

Displasias del seno

Dr. Ernesto Andrade Valderrama *

INTRODUCCION

En general, las Displasias no se presentan antes de la iniciación del estímulo Gonadal y tienden a desaparecer con el climaterio. Se definen entonces como las afecciones benignas del Seno, de origen endocrino.

DISPLASIAS	Hiperestrenismo	Hipertrofia Prepuberal.....	1	
		E. Fibroquistica	Nastodinia.....	4
			E. Microquistica.....	29
			E. Macroquistica.....	21
	Hipoestrenismo	Fibroadenoma.....	26	
		Cistosarcoma Filodes.....	8	
		Papiloma Intraductal.....	6	
Ginecomastia.....		8		
	Ectasia Canalicular.....	16		
INFECCIONES	Absceso Mamario.....	9		
	Fibrosis Postmastitis.....	3		
OTROS	Polimastia.....	1		
	Galactócele.....	1		
	Chlari.....	1		
	E. de Mondor.....	1		
	Necrosis Grasa.....	2		
	T. Benignos (Q. Sebáceo).....	1		
TOTAL		138		

CUADRO Nº 1 Patología Benigna del Seno.

* *Profesor Asociado de Cirugía. Sección de Cirugía General. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Hospital San Juan de Dios. Bogotá - Colombia.*

REV. FAC. MED. U.N. COLOMBIA

Los estrógenos normalmente estimulan el crecimiento del árbol galactóforo, el tamaño de los botones lobulares y la proliferación del estroma. El trastorno funcional, por un exceso de estrógenos, o por falta de Progesterona, produce cambios en la glándula, al principio transitorios, durante la fase premenstrual y posteriormente estructurales, más o menos definidos.

La progesterona requiere para su acción sobre la glándula, del estímulo previo de los estrógenos y de ella depende la formación de lóbulos.

En las displasias por hiperestrenismo, cuando ocasionalmente se suspende el sobreestímulo estrogénico, se puede achacar a la acción secretora de la Progesterona, la presencia de dilataciones ductales, localizadas en los pequeños galactó-

VOL. 37 Nº 2

foros, sin cambios inflamatorios ni secreción, en cambio la Ectasia canalicular o enfermedad secretora, se debe a un exceso de la fase de Progesterona, por falta de estrógenos y sobreestímulos de aquella.

Eskin (9), en animales ha demostrado que la deficiencia de Yodo, estimula la respuesta a la administración de estrógenos y Testosterona. En pacientes Tiroidectomizadas o que toman Tiuracilo, se pueden observar cambios en las glándulas, interpretables por el mismo mecanismo.

DISPLASIAS DE HIPERESTRENISMO

1. HIPERTROFIA PREPUBERAL

Puede ser uni o bilateral. Debe investigarse la causa distante, del Hiperestrenismo; Tumores de Ovario, Suprarrenales o Hipófisis.

2. ENFERMEDAD FIBROQUISTICA

Es el grupo más importante de las Displasias. Se describen tres formas, bien diferenciadas por la Clínica, Radiología y Patología, según el grado de evolución, (10).

a - **MASTODINIA**; es el estado de transición entre el trastorno funcional y el orgánico. La paciente, generalmente, entre los 20 y 30 años, consulta por dolor premenstrual. Hay irregularidades del ciclo; puede haber infertilidad o antecedente de medicación con estrógenos. Al examen, el aspecto de los senos, es de tipo

adolescente y la palpación en el período premenstrual muestra nodulación difusa, dolorosa. Puede apreciarse en este estado, la formación ya de un nódulo, localizado, indicativo de un fibroadenoma. La tensión se alivia en el período postmenstrual. La mamografía, dado el tamaño de la glándula y la densidad del seno, fibrosa, generalmente no es de gran ayuda, salvo que haya secuestación fibrosa. El aspecto histológico es característico; Hay supresión en la formación de lóbulos y proliferación del estroma, alrededor de los "mazos", periductal.

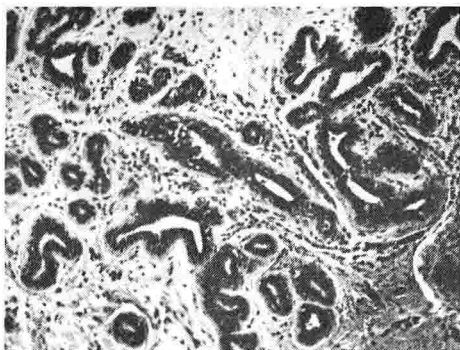


FIGURA Nº 1 MASTODINIA: Aspecto histológico.

