

## Exploración clínica de la mama y atención primaria

El diagnóstico de la patología mamaria que exige un enfoque multidisciplinario sigue asentándose sobre el trípode: *exploración clínica de la mama* (ECM), *diagnóstico por imagen y citología*, de cuya combinación se obtienen los niveles más elevados de sensibilidad y especificidad. Defender la práctica de la ECM por el médico de atención primaria permite aumentar sensiblemente el porcentaje de mujeres participando en los programas de detección precoz.

La ECM tiene en los tiempos actuales dos enemigos claves: por un lado, el tiempo que dedicamos a nuestros enfermos (cada vez más limitado), y por otro, la práctica de una medicina defensiva ante las numerosas denuncias, la mayoría injustificadas, que obligan al uso de pruebas de imagen (mamografías, ecografías, TAC, etc.) más «objetivas».

Aunque la única técnica de que disponemos hasta el momento para detectar cánceres o lesiones premalignas subclínicas es la mamografía, la ECM ha demostrado ser eficaz tanto en el terreno de la detección como del diagnóstico en la patología mamaria. Una correcta exploración clínica (*manografía*, término acuñado por el profesor Puente Domínguez) y la elaboración de una breve historia clínica donde se recojan con detalle los hallazgos semiológicos y un mapa de la anatomía glandular serán útiles para futuras exploraciones. Si a todo ello unimos una adecuada coordinación con la Atención Especializada, que permita conocer los diagnósticos anatomopatológicos de las enfermas biopsiadas, nos servirá como sistema de retroalimentación para mejorar nuestra destreza exploratoria.

Entre las enfermedades de la glándula mamaria hay más patología benigna que cáncer. El médico debe acostumbrarse a pensar que sólo una proporción pequeña de mujeres tiene cáncer: la mayoría no tiene nada o sólo un proceso benigno. Lo que sí, en cambio, comparten todas es el miedo.

Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de mama (CM) son el sexo y la edad, y en ello basaremos la frecuencia de nuestras exploraciones diagnósticas. El CM afecta preferentemente a la mujer; tan sólo el 1% corresponde al varón. En cuanto a la edad, en nuestro medio tan sólo un CM es diagnosticado al año entre 3.300 mujeres de 20 a 29 años; a estas edades el predominio es casi exclusivo

de patología benigna (fibroadenoma, etc.). La probabilidad de adquirir un CM aumenta a medida que avanza la edad, y aunque entre los 30-39 años es relativamente poco frecuente, un CM se desarrolla anualmente en 3.500 mujeres de estas edades. El médico de atención primaria encontrará la siguiente proporción por año: uno cada 1.300 mujeres de 40 a 49 años, uno por cada 1.000 mujeres de 50 a 59 años y uno por cada 625 mujeres de 60 a 69 años. Estas cifras son todavía alarmantes en países con alta incidencia.

Aunque las mamas son órganos accesibles en un examen clínico, relativamente fácil de explorar para cualquier médico, lo cierto es que no siempre aprovechamos esta oportunidad para luchar contra el CM buscando lesiones en estadios iniciales. La situación ideal para valorar cualquier expresión sintomática es aquella en la que disponemos de un examen clínico minucioso y detallado de todas las estructuras que conforman la glándula, de su cubierta cutánea y de los territorios linfáticos anexos, realizado con antelación a la presencia de patología.

A esta situación podremos llegar si realizamos registros rigurosos del estado normal en las exploraciones mamarias rutinarias. Tras 50 años de experiencia en la patología mamaria, el profesor Haagensen nos ha legado el siguiente cuadro que pasamos a reproducir: «De cada 1.000 mujeres que consultan por enfermedad de mama, 750 no tienen nada; 80, ingurgitación glandular; cinco, infecciones; 70, quistes; dos, adenosis; cinco, fibrosis; tres, ectasias de los conductos; 25, fibroadenomas; cinco, papilomas intraductal, y 55, cáncer. De cada 10 posibles patológicas sólo una es cáncer». Estos datos son la mejor justificación para aconsejar la exploración clínica; sin entrar en contradicción con los programas de detección precoz mediante mamografía, sino más bien complementándolos, es la propia enferma quien justifica el uso de la ECM, pues todavía hoy en un porcentaje significativo de casos es ella misma, sin ninguna experiencia médica, la que descubre el «bulto» sospechoso que la lleva a consultarse. Y ese «bulto» o «dureza» sospechosas se diagnostican con la mano del médico y se confirma con una punción-aspiración. Que, eso sí, debe saber hacer todo médico. Se aprende en una mañana. El médico se limita a

aspirar con una fina aguja y una jeringa (que actúa como bomba aspirante) y a extender lo aspirado sobre un porta, dejarlo secar al aire y enviarlo al patólogo.

Cuando esto se haga de modo sistemático (en cualquier consulta) habremos ahorrado a la enferma la angustiosa espera de un resultado y habremos ahorrado a la sanidad pública millones cada año.

La frecuencia con la que los médicos descubren carcinomas en la exploración clínica de mujeres asintomáticas es directamente proporcional a su pericia para examinar estas glándulas.

Los resultados de las investigaciones más recientes siguen demostrando la eficacia de la exploración clínica en la detección precoz del cáncer de mama y la reducción de la mortalidad que la misma conlleva.

Por ello, recomendamos la práctica anual de la misma a toda mujer asintomática a partir de los 35 años, incrementando su frecuencia en mujeres de alto riesgo. Para las mujeres asintomáticas de 20 a 35 años bastaría una exploración clínica cada 3 años.

**J. F. Cameselle-Teijeiro y J. L. Puente Domínguez**  
*Facultad de Medicina de Santiago de Compostela*

**@** Nuestras revistas en Internet  
<http://www.masson.es>

Conozca nuestras publicaciones en CD-ROM  
SOLUCIÓN INFORMÁTICA

Teléfono de atención al cliente  
**902 21 00 74**

MASSON  
FERRAZ GARCÍA  
HAY