillos (hiperplasia lobulillar) o el sistema ductal (hiperplasia ductal).
- ▶ **LIGERA: NO AUMENTA RIESGO CA DE MAMA (=CONTROL Q LA POBLACIÓN GRAL).**
- ▶ **MODERADA O INTENSA: RIESGO LIGERAMENTE AUMENTADO DE CA DE MAMA: Mx Y/O ECO ANUAL**

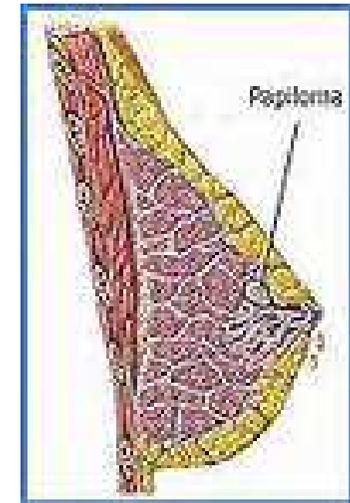
## HIPERPLASIA EPITELIAL CON ATIPIAS

- ▶ Tratamiento Qx conservador (teniendo en cuenta bilateralidad y multifocalidad).
- ▶ Control clínico y Mx anual.
- ▶ **RIESGO MEDIANAMENTE AUMENTADO DE CA DE MAMA (x4-5)**



## PROCESOS PAPILARES

- ▶ Clínica: derrame seroso/sanguinolento por el pezón. + frec unilateral, perimenopausia.
- ▶ Diagnóstico:
  - ▶ **Mx:** asimetría densidad.
  - ▶ **Eco:** masa ovoidea sólida + dilatación ductal.
  - ▶ **Citología:** baja sensibilidad detección ca de mama.
  - ▶ **Galactografía:** Alto VPP en Dco de lesiones intraductales, baja sensibilidad.
  - ▶ **Ductoscopia:** herramienta prometedora para localización.
  - ▶ **Exéresis ducto:** GOLD ESTÁNDAR (Dx histológico definitivo)
- ▶ Tto: Qx
- ▶ **RIESGO LIGERAMENTE AUMENTADO DE CA DE MAMA: Mx Y/O ECO ANUAL: >1cm, >3 cm del pezón, > 50 años.**



<b>Adenoma del pezón</b>		
Papiloma solitario	Rara malignización	Exéresis local
Papiloma múltiple	Excepcional malignizac.	Exéresis local
<b>Papilomas intracanaliculares</b>		
Papiloma solitario	No evidencia malignizac.	Exéresis local
<b>Papilomas múltiples</b>		
<b>Adultos</b>	<b>Forma tumor, relac. Adenocarcinoma.</b>	<b>Exéresis local amplia. Recidiva: valorar mastectomía</b>
Juveniles	No relac adenocarcinoma	Exéresis local.
<b>Papilomatosis</b>		
Adenosis papilar, hiperplasia epitelial	No forma tumor. No malignización.	Exéresis local.
<b>Papilomatosis intraquística</b>		
P. Únicos o múltiples	Excepcional malignizac.	Exéresis local
Hiperplasia papilomatoide apocrina	No malignización	Exéresis local



