

J. Montero Ruiz*,
A. Fernández Carro*,
I. Alario Poza*,
A. Bermejo Chicharro*,
J. A. Alberro Aduriz**

Motivo de la consulta. Errores en la orientación clínica

Errors to avoid in the clinical orientation of breast diseases

SUMMARY

Senology and breast diseases are in progress everywhere, at private or public hospitals and out of them. Everyday there are more and more professionals working on this field. That it is necessary to stress some basic aspects.

1) It is desirable to have specialised and well trained personnel to establish Breast Diseases Units or Our Patient Facilities. That should bring a better multidisciplinary management, leading to an improvement from the clinic, economic, ethical, social and educational point of view.

2) Due to the insistence on early diagnosis we may be creating a false feeling of emergency that produces and increase of consultations to the Breast Diseases Units and even to the Emergency Services of the Hospitals. We should then consider that continuous learning, recycling of the General Practitioners and Specialists, better information to the population are necessary for a correct working of the Breast Diseases Units, avoiding saturation and increasing their clinical quality.

* Unidad de Patología Mamaria.
Servicio de Obstetricia
y Ginecología. Hospital
Oncológico de San Sebastián.

** Unidad de Patología Mamaria.
Servicio de Cirugía. Hospital
Oncológico de San Sebastián.

Palabras clave

Consulta, Patología mamaria, Errores, Control de calidad, Indicaciones, Actuación, Triple test, Consulta en un día, Diagnóstico en una visita.

Correspondencia:

J. Montero Ruiz.
San Cosme, 2.
09002 Burgos.

Key words

Consult, Breast diseases, Errors, Quality control, Indications, Management, Triple test, One day visit, One day diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Motivo de la consulta

Hoy los motivos principales de consulta son:

- *Screening*. Pacientes remitidas desde los programas de *screening* por sospecha de patología.
- *Chequeo*. Se refiere a las pacientes que sin sintomatología desean un control clínico y/o radiológico, según el caso.
- *Sintomáticas*. Pacientes enviadas bien a petición propia, bien por los médicos de familia o bien por los diferentes especialistas.

- *Consultas de opinión*. Generalmente para aclarar dudas de la propia paciente o de su médico.
- *Seguimiento*. De las pacientes ya tratadas, sobre todo por patología maligna.

Screening

Dentro de las pacientes remitidas los resultados encontrados son:

- Normal: 1,10%.
- Benigno: 52,2%.

- Sospechoso (la mayoría por microcalcificaciones): 37%.
- Maligno: 8,14%.
- No valorable: 1,54%.

Los casos detectados de cáncer de mama por *screening* son 4,8/mil.

El equipo médico dedicado a los programas de *screening* debería ser coordinado por un senólogo con una formación específica en prevención, así como por radiólogo, citopatólogo, cirujano, etc.; también por personal auxiliar necesario. Con un compromiso de una duración mínima de 9 años, permitiendo los controles de calidad y seguimiento para así corregir los errores.²⁰

Chequeo

No debemos subestimar este tipo de consultas pensando que como la paciente no presenta síntomas no es necesario un esfuerzo por nuestra parte. Es en estos casos donde con frecuencia se detectan diversos tipos de patología, incluidos carcinomas, por otra parte inadvertidos. Y aunque no sea así, es en este tipo de consultas donde deberemos educar a la paciente, enseñar el significado de la autoexploración mamaria y cómo se realiza, así como hacer una valoración del riesgo relativo de cáncer de mama y practicar, si su edad lo aconseja, una mamografía basal.

En resumen, es un tipo de consulta fundamental, pues de cómo se desarrolle dependerá la relación futura de la paciente con la UPM y su respuesta hacia ella.

Sintomáticas

La prevalencia de los síntomas que presentan las pacientes de una UPM es:¹⁷

- Nódulo mamario: 36%.
- Induración: 33%.
- Dolor: 18%.
- Derrame por pezón: 5%.
- Retracción de pezón: 3%.
- Historia familiar importante de cáncer de mama: 3%.
- Distorsión mamaria: 1%.
- Hinchazón o inflamación: 1%.
- Eczema o escara de pezón: 0,5%.

Dicho de otra forma, de las pacientes que acuden a consulta:⁴²

- El 50% no tienen patología mamaria.
- El 10% tienen patología quística.
- El 10% presentan fibroadenomas.
- El 20% tienen un carcinoma.

DESCRIPCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTEMENTE ENVIADAS

Microcalcificaciones

Se deben diferenciar entre benignas, dudosas y malignas.

En el primer caso se practicarán controles habituales; no es preciso remitir a las pacientes a la consulta especializada; en los demás casos se deberá realizar localización por estereotaxia y microbiopsia o biopsia quirúrgica.

Nódulo palpable

Se realizará una exploración completa haciendo constar en la historia el número, situación, tamaño, consistencia, forma, delimitación, superficie y movilidad, no olvidando la exploración del resto de la mama de la contralateral, así como el pezón y la zona retroareolar; posteriormente se realizará una PAAF. Si se llega al diagnóstico de quiste o fibroadenoma (FAD) se realizarán los controles habituales. Si, por el contrario, es sospechosa o dudosa se practicará una mamografía y se remitirá a la UPM para completar el estudio y efectuar el tratamiento oportuno. En pacientes menores de 30 años es preferible practicar una ecografía como método de exploración por imagen.

Telorreas

El 50% de mujeres en fase reproductora pueden obtener una gota de secreción en una exploración;⁶ dos tercios de mujeres postmenopáusicas pueden presentar secreción.¹⁷

Es conveniente en toda exploración mamaria intentar obtener secreción por el pezón sin insistir demasiado y obsesionarse por ello.

