

MASTOPATÍAS Y SUS TRATAMIENTOS MÉDICOS

DR. CARLOS HERNÁNDEZ CHANONA

VICE-PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS HOMEÓPATAS, CIRUJANOS Y PARTEROS DEL ESTADO DE VERACRUZ – LLAVE “DR. SAMUEL HAHNEMANN” A.C.

RESUMEN:

Las lesiones benignas de la mama corresponden a múltiples afecciones, relacionadas eventualmente con riesgos importantes de desarrollo de cáncer.

Las hiperplasias atípicas representan un factor esencial de riesgo. Ciertos autores observan un ligero incremento de riesgo en caso de adenofibromas complejos o nódulos de Aschoff. En cuanto a los tratamientos hormonales, los anticonceptivos orales no aumentan el riesgo de enfermedad benigna de la mama y si, los tratamientos hormonales de sustitución inducen por su parte la aparición de quistes, no por ello favorecen el desarrollo de patologías de riesgo.

El termino mastopatía se aplica a una diversidad de alteraciones morfológicas de la mama femenina, que van desde las completamente inocuas a otras asociadas a riesgos de carcinoma.

Un hecho de todas estas alteraciones es que con frecuencia producen bultos palpables aun cuando algunas son tan leves como para ser silentes clínicamente y tan frecuentes como para detectarse en periodos muy tardíos – autopsias sistemáticas entre el 60 y el 90 % de las mamas.

Las alteraciones morfológicas van desde lesiones que consisten principalmente en quistes, pasando por las caracterizadas por un sobre crecimiento del estroma fibroso, por lesiones en las que ocurre tanto proliferación del estroma y del epitelio, hasta otros tipos en los que predomina la proliferación epitelial.

Pensando en todas estas alteraciones y teniendo en la medicina Homeopática tantos y tan variados medicamentos, efectivos para las mismas, se realiza el siguiente trabajo.

Palabras claves: Mastopatías, Homeopatía, Epidemiología, Hiperplasia atípica, Adenofibroma, Mastítis inflamatoria, Papiloma.

INTRODUCCION.

Los epidemiólogos definen el riesgo como la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad determinada ó morir de esa enfermedad en un plazo dado.

El riesgo varía en función de diferentes factores (periodo del estudio, edad, sexo, etnia), y puede representar un peligro eventual, más o menos previsible, relativo o absoluto.

En lo que se refiere a las lesiones benignas de la mama, el problema esencial consiste en determinar si el hecho de presentar una lesión aparentemente benigna, no representa un riesgo ulterior de desarrollo de cáncer de mama: se trata de un riesgo relativo.

La enfermedad fibroquística (EFQ) y el fibroadenoma (FA) son las lesiones benignas de mamas más estudiadas para evaluar el riesgo de degeneración maligna.

En 1854 se realiza por primera vez la diferencia entre carcinoma mamario y mastopatía fibroquística; VELPEAU realiza la diferencia entre mastopatía fibroquística y mastalgia cíclica.

En 1887 se realizan descripciones histológicas muy detalladas de la patología y a partir de entonces ha pasado por diferentes nombres, actualmente se conoce como mastopatía fibroquística o enfermedad fibroquística de la mama.

Los tumores constituyen la lesión más importante, aunque no la más común, de la mama femenina. En la mama femenina puede aparecer una gran variedad de tumores, constituida como está por un tegumento de revestimiento, grasa adulta, tejido conectivo mesenquimatoso y estructuras epiteliales.

Estos tumores abarcan todo el espectro de las neoplasias que pueden brotar del epitelio escamoso estratificado, estructuras glandulares y tejido conectivo mesenquimal. Algunos son papilomas cutáneos, carcinomas epidermoides de la piel, adenomas, papilomas de los conductos, carcinomas de origen en los conductos glandulares, y prácticamente cualquier variedad de tumor mesenquimatoso benigno o maligno, como fibroma y fibrosarcoma, tumor de células granulares, condrosarcoma, lipoma y liposarcoma, sarcoma osteogénico y angioma y angiosarcoma; en este trabajo solo trataremos acerca de los tumores más específicos de la mama.

EPIDEMIOLOGIA.

La Edad promedio de afectación va desde los 14 años hasta los 90 años de edad, lo cual expresa de cierta forma la complejidad de la fisiopatología de esta enfermedad en la que no sólo se encuentra como factor determinante el hormonal, aunque si bien es cierto que se ha encontrado relación con mayores alteraciones del patrón menstrual, tensión premenstrual y menopausia tardía, así como mayor concentración de testosterona y de sus precursores, insuficiencia de cuerpo lúteo, incremento de prolactina y niveles estrogénicos más elevados.

El grupo más afectado es de los 40 a 45 años de edad y el 86% se encuentra entre las décadas tercera, cuarta y quinta de la vida.

