

ÍNDICE

1. Senología y Atención Primaria	1
2. La clínica en Senología	5
3. Anamnesis	7
Consideraciones acerca de la anamnesis	9
4. Exploración mamaria. Sistemática	13
Momento idóneo para la exploración	13
Algunas observaciones previas a la exploración	14
Cómo palpar las mamas	16
Secuencia de la exploración	16
Consideraciones a la exploración	22
5. Pruebas de imagen en Senología	27
Qué pruebas debemos solicitar	28
Mamografía	28
Ecografía	29
Resonancia magnética	30
Galactografía	32
Clasificación BI-RADS de las pruebas de imagen y consecuencias inferidas de la misma	33
Actitud del Médico Especialista en Atención Primaria tras la valoración clínica y la realización de las pruebas de imagen	34
Vinculación de la clínica con los resultados obtenidos en las pruebas de imagen	35
Valoración histopatológica y Atención Primaria	36
Lesiones BI-RADS 3	36
6. Actitudes ante una anomalía mamaria	41
7. Derivación de las pacientes	43
Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama	43
Pacientes con riesgo elevado de padecer cáncer de mama	45
Itinerario en radiodiagnóstico	45
8. Diagnóstico de certeza en patología mamaria	47

9. Problemas senológicos frecuentes en Atención Primaria	49
Dolor mamario	49
Dolor cíclico o mastodinia	51
Dolor no cíclico o mastalgia	52
Patologías mamarias causantes de mastalgia	53
Dolor mamario referido	55
Otros dolores mamarios	59
Tratamiento del dolor mamario	60
Nódulo mamario palpable	63
Presunción diagnóstica	63
El quiste como diagnóstico final	66
El fibroadenoma como diagnóstico final	69
Fibroadenomas que han de derivarse a la unidad de mama de referencia	70
Mujeres asintomáticas que solicitan valoración mamaria	70
Secreción por el pezón	71
Galactorrea	71
Ectasia ductal	73
Telorragia	74
Telorragia unilateral uniorificial espontánea	74
Falsa telorragia	75
Distorsión del contorno mamario	76
Abultamiento	77
Retracción	81
Cambios en la piel de la mama	82
Pigmentaciones	82
Enrojecimiento y elevación de la temperatura local	83
Edema de piel	85
Letálides	86
Ulceración de la piel	86
Fistulización	88
Alteraciones en el desarrollo mamario	91
Amastia	91
Hipoplasia	92
Asimetría o anisomastia	93
Telarquia asimétrica	93
Mama areolata	93
Hipertrofia mamaria bilateral	94
Mamas supernumerarias o polimastia	95
Cambios en el complejo areola-pezón	96
Fibroma del pezón	96
Pezón hendido	97
Foliculitis de Morgagni	97
Umbilicación	98

Aplanamiento, retracción y desviación del pezón	98
Erosión o úlcera en el pezón	100
Tumoración axilar	102
Lesiones extraglandulares de la mama	104
10. Problemas senológicos menos frecuentes	105
Cáncer de mama en la mujer joven	105
Mama y embarazo	106
11. La mama en el varón	109
Ginecomastia	109
Mastalgia	111
Cáncer de mama	112
12. Seguimiento en Atención Primaria de la mujer tratada de cáncer de mama	113
Necesidades del médico de Atención Primaria para asumir el seguimiento	114
Objetivos del seguimiento	114
Resumen de las pruebas recomendadas y su frecuencia	115
13. El sujetador adecuado	119
14. Preguntas frecuentes en la consulta de mama	121
15. Resumen. Errores que debemos evitar	127
Glosario de siglas	131

Disponible en: www.jimsmedica.com

15. RESUMEN. ERRORES QUE DEBEMOS EVITAR

En el presente capítulo, a modo de resumen de los anteriores, exponemos una serie de errores relativamente frecuentes que debemos evitar. Para ello conviene recordar que:

-
- En patología mamaria no hay signos patognomónicos: un CM puede parecer una lesión benigna, y viceversa. «La clínica no refleja la HP» (página 6).
 - Las pacientes seniles pueden no recordar un traumatismo que, pasado el tiempo puede manifestarse como un CM (página 10).
 - Un traumatismo no produce un CM, pero un CM –más vascularizado que el tejido mamario normal– puede sangrar con facilidad por un traumatismo. Si pasado un mes la equimosis persiste, o el tumor no ha desaparecido, se impone el estudio de la lesión (página 10).
 - Debemos explorar a la mujer fértil en el momento oportuno (página 13) y no considerar concluyentes los datos obtenidos en una exploración realizada fuera de este periodo.
 - Si el dolor es el motivo de consulta, debemos iniciar la inspección antes de que la paciente se haya retirado el sujetador (página 15). Un 30% de las mastalgias las ocasiona un sujetador inadecuado (página 52).
 - Es normal una mínima telorrea ocasionada a la presión sobre los pezones durante la exploración (página 21).
 - Hay que tomar en consideración cualquier hallazgo detectado en una mama que no se encuentre en la misma localización de la otra mama (página 22).
 - Cualquier lesión palpable que persista tras la menstruación requiere valoración clínica y/o derivación de la paciente para su estudio (página 23).
 - Debemos ser especialmente meticulosos en la exploración de la periferia mamaria, ya que esta parte de la mama no es accesible a la Mx (página 24).
 - La extensión de tejido mamario supera a la base del relieve –cono– mamario. Un pequeño tumor en la periferia mamaria puede hacernos pensar en un proceso subcutáneo o cutáneo banal y ser en realidad un CM (página 24).
 - Nunca debemos despreciar la información de la paciente cuando nuestra exploración no detecte lo referido por ella (página 24).
 - Una lesión palpable no siempre se traduce en una imagen. En estos casos se debe actuar según el índice de sospecha de la clínica (página 27).

