



PATOLOGÍA NO PROLIFERATIVA DE LA MAMA

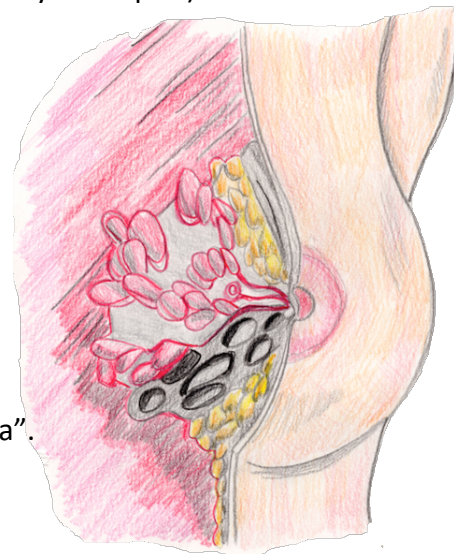
Aproximadamente la mitad de las mujeres experimentarán a lo largo de su vida un bulto mamario no canceroso. En este capítulo nos centraremos en la patología no proliferativa de la mama. Las lesiones no proliferativas, por definición, no conllevan un riesgo aumentado de carcinoma de mama. El diagnóstico diferencial con técnicas de imagen (ecografía y mamografía) es fundamental para confirmar su carácter benigno y evitar intervenciones innecesarias.

*(En un apartado independiente abordamos la patología proliferativa, con y sin atipias).

MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA

Los cambios fibroquísticos constituyen la condición mamaria benigna más frecuente en las mujeres. Se denomina mama fibroquística a aquella que presenta densidad, múltiples nódulos y dolor asociado a fluctuaciones hormonales. Sin embargo, este término engloba diversas entidades y abarca un amplio espectro histológico, lo que lo hace poco útil como diagnóstico clínico específico.

*Los fibroadenomas se estudian en el capítulo de “patología proliferativa”.



QUISTES SIMPLES

Representan aproximadamente una cuarta parte de los bultos mamarios benignos, siendo muy prevalentes. Son más comunes entre los 35 y los 50 años y se caracterizan por ser masas redondeadas u ovoideas, móviles y llenas de líquido. Pueden aparecer súbitamente y crecer con rapidez, causando dolor en algunos casos.

Los quistes simples no aumentan el riesgo de carcinoma de mama y no requieren tratamiento si son asintomáticos. La aspiración puede considerarse en casos sintomáticos para aliviar el dolor o confirmar el diagnóstico. Los quistes complejos (con septos, paredes gruesas o componentes sólidos en ecografía), aunque infrecuentes, suelen necesitar biopsia o exéresis para descartar malignidad.

LIPOMA

Se presenta como una masa blanda, indolora y bien delimitada. La biopsia puede ser complicada, ya que a veces es difícil diferenciar el tejido de la lesión del tejido graso adyacente. En casos de imágenes dudosas o crecimiento progresivo, la resonancia magnética puede ayudar a caracterizar la lesión, aunque la exéresis está indicada si persisten dudas.



GALACTOCELE

Los galactoceles son quistes de retención láctea, generalmente causados por la obstrucción de un conducto durante la lactancia. A la palpación, son masas blandas e indoloras, salvo que se infecten, y la ecografía revela contenido variable (leche o grasa). No requieren aspiración ni exéresis, salvo que generen molestias significativas a la paciente.

CAMBIO APOCRINO PAPILAR

Suele ser secundario a una irritación y se observa frecuentemente en la periferia de otras lesiones, como quistes o fibroadenomas. No requiere tratamiento, aunque puede detectarse incidentalmente en biopsias de otras lesiones

NECROSIS GRASA

La necrosis grasa es relativamente frecuente tras un traumatismo o cirugía. Puede confundirse con otras patologías en la exploración física y, en estudios radiológicos, simular necrosis asociada a malignidad, incluso con calcificaciones. Por ello, en ocasiones se requiere una biopsia para confirmar el diagnóstico. La exéresis quirúrgica no es necesaria.

MASTOPATÍA DIABÉTICA

También conocida como "mastitis linfocítica", se presenta ocasionalmente en mujeres posmenopáusicas con diabetes tipo 1 de larga evolución. Clínicamente, aparece como una masa que en la mamografía muestra un patrón denso, más frecuente en pacientes con mal control glucémico. La anatomía patológica revela fibrosis densa con infiltración linfocítica. Aunque su patogenia no está completamente esclarecida, parece estar relacionada con una reacción autoinmune. No requiere exéresis.