El tratamiento va orientado hacia el trastorno básico, buscando mejorar el metabolismo estrogénico. El hígado puede ser la causa. Los diuréticos y tranquilizantes son útiles.

b - **ENFERMEDAD MICROQUISTICA**; es la forma más observable en la clínica. El nombre corresponde a uno de los aspectos histológicos más predominante. También, puede

destacarse la hiperplasia epitelial periductal y es la Adenosis o Enfermedad quística florida. La forma bilateral se ha llamado Enfermedad de Schimmelbusch, por el autor que primero la describió, en 1892.

La edad de aparición está entre los 35 y 45 años, pero en nuestro medio es frecuente hallarla antes, 28 años edad promedio. Los antecedentes ginecológicos son más notorios: ciclos irregulares, infertilidad, cirugía ginecológica. Peso inferior al normal, pacientes nerviosas, "cancerofobia". La causa de consulta es el dolor y la apreciación de tumefacción. Al examen, generalmente en ambos senos, se aprecian nódulos múltiples, pequeños, diámetro de 1 a 10 mm, de localización más frecuentes en los cuadrantes superoexternos y sensibles. La palpación del borde posterior de la glándula, es nítido y cortante. La imagen mamográfica, muestra la trama, esfumada, homogénea, con aspecto de "vidrio esmerilado" Histologicamente, se caracteriza por la proliferación epitelial periductal, que reemplaza la formación de acinos. Se ven los múltiples quistes y se pueden apreciar formaciones papilomatosas o de fibroadenomas. En la adenosis son muy notorios los cambios mioepiteliales y la epiteliosis, zona esta de diagnóstico diferencial importante con el cáncer. En un 3%, de esta forma, se ha encontrado "malignización" y en la práctica debe vigilarse. (ver adelante, Displasias y cáncer.).



FIGURA Nº 2 Mamografía de Enfermedad Microquística.

La conducta es esencialmente médica con control periódico, y con mamografía. La progesterona, a dosis elevada (500mgs "depot"), una vez al mes, en la mitad del ciclo, durante 3 ó 4 meses, alivia a la paciente. También se ha indicado la Testosterona, pero debe evitarse por los efectos molestos. Además el tratamiento indicado para la tensión premenstrual. La biopsia se justifica si hay duda sobre algún nódulo. Hemos observado en varios casos, que el tratamiento con progesterona, acelera la evolución hacia la forma siguiente y a la curación por aspiración simple.

c - **ENFERMEDAD MACROQUÍSTICA**; corresponde a la enfermedad de Reclus y al Quiste solitario de Bloodgood.

Aparece más tardíamente, hacia los 40 años. Pueden anotarse antece-

dentos de hiperestrenismo. La paridad promedio anotada en nuestro medio es de 3.6 hijos. El quiste es clínicamente único en la gran mayoría de los casos y del cuadrante superoexterno del seno izquierdo con más frecuencia. Al examen, la tumefacción es de diámetro mayor de 1 cm., sólo sensible cuando hay tensión intraquística. La Mamografía es muy útil, sobre todo porque descarta la malignidad; la densidad puede semejar un fibroadenoma, pero este es menos frecuente a esta edad. El diagnóstico se confirma con la punción, que generalmente es curativa al aspirar el contenido. Se ha aconsejado inyectar después aire, para control con mamografía y descartar la posibilidad de un tumor intraquístico. (19). (20).

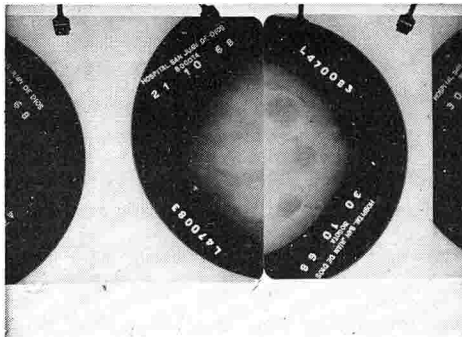


FIGURA Nº 3 Mamografías de Enfermedad Macroquística antes y después de la punción inyectando aire.