-
- La Eco mamaria no es una técnica eficaz como método de cribado y, por lo tanto, no debe utilizarse con este fin (página 30).
 - La RM de mama no debe realizarse como método de cribado en mujeres de riesgo bajo o intermedio de CM, ni de forma aislada sin correlacionar con la radiología convencional (página 10).
 - La discordancia entre pruebas de imagen y exploración se resuelve dando mayor crédito a la opción previsiblemente con peor pronóstico (página 35).
 - Una PAAF negativa no descarta malignidad (página 36).
 - El seguimiento de estabilidad, en el caso de MCC, requiere como mínimo un periodo de 48 meses para asegurar su benignidad (página 38).
 - En las lesiones BI-RADS 3 palpables, siempre hay que realizar estudio HP (página 39).
 - El diagnóstico de certeza ha de basarse en el «triple test» concordante (página 47).
 - Nunca debemos emitir un diagnóstico sin tener una confirmación HP (página 48).
 - Ante una mastitis no puerperal siempre debemos pensar en inmunodepresión por diabetes, VIH, tratamiento crónico con corticoides, quimioterapia o tratamientos inmunosupresores (página 55).
 - Un tumor que no crece puede ser un CM. Las oscilaciones de tamaño suelen ser propias de lesiones benignas. Si un nódulo sólido aumenta de tamaño puede ser un CM (página 64).
 - Los quistes mamarios simples no son una patología mamaria, propiamente dicha, y no requieren revisiones (página 66).
 - Ante una paciente con una tumoración de aparición reciente, voluminosa, dolorosa, y en fase premenstrual, debemos plantearnos la existencia de un quiste mamario de crecimiento rápido como primera opción diagnóstica (página 67).

-
- Aun con diagnóstico de FA confirmado mediante estudio HP, si la paciente desea que se le extirpe debemos respetar su opción y obrar en consecuencia (página 70).
 - Un FA en una menor de 20 años requiere particular atención. Puede tratarse de un FA celular o FA gigante juvenil, con crecimiento rápido y posibilidades altas de recidiva.
 - Una telorrea serosa tiene idéntico trasfondo patológico que una telorragia (página 75).
 - Nunca debemos despreciar la primera muestra de una telorrea obtenida para citología (página 76).
 - No debemos drenar un hematoma mamario en fase aguda (página 80).
 - La retracción mamaria y el edema de piel pueden ser consecuencia, tanto de lesiones malignas, como de lesiones benignas (página 80).
 - El enrojecimiento violáceo y el edema de la piel –piel de naranja– junto al aumento de volumen de una mama, con discreto dolor y principalmente en ausencia de fiebre, generalmente sin masa palpable, nos debe hacer pensar en un CMI (página 84).
 - Parestesias, enrojecimiento o erosión mínima en el pezón, persistentes, siempre requieren estudio HP para descartar una EPP: «Lobo disfrazado de cordero» (página 101).
 - La mayoría de las adenomegalias axilares son reactivas a procesos banales (página 102).
 - Uno de los errores más lamentables, y por desgracia frecuentes, es no realizar estudios HP en un nódulo palpable no detectado por Mx en una mujer joven (página 106).
 - Cualquier manifestación clínica en la mama durante el embarazo obliga a su valoración (página 107).
 - El 90% de las ginecomastias puberales desaparecen a los tres años (página 110).

-
- En un paciente con hábitos deportivos que presente ginecomastia, debemos sospechar que consume anabolizantes esteroideos (página 110).
 - Los microtraumatismos repetidos en la mama por roce –tirantes, cartera, bolígrafos, móvil, etc.– pueden ser causa de mastalgia, aún sin evidencia de mastitis (página 111).
 - Ante un nódulo mamario en un hombre, debemos de pensar siempre en un CM como primera opción diagnóstica (página 112).
 - Por principio, en un paciente intervenido de CM, un síntoma en apariencia trivial puede ser el anuncio de una recidiva sistémica (página 115).
 - En una mujer tratada de CM, los nuevos primarios y las recidivas loco-regionales son susceptibles de curación (página 113).