



Revisión de la patología mamaria detrás del embarazo y la lactancia

Martin Saenz Aguirre, Olatz Gorriño Angulo, Ana Legorburu Piedra, Mónica Santamaría Peña, María Udondo González del Tánago, Marta Legorburu Toña

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Objetivos docentes

Los objetivos de esta revisión son:

- Conocer los cambios fisiológicos y la patología mamaria que puede aparecer durante el embarazo y la lactancia, para su correcta interpretación en los estudios de imagen y posterior manejo.
- Conocer las peculiaridades de la patología mamaria maligna en estas pacientes, y su manejo diagnóstico.



Introducción

- El embarazo y la lactancia constituyen estadios fisiológicos únicos en la vida de la mujer, con importantes variaciones hormonales que inducen cambios fisiológicos a múltiples niveles, entre ellos el tejido mamario.
- Dichos cambios condicionan la interpretación de los estudios de imagen y en ocasiones predisponen a la aparición de patología mamaria (en su mayoría benigna) que es importante conocer para un diagnóstico adecuado.
- La técnica de imagen de elección en las pacientes gestantes y lactantes, será la ecografía, realizándose estudios complementarios únicamente según las necesidades.



Patología mamaria benigna asociada a cambios fisiológicos

Galactocele

Es una lesión benigna que resulta de la retención de leche en el interior de un ducto. Clínicamente suele presentarse como una lesión palpable no dolorosa, más frecuentemente semanas después de haber cesado la lactancia, y es típica su resolución espontánea.

Ecográficamente se identifica como una lesión quística de paredes lisas y contenido ecogénico secundario al contenido lácteo, no siendo necesaria la realización de estudios adicionales. (Figura 1)

En ocasiones estas lesiones pueden sobreinfectarse y dar lugar a la formación de abscesos, en cuyo caso es necesario el drenaje mediante abocath y tratamiento antibiótico. (Figura 2)

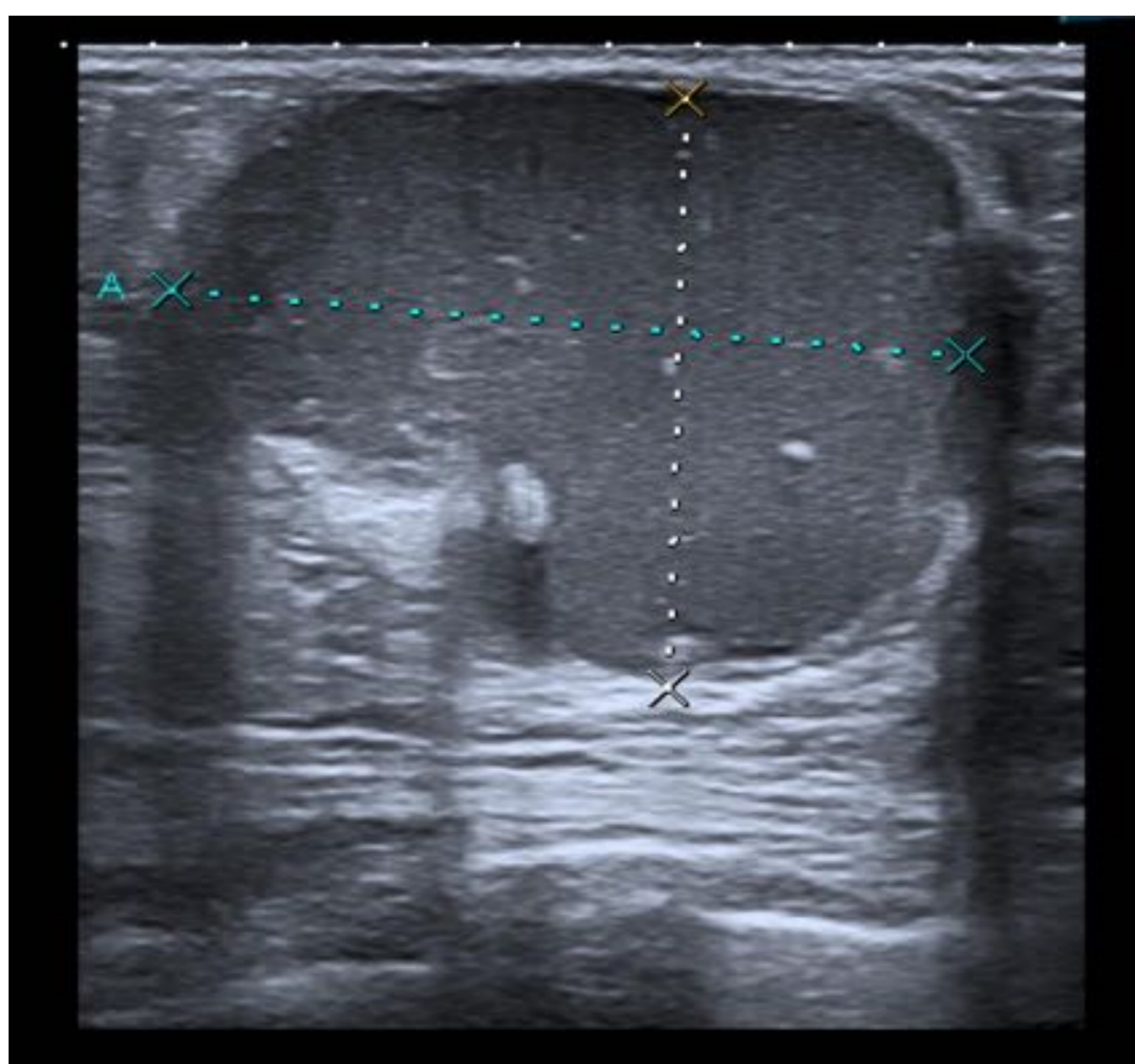


Figura 1: 31 años. Lactante. Lesión palpable en mama izquierda.