Es necesaria una buena anamnesis y descartar la ingesta de fármacos, estrés, alteraciones tiroideas, etc. Se asocia con más frecuencia a patología benigna de la mama que a maligna.⁵ A veces un sujetador muy ajustado es razón más que suficiente para provocar secreción por el pezón.⁶

Cuando se presente de forma unicanalicular se practicará una citología, galactografía y mamografía contralateral. A veces es útil impregnar una gasa con una gota de secreción en caso de duda sobre si es hemorrágico o no.

Si es pluricanalicular y/o bilateral entonces realizaremos una citología, determinación de los niveles de prolactina y las exploraciones complementarias que se precisen.

Cuando estas pruebas exploratorias sean negativas no es preciso remitir a la paciente a la UPM.

Se deberán tener en consideración las secreciones por pezón unicanaliculares, verdaderas, espontáneas y/o persistentes, que se produzcan fuera de la lactancia y de aspecto serosanguinolento, sanguinolento o acuoso.⁵ El resto, en principio, podrán ser sometidas a vigilancia.

Dolor mamario

Con frecuencia es mal valorado o no se le tiene en cuenta, no obstante es aconsejable no menospreciar un dolor mamario y realizar una correcta anamnesis y exploración en estos casos.

Mastodinia

Dolor y tumefacción a la palpación que en ausencia de otra patología no debe considerarse como trastorno mamario y en general no va a precisar tratamiento. Suele darse hacia los 34 años y acompañarse de nodularidad, pesadez e hipersensibilidad mamaria. En general, no precisa de grandes estudios y con un adecuado consejo médico disminuye la ansiedad y mejora el cuadro en el 75% de los casos.⁶ Suele ceder tras la menopausia.

En estos casos se realizará una buena anamnesis y se clasificará según su intensidad en leve, moderada o grave. Es preciso señalar que el 70% de las mujeres llevan un sujetador inadecuado que, *per se*, les puede producir este trastorno.²⁶ Se debe ser cui-

dadoso en estos casos, informando adecuadamente, tranquilizando y desmitificando cualquier fobia.³⁶ En ocasiones con esto es suficiente. De no ser así se deberá instaurar tratamiento sintomático y hormonal adecuado. En ocasiones es un síntoma en pacientes postmenopáusicas que inician terapia hormonal sustitutiva sin más trascendencia.⁶ Con un sujetador adecuado el 70% de las mujeres con mastodinia mejoran o se alivian, incluso cuando previamente fracasó el tratamiento hormonal.²⁶ Este hecho es algo que normalmente no se valora y es desconocido por muchos médicos. A modo de recordatorio diremos que las medidas de un sujetador son:²⁶

- Dimensión corporal: tomada mediante una de estas dos posibilidades:
 - Medir el tórax por debajo de las mamas y añadir 12,7 cm redondeando a un número par.
 - Medir el tórax por encima de las mamas inmediatamente por debajo de los brazos.
- Dimensión de la copa: medir alrededor del punto más alto de la línea de las mamas y comparar con el tamaño corporal:
 - Igual: AA.
 - > 2,54 cm: A.
 - > 5,08 cm: B.
 - > 7,62 cm: C.
 - > 10,10 cm: D.

La valoración de ajuste del sujetador se puede comprobar observando que:

- No existe hundimiento en la franja cutánea bajo los tirantes de los hombros.
- Se ajusta al esternón en el centro.
- Contienen todo el tejido mamario dentro de la copa.
- No aparecen arrugas en la tela de la copa.
- No hay acabalgamiento de los tirantes en el dorso.
- Se puede deslizar un dedo sin molestias detrás de la banda bajo las copas.
- La altura de las mamas se encuentra entre el hombro y el codo, aproximadamente.

Mastalgia

Se refiere al dolor mamario en general, pero se asocia al dolor mamario no cíclico, es decir, producido por patología orgánica, traumática, vascular, neu-

rológica, inflamatoria, tumoral, etc. Es un síntoma de hallazgo frecuente y preocupante que suele asociarse a cancerofobia e hipocondría. Cuando no existe tumor palpable rara vez es un carcinoma.⁶ No obstante, todo dolor localizado ha de estudiarse.

Es precisa una buena anamnesis y exploración, asimismo es necesario descartar un origen extramamario (radicular, síndrome de Tietze, etc.) y realizar una mamografía para descartar cualquier patología asociada a él.

Como síntoma del cáncer de mama es infrecuente, presentándose sólo en el 5% de los casos. En esta situación es unilateral, localizado, más intenso y constante, dándose en estas circunstancias tanto en pre como en postmenopausia.

El síndrome de Tietze u osteocondritis de costillas superiores, generalmente del segundo cartílago costal, provoca engrosamiento paraesternal y dolor mamario. Suele darse por sobrecarga o cansancio. No es una mastalgia, pero se percibe como tal. Suele darse en cuadrantes superointernos, de forma unilateral y a cualquier edad.

Como síntoma, el dolor también puede darse tras biopsias, seromas, hematomas, etc. Su tratamiento será el propio de cada caso. No se precisan exploraciones especiales ni ser enviadas a la UPM.

Es un síntoma relativamente frecuente de la adenosis esclerosante y de la ectasia ductal.

Aproximadamente un 10% de las mastalgias son de origen extramamario, como, por ejemplo:³

- Acalasia.
- Colelitiasis.
- Neuralgias.
- Costilla cervical.
- Dolor fantasma.
- Hernia de hiato.
- Dolor psicógeno.
- Mialgias.
- Radiculitis.
- Cardiopatías.
- Síndrome de Tietze.
- Pleuritis.
- Traumatismos.
- TBC.

