

El examen de la glándula mamaria

G. Zornoza* / J. L. Hernández* / F. Vicente* /
J. L. Clemente*

La patología mamaria, y muy concretamente el diagnóstico y posterior tratamiento del cáncer de esta glándula, constituyen uno de los problemas más graves en la oncología actual. Y esto es así, en primer lugar, por la frecuencia elevada del cáncer de esta localización, ya que es el órgano más frecuentemente afectado por los tumores. Su incidencia en nuestro medio sigue aumentando, posiblemente porque el diagnóstico es mejor, pero también porque son más las mujeres que alcanzan los 65-70 años de vida, fases en las que el riesgo del cáncer de mama es verdaderamente alto.

Frente a estos datos, se advierte una escasa mejoría en los resultados terapéuticos a lo largo de los últimos 50 años, a pesar de los progresos en la cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc. No obstante, y éste es un hecho de gran trascendencia, cuando se logra el diagnóstico de un cáncer de mama en fases iniciales, de enfermedad mínima o local, las posibilidades de curación definitiva están próximas al 100 %.

En nuestro medio, una de cada 100 mujeres fallecerá por cáncer de mama, pero no conocemos "a priori" cuál o cuáles de ellas sufrirán esta enfermedad, y a pesar de que se siguen investigando factores que permitan centrar los esfuerzos en aquellas mujeres que presenten unos mayores "factores de riesgo", a la vista de los conocimientos actuales, es preciso admitir que son sospechosas todas las mujeres con edad superior a los 30 años.

Esto obliga a la planificación de un sistema de estudio y valoración en el que, por sus dimensiones, no sólo intervendrán los especialistas en este tipo de patología, sino que es preciso se incluyan todos los médicos, como única forma de alcanzar de forma efectiva esta selección de mujeres, presuntas portadoras de un carcinoma curable. El segundo factor a tener en cuenta en esta selección lo constituyen los centros especializados o instituciones sanitarias de cualquier tipo, pues un plan de este tipo supone necesariamente un desembolso económico importante. Todo ello es posible si se insiste en que: **El diagnóstico precoz de cáncer de mama constituye hoy el único medio de curación del mismo.**

En este planteamiento existen una serie de interrogantes que vamos a tratar en este y otro apartado posterior y que son:

— ¿Qué mujeres deben ser sometidas a selección y control?

— ¿Cómo, cuándo y con qué periodicidad se han de realizar estos controles?

— ¿Qué medios existen para esta selección?

El cáncer de mama es muy poco frecuente antes de los 30 años (1-2 % de los casos). La edad es un factor importante para la iniciación del control de las pacientes como posibles portadoras de un carcinoma de mama.

Todas estas mujeres deberán incluirse en el programa de selección pero no todas ellas habrán de ser sometidas a todos y cada uno de los medios de estudio con que se cuenta en la actualidad para el análisis de esta patología. Para esta primera selección se hace imprescindible un *interrogatorio* dirigido, en el que las preguntas (es de gran utilidad el relleno de una hoja-cuestionario específica de patología mamaria) estarán en relación con aquellos factores ginecológicos, así como antecedentes familiares y personales de tipo tumoral y específicos mamarios, que en la actualidad se conoce de alguna manera influyen en el desarrollo de un cáncer mamario.

Para ello la anamnesis recogerá una serie de aspectos, como antecedentes familiares de cáncer de mama y otros en concreto como número de hijos y tiempo de lactancia de los mismos, edad del primer embarazo si lo hubo, edad de la menarquía, historia menstrual, dismenorrea, mastalgia, edad de la menopausia, medicaciones hormonales, etc. (tabla I).

En el caso de mujeres portadoras de algún tipo de patología será preciso el análisis de los síntomas más comunes: induración o tumor mamario, mastalgia, secreción por el o los pezones, etc. En cualquier caso se recogerá el momento en que se inició la sintomatología y su posible relación con el ciclo menstrual, etc.