Lesión quística con contenido ecogénico correspondiente a galactocele.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

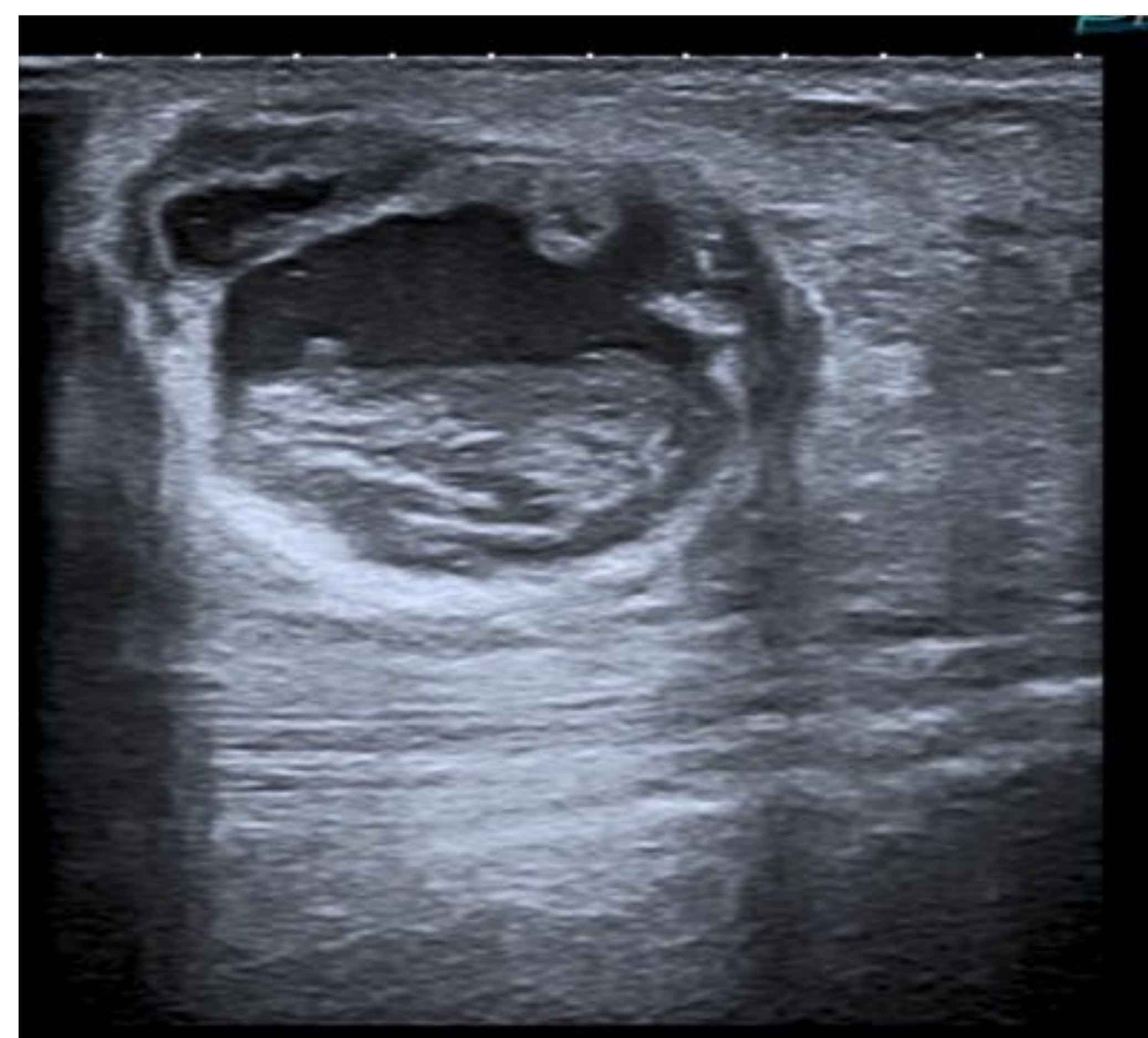


Figura 2: 31 años. Lactante. Lesión palpable en mama derecha.

Lesión quística compleja con contenido ecogénico en la porción declive formando un nivel y paredes engrosadas secundario a sobreinfección de un galactocele.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



El vaciamiento ecoguiado de la lesión es una opción terapéutica eficaz en lesiones grandes o pacientes con clínica infecciosa como ya hemos comentado. Para ello se utilizará un abocath de calibre 14G ya que el contenido lacteo o sobreinfectado es espeso. *(Figura 3)*

Una vez vaciado su contenido estas lesiones no requieren control ecográfico.



Figura 3:

- A- Lesión quística con contenido ecogénico en la porción declive formando un nivel, compatible con galactocele.
- B-Extremo distal de un abocath en el interior del galactocele, que se vacía obteniendo 20cc de líquido lechoso.
- C-Restos de galactocele vaciado.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Patología infecciosa

Mastitis puerperal infecciosa

Es una patología especialmente frecuente durante la lactancia. Los microorganismos responsables más habituales son el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus*, que se encuentran en la mucosa nasal y oral de los recién nacidos. La vía de entrada suelen ser pequeñas fisuras en el complejo areola-pezón, con posterior diseminación retrógrada por el sistema ductal.

Clínicamente suele presentarse como una induración de la mama asociada a dolor y cambios inflamatorios locales en la piel.