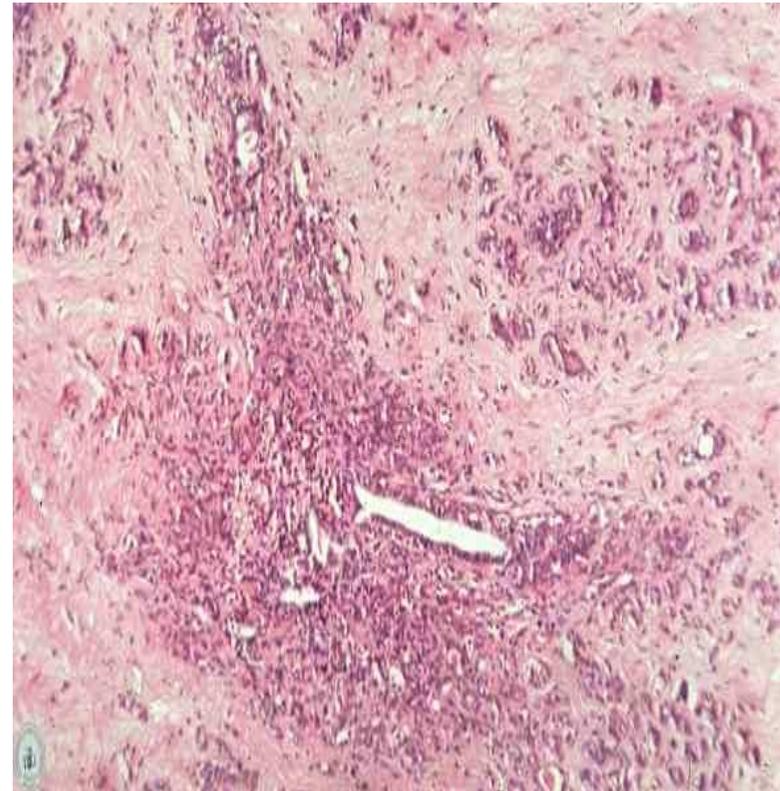
## FIBROSIS

- ▶ ↑ cantidad de tejido conjuntivo fibroso en el estroma mamario.
  - > proporción fibras colágenas,
  - < proporción células y vasos.
- ▶ Secundaria a procesos inflamatorios.
- ▶ Control clínico.
- ▶ Tendencia a recidiva tras Qx.
- ▶ **NO AUMENTA RIESGO CA DE MAMA (=CONTROL Q LA POBLACIÓN GRAL).**



## ADENOSIS ESCLEROSANTE

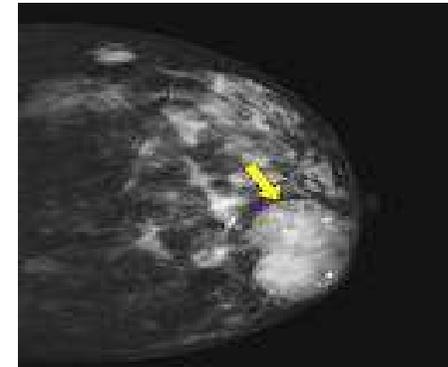
- ▶ Tipo especial de adenosis: lobulillos de >tamaño distorsionados por tejido fibroso de apariencia cicatricial.
- ▶ Presentación como una masa o distorsión en la arquitectura.
- ▶ Mx: posibles calcificaciones.
- ▶ Biopsia: diagnóstica.
- ▶ **RIESGO LIGERAMENTE AUMENTADO DE CA DE MAMA: Mx Y/O ECO ANUAL**



