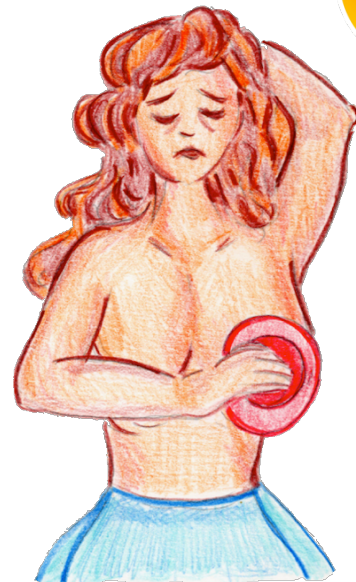




MASTALGIA

El dolor de mamá, o mastalgia, es una consulta muy frecuente en ginecología. Aproximadamente el 70% de las mujeres lo experimentan en algún momento de su vida. De ellas, el 40% reportan un impacto negativo en su salud sexual o calidad del sueño, y entre el 10-15% requieren intervención médica en alguna ocasión.

La mastalgia es más frecuente en mujeres de mayor edad, con mamas grandes o con baja actividad física. En contraste, su incidencia es menor en mujeres asiáticas (alrededor del 5%), posiblemente por diferencias en la densidad mamaria o factores genéticos y dietéticos.



RELACIÓN CON EL CÁNCER

Las pacientes suelen asociar el dolor mamario con el cáncer de mama, pero debemos explicar a nuestras pacientes que este síntoma es poco frecuente en dicha enfermedad (<2 % de los casos). Estudios muestran que las mujeres con mastalgia aisladas tienen un riesgo de cáncer de mama similar al de la población general sin dolor, lo que subraya la importancia de tranquilizarlas tras una evaluación adecuada.

MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA

El término "mastopatía fibroquística" se usó históricamente para describir mamas con nodularidad y dolor cíclico, pero carece de una base anatomopatológica definida. Dado que estos hallazgos son comunes y no implican una enfermedad específica, las guías actuales (como las de ACOG) desaconsejan su uso, favoreciendo descripciones más precisas según la etiología.

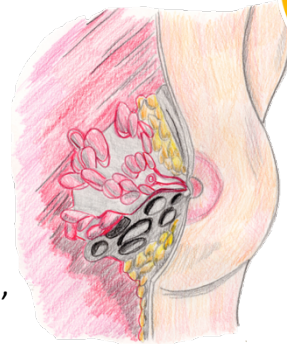
CLASIFICACIÓN

Podríamos clasificar la mastalgia de la siguiente manera:

DOLOR CÍCLICO: Representa el 65-70 % de las mastalgias y está relacionado con el ciclo menstrual, especialmente la fase lútea. Es generalmente bilateral, más intenso en los cuadrantes superoexternos, y se asocia a fluctuaciones hormonales: los estrógenos estimulan el epitelio ductal y la progesterona el estroma mamario. Los anticonceptivos hormonales o la terapia hormonal sustitutiva (THS) también pueden desencadenarlo.

DOLOR NO CÍCLICO: Menos frecuente (25-30%), suele ser unilateral y puede ser constante o intermitente. Está más asociado a causas específicas, como:

- Mamas grandes y ptósicas (estiramiento de ligamentos de Cooper).



- Quistes mamarios (frecuentes en mujeres premenopáusicas).
- Ectasia ductal.
- Mastitis o abscesos.
- Embarazo.
- Tromboflebitis superficial (enfermedad de Mondor).
- Cáncer inflamatorio de mama (raro, pero presenta mama sensible, firme, con piel engrosada, enrojecida y "piel de naranja").
- Medicamentos: hormonoterapia, antidepresivos (ISRS), agentes cardiovasculares (digoxina, espironolactona) o antibióticos (metronidazol).

Aunque se han vinculado dietas ricas en grasas saturadas, tabaquismo y cafeína con la mastalgia, la evidencia de que su eliminación reduzca el dolor es limitada y controvertida.

DOLOR EXTRAMAMARIO: Puede superar en frecuencia a la mastalgia verdadera. La innervación mamaria (ramas intercostales T3-T5) explica que irritaciones en la pared torácica, columna o vísceras se perciben como dolor mamario. Las causas incluyen:

- Musculoesqueléticas: lesiones del pectoral mayor, costo-condritis (o síndrome de Tietze).
- Traumáticas: fracturas costales, cicatrices posquirúrgicas.
- Viscerales: reflujo gastroesofágico, colelitiasis o patología pulmonar.

DIAGNÓSTICO

Para un correcto diagnóstico es imprescindible una buena historia clínica y buena exploración, que incluya la axila y la expresión del pezón para descartar telorrea o telorragia.