Ecográficamente la mastitis aparece como un área hipoecogénica mal definida con cambios inflamatorios en el tejido graso adyacente.

Sin tratamiento antibiótico adecuado la mastitis puede evolucionar a la formación de un absceso, que requiere drenaje percutáneo. (Figuras 4 y 5)



Figura 4: 34 años. Lactante. Lesión palpable y enrojecimiento en CIE de mama derecha.

Lesión solido-quística compleja con contenido heterogeneo y paredes gruesas e irregulares en relación a absceso intramamario.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

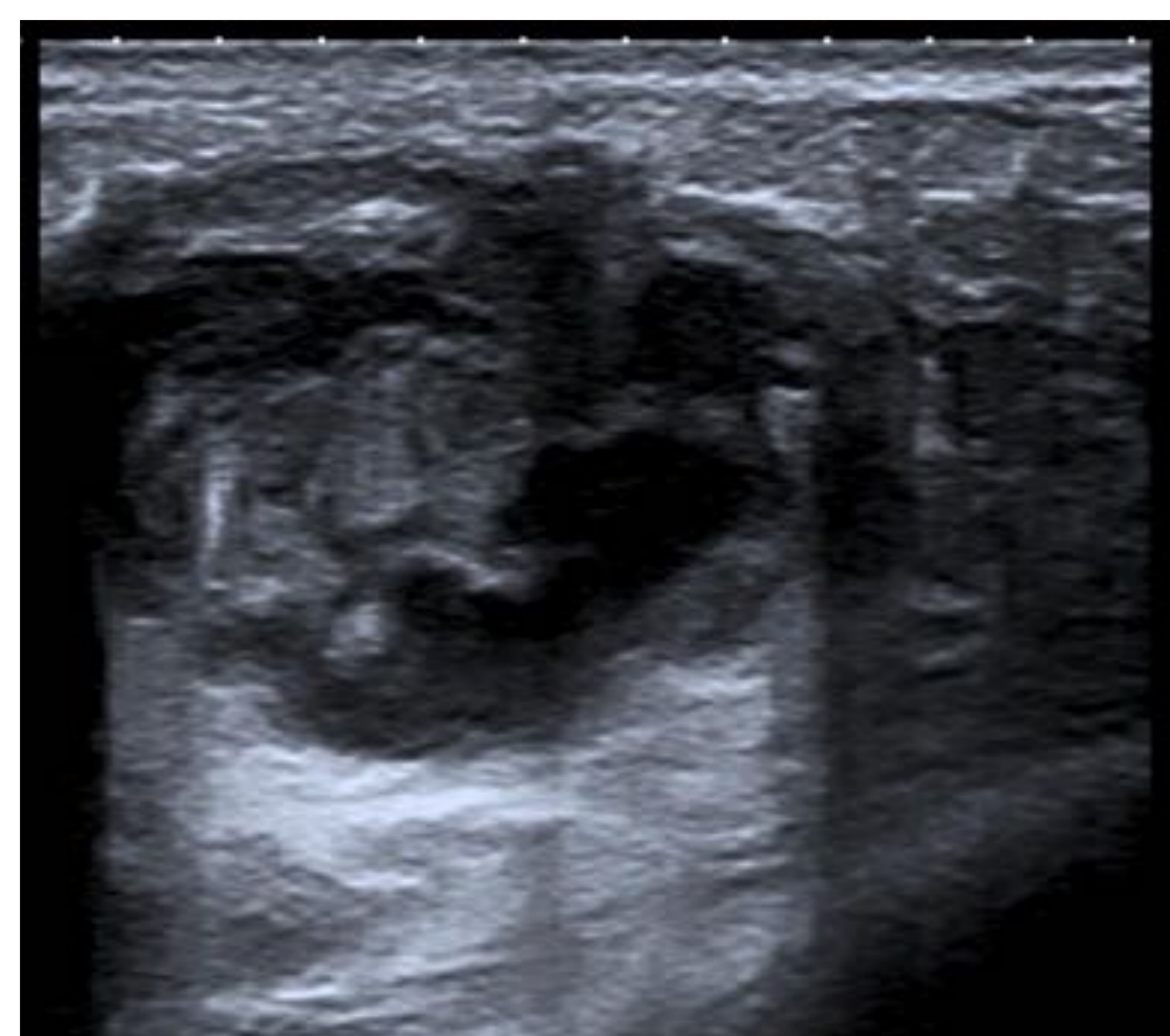


Figura 5: 33 años. Lactante. Dolor e inflamación en CSE de mama izquierda.

Lesión heterogénea compleja, solido-quística, con paredes gruesas e irregulares sugestiva de absceso.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



La opción terapéutica de elección en abscesos con entidad suficiente es el drenaje ecoguiado asociado a tratamiento antibiótico. (Figura 6)

Posteriormente al drenaje realizaremos controles ecográficos para confirmar la buena evolución de el proceso infeccioso.