# LESIONES TUMORALES BENIGNAS

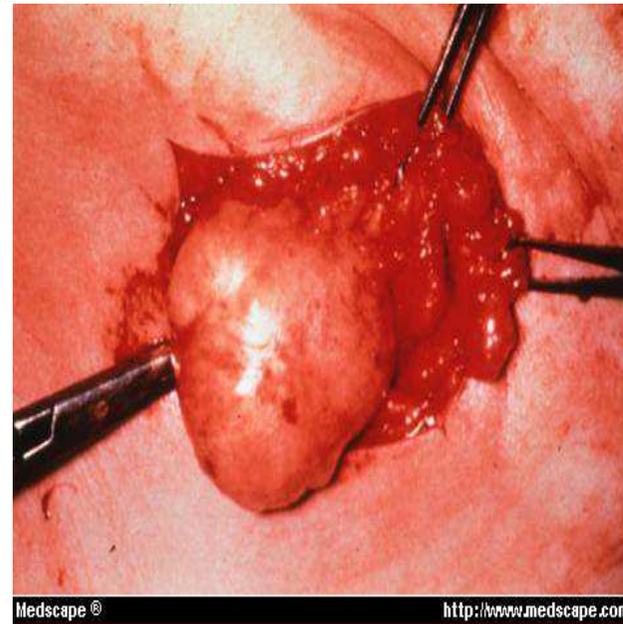
## FIBROADENOMA

- ▶ Tumor mamario más frecuente.
- ▶ Estrógeno dependiente.
- ▶ Variedades:
  - ▶ **Gigante:** > 5 cm.
  - ▶ **Juvenil:** adolescentes, crecimiento rápido.
  - ▶ **Complejo:** asociación de quistes > 3 cm, adenosis esclerosante, calcificaciones epiteliales, cambios papilares apocrinos.
- ▶ Diagnóstico:
  - ▶ **Expl:** nódulo redondeado, duro, móvil, bien delimitado.
  - ▶ **Rx:** bien delimitado, homogéneo en Eco. Menopausia: calcificación en “palomitas de maíz”.
  - ▶ **PAAF:** confirma Dco.



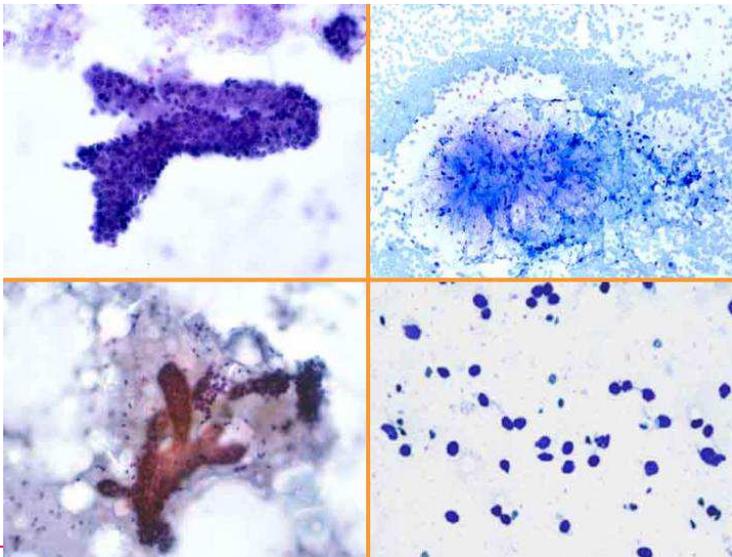
## FIBROADENOMA: MANEJO

- ▶ **CONDUCTA EXPETANTE:** Control c/6 meses 1º año y anual durante 2 años.
  - ▶ Pacientes jóvenes.
  - ▶ Pequeño tamaño.
  - ▶ Conocidos y controlados sin cambios.
- ▶ **TTO QUIRÚRGICO:**
  - ▶ Duda diagnóstica.
  - ▶ Tamaño > 2 cm
  - ▶ Cancerofobia.
  - ▶ Sintomático.
  - ▶ Postmenopausia.
  - ▶ Hª familiar ca de mama.
- ▶ ***Fibroadenomas múltiples: biopsia del nódulo predominante y seguimiento clínico posterior.***