Tras la cumplimentación de esta ficha se procederá al *examen físico* (inspección y palpación) de la mama como medida fundamental ya que, a pesar del número y complejidad de los medios existentes actualmente, éste sigue siendo la base fundamental para el diagnóstico en patología mamaria, mucho más habida cuenta de que en la actualidad todavía el 80-90 % de los cánceres acuden a la consulta ante el hallazgo, por la propia enfermedad, de un bulto de mama. Este examen no se limitará a la mama sino que deberá incluir las zonas ganglionares regionales. Por otro lado, dada la influencia que el ciclo ovárico tiene sobre la fisiología y morfología de la mama, ésta tiene para la exploración su momento más adecuado entre los días 8.º a 10.º del ciclo, por ser en esta fase en la que ceden los fenómenos de congestión y edema característicos premenstruales (tabla II).

* Departamento de Cirugía General. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Tabla I. DATOS QUE PUEDEN SER INCLUIDOS EN UNA FICHA PARA ANAMNESIS DE PATOLOGÍA MAMARIA

ANTECEDENTES			ENFERMEDAD MAMARIA ACTUAL	
Familiares	Ginecológicos	Mamarios	Comienzo	
— Cáncer de mama: — Mastopatía: — Otros tumores:	— Menarquía: — Form. Menst.: — Dismenorrea: — Última regla:	— Hormonoterapia: — Embarazos: • Edad en 1.º: • Abortos: — Lactancia:	— Traumatismos: — Mastalgia: — Mastitis: — Mastopatía: — Cirugía:	— Tumor: — Dolor: — Secreción: — Otros síntomas: • Asimetría: • Retracción: • Ulceración:
			Evolución	
			Comentario	

Tabla II. RESUMEN DE LOS DATOS A VALORAR EN EL CURSO DE UNA EXPLORACION MAMARIA

EXPLORACION FISICA			OTRAS EXPLORACIONES
Tumor	Piel - pezón	Región ganglionar	
— Diámetro: — Consistencia: — Límites: — Fluctuante: — Fijo: • piel: • músculo: • pared:	— Retracción: — Ulcera: — Edema: — "Naranja": — Nódulos cutáneos: — Secreción: • color: • cuantía:	— Axilar: — Supraclav: — Contralat: — Más de 3: — Límites: — Movilidad: — Tumoraes (?):	— Función ovárica: — Laboratorio: — Termografía: — Xerografía: — Punción - Aspiración (citología):

La inspección es de gran importancia pues en ciertos casos nos puede dar el diagnóstico. Se debe realizar en posición ortostática y decúbito supino e incluso recurriendo a la inclinación anterior del cuerpo y elevación de los brazos para poner en evidencia retracciones de piel o pezón que de otra manera pudieran pasar inadvertidas. Se examinarán comparativamente ambas mamas, asimetrías, irregularidades de forma, tamaño, etc., pero especialmente se valorará la piel en busca de depresiones, retracciones, etc. expresión de lesiones infiltrativas subyacentes. Se investigará también posibles cambios de coloración, de grosor o de su red vascular superficial (figs. 1 a 4).



Fig. 1.—Asimetría mamaria por ascenso de la mama izda. y retracción de pezón. Cicatriz de biopsia anterior, en cuadrante superior externo.



Fig. 2.—Lesión costrosa a nivel de aréola izda., correspondiente a una Enfermedad de Paget de mama.

La palpación también se realizará en esas posiciones descritas. La valoración de la palpación de una masa es con frecuencia difícil, ya que la variabilidad morfológica de la mama es muy grande de una mujer a otra, e incluso en una misma a lo largo de las diferentes fases de un ciclo menstrual, dificultades que aún se incrementan si se trata de mamas grasas y voluminosas. La palpación se efectuará con la mano plana, deslizándola suavemente sobre la piel mientras se ejerce una leve presión contra el plano pectoral, tratando de delimitar alguna induración o tumoración que, una vez detectada, será definida en sus características por palpación más fina, ejercida por las yemas de los tres dedos medios.