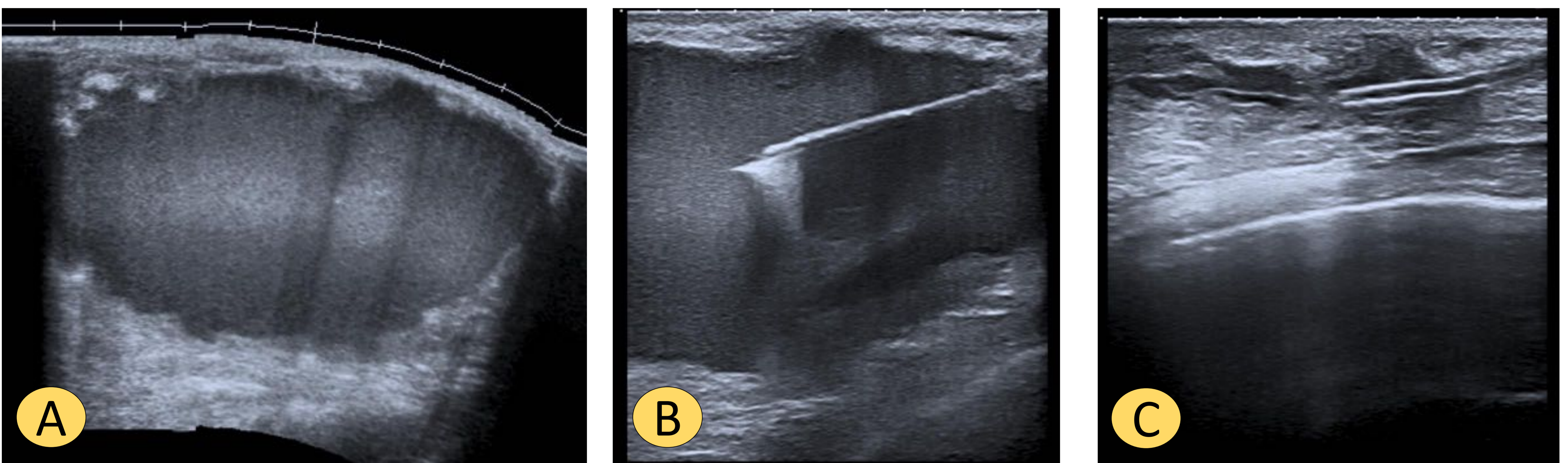


Figura 6: 36 años. Lactante. Aumento de tamaño y enrojecimiento de la mama derecha.

A- Gran colección líquida con paredes engrosadas e irregulares sugestiva de absceso, que se vacía con Abocath obteniéndose 100cc de líquido purulento.

B- Extremo distal del abocath con la aguja en el interior del absceso

C- Absceso drenado con el extremo distal del abocath en su interior.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Tumores benignos

Fibroadenoma

Es un tumor benigno de origen fibroepitelial y representa la lesión sólida más frecuentemente diagnosticada durante el embarazo y la lactancia. La gran mayoría corresponden a lesiones ya preexistentes que experimentan crecimiento u otros cambios estructurales debido a las variaciones hormonales.

La forma de presentación clínica más frecuente de los fibroadenomas es como una lesión no dolorosa palpable.

La apariencia ecográfica de los fibroadenomas durante esta etapa suele ser la habitual, presentándose como lesiones sólidas hipoecogénicas homogéneas, con buena transmisión del sonido, bordes circunscritos y orientación paralela a la piel. (Figura 7)

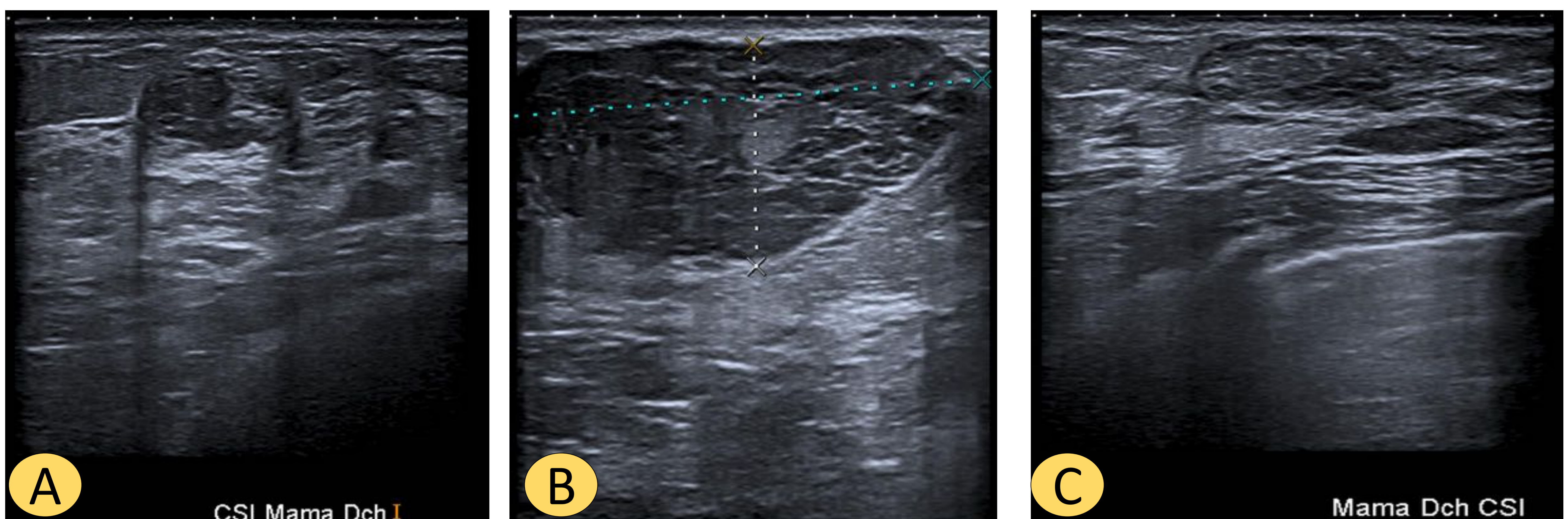


Figura 7: 33 años. Gestante de 29 semanas. Lesión palpable en CSI de mama derecha.

A- 1 año antes. B-Estudio actual. C-1 año post fin de lactancia.