MASTITIS

Las mastitis, tanto agudas como crónicas, se abordarán en un capítulo separado, donde se discutirán las mastitis asociadas y no asociadas a la lactancia.





MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA

Se trata de una patología inflamatoria subaguda o crónica, de carácter benigno, que puede confundirse con mastitis crónica infecciosa, abscesos o carcinoma debido a su presentación clínica y radiológica. Su incidencia es baja, pero su reconocimiento es fundamental para evitar intervenciones innecesarias.

Se manifiesta habitualmente como una lesión firme, dolorosa o indolora, a menudo acompañada de eritema o retracción cutánea, que evoluciona hacia la abscesificación y fistulización hacia piel.

Aunque su etiología no está completamente esclarecida, se considera una condición idiopática con un posible componente autoinmune o una respuesta inflamatoria exagerada a estímulos no identificados. Algunos estudios recientes sugieren una asociación con infecciones previas no detectadas, (como micobacterias atípicas). No se ha establecido una relación directa con la lactancia.



En la evaluación diagnóstica, la mamografía y la ecografía suelen mostrar una masa mal definida o un patrón inflamatorio, mientras que la resonancia magnética (RM) puede revelar realce inespecífico, simulando malignidad. La confirmación diagnóstica requiere biopsia, que revela granulomas no caseificantes con células gigantes multinucleadas, linfocitos y, en ocasiones, áreas de necrosis, sin evidencia de infección activa ni malignidad.

El tratamiento inicial suele basarse en corticosteroides (ej. prednisona), que pueden reducir la inflamación y el tamaño de la lesión en un 60-70% de los casos. Sin embargo, la respuesta es muy variable, y algunos casos son resistentes o reinciden tras la suspensión del tratamiento.

En pacientes refractarias, se han propuesto agentes inmunosupresores como el metotrexato (dosis bajas, 10-15 mg/semana, o progresivas), con resultados prometedores, aunque sin evidencia robusta. La exéresis quirúrgica se reserva para casos persistentes, sintomáticos o cuando persiste la duda diagnóstica, pero las recurrencias son frecuentes (hasta un 20-30%) debido a la naturaleza inflamatoria de la enfermedad.

SARCOIDOSIS

La sarcoidosis mamaria es muy infrecuente. Se manifiesta como masas firmes y duras que pueden simular un carcinoma, generalmente en el contexto de sarcoidosis sistémica.



SECRECIÓN POR EL PEZÓN

Este tema se tratará en un capítulo independiente.

ENFERMEDAD DE MONDOR

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis superficial poco común que afecta principalmente a la vena toracoepigástrica o las venas laterales torácicas de la mama. Se presenta como un cordón palpable, firme y doloroso bajo la piel, a menudo acompañado de inflamación local o eritema leve, aunque en algunos casos puede ser asintomático y detectarse incidentalmente. Suele estar asociado a traumatismos (incluidos los quirúrgicos, como biopsias o cirugías mamarias), esfuerzos físicos intensos que involucren la pared torácica o el uso prolongado de prendas ajustadas, aunque en muchos casos su etiología es desconocida. No se ha establecido una relación con procesos malignos.

El diagnóstico es principalmente clínico, aunque se puede apoyar en la ecografía Doppler, que revela una vena trombosada sin flujo en su interior.

Esta patología suele resolverse de forma espontánea en 4-8 semanas, por lo que el manejo suele ser conservador, basado en analgésicos y compresas cálidas para aliviar el dolor. En casos persistentes o severamente sintomáticos, se han descrito intervenciones como la anticoagulación local o la aspiración del trombo, aunque estas están estandarizadas. En general, debemos tranquilizar a la paciente, evitando pruebas invasivas innecesarias.



DOLOR DE MAMA

La mastalgia o dolor mamario se abordará en un apartado específico. En pacientes con dolor mamario sin masas palpables ni otros signos o síntomas, el riesgo de carcinoma de mama es similar al de la población general sin dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- Sabel MS. Overview of benign breast diseases. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025 (actualizado el 11 de marzo de 2025)



- Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle WL, Degnim AC, Ghosh K, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 2005;353(3):229-37.
- Berg WA, Sechtin AG, Marques H, Zhang Z. Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience. Radiol Clin North Am. 2010 Sep;48(5):931-87.
- Guray M, Sahin AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management. Oncologist. 2006 May;11(5):435-49.