En la práctica es aconsejable la extirpación de la lesión, pero que puede evitarse con la punción y aspiración. El aspecto del líquido debe ser blanco opalescente. Si es de aspecto hemático debe hacerse citología y resección. Solo en un 1% de casos de esta forma, se ha señalado la asociación con cancer.

3 - FIBROADENOMA

En general se considera como el tumor benigno más frecuente del Seno, pero realmente, histológicamente no esta totalmente separado de la glándula, la cual tiene los caracteres de la displasia, La fibrosis se hace a expensas del mioepitelio. Es frecuente en la juventud, 23 años promedio entre nosotros y con los antecedentes ya vistos en la primera etapa de la E. fibroquística. Al examen, se encuentra un nódulo, indoloro, del cuadrante superoexterno con más frecuencia, bien móvil. La mamografía confirma el nódulo, del mismo tamaño del apreciado clínicamente. El tratamiento habitual es la extirpación teniendo en cuenta lo circunscrito de la lesión. Debe corregirse la causa, para evitar posteriores cirugías sobre otros focos displásicos, con la natural cancerofobia de la paciente.

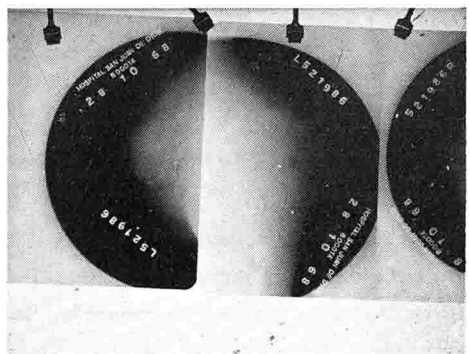


FIGURA Nº 4 Mamografía de Fibroadenoma.

4 - CISTOSARCOMA FILOIDES

También llamado Fibroadenoma gigante. Se desarrolla sobre terreno de Hiperestrenismo. De mujeres jóvenes, antes de los 20 años, en ocasiones bilateral. Clínicamente son

tumores grandes, móviles, sin adherencia. La mamografía es útil para el diagnóstico diferencial con el Ca. Histológicamente se encuentra predominio de diversos tejidos, de ahí las diferentes denominaciones. El Cistosarcoma Filodes **MALIGNO**, es entidad diferente, que aparece tardíamente. Muy excepcional ha sido la malignización del Cistosarcoma juvenil. (1)

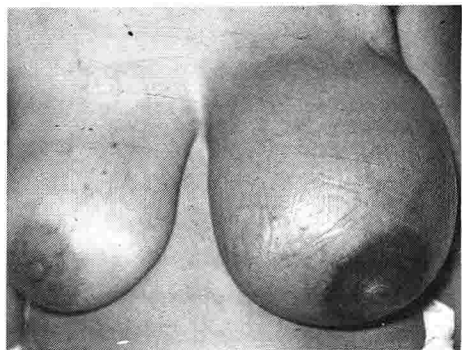


FIGURA Nº 5 Fibroadenoma gigante del Seno.

El tratamiento es quirúrgico: Extirpación del tumor o mastectomía simple.

5 - PAPILOMA

Se origina dentro de los canales dilatados o dentro de un Quiste, generalmente acompañando una historia de displasia. Aparece en la edad media, más bien hacia el climaterio. 38 años promedio entre nosotros. Clínicamente lo denuncia un escurrimiento seroso por uno de los pezones. En ocasiones puede ser espeso, con partículas del tumor o sanguinolento. Puede ser bilateral. La presión del seno sobre el sitio de la lesión puede hacer presente la secreción. Histoló

gicamente se encuentra con más frecuencia en los canales grandes, cerca del pezón. La mamografía no suele ser útil pues no es fácil ver el canal galactóforo elongado, varicoso.

El tratamiento es quirúrgico, sobre todo para poder hacer biopsia. No es frecuente la malignización del Papiloma, pero la lesión inicial sangrante, puede ser un carcinoma. (4). En la cirugía debe tenerse certeza, dado que el tumor no se palpa, de haber extirpado la zona del papiloma (Incisión sobre el sitio que a la compresión, produzca secreción).