Crecimiento de nódulo ovalado homogéneo y bien definido en relación a fibroadenoma ya conocido, con regresión posterior tras fin de lactancia.



En ocasiones los fibroadenomas pueden presentar características de imagen atípicas (ecoestructura heterogenea, bordes microlobulados o mal definidos...), que junto a su aumento de tamaño hacen recomendable el estudio histológico para descartar malignidad

Si bien se trata de una complicación rara, durante el embarazo se puede producir una necrosis espontánea en el seno de la lesión, normalmente asociada al rápido crecimiento de la misma, que clínicamente se acompaña de dolor agudo. Dichas áreas de infarto se identifican ecográficamente como áreas quísticas o de menor ecogenicidad y peor transmisión de sonido. *(Figura 8)*

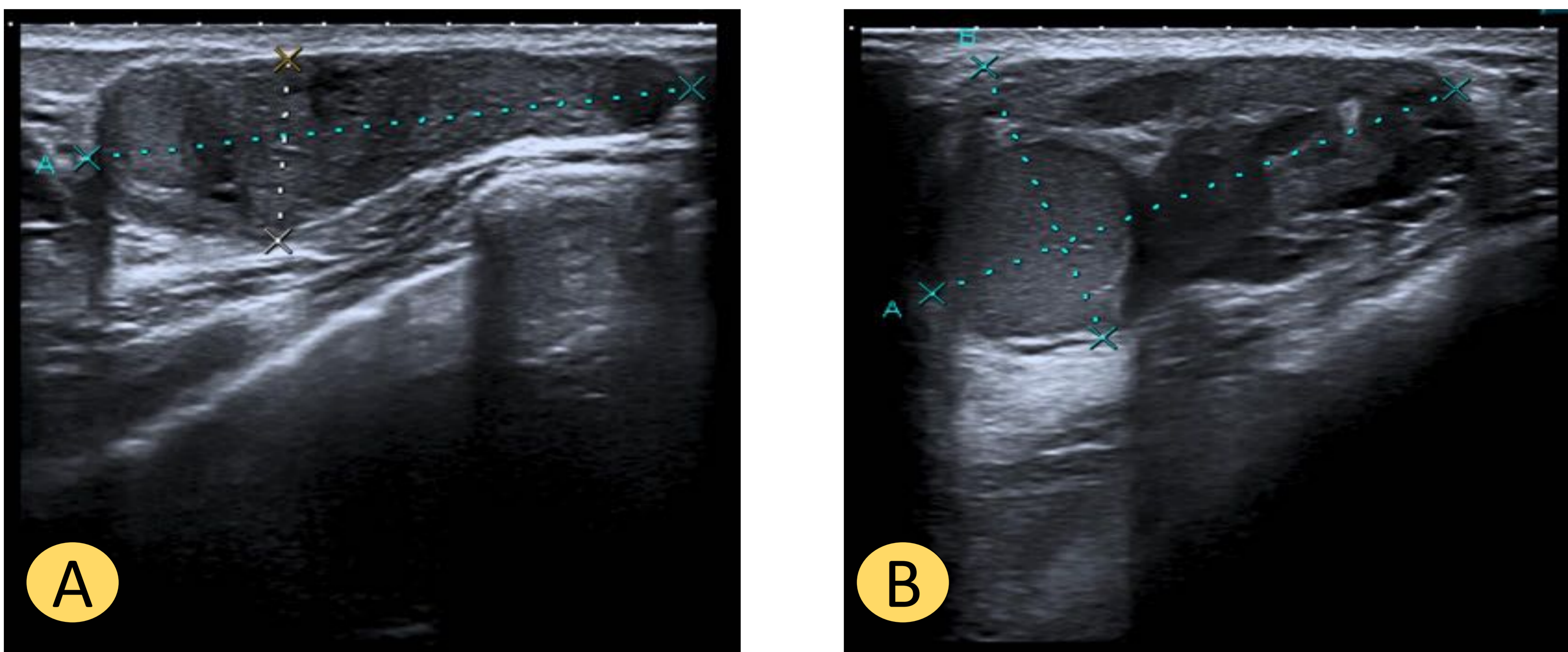


Figura 8: 31 años. Gestante de 25 semanas. Lesión palpable y dolor en CSE de mama izquierda.

A- 2 años antes. B-Estudio actual.

B Lesión redominantemente sólida con presencia interna de áreas quísticas algunas con contenido ecogenico que se drenan obteniéndose liquido hemático. El estudio histopatológico demostró existencia de cambios necróhemorrágicos e inflamatorios agudos en un fibroadenoma con infarto hemorrágico.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Adenoma de la lactancia

Es un tumor benigno de origen epitelial, secundario a los cambios hormonales propios del embarazo y la lactancia. Aparece con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de gestación o la lactancia y tiende a la regresión espontánea una vez desaparece el estímulo hormonal.

Clínicamente se manifiesta como una lesión palpable no dolorosa que ecográficamente se corresponde con una lesión sólida de aspecto similar al fibroadenoma. *(Figuras 9 y 10)*

Al igual que éste, en ocasiones pueden alcanzar gran tamaño y presentar áreas de infarto en su interior.

Los adenomas de la lactancia no aumentan el riesgo de cáncer de mama, si bien la presencia en ocasiones de características de imagen atípicas (ecoestructura heterogenea, bordes microlobulados o mal definidos...) hacen necesaria la realización de biopsia.