INCIDENCIA.

Su incidencia no se conoce con certeza en nuestro país, pero se estima que aproximadamente un 50 % de las mujeres en edad reproductiva padecen cierto grado de mastopatía fibroquística, con hallazgos histológicos en un 90%.

La bilateralidad se presenta aproximadamente en un 58% de las pacientes. La mastopatía fibroquística puede manifestarse en algunas ocasiones de una forma muy aparatosa con formación de macroquistes hasta en un 21%.

La asociación con cáncer de mama es motivo de controversia, sin embargo en las revisiones actuales no se ha considerado a esta entidad como factor de riesgo para cáncer de mama.

MASTALGIA.

La mastalgia es el trastorno benigno de la mama más frecuente. En mujeres premenopáusicas el dolor puede aparecer durante el ciclo menstrual como una variación más intensa de las molestias premenstruales. En algunos casos el dolor se asocia con quistes fácilmente palpables y puede aliviarse aspirando el quiste con aguja de pequeño calibre. Otras causas de mastalgia o mastodinea se consideran de origen hormonal.

MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA.

Enfermedad fibroquística ó mastopatía fibroquística; Por lo general, la EFQ se define histológicamente como la asociación más o menos compleja de lesiones benignas en cantidad variable:

Quistes, microquistes, adenosis, fibrosis y según ciertos autores, papilomas y cicatrices radiales (cuerpo proliferativo de Aschoff CPA).

Son tumores benignos generalmente se desarrollan en mujeres jóvenes, a menudo adolescentes, que pueden ser confundidos con un cáncer. Sin embargo, tienden a ser más circunscritos y móviles, a la palpación pueden sentirse “como canicas”, pequeñas y uniformes.

Estos tumores son de diferentes tipos de células rodeadas de tejido conectivo, están conformadas por células epiteliales y mioepiteliales, que tapizan los canales.

El revestimiento epitelial de los quistes puede sufrir un proceso metaplásico hidrosadenoide, presentando un aspecto de tipo sudoral apocrino, en particular, las estructuras ductales o lobulares pueden ser asiento de hiperplasias epiteliales con o sin atipia.

RELACIÓN CON LAS HORMONAS:

Según Cole la nuliparidad y la menopausia tardías aumentan el riesgo de desarrollo de mastosis quísticas. Otros autores encuentran menos quistes en las multíparas, aunque no todos los estudios corroboran esta observación. No existe relación con la edad del primer embarazo; la lactancia no implica un efecto protector.

Según numerosos trabajos (3, 4, 5), la contracepción oral protege de la EFQ, en la mayoría de los estudios publicados (casos observados/ grupo de control) se comprueba una ausencia de efecto o una disminución de riesgo de 20 a 40 % con efectos de duración significativos. Cabe señalar que a la fecha no existen estudios por tipo de anticonceptivo oral utilizado.

En consecuencia, cabe señalar que los tratamientos hormonales de sustitución de la menopausia aumentan el riesgo de desarrollo de mastopatía quística relacionados según ciertos autores con la duración de utilización.

RELACION CON EL CANCER:

En 1883 Reclus señala el riesgo de cáncer, preconizando en su tratado sobre la “Enfermedad quística de las mamas”, la mastectomía bilateral como tratamiento preventivo de posibles evoluciones malignas.

Ciertos autores como Haageensen distinguen los microquistes (< 3mm) sin significación patológica, de los quistes más importantes asociadas al incremento de frecuencia del cáncer de mama, con riesgo multiplicado por 3 ó 4, los estudios más recientes Dupant y Page no observan relación alguna entre la presencia de quistes de cualquier tamaño sin lesiones asociadas y el desarrollo ulterior de cáncer de mama.

FIBROADENOMA.

Los fibroadenomas (Fa) son tumores sólidos benignos, de doble componente epitelial y conectiva, frecuentes en la mujer menor de 40 años y de evolución lenta.

Generalmente los FA no exponen a riesgos ulteriores de desarrollo de cáncer de mama sin embargo pueden registrarse casos excepcionales.

En 1940 Harrington describe casos de cáncer desarrollados en un FA; al respecto, es conveniente distinguir:

- La aparición de cáncer dentro del FA;
- La invasión del FA por un carcinoma vecino;
- El riesgo tras FA, de aparición de cáncer de mama a largo plazo.

FIBROADENOMA Y CANCER.

El fibroadenoma aparece en promedio alrededor de los 30 años según ciertos trabajos, el riesgo de cáncer es más elevado si el FA sobreviene en forma tardía durante la perimenopausia o la menopausia.

Pick corrobora estas observaciones registrando una edad promedio de 40 años para los cánceres in situ desarrollados en un FA y de 47 años para los cánceres infiltrantes

La literatura no describe particularidades clínicas especiales para la asociación FA y cáncer, exceptuando tamaños superiores a 1 cm. Ó aumentos de tamaño recientes en los casos estudiados.