6 - GINECOMASTIA

Puede ser congénita o adquirida. La primera, en pacientes, con síndrome de Klinefelter (Trisomía XXX): La adquirida puede tener diversas causas: enfermedad hepática, cardíaca, pulmonar crónica, tumores malignos distantes, Iatrogénica o de causa desconocida.

Keddie (13), encuentra 114 ginecomastías, por 16 carcinomas, en el hombre, y de ellas 8, congénitas.

La conducta debe ser 1) investigar el Klinefelter en los jóvenes. 2) En la ginecomastía del adolescente, que es unilateral en más de la mitad de los casos, la cirugía, se justifica por razones cosméticas, conservando la tetilla. 3) En las de causa, conocida, ningún tratamiento local.

DISPLASIA POR HIPOESTRENISMO

ECTASIA CANALICULAR • *Enfermedad Secretora.*

Característica de la época del Climaterio en mujeres multigestantes. Nosotros encontramos, 36 la edad promedio y 8 hijos. La paciente consulta por un proceso inflamatorio de la región areolar, con inversión del pezón o por presentar una fístula, con antecedentes inflamatorios y aún de drenajes quirúrgicos. Puede ser bilateral. La patogenia de esta entidad es hoy perfectamente clara, Tedeschi (22): No existe obstrucción mecánica; la suspensión del estímulo estrogénico, trae un estímulo adicional secretor de la progesterona, causante del escape de la secreción de los canales y del proceso inflamatorio periareolar, con los signos de mastitis Plasma-cell.



FIGURA Nº 6 Ectasia canalicular Bilateral.

En por lo menos cinco de los galactóforos se aprecia la dilatación, de más de 3 milímetros; hay alteración del colágeno fibroso, reticular y elástico y de la substancia fundamen-

tal. Es una alteración de la impermeabilidad normal de los canales. El diagnóstico es clínico. La mamografía puede mostrar las dilataciones y la zona de mastitis.

El único tratamiento efectivo es la cirugía; consiste en la resección amplia del tejido inflamado, dejando abierta la piel, con plastia del pezón (Técnica de Livingston) (16).

DISPLASIAS Y CANCER

Bastante se ha escrito sobre el particular. En la bibliografía adjunta, están los artículos más importantes. La acción de los Estrógenos sobre el desarrollo de la Displasia y del Cáncer se ha demostrado experimentalmente. Ellis (8), con métodos cromatográficos, ha probado la mayor retención, hasta 5 horas, por el seno normal y patológico, del estradiol, a diferencia de la testosterona y progesterona que se eliminan inmediatamente. Marmorston (17), encuentra en mujeres premenopáusicas, que tanto en la displasia como en el cáncer, hay una menor excreción de estradiol y estrona y mayor de estradiol, que lo normal. En pacientes estudiadas en el Cáucaso y que reciben anovulatorios, Lemon (14), llega a la conclusión de que estas drogas, a base de etinilestradiol, producen un desequilibrio metabólico estradiol-estriol, que favorecería el desarrollo del cáncer, deprimiendo la excreción de estriol. Por su parte

Veronesi (23), sobre 1.051, pacientes con E. Fibroquística, observadas durante más de 20 años, encuentran 25, con cáncer, observando que este se ha presentado con más frecuencia en aquellas a quienes se les extirpó más glándula por su afección benigna y en las que recibieron Andrógenos después de la cirugía. La explicación sería, una mayor concentración de los estrógenos circulantes, en la glándula.

En conclusión, un desequilibrio metabólico de los estrógenos, puede causar, una Displasia o un Cáncer, si la paciente tiene a nivel epitelial, el factor predisponente, desconocido (genético? viral?). Hasta hoy, se

acepta que alrededor de un 50% de los tumores malignos son estrógeno-dependientes.

Sin aceptar relación etiológica, en la práctica, debe vigilarse la E. Fibroquística, Microquística, variedad Adenosis esclerosante o E. quística florida, caracterizada por hiperplasia lobulillar papilomatosis intraductal. La incidencia de malignidad asociada es de alrededor de 3%: 3.5% en la hiperplasia intraductal, según Davis (7). Finalmente, Buhl-Jorgensen ha anotado (5), que el riesgo de Ca, es mayor en la forma intraductal del Papiloma, que en la papilomatosis difusa.