Para descartar que el dolor sea realmente de la pared torácica, se puede pedir a la mujer que se tumbé de costado para valorar de nuevo con la mama desplazada. De igual manera, para descartar que el dolor esté causado por una lesión en el pectoral, se puede pedir a la mujer que apoye la palma de la mano en la cara externa del muslo y apriete hacia dentro.

Se deben solicitar pruebas de imagen ante cualquier hallazgo sospechoso: presencia de una masa subyacente, cambios en la piel, secreción sanguinolenta por el pezón, retracción del mismo, adenopatías...

Las mujeres que tienen dolor de mama, pero ningún hallazgo sospechoso, tienen el mismo riesgo de tener un cáncer de mama que aquellas que no tienen dolor, por lo que las pruebas de imagen podrían soslayarse. Sin embargo, la realidad es que muchos ginecólogos solicitamos estas pruebas con el propósito de aliviar la ansiedad de la paciente, ya que descartar malignidad es en muchas ocasiones lo que motiva a la paciente a acudir al médico, más que el propio dolor.

En algunas guías de actuación proponen la realización de pruebas de imagen en las mastalgias NO cíclicas o en las que el dolor sea unilateral o focal.

En general, la prueba de imagen preferida es la ecografía en mujeres de menos de 30 años y la mamografía o una combinación de ambas en las mayores de 30.



TRATAMIENTO

Tras descartar malignidad, el 70-80 % de los pacientes no requieren otro tratamiento. Si es necesario:

- **Primera línea:** AINE orales (ibuprofeno) o tópicos (diclofenaco en gel), efectivos en ensayos para dolor leve-moderado.
- **Sostén:** los sujetadores bien ajustados o deportivos reducen el dolor relacionado con el movimiento, especialmente en mamas grandes.
- **Modificaciones hormonales:** suspender o ajustar anticonceptivos/THS si se sospecha relación temporal.

Segunda línea (dolor severo o incapacitante):

- **Tamoxifeno** (10 mg/día, 3-6 meses): eficaz en mastalgia cíclica, pero con efectos adversos (sofocos, riesgo tromboembólico).
- **Danazol** (100-200 mg/día): reduce el dolor, aunque su uso está limitado por efectos androgénicos (acné, hirsutismo). Ambos se reservan para casos refractarios tras evaluación de riesgos-beneficios.

Terapias complementarias:

- Aceite de onagra (3 g/día): estudios muestran beneficio marginal, similar al placebo.
- Vitamina E (400 UI/día): sin evidencia sólida.
- Reducción de cafeína o grasas: no respaldada por ensayos robustos.
- *Agnus castus* (vitex): prometedor en estudios pequeños para dolor cíclico, con buena tolerabilidad.
- Bromocriptina (2,5-5 mg/día): eficaz, pero desaconsejada por efectos adversos (náuseas, mareos).

Dolor cíclico relacionado con el ciclo menstrual: además de las medidas anteriores, se ha planteado el uso de diuréticos en casos donde la retención hídrica exacerbe el dolor durante la fase lútea. La espironolactona (25-100 mg/día), un diurético ahorrador de potasio con propiedades antiandrogénicas, ha mostrado beneficios en estudios pequeños, especialmente en mujeres con sensibilidad mamaria premenstrual marcada o edema asociado. Sin embargo, la evidencia es limitada y su uso debe valorarse frente a posibles efectos adversos (hipotensión, hiperpotasemia) y la necesidad de monitorización. No se recomienda como tratamiento de rutina, sino como alternativa en casos seleccionados tras fallo de AINE o soportes.

Diuréticos de asa (como furosemida) o tiazidas no se recomiendan, ya que su beneficio no está demostrado y el riesgo de desequilibrio electrolítico supera los posibles efectos.

Terapia psicológica: en casos persistentes, la evaluación psicológica puede ser útil, ya que la ansiedad o el estrés amplifican la percepción del dolor. La acupuntura y la fisioterapia torácica han mostrado beneficios preliminares en dolor extramamario.

El dolor de mama asociado al **síndrome premenstrual** lo desarrollamos en el tema correspondiente.



CONCLUSIÓN

La mastalgia es una consulta frecuente que afecta al 70% de las mujeres en algún momento, siendo mayoritariamente cíclica y benigna. Aunque rara vez se asocia al cáncer de mama, requiere una evaluación clínica cuidadosa para descartar patologías subyacentes y tranquilizar a la paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- Goyal A. Breast pain. BMJ Clin Evid [Internet]. 2019 [citado 2025 Mar 29];2019:0812.
- Kataria K, Dhar A, Srivastava A, Kumar S, Goyal A. A systematic review of current understanding and management of mastalgia. Indian J Surg. 2014 Jun;76(3):217-22. doi: 10.1007/s12262-013-0813-8.
- Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc. 2004 Mar;79(3):353-72.
- Golshan M, La Sección E, Chagpar AB, Chen W. Dolor de mama. UpToDate [actualizado 2024 29 de marzo].



AulaGinecología.com