

## “PATOLOGÍA BENIGNA” DE MAMA: ¿ESTAMOS todas enfermas o qué?



**María Herrera de la Muela**  
Ginecóloga

Trabajo en una unidad de patología mamaria de un hospital terciario y me sorprende la cantidad de mujeres que acuden a consulta para seguimiento de fibroadenomas, quistes y mastopatía fibroquística. Me refiero a mujeres jóvenes (en general, menores de 40 años), a veces incluso adolescentes acompañadas por sus preocupadas madres, que ya fueron en su día al especialista por nódulos o durezas mamarias. Llegan con la creencia de que sus mamas presentan lesiones patológicas que precisan revisiones médicas: a veces cada seis meses, a veces anuales, a veces de por vida... y entran en un círculo de visitas y pruebas complementarias periódicas a mi juicio innecesarias.

La realidad médica es que los fibroadenomas y los quistes son “lesiones” tan frecuentes en mujeres en edad reproductiva, que bien podríamos dejar de denominarlas “lesiones”. Aproximadamente el 40% de las mujeres tiene quistes, y los fibroadenomas aparecen en el 50% de las biopsias mamarias, alcanzando el 75% en las menores de 20 años. Y ya no hablemos de la famosa mastopatía fibroquística, que durante años ha marcado con el atributo de “patológicas” las mamas de tantísimas mujeres y que, por

fin, ha pasado a denominarse “cambios fibroquísticos mamarios”, reconociéndose su naturaleza normal, por frecuente, y por carente de significación.

Se consideran alteraciones mamarias, no proliferativas (quistes y cambios fibroquísticos) y proliferativas (fibroadenomas), los cambios estromales y glandulares mamarios secundarios a los cambios hormonales femeninos. En ocasiones se manifiestan clínicamente como tumoraciones o induraciones mamarias, lo que justifica, ante su aparición, la visita al médico. El diagnóstico precisa de mamografía y/o ecografía (dependiendo de la edad de la mujer). En los quistes simples, el aspecto radiológico será suficiente para el diagnóstico, en los fibroadenomas y quistes complejos, puede ser necesaria una punción con aguja fina. La biopsia con aguja gruesa se reserva para aquellos casos dudosos radiológica o clínicamente. Los quistes pueden eva-

cuarse en caso de gran tamaño asociado a dolor. La exéresis quirúrgica (extirpación) de los fibroadenomas, que hace no muchos años era la norma, actualmente queda para casos de gran tamaño o que plantean dudas diagnósticas.

En general, una vez se llega al diagnóstico, en algunas ocasiones, el radiólogo aconseja un control a los seis meses para confirmar estabilidad, y ahí debería acabar el seguimiento por parte del médico o médica, salvo cambios en los síntomas. Lo más importante es tener claro que cuando son simples, ni los fibroadenomas ni los quistes aumentan el riesgo de cáncer de mama, y tampoco modifican el riesgo de cáncer asociado a otras condiciones (por ejemplo, mujer con antecedente familiar de cáncer de mama). Por lo tanto, el mayor reto que plantean, cuando aparecen como nodularidad mamaria, es su diagnóstico certero y la información precisa a la paciente.





Entonces ¿qué es lo que pasa, que año tras año circulan por las consultas mujeres preocupadas, que van a revisarse una y otra vez? Me refiero, insisto, a mujeres que ya han recibido un diagnóstico y que no acusan cambios en sus mamas.

Desde hace unos meses me he dispuesto a averiguarlo en mi ámbito. Preguntando a compañeros médicos y a pacientes y sumando mis propias observaciones, con todos los sesgos que esta "metodología" pueda suponer.

La mayoría de estas mujeres conoce la naturaleza benigna de estas lesiones, sin embargo, rara vez ha sido informada de su trascendencia clínica. Tampoco es frecuente que realicen autoexploraciones mamarias, es más, la mayor parte no sabrían cómo realizarla (nunca han sido adiestradas) y muchas consideran que es el médico o la médica quien debe explorar.

En este tipo de acto médico concretamente (mujer ya diagnosticada que acude a revisión), observo que, con una frecuencia por determinar pero significativa, el médico o la médica (de familia, de ginecología o de cirugía), tampoco realiza una exploración física mamaria.

Es frecuente que la consulta vaya dirigida a la solicitud de una nueva prueba complementaria (ecografía y/o mamografía "de control") y se centre en los resultados de ésta (es decir, es el o la

profesional de radiología el que en última instancia determina si ha habido cambios o no), antes de explicar a la paciente la importancia de la autoexploración y del conocimiento de sus mamas, así como la naturaleza de los hallazgos clínicos y radiológicos. Y alertarla de los cambios sintomáticos que deben traerla de nuevo a consulta.

Algunos compañeros médicos me dan a entender que solo cuando hay pruebas complementarias de por medio las pacientes se van tranquilas, y que son ellas, en muchas ocasiones, las que solicitan la siguiente revisión.

Entonces, podría estar dándose la combinación de, por un lado, la vivencia de la mujer de sus mamas como órgano potencialmente peligroso o de riesgo (al menos de mayor riesgo que el resto de la población femenina), y por otro, una actitud médica que refuerza tal creencia.

Implícitamente, probablemente por la concienciación social sobre el cáncer de mama, que señala a la mujer como última responsable de la prevención y diagnóstico precoz del mismo, las mujeres asocian cualquier lesión mamaria que precise un seguimiento con aumento de riesgo de cáncer, salvo que el médico se tome el tiempo en aclarar lo contrario. Esta creencia implica preocupación, incluso ansiedad, *sensación de*

*enfermedad o de ausencia de salud*, y alteraciones en la calidad de vida, y en ocasiones demanda de pruebas complementarias o incluso tratamientos quirúrgicos no indicados.

La falta de información desprovee a la paciente de control en el proceso, de autoridad sobre su cuerpo y en última instancia sus mamas, transforma un hallazgo normal en patológico y crea dependencia del sistema como único proveedor de salud y tranquilidad.

En mi experiencia, la paciente bien informada asume la naturaleza de sus "lesiones", o más bien de sus mamas, y aprende a conocerse y a reconocer los cambios de forma más certera que las pruebas diagnósticas. Y, lo más importante, abandona el miedo o la sensación de aumento de peligro, pasando a una actitud más activa en su proceso, que a la larga, cuando tenga edad de riesgo de cáncer, le será beneficiosa.

En resumen, hay falta de dedicación, de tiempo para informar y para escuchar... No se trata sólo de dar un diagnóstico, también hay que interesarse por cómo la paciente lo entiende, resolver dudas y falsas creencias.

#### REFERENCIAS

- Richard J Santen, MD. Benign Breast Disease in Women. Updated 2017. *Radiol Clin North Am.* 2010;48(5):931.
- Berg WA, Sechtin AG, Marques H, Zhang Z. Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience. *Radiol Clin North Am.* 2010;48(5):931.
- Schnitt SJ. Benign breast disease and breast cancer risk: morphology and beyond. *Am J Surg Pathol.* 2003;27(6):836.