REFERENCIAS

1. Amerson, J.R. *Cyatosarcoma Phyllodes in adolescent Females. A report of 7 patient s.* Ann. Surg. 171:849, June 1970.
2. Andrade, E. y otros. *Displasias y Tumores de la Glándula mamaria. Su diagnóstico por Rayos X.* Rev. Fac. Med. U.N. Bogotá. 25:392, 1957.
3. Andrade, E., y otros. *Displasias y Tumores del Seno.* Rev. Hosp. San Juan de Dios Bogotá. 8:19, Julio, 1964.
4. Assis, P., y otros. *Papiloma intraductal del Seno.* Bol. Onc. (Brazil). 55:80, 1968.
5. Buhl-Jorgensen y otros (Copenhage). *Riesgo del Cáncer en el Papiloma intraductal y la papilomatosis.* Surg., Gynec., Obs. 127:1037, December 1968.
6. Copeland, M.M. *The treatment of mammary displasia with special reference to microcystic macrocystic disease of the breast.* Am. J. of Surg.; 106:382, Sept. 1963.
7. Davis, H.H. y otros. *Enfermedad quística del Seno. Relación con el cáncer.* Cancer. 17:957, August, 1964.
8. Ellis, F.G. y otros (London). *The uptake*

- of breated sterods by human Breast carcinoma. *Surg., Gynec., Obs.*; 128:975. Mayo 1969.
9. Eskin, B.A. y Bartuka, D.G. Displasia mamaria en presencia de deficiencia de Yodo. *J.A.M.A.* 200:691, 1967.
 10. Gershon-Cohen and Ingleby, H. The Roentgenology and Phatology of ciclic disturbances in the breast, with special reference to their surgical diagnosis. *Surg., Gynec., Obs.*; 94:91, January, 1952.
 11. Gershon-Cohen, J. and Ingleby, H. Secretory disease and plasma cell mastitis in in female breast. Roentgenology and phatologic studies. *Surg., Gynec., Obs.*; 95:497, October, 1952.
 12. Ingleby, H., and Gershon-Cohen, J. Adenosis of the female breast. *Surg., Gynec., Obs.*; 99:199, August, 1954.
 13. Keddie, N. and Morris, P.J. Tumores de la Glándula mamaria, en el Hombre. *Surg., Gynec., Obs.*; 124:332, Feb. 1967.
 14. Lemon, N.M. Abnormal estrogen metabolism and tissue estrogen receptor proteins in Breast cancer. *Cancer.* 25:423, Feb, 1970.
 15. Linquette, M. et Gasmault, J.P. Les Gynecomasties. *Revue du Practicien*, 21, Avril, 1966.
 16. Livingston, S. Ductal fistula of the breast. *Ann. Surg.*; 55:316, Feb., 1962.
 17. Marsmorston, J., et al. Urinary excretion of Estrone, Estradiol and Estriol by patients with breast cancer and bening breast disease. *Am. J. Obst., Gynec.* 92:460, June, 15, 1965.
 18. Restrepo Robert. *Manografía.* Rev. Hosp. San Juan de Dios. Bogotá. 1963.
 19. Rosemond, G.P. Aspiración con aguja de los quistes del seno. *Surg., Gynec., Obs.*; 128:351, Feb, 1969.
 20. Scnug, G. and Cavanagh, Ch. Aspiration in the management of recurrent cystis of the breast. *Surg., Gynec., Obs.*; 112:355, Feb, 1966.
 21. Steinhoff, N.G. and Black, W.C. Florid cystic disease preceding mamary cancer. *Ann. Surg.*, 171:501, April, 1970.
 22. Tedeschi, L. y otros. Involutional mammary duct ectasia and periductal mastitis. *Am. J. of Surg.* 106:616, Sept, 1963.
 23. Veronisi, U. and Pizzocaro, G. (Milán). Cancer del Seno, subsecuente a la Enfermedad quística del seno. *Surg., Gynec., Obs.*; 126:529, March, 1968.
 24. Womack, N.A. Endocrine relationships between chronic cystic mastitis and cancer of the breast. *Am Surgeon.* 24:618, Sept. 1958 (Y.B. Surg. 1959-1960: 111).
 25. Zimmerman, L.M., and Levine, R. *Physiologic Principles of Surgery.* 769; (Saunders) 1964.