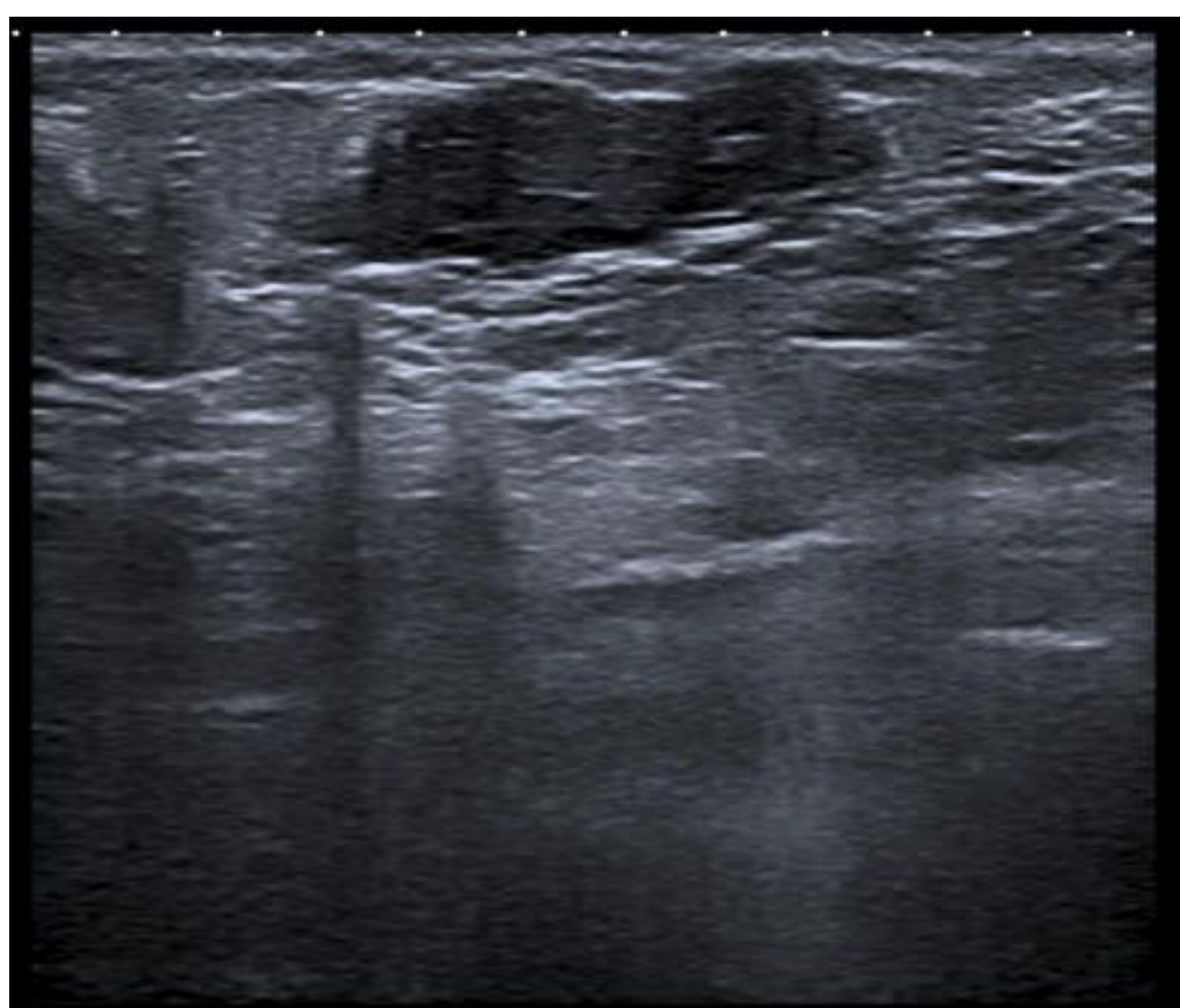


Figura 9: 35 años. Gestante de 17 semanas. Lesión palpable en CSE de mama izquierda.

Nódulo yde bordes polilobulados que tras biopsia se confirma diagnostico de adenoma de lactancia.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