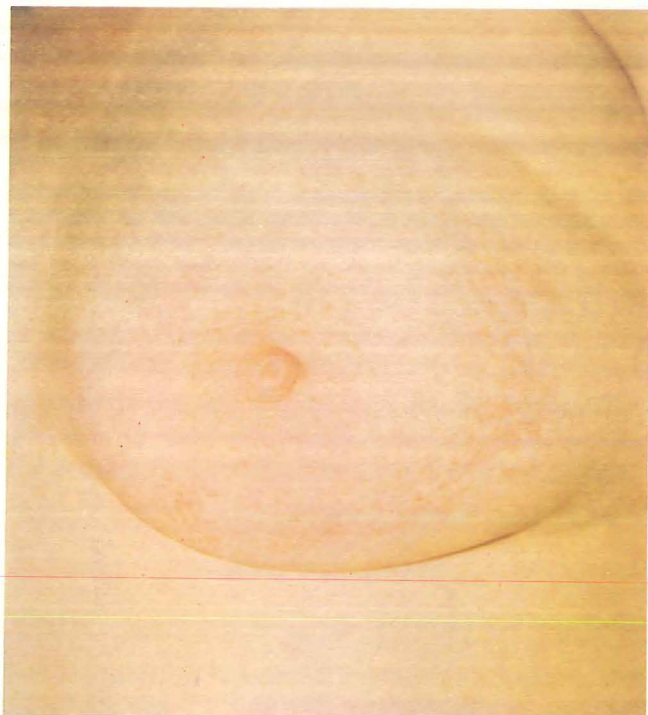


Fig. 3.—Enrojecimiento y "piel de naranja" característicos del carcinoma mamario agudo o inflamatorio.



Fig. 4.—Retracción de pezón puesta en evidencia al elevar el brazo.

Advertida la presencia de una induración o tumoración mamaria, se ha de descartar que se trate de un simple lóbulo mamario o un relieve costal, lo que se puede hacer repitiendo la palpación en posición ortostática. Todos estos datos, así como su situación, tamaño, etc. serán anotados; para ello dividimos la mama en cuadrantes, dos superiores y dos inferiores, a su vez dos internos y dos externos, pudiéndose añadir un apartado para la zona correspondiente a pezón y areola. Se indicarán características como tamaño, forma, consistencia, límites, movilidad o fijación, etc.

Son también de utilidad ciertas maniobras consistentes en desplazar la tumoración palpada en distintas direcciones a la vez que se observa la posible desviación de la piel vecina o del pezón, que de ser positivas evidenciarían un proceso infiltrativo subyacente. En el caso de mamas voluminosas, especialmente si son péndulas, es útil el examen con la paciente sentada, tomando la mama entre ambas manos, obteniéndose así más datos que si se realiza la exploración por simple presión de mama contra el plano pectoral (fig. 5).



Fig. 5.—Retracción de pezón y "piel de naranja" característicos del carcinoma de mama.

Debe explorarse la posible existencia de secreción por el pezón, a veces advertida por la propia paciente, reseñándose en su caso las características de la misma a la vez que se trata de delimitar por palpación el punto o el área cuya presión selectiva determine la salida de la secreción.

La exploración incluirá sistemáticamente ambas mamas, así como las zonas ganglionares: axila y fosa supraclavicular.

Con los datos obtenidos por la anamnesis y exploración física, estaremos en condiciones de definir las pacientes incluíbles en el grupo de alto riesgo, así como las exploraciones complementarias a realizar en cada caso concreto.