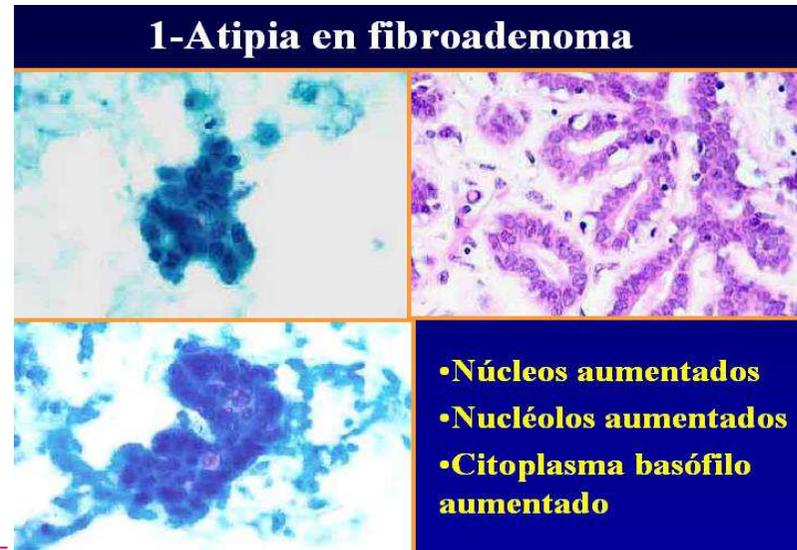


## FIBROADENOMA Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

- ▶ FIBROADENOMA SIN HECHOS COMPLEJOS: **NO AUMENTA RIESGO CA DE MAMA (=CONTROL Q LA POBLACIÓN GRAL).**

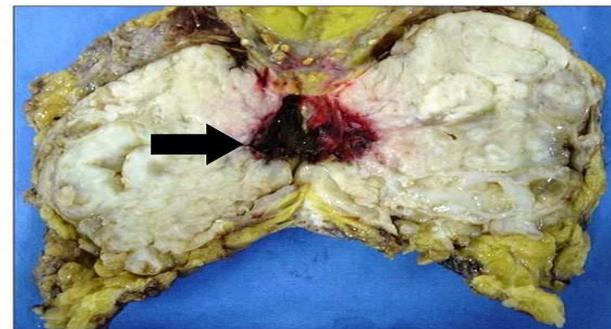
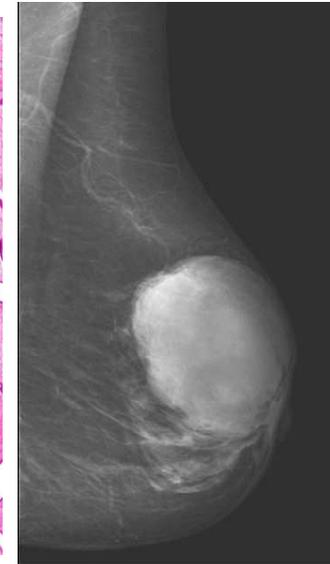
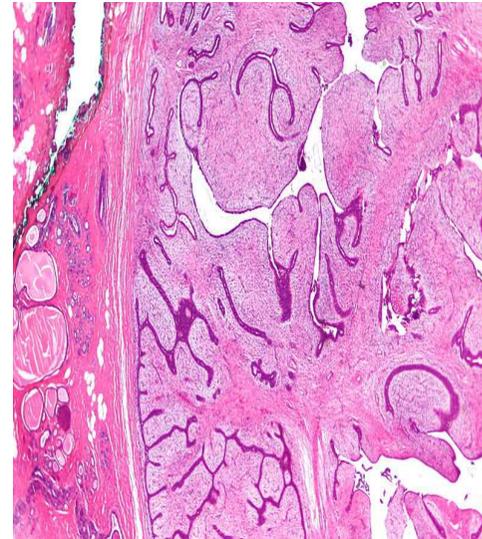


- ▶ FIBROADENOMAS COMPLEJOS (asociación de otros cambios histológicos): **RIESGO LIGERAMENTE AUMENTADO DE CA DE MAMA: Mx Y/O ECO ANUAL**



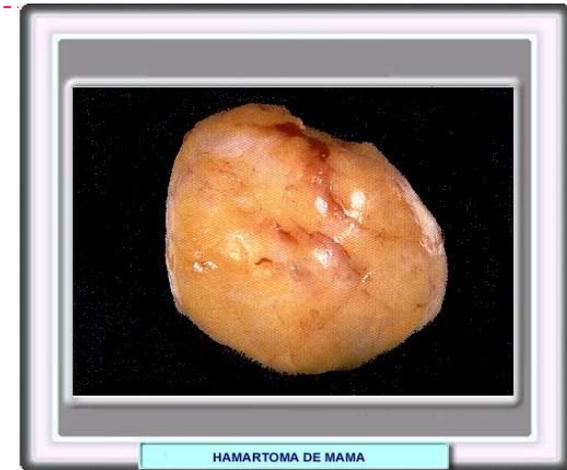
## TUMOR PHYLLODES

- ▶ Proliferación mixta epitelial y estromal.
- ▶ Clasificación:
  - ▶ Benigno, borderline, maligno.
- ▶ Dx histológico.
- ▶ Pueden alcanzar gran tamaño.
- ▶ Tratamiento:
  - ▶ Quirúrgico con bordes amplios
- ▶ Tiende a recidivar.
- ▶ **TUMOR PHYLLODES MALIGNO**
  - ▶ Gran agresividad local y metástasis hematógenas.
  - ▶ Edades más tardías: 35-55 a.
  - ▶ Crecimiento rápido.
  - ▶ Tto: EXÉRESIS CON MÁRGENES Y SEGUIMIENTO CLÍNICO-RADIOLÓGICO.



## HAMARTOMA

- ▶ Clínica: masa palpable bien definida de características benignas.
- ▶ Mismos componentes que la mama normal, móvil.
- ▶ Se aconseja extirpación.



## LIPOMA

- ▶ Tejido adiposo rodeado de tejido conjuntivo que los delimita.
- ▶ Expl: blando, bien delimitado, móvil.
- ▶ Dco: imagen + PAAF.
- ▶ Exéresis si:
  - ▶ Molestan.
  - ▶ Gran tamaño, deformidad mama.
  - ▶ Duda diagnóstica



# MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA

---

- ▶ Mujeres de 35-50 a. Hª de mastodinia cíclica. Hormonodependiente.
- ▶ Entidades clínicas:
  - ▶ **PREDOMINIO FIBROSO:**
    - ▶ 20-30 a. Clínica + frec: Hinchazón y dolor premenstrual (s/t CSE).
  - ▶ **PREDOMINIO EPITELIAL:**
    - ▶ Adenosis: 35-50 a. ADENOSIS ESCLEROSANTE, CICATRIZ RADIAL
    - ▶ Hiperplasia epitelial
  - ▶ **PREDOMINIO QUÍSTICO:**
    - ▶ 45-50 a. Desequilibrio estrógenos progesterona.
    - ▶ Expl: Nódulos s/t en CSE. Mx, Eco, pneumoquistografía.
    - ▶ Dco diferencial: ca de mama, fibroadenoma, ectasia ductal.
  - ▶ **MIXTA o ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA:**
    - ▶ 30-50 a. lesión dura focal o difusa. Dco por AP (fibrosis, proliferación epitelial, adenosis, quistes..)



SIN INCREMENTO DEL RIESGO	PEQUEÑO INCREMENTO (RR 1,5-2)	INCREMENTO MODERADO (RR 4-5)
<p>REVISIONES Y CONTROLES IGUALES QUE EN LA POBLACIÓN GRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fibroadenoma simple (y otros tumores benignos).</li> <li>- Lesiones traumáticas.</li> <li>- Infecciones.</li> <li>- Ectasia ductal.</li> <li>- Cambios fibroquísticos: quistes, fibrosis, adenosis NO esclerosante.</li> <li>- Fibrosis secundaria a mastopatía diabética.</li> <li>-Metaplasia escamosa/apocrina</li> </ul>	<p>INDIVIDUALIZAR CONSIDERANDO FACOTRES DE RIESGO: SEGUIMIENTO VS ESCISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hiperplasia ductal moderada o intensa sin atipias.</li> <li>- Fibroadenoma complejo.</li> <li>-Papiloma o papilomatosis.</li> <li>- Adenosis esclerosante.</li> <li>- Cicatriz radial.</li> </ul>	<p>INDICACIÓN QUIRÚRGICA + SEGUIMIENTO (Mx/ECO ANUAL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hiperplasia ductal atípica.</li> <li>- Hiperplasia lobulillar atípica.</li> </ul>





**GRACIAS POR  
VUESTRA  
ATENCIÓN**