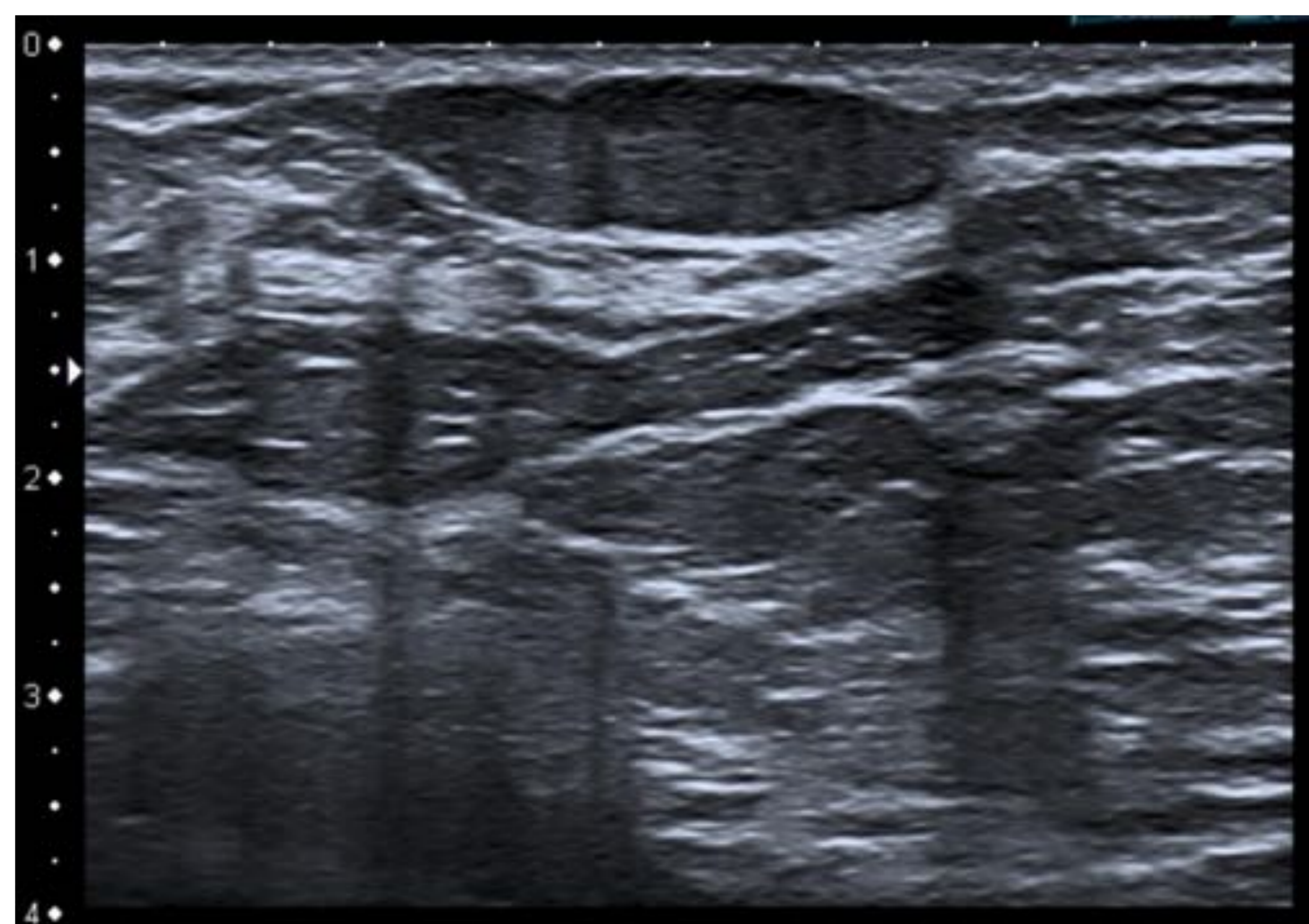


Figura 10: 33 años. Gestante de 25 semanas. Lesión palpable paraareolar derecha.

Nódulo ovalado homogeneo y bordes bien definidos . Tras estudio histológico se confirma se trata de adenoma de lactancia

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Una vez terminado el estímulo hormonal de la gestación y la lactancia, se puede plantear la cirugía como tratamiento definitivo en caso de lesiones de gran tamaño que no han regresado. (Figura 11)

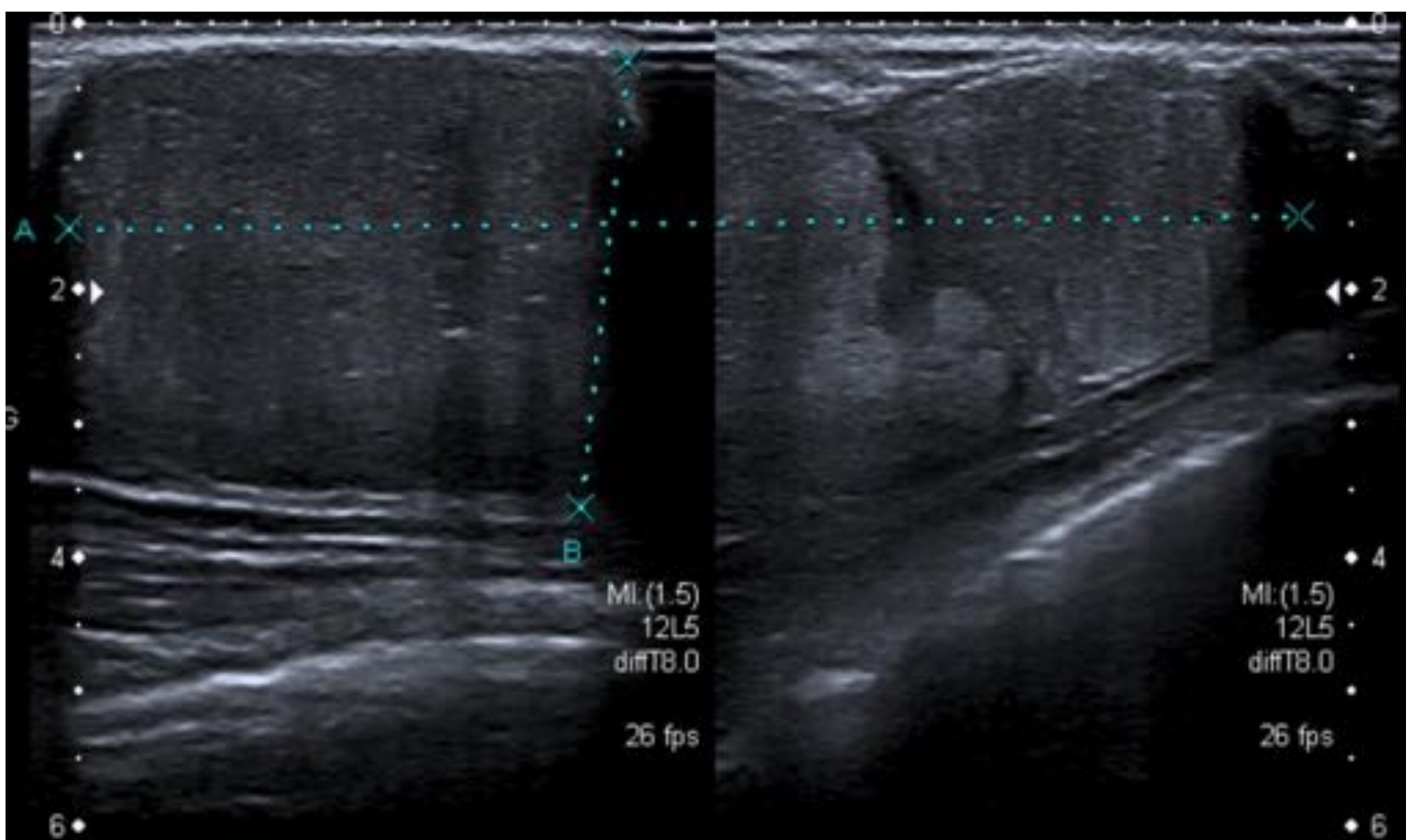


Figura 11: Lactante de 23 años.