Pero en todo caso, para completar este examen mamario y asegurar al máximo las posibilidades de un diagnóstico precoz, es de gran importancia adiestrar a las pacientes en el *autoexamen* de la mama, con objeto de que ella misma se controle durante los intervalos libres entre cada exploración médica, que se aconseja realizar por lo menos una vez al año. Este autoexamen ha demostrado su efectividad en base a que un buen número de casos de cáncer de mama son descubiertos por la enferma en el curso de estos intervalos libres. Para

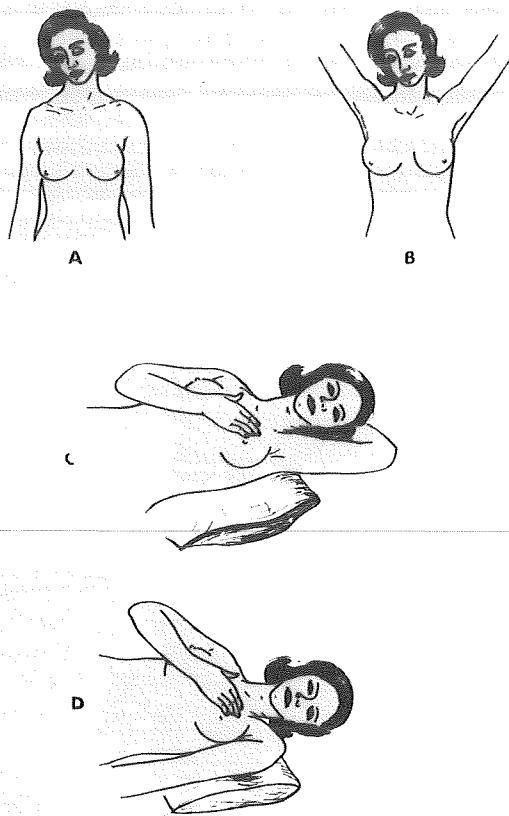


Fig. 6.—Autoexamen mamario. La mujer, en posición ortostática y frente a un espejo, busca asimetrías, retracción, umbilicación, etc. (A y B). En decúbito supino procede a la palpación sistemática de la mama según un orden, en la búsqueda de induraciones o nódulos (C y D).

ello es necesario el adiestramiento de todas y cada una de las mujeres que acuden al especialista por un problema mamario y ésta es una de las razones de la utilidad de los planes de examen en masa, ya que será el momento para el adiestramiento en este autoexamen.

Al enseñar la técnica de autoexamen es imprescindible mentalizar a la paciente no sólo en la importancia de lo que se va a realizar sino también, y esto es importante, buscar su colaboración, pero evitando en todo caso la preocupación excesiva, la obsesión y la sombra permanente del cáncer. Por ello es precisa una conversación con cada paciente en el curso de la cual y de acuerdo con las peculiaridades culturales, psicología, etc., se explicarán estos detalles que no sería factible llevar a cabo por simple remisión de folletos o anuncios.

Si estos programas no son promovidos por las instituciones competentes, es indudable que han de ser los especialistas y los médicos de familia los encargados de esta misión, unas veces con su consejo, las más con su propia participación en el programa.

El autoexamen debe ser simple, a la vez que completo, es decir, el mínimo de maniobras que incluyen la exploración completa de ambas mamas y axilas. Debe realizarse una vez al mes, en la fase del ciclo, entre 8.º y 10.º días, en que la sensibilidad de la mama es menor y ha disminuido la congestión mamaria menstrual. Este examen se realizará (cuadro) en posición ortostática, mejor frente a un espejo, con los brazos elevados sobre la cabeza (fijándose en posibles asimetrías de forma, tamaño, piel o pezón) y en decúbito supino, haciendo presión de la mama contra el plano costal, con los dedos juntos y planos, recorriendo la glándula según una sistemática que puede ser la de las agujas del reloj, para terminar con la palpación del área mamilar (fig. 6).

Finalmente, es preciso insistir en que es posible salvar a la casi totalidad de las mujeres con cáncer de mama, si los médicos enseñamos a nuestras pacientes la técnica del autoexamen mamario, para que lo realicen una vez al mes y, además, si se les concientia a que acudan al examen médico al menos una vez al año.