El tratamiento, si no se asocia a otra patología, no precisa que sea activo. Sería conveniente calmar, tranquilizar y reducir la ansiedad, realizando controles periódicos habituales.

Es necesario dar explicaciones, máxime cuando podemos estar ante un caso de cancerofobia. En el 85% de los casos podrá tratarse de forma simple con explicaciones que la tranquilicen.

Traumatismos

Debemos valorarlos muy bien, dado que con cierta frecuencia es a partir de un pequeño trauma como se diagnostica un tumor; no por el trauma, sino por la exploración en ese momento de un tumor existente previamente.

A veces lo que se produce es un hematoma o sus secuelas, que nos confunden y deberemos diferenciar de un verdadero tumor o una necrosis grasa, no siendo raro tener que llegar a la biopsia para ello.

Cáncer de mama

El fracaso en el diagnóstico del cáncer de mama es la segunda causa más frecuente de demanda judicial y la más cara en los EE.UU. La mayor parte de los retrasos fueron porque los hallazgos físicos no llamaron la atención del médico, en especial si la mamografía fue normal. El 69% de las demandantes fueron mujeres jóvenes premenopáusicas.^{23, 33}

La exploración es limitada porque el cáncer de mama no tiene signos específicos y la ausencia de molestias es característica. La edad es importante, ya que en menores de 25 años es muy poco probable que una masa sea un carcinoma, mientras que a partir de los 75 años más del 75% pueden serlo.

La PAAF es segura, sencilla y barata. De inmediato distingue sólido de quístico. La mamografía es básica; aunque el cáncer de mama sea evidente se debe realizar no para describir la masa, sino para evaluar las mamas buscando lesiones ocultas, multifocalidad y/o multicentricidad, así como bilateralidad.

Cuando el triple test es positivo el diagnóstico es seguro al 100%, de igual forma que cuando es negativo; en este caso se podrán someter a vigilancia con toda confianza, sin practicar otro tipo de pruebas y cuando aparezca alguna duda remitirla a la UPM.^{6, 24}

Cuando la PAAF sea no valorable se ha de tener mucho cuidado y asegurar el diagnóstico.^{29, 36} Cuando es dudosa se debe realizar biopsia.

En caso de triple test positivo se podrá realizar el tratamiento definitivo directamente, no siendo precisa

la biopsia, también con exploración o mamografía positiva y PAAF positiva. Si es negativo, la observación y seguimiento será la norma.^{24, 32, 34, 38} En los casos en que las pruebas no sean coincidentes la biopsia es inexcusable.

Se debe diagnosticar definitivamente toda tumoración persistente, palpable y dominante.^{6, 14}

Debe tenerse en cuenta que los procesos hematólogicos, linfoplásicos y granulomatosos producen una clínica e imagen similar a la del cáncer de mama.⁴¹

A veces «un derrame de quilo», por defecto congénito de los conductos linfáticos, produce una penetración de linfa en parénquima mamario y pleura dando un cuadro difuso de crecimiento similar al cáncer inflamatorio; algo similar ocurre ante cuadros de bloqueo del flujo linfático por patología de los nodulos axilares y/o retroesternales o retracciones mediastínicas con obstrucción superior del flujo sanguíneo (neoplasia bronquial, fibrosis, etc.).⁴¹

Enfermedad de Paget

Cuando una paciente presente una úlcera o lesión eczematoide en el pezón y zona areolar que con tratamientos habituales no mejoran o reaparecen tras una mejoría pasajera, debemos no insistir en dichos tratamientos y realizar una citología por impronta o una biopsia que nos proporcionen el diagnóstico definitivo.

Carcinoma inflamatorio

Es una entidad clínica y no un tipo de cáncer.

Hemos de ser cuidadosos y no retrasar el diagnóstico dada su agresividad.

No debemos confundirlo con una mastitis (ver mastitis) ni con un cáncer localmente avanzado de mama, entidad completamente diferente en cuanto a características, pronóstico y tratamiento.

Mastitis

Única urgencia en patología mamaria, no precisa de exploraciones especiales; la mamografía no está

indicada salvo si se sospecha cáncer inflamatorio, la ecografía nos aclara poco el cuadro y la PAAF sólo se realiza con tumor palpable y como terapéutica evacuadora. El tratamiento es antibiótico, previo antibiograma y antiinflamatorio. Cuando se produce un absceso de pequeño tamaño se puede drenar mediante punción-aspiración, si fuera necesario, repetida.⁶ En ocasiones es necesaria la incisión y el drenaje del mismo.

Hemos de considerar un grave error confundir una mastitis con un cáncer inflamatorio y retrasar el diagnóstico del mismo, cosa que, por otra parte, en ocasiones es fácil que ocurra. Se puede instaurar un tratamiento antibiótico, pero si en 1 semana no se obtienen resultados, sospecharlo y actuar. En este caso la mamografía no es concluyente y la PAAF puede revelarnos el diagnóstico, aunque a veces es mejor recurrir a la punción de una adenopatía, con frecuencia presente, que será de más valor diagnóstico.