Nódulo homogéneo bien definido de morfología bilobulada de 92 x 35 mm en UCS y CSI de la mama derecha, en relación a adenoma que debido a su tamaño se extirpó quirúrgicamente.

© Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Patología maligna

Se define el cáncer de mama asociado al embarazo como aquel cáncer diagnosticado durante la gestación o tras el primer año después del parto.

El cáncer de mama asociado al embarazo representa el 3% de todos los carcinomas de mama y es la neoplasia maligna más frecuente durante el embarazo.

Comparativamente con el cáncer de mama no asociado al embarazo, no se han descrito diferencias significativas en la histología, si bien en los estudios de inmunohistoquímica hay un mayor porcentaje de casos con receptores hormonales negativos y elevado índice proliferativo.

La exploración clínica en estas pacientes en ocasiones resulta difícil por solapamiento con los cambios fisiológicos de la mama, lo que puede llevar a un retraso diagnóstico y a un peor pronóstico.

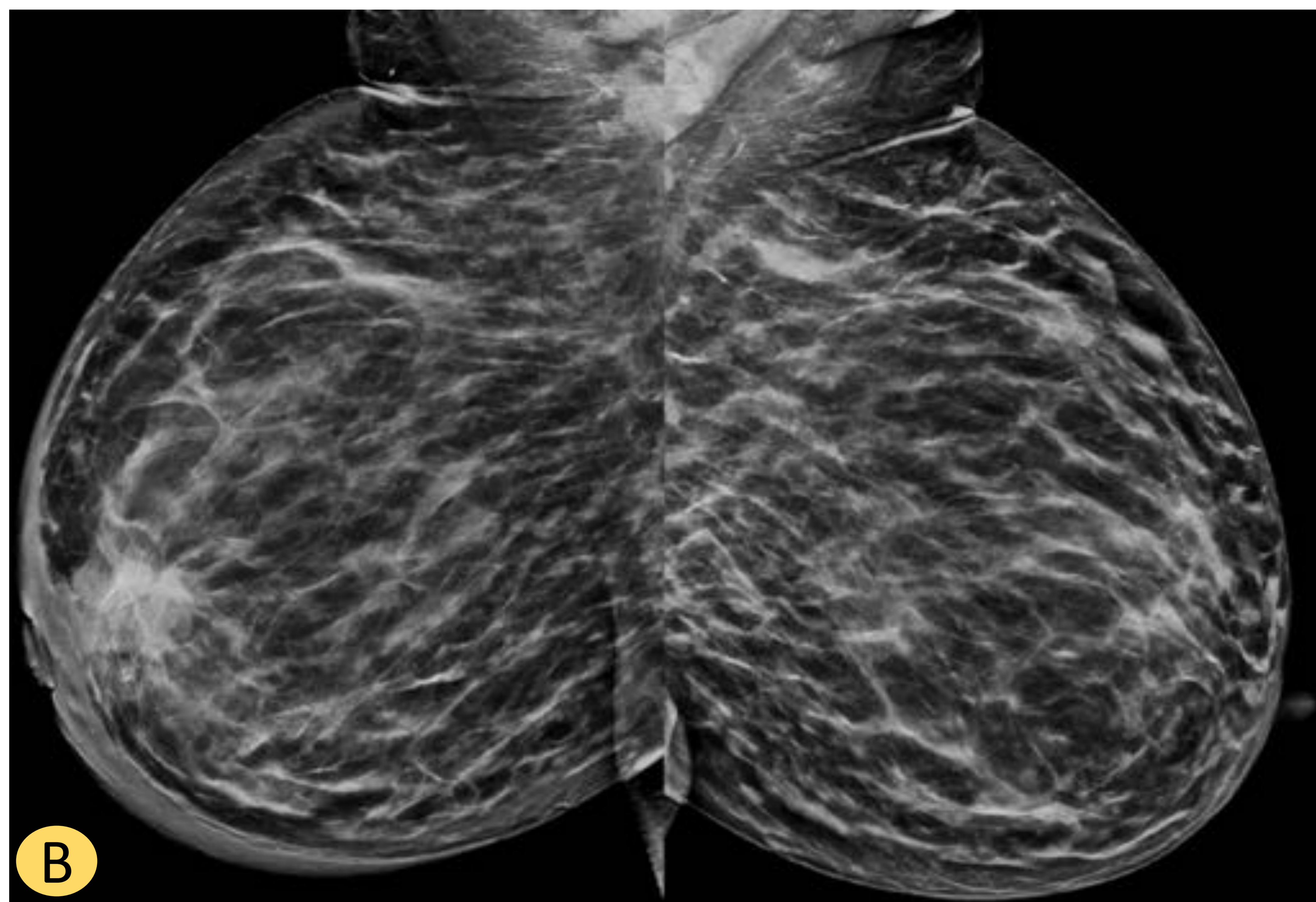