TRATAMIENTO.

Gestágenos.- Acetato de medroxiprogesterona 10 mg.; acetato de noretisterona 10 mg. /día/10 días; progesterona local

Estrógenos

Danazol 100-200 mg.

Antiestrógenos.- citrato de clomifeno 50- 100 mg. / día

Terapéutica no endocrino.- Analgésicos y anti-inflamatorios, vitaminas A y E, diuréticos

Tx. Quirúrgico

Quiste: punción y estudio citológico y microbiológico.

Biopsia de un quiste: Se realiza cuando la citología resulta sospechosa o positiva, cuando hay líquido sanguinolento, cuando hay recidiva antes de dos meses.

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO:

Tumoraciones de la mama:

Nódulos duros y dolorosos inmediatamente por abajo del pezón;
PULSATILLA, SEPIA, KALI MUR., IODUM, GRAPHITES.

Quistes de contenido coloidal o seroso, indoloros y móviles:

IODUM, KALI IODAT., CALCAREA IODAT., BARYTA IOD., AURUM IOD., SULPHUR IOD., APIS MELL., CALCAREA CARB., CONIUM MAC., THUJA OCC.

Adenomas: formaciones lobuladas y movibles de crecimiento lento, pueden decrecer con la menstruación:

CALCAREA CARB., SULPHUR, SILICEA TERRA, MERCURIUS SOL., IODUM, KALI IOD., SEPIA, LYCOPODIUM CLAV., LAPIS ALBUS, CALCAREA FLUOR.

Fibromas: tumores redondos, grandes, indoloros, movibles que pueden permanecer estacionarios, pero repentinamente empezar a crecer, en cuyo caso se impone la operación manejaríamos los preparados de calcio:

CALCAREA CARB., CALCAREA FLUOR., CALCAREA IODAT., SILICEA (remedio principal para las proliferaciones de tejido conjuntivo).

A continuación mencionamos algunos medicamentos agregando una ligera descripción de su patogénesis

CONIUM MACULATUM.- Tumores grandes duros y tendencia a la retracción de la glándula mamaria con puntadas a través del pecho.

FERRUM IODATUM.- Tumores duros sospechosos de tornarse malignos; recomendado para la anemia que se produce por el cáncer.

CISTUS CANADENSIS.- Mama izquierda muy endurecida e inflamada, sospechosa de carcinoma.

CHIMAPHILLA UMBELLATA.- Mama derecha endurecida e hipertrofiada; atrofia de la glándula mamaria.

Recordemos que el tratamiento homeopático deberá de individualizarse por lo tanto estos son algunos medicamentos más peculiares que recomendamos.

MAYO/2011.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Espié met tourmant B, epidemiologie des lésions bénignes du sein, encycl. Méd. Chir (editions scientifiques et médicales elsevier sas, paris tours droits réservés) Gyné cologie, 812- A – 1, 2001, 6p.
- 2.- Ginecología de Novak 12a. Ed. Editor Jonathan S. Benek, MD, mmsc, Mc Graw – Hill; Interamericana año 2001 págs. 525 A 539.
- 3.- Hsiehcc, Crosson Aw, Walker Am, oral contraceptive use and fibrocystic breast disease of differen histologia classifications/natl cancer inst. 1984; 72: 285- 290.
- 4.-Livosiva, stadel Ev, Kelsey JL. Fibrocystic breast disease in oral contraceptive users; a histopathologicat evaluation of epithelial typia. N Engl/ med 1978; 299: 381- 385.
- 5.- Pastides H, Kesley JL, Li Volsi Va, oral contraceptives use and fibrocystic breast disease with special reference to its histopathology. J Natl caner int 1983; 22: 700- 707.
- 6.- Patologia Estructural y Funcional Robbins 5a.Ed. Mc Graw – Hill Stanley L. Robbins, M.D. Interamericana pág. 1201- A – 1224.
- 7.- Tournat B, Goris A. Maladie fibrokystique mammaire bilterale dans la post- ménopause Lointaine. A propos d´une observation personnelle. Gynécologia 1980 ; 31 : 161- 169.
- 8.- Tratado de Ginecología y Obstetricia, Nuñez Maciel Dr. Y col. Ed. Cuellar Tomo II pág. 1169 a 1195, 1195 a 1202.
- 9.- Tristanth, Benmussa M. Bokobsa J., Elbaz P. - Diagnostic mammographique et echographique des opacités et des masses mammaires- Encycl. Méd. Chir (Elsevier, Paris. France), Gynecologie 810- G – 21, 1998, 10p.
- 10.- Vijnovsky Bernardo, Tratado de Materia Médica Homeopática, Buenos Aires A. 1978; Tomo I págs. 435 a 436,479 a 482, 526 a 532, 695 a 697.