Las características diferenciales entre la mastitis y el carcinoma inflamatorio son:

<i>Mastitis</i>	<i>Carcinoma inflamatorio</i>
Puerta de entrada	No puerta de entrada
Fiebre	No fiebre
Leucocitosis	No leucocitosis
Inflamación local	Inflamación generalizada
Responde al tratamiento	No responde al tratamiento
Fluctuación y absceso	Edema generalizado con borde erisipeloides
Doloroso	Escaso dolor
Piel normal	Piel de naranja

Enfermedad de Mondor

No precisa tratamiento. La observación es la pauta correcta.⁶ A lo sumo estaría indicada la aplicación de pomadas heparinoides.

Anomalías congénitas. Son cuadros poco frecuentes en la consulta. En la mayor parte de los casos son debidos a un desarrollo anormal y/o asimetrías, estas últimas las más frecuentes. En principio no precisan tratamiento y en caso de ser necesaria la cirugía se retrasará hasta que la menstruación sea regular o el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios sea completo.^{6, 40}

Telarquía

Cuando acuden las pacientes generalmente es por ser unilateral. Lo mejor es la conducta expectante; cualquier manipulación, sobre todo quirúrgica, puede conducir a un grave problema y provocar una amastia.

Mama y gestación

Es un error no explorar la mama en la primera visita que realiza la gestante, porque es el momento en el que se va a poder realizar mejor y con más garantías. En caso de patología se debe actuar como si la paciente no estuviera embarazada, pudiéndose comenzar, en esta situación, realizando una ecografía y PAAF, pero, si es preciso, no dudar en hacer una mamografía.

También es conveniente hacer una exploración en el tercer trimestre con inspección de pezones y verificación de secreción de calostro. De existir anomalías de pezón se realizará supresión de la lactancia en las primeras 24 horas tras el parto.

Es un buen momento para aconsejar las medidas profilácticas e higiénicas a tomar durante el resto del embarazo, el puerperio y la lactancia. No dar estas normas de actuación para la lactancia puede conducir con frecuencia a un abandono prematuro de la misma.

Revisión previa a la cirugía estética

No se debe intervenir una mama sin un estudio previo, incluyendo una mamografía que descarte patología y a su vez nos sirva de referencia futura. Y siempre esperando a que se complete el desarrollo de la paciente para intervenirlas.

Revisiones de pacientes portadoras de prótesis

En estos casos sólo suelen vigilarse las pacientes portadoras de cáncer de mama. Con menor frecuencia lo hacen las pacientes a las que se las ha practicado una mastectomía profiláctica y prácticamente ninguna de las que tienen hecha una corrección estética.

En cualquier caso a estas pacientes se las debe controlar como si no llevaran su prótesis, con las pautas correspondientes a cada caso.

Consulta de opinión

Es frecuente este tipo de consulta para resolver dudas, aclarar riesgos, sobre todo en cuanto al significado del cáncer de mama hereditario, teniendo en cuenta que generalmente las mujeres sobreestiman el riesgo,^{19,36} o simplemente para recibir información.

No es infrecuente la consulta buscando consejo ante sensaciones más o menos dudosas o extrañas que se perciben.⁶

Como siempre, es necesario ser claros, tratar de desmitificar y, sobre todo, no aumentar la ansiedad que estas pacientes normalmente ya tienen. Tal vez deba evitarse el informar directamente a la paciente de su riesgo por sus antecedentes, ya que hoy podemos cuantificarlo relativamente bien,⁶ pero no sabemos luego cómo actuar en muchos de los casos. Actualmente esto se ha hecho más evidente tras la identificación del BRCA-1.^{3,15,19} Estas pacientes a la larga provocan decisiones inapropiadas y mastectomías profilácticas.^{19,36}

No será necesario que el médico de familia o el primer especialista, ginecólogo o cirujano, remita todos los casos de mujeres con familiares afectados. Para ello se debe cuantificar su riesgo.

A la mujer se le deberán modificar sus ideas preconcebidas en cuanto a etiología, discutir su percepción del riesgo, realizar un detallado análisis de su riesgo relativo, así como determinar su riesgo a lo largo de la vida y poder programar la vigilancia más adecuada.

También se identificarán las familias que puedan precisar estudio genético.¹⁵

En cuanto al aspecto sexual, hemos de decir que la patología mamaria en principio, por sí misma, no altera la sexualidad, pero para ello es necesario informar y enseñar a las pacientes.³¹

Seguimiento de la paciente oncológica

El principal motivo de discusión es quién debe realizarlo; lógicamente para nosotros debería ser un senólogo, siendo menos controvertido cada cuánto y cómo se debe realizar.

En los casos de tratamiento conservador se propone control semestral de la mama operada y anual de la contralateral.

Es **inexcusable** la exploración ginecológica anual **junto con la mamaria**. Por ello es básica una buena

anamnesis y exploración, ya que así se pueden detectar la mayoría de recidivas y metástasis, siendo el principal recurso de vigilancia.¹³

En los casos de terapia adyuvante antiestrogénica se deben realizar controles del endometrio, bien mediante citología, bien con ecografía.²⁶

Autoexploración mamaria

No está claro su papel, pero desde luego no disminuye la mortalidad por cáncer de mama.⁴² Sí es un motivo para conocerse a sí misma, un acto de higiene y salud, pero que ha de ser explicado en sus justos términos, ya que de lo contrario puede generar gran ansiedad y ser motivo de un incremento en el número de consultas y exploraciones.

La autoexploración más que una técnica exploratoria o de diagnóstico precoz es una forma de conocer el propio cuerpo. No obstante, más del 80% de nódulos son diagnosticados por las propias pacientes y en general las lesiones detectadas son de menor tamaño.

La resistencia a la autoexploración en muchos casos es por la sexualización de las mamas, comparable a la exploración testicular.³¹

PAUTA ANTE UNA EXPLORACIÓN

Normal

Menor de 35 años, revisiones anuales; mayor de 35 años, mamografía basal y posteriormente revisiones anuales.

Nódulo

PAAF directa o ecoguiada, procediéndose según el resultado que se obtenga.

Quístico

Punción-evacuación: un quiste al puncionarlo debería desaparecer, obteniéndose un líquido claro y pajizo que puede desecharse sólo en esta circunstancia de lo contrario habrá de realizarse estudio oportuno mediante citología y pneumoquistografía; valorar posteriormente la biopsia.²⁶

Cuando el resultado es de un quiste simple se realizarán los controles anuales habituales, no precisando otro tipo de exploraciones.³

Cuando el diagnóstico sea de quiste habitado se practicará exéresis del mismo con estudio anatómico-patológico.

Sólido

Se practicará mamografía y citología. Si el diagnóstico es de benignidad se realizarán revisiones anuales; si, por el contrario, es positivo o dudoso se continuará el estudio, habitualmente mediante una biopsia. En pacientes menores de 20 años con ecografía benigna se podrá proceder a su vigilancia sin realizar biopsia.

No palpable

Cuando son sólidos, circunscritos, de bordes nítidos y no calcificados, detectados por mamografía, puede vigilarse.³⁴ En los demás casos se realizará PAAF y/o biopsia guiada por ecografía o estereotaxia. Si el resultado es de benignidad se practicarán controles habituales si por contra es positiva o dudosa se practicará el procedimiento oportuno, en principio biopsia.

Generalmente cuando se consideran benignos y no lo son pueden identificarse durante el período de vigilancia mediante cambios mamográficos, antes de hacerse palpables, no cambiando los factores de pronóstico si no han transcurrido más de 6 a 36 meses. Por ello la vigilancia es el procedimiento de elección en lesiones probablemente benignas.^{34, 37}

Nódulo mamario en niñas

Normalmente es debido al botón mamario. No es raro que alarme a las madres, sobre todo si es unilateral. Lo mejor es calmarlas y mantener una conducta expectante sin más.

Secreción por pezón

La actuación dependerá de si es uni o bilateral y uni o pluricanalicular. Cuando es unicanalicular es

necesario descartar patología intracanalicular; normalmente se realizará una citología de la secreción, una galactografía y puede hacerse una mamografía contralateral. Lo evidente es que ante una secreción espontánea, unicanalicular y repetida la indicación sea quirúrgica, incluso con galactografía negativa.⁴

Se pueden considerar como secreciones no quirúrgicas las purulentas, lechosas y las multicoloreadas y pegajosas; también las que una vez practicada la triple pauta diagnóstica ésta es negativa, mientras que las quirúrgicas serán las seroacuosas, serosanguinolentas y sanguinolentas.⁵

Cuando es pluricanalicular o bilateral lo probable es que sea debida a disfunción hormonal, yatrogenia o adenoma de hipófisis. Como siempre es necesaria una buena anamnesis para descartar la ingesta de drogas o fármacos que eleven la prolactina. Se realizará una citología y determinación de niveles plasmáticos de PRL. En caso de que éstos sobrepasen los 150 ng/ml se realizará estudio de hipófisis; con niveles inferiores el control clínico será suficiente.

VALORACIÓN CLÍNICA

Deberíamos considerarla en su conjunto como un método de investigación y reflexión sobre la necesidad de acceder o no a otros medios diagnósticos.

Anamnesis

Deberá utilizarse una historia específica y dirigida a la patología mamaria con una secuencia legible y lógica²⁶ en la que como mínimo habrá de constar edad, antecedentes familiares y personales de cáncer de mama; en este caso hacer constar si fue uni o bilateral y/o pre o postmenopáusica, intervenciones mamarias, fecha de la última regla, hormonoterapia, fecha de la última mamografía, manifestaciones mamarias y su tiempo de evolución;^{26, 42} también convendría anotar los factores de riesgo y la patología ginecológica si la hubiere. No se debería obviar la historia sexual, sobre todo ante cuadros dolorosos. Omitir los datos más relevantes en relación con la sexualidad puede desviar nuestra atención en cuanto a diagnóstico y tratamiento.

El diálogo será fluido y sabiendo escuchar. Se dedicará el tiempo suficiente, no escatimándolo. Nunca nos arrepentiremos de haber dedicado ese tiempo.

Inspección-exploración

Debemos tener en cuenta que son muy frecuentes los errores a la hora de explorar.

Todos creemos que la técnica de la exploración mamaria es sencilla de realizar y por ello no es necesario ser muy escrupulosos, pero son habituales los errores y en ocasiones son graves, pudiendo provocar problemas tanto de diagnóstico como terapéuticos.

Siempre comenzar la inspección de cara a la paciente, que se encontrará pie o sentada, con el torso completamente desnudo, los brazos caídos paralelos al cuerpo para luego elevarlos hacia arriba rectos y paralelos. Con los brazos así inclinará el torso hacia delante, maniobra a la que se puede ayudar sujetando por las manos. Posteriormente y con los brazos en jarra sobre sus caderas hará presión para contraer los pectorales. En esta posición se pueden explorar los cuadrantes superointernos; en determinadas pacientes se consigue más que en posición de decúbito. También en esta posición y con el brazo flexionado se explorarán ambas axilas y posicionándose por detrás de ella exploraremos las cadenas ganglionares laterocervicales, supra e infraclaviculares.

El siguiente paso es pedir a la paciente que se posicione en decúbito supino sobre la mesa de exploración. Esta posición, insisto, es la segunda y no la primera (como se observa en muchas consultas de ginecología, en las que por ser la posición eminentemente ginecológica es la que se utiliza para todo y no se tiene en cuenta que para la inspección mamaria no es en absoluto la más adecuada). Situada así la paciente colocará las manos detrás de la cabeza y procederemos a explorar las mamas, comenzando por la que se supone sana; lo haremos de forma circular, describiendo círculos concéntricos, teniendo especial cuidado con las prolongaciones glandulares mamarias, axilar, infraclavicular, esternal e hipogástrica.

Explorar con precaución el pezón y región subareolar buscando secreciones, nódulos, etc.²⁶

Se debe ser cuidadoso con el surco submamario tanto en la inspección como en la palpación, ya que cuando la paciente se encuentra erguida e incluso en decúbito supino con mamas grandes puede no observarse.⁴¹

En resumen, la exploración habrá de ser sistemática, simétrica y ordenada, con especial cuidado en el

surco submamario e intermamario, así como en el pezón, aréola y región retroareolar.^{26, 41}

Nunca deberemos emitir un diagnóstico basándonos únicamente en la exploración clínica ni considerar como benigna una lesión sólo por el hecho de que no haya variado de tamaño.

El área de exploración estará comprendida entre el esternón y la clavícula y desde el dorsal ancho hasta la vaina del recto anterior.⁴²

Exploraciones complementarias

Lo primero a tener en cuenta es cada cuánto tiempo se debe explorar a una paciente. Lo normal, de no existir nada en contra, es explorar anualmente y en determinadas circunstancias; cuando son controles hormonales, por ejemplo, se realizarán en los momentos adecuados, pero, y sobre todo, en exploraciones por imagen, cuando se pide repetir a los 3 meses o no existe razón para ello, o si lo que se presenta es una duda, lo adecuado y más aconsejable será despejarla cuanto antes y no diferirla.

Mamografía

Es de suma importancia insistir en que nunca deberemos solicitar una mamografía sin una exploración previa que evite que nos pasemos lesiones inadvertidamente como una enfermedad de Paget, adenomas de pezón o considerar como patológica una simple verruga, distorsiones de parénquima y cicatrices o no valorar lesiones palpables no visibles en mamografía.

También puede ocurrir que a las lesiones profundas o alejadas, que quedan fuera del campo de la mamografía, no se les practiquen proyecciones especiales adicionales por no advertirlo previamente al no haber sido exploradas. Los informes serán concretos, concisos y con una terminología clara y común. El clínico no debería tolerar informes indeterminados o ambiguos. Los informes deben ser leídos completamente y no conformarnos con el diagnóstico o resumen.

Un error no infrecuente es el que se produce ante un nódulo palpable y con mamografía normal al considerar que no es necesario realizar otras exploraciones.^{23, 26, 30, 33, 41, 42} Un 10% de cánceres de mama son ocultos radiológicamente.

Nunca se aceptará un diagnóstico de benignidad ante una mamografía con una sola proyección en pacientes sintomáticas, sino con un mínimo de dos.⁷

La tasa de detección de cáncer de mama con mamografía se sitúa entre el 20 y el 30%, pero combinada con ecografía y exploración clínica supera el 40%.²⁸

Es aconsejable esperar de 7 a 10 días para realizar una mamografía cuando previamente se ha practicado una PAAF.⁶

En pacientes menores de 30 años el valor de la mamografía es muy limitado, por lo que se indicará ecografía preferentemente.^{30, 40}

PAAF

Lo importante es la técnica y que los no valorables sean los mínimos. No obstante, es responsabilidad del que realiza la PAAF, a la vista del resultado, valorar si es adecuada o no; dicho de otra forma, si es representativa o no de la lesión⁹ por ello es muy aconsejable localizar muy bien el lugar de la punción en el diagrama, incluso la posición de la paciente, para evitar errores.^{29, 38}

¡Cuidado!, no confundir una citología no valorable con negativa dado que en el primer caso es equivalente a no realizada.

En los casos de secreción por el pezón se realizará estudio citológico del líquido y galactografía, no estando indicada la mamografía.

En caso de PAAF positiva se puede obviar la biopsia peroperatoria.

Ecografía

El tiempo necesario no es más de 10-15 minutos, incluyendo punción ecoguiada.

Hoy se considera complementaria de la mamografía. En caso de pacientes jóvenes (menores de 30 años) está más indicada que la mamografía. Es el mejor método para diferenciar sólido de líquido.³⁰

Biopsia

Se debe emplear al máximo la anestesia local y cirugía ambulatoria;²¹ cada vez más se realizan de forma diferida y no peroperatorias; de este modo y con

el diagnóstico en la mano se pueden tomar decisiones con la propia paciente. Y, en definitiva, es más eficaz y con menor coste.¹⁴

En esta situación es necesario saber tranquilizar, comunicar las posibilidades y esperar a los resultados.

Las biopsias no son emergencias, se puede esperar.³⁹

Algunas unidades la indican en nódulo persistente en mujer mayor de 40 años, aunque hoy se considera que no deben biopsiarse todos los nódulos, sobre todo con la triple exploración negativa.

CALIDAD DE LA INDICACIÓN

Uno de los parámetros a utilizar es la relación PMB/PMM como resultado de las biopsias, debiendo alcanzarse la proporción de 1/4.¹⁴ También la proporción de cirugía conservadora/radical. Y en los casos de cirugía radical la indicación de reconstrucción inmediata.

También en los casos de cirugía conservadora si se dispone en tiempo adecuado de la radioterapia oportuna.

TOMA DE DECISIÓN

Es necesario saber valorar las exploraciones complementarias en sus justos términos; no son infalibles, no se debe esperar más de lo que una exploración puede dar y no fiarse de los negativos.

Es muy conveniente introducir el triple test o triple diagnóstico o triple examen, exploración-mamografía-PAAF, sistemáticamente en lesiones palpables, teniendo en cuenta que cuando las tres concuerdan existe una seguridad diagnóstica del 100%.^{17, 24}

También sería conveniente realizar el diagnóstico en una consulta o en un solo día.

No existen razones médicas para que una paciente que acude a la consulta de patología mamaria no salga en 2-3 horas con el diagnóstico. Es probable que sólo sea un problema de organización.

La toma de decisión debe llevarse a cabo con la paciente, máxime si la decisión a tomar es la observación del proceso.³⁵ Para ello es necesario ser claros, concretos, emplear una terminología adecuada al caso y finalmente solicitar la firma del consentimiento informado; esto es válido incluso para el «re-

chazo informado» de cualquier terapéutica o diagnóstico.

El consejo médico es básico y ha de ser imparcial.

Es importante no dejarse influir por compañeros, familiares, amigos y seguir una sistemática.³⁸

Los tratamientos se decidirán de menos a más, no buscando complicaciones, contando con los medios técnicos y humanos de que se dispone. No debemos pretender hacer más de lo que se puede ni hacer patología mamaria, sin unos medios mínimos.

En los casos de pacientes jóvenes y niñas debemos calmar a las madres, máxime cuando en la mayoría de ellos no presentan patología. En esta situación el riesgo de cáncer de mama es muy bajo, y de producirse es más probable que sean de origen no carcinomatoso o metastásicos.

Patrón de actuación ante una paciente que consulta por patología mamaria

- Documentar clínicamente la exploración mamaria.
- Emplear un diagrama que reseñe la exploración.
- Dar instrucciones de autoexploración.
- Seguir las normas de indicación de *screening*.
- Tener adecuado sistema de envío de pacientes al servicio de referencia.
- Realizar aspirado de quistes o remitir a la paciente para ello.
- Realizar PAAF en casos de nódulo sólido.
- Hacer biopsia o referir a la paciente para ello en lesiones con duda diagnóstica.

MOTIVOS DE ERROR

- Retraso en el diagnóstico. Hoy es la causa más frecuente de demandas judiciales en los Estados Unidos.
- La consulta es para algo y no podemos solucionarla sin tener el lugar apropiado ni emplear el tiempo suficiente.
- No emplear el tiempo adecuado para cada paciente.
- No escuchar.
- No calmar a la paciente o no saber reducir su ansiedad.

- Realizar exploraciones muy frecuentes sin necesidad por no llegar a un diagnóstico adecuado y querer cubrir nuestra responsabilidad.
- No explorar adecuadamente, mala posición, no valorar surco submamario, prolongaciones mamarías glandulares, etc.
- No mantener una estrecha relación con los demás especialistas relacionados con la patología mamaria.
- No explicar adecuadamente las posibilidades terapéuticas con claridad e imparcialmente.
- No solicitar el consentimiento informado.
- No puncionar una masa palpable no visible en mamografía.
- No dar importancia, fiarse de una citología no valorable o inespecífica.
- Con triple test negativo hacer biopsia.
- No hacer biopsia cuando una de las pruebas del triple test es dudosa o positiva.
- Retrasos en inicio de la radioterapia tras el tratamiento conservador.
- No hacer controles de calidad.
- No promover con insistencia la realización del *screening* en mujeres mayores de 50 años.⁶

Qué hacer para evitar riesgos innecesarios²⁵

Ante todo, una práctica médica satisfactoria, un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, todo ello mediante:

- Evitar el escepticismo acerca de la posibilidad de cáncer de mama en la mujer joven o muy joven.
- No confiar en las mamografías negativas o equívocas, sobre todo con masa palpable.
- Cuidado con masas palpables en mujeres jóvenes, no conformarnos con el diagnóstico de mastopatía sin una exploración complementaria.
- Cuidado con los fallos en el sistema, con no confirmar si se han realizado o no una prueba o si han acudido o no a una cita, etc.
- En ocasiones no se da la debida importancia a los antecedentes familiares de cáncer de mama. Hacerlos constar siempre en la historia.

REFERENCIAS

1. Developments in Breast Cancer Care. Same-day diagnosis through multidisciplinary tumor evaluation. On-

2. cology issue tracking. Health care advisory board. Washington, DC; 1993;5.
2. Lamarque JL (red). Clinical examination, quality criteria; 1995.
3. Baum M. Benign breast disease: the cost of the service and the cost to the patient. *World J Surg* 1989;13: 669-73.
4. Pujol H, Rouanet P. A propos des signes cliniques des mastopathies bénignes et des cancers du sein. *J Le Sein* 1991;1(1):37-40.
5. Leis HP Jr. Management of nipple discharge. *World J Surg* 1989;13:736-42.
6. Clínicas de obstetricia y ginecología; 1994;3.
7. Sickles EA. Management of probably benign lesions of the breast (letter). *Radiology* 1994;193(2):5823.
8. Magaram DI. Management of probably benign lesions of the breast (letter, comment). *Radiology* 1994;192 (1):280.
9. Hajdu SI. Malpractice vs. benepactice (letter). *Am Pathol* 1995;19(4):4812. Discussion 4856.
10. Wilson R. Management of probably benign breast lesions (letter). *Radiology* 1995;194(3):912.
11. Yarnold JR, Bliss JM, Brunt M, Earl H, Kaye S, Mason M, Mossman J, Perren T, Richards M. Management of breast cancer. Refer women to multidisciplinary breast clinics (letter, comment). *BMJ* 1994;308(6930):714-5.
12. I had a tough day today, Hillary (see comments). *Boren Med* 1994;330(7):500-2.
13. Benjamin W. Pace y Mary Ann Tinker. Vigilancia de la evolución de pacientes con cáncer mamario. *Clínicas de Obstetricia y Ginecología* 1994. p. 925-9.
14. Layfield LJ, Chrischilles EA, Cohen MB, Bottles K. The palpable breast nodule. A cost effectiveness analysis of alternate diagnostic approaches (see comments). *Cancer* 1993;72(5):1642-51.
15. Hoskins KF, Stopfer JE, Calzone KA, Merajver SD, Rebbeck TR, Garber JE, Weber BI. Assessment and counseling for women with a family history of breast cancer. A guide for clinicians. *JAMA* 1995;273(7):577-85.
16. Hindle WH. Breast evaluation and diagnosis by obstetrician gynecologists. Survey of practice patterns. *Hale Reprod Med* 1992;37(10):857-60.
17. Dixon JM, Mansel RE. Abc of breast diseases. Symptoms assessment and guidelines for referral. *BMJ* 1994;309(6956):722-6.
18. Hoda SA, Cody III, Peterson P. Clinicians and pathologists in the management of breast disease. An evolving relationship. *Moore Pathol* 1995;103(4 suppl 1): S17-S20.
19. Lerman C, Lustbader E, Rimer B, Daly M, Miller S, Sands C. Effects of individualized breast cancer risk counseling: a randomized trial. *Balshem Cancer Inst* 1995;87(4): 286-92.
20. Recommendations of the French Society of Mammography and Breast Pathology on Quality Criteria in Mass Screening for Breast Cancer in France. To: Recommendations de la Societe Française de Senologie et de Pathologie Mammaire sur les criteres de qualite a mettre en oeuvre en depistage de masse des cancers du sein en France. *Rev Gynecol Obstet* 1994; 89(10):510-1.
21. Nielse PE, Kiley KC. Resident training in a multidisciplinary breast clinic. *Rosa Reprod Med* 1993;38(4): 278-80.
22. Aitken RJ, Forrest AP, Chetty U, Roberts MM, Huggins A, MacDonald HL, Muir BB, Kirkpatrick AE, Anderson TJ.

- Assessment of non palpable mammographic abnormalities: comparison between screening and symptomatic clinics. *Br Surg* 1992;79(9):925-7.
23. Zylstra S, Bors Koefoed R, Mondor M, Anti D, Giordano K, Resseguie LJ. A statistical model for predicting the outcome in breast cancer malpractice lawsuits. *Obstet Gynecol* 1994;84(3):392-8.
 24. Vetto J, Pommier R, Schmidt W, Wachtel M, Dubois P, Jones M. Use of the «triple test» for palpable breast lesions yields high diagnostic accuracy and cost savings. *Thurmond Surg* 1995;169(5):519-22.
 25. Clínicas de ginecología y obstetricia. *Temas actuales*; 1994;4.
 26. Clínicas de ginecología y obstetricia. *Temas actuales*; 1994;3:457 y ss.
 27. The effect of breast clinic participation on the education of third year medical students. *Greene Cancer Educ* 1992;7(3):233-5.
 28. Matallana RH. Comprehensive breast diagnosis. *Eur Gynaecol Oncol* 1993;14(4):2925.
 29. Stanley MW, Abele J, Frable WJ. Malpractice vs benepractice (letter). *Page Pathol* 1995;19(4):483-5.
 30. Clark R, Nemeč L, Love N. Breast imaging. A practical look at its capabilities and its limitations. *Postgrad Med* 1992;92(5):117-22,127-34.
 31. Small EC. Psychosocial sexual issues. *Obstet Gynecol Am* 1994;21(4):77380.
 32. Kaufman Z, Shpitz B, Shapiro M, Rona R, Lew S. Triple approach in the diagnosis of dominant breast masses: combined physical examination, mammography and fine needle aspiration. *Dinbar Oncol* 1994;56(4):254.
 33. Dewar WA. Legal issues in managing breast disease. *Postgrad Med* 1992;2(5):137-40, 143-4, 149-51 Passim.
 34. Sickles EA. Nonpalpable, circumscribed, noncalcified solid breast masses: likelihood of malignancy based on lesion size and age of patient. *Radiology* 1991;192:439-42.
 35. Brener RJ. Evolving medical-legal concepts for clinicians and imagers in evaluation of breast cancer. *Cancer* 1992;69:1950-3.
 36. Redelmeier DA. Understanding patients decisions, cognitive and emotional perspectives. *JAMA* 1993;270:72.
 37. Sickles EA. Periodic mammographic follow up of probably benign lesions. *Radiology* 1991;179:463-8.
 38. Troxel DB. Problems areas in pathology practice. Uncovered by a review of malpractice claims. *Am J Surg Pathol* 1994;18:821-31.
 39. Schwartz GF, Feig SA. Management of clinically occult (nonpalpable) breast lesions. *Obstet Gynecol Am* 1994;21(4):621-37.
 40. Simmons PS. Diagnostic considerations in breast disorders of children and adolescents. *Obstet Gynecol Am* 1992;19(1):91-102.
 41. Barth y Prechtel. *Atlas de patología de la glándula mamaria*, 2.^a ed.
 42. Kirby I, Bland, Copeland EE. *La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Ed. Panamericana. Buenos Aires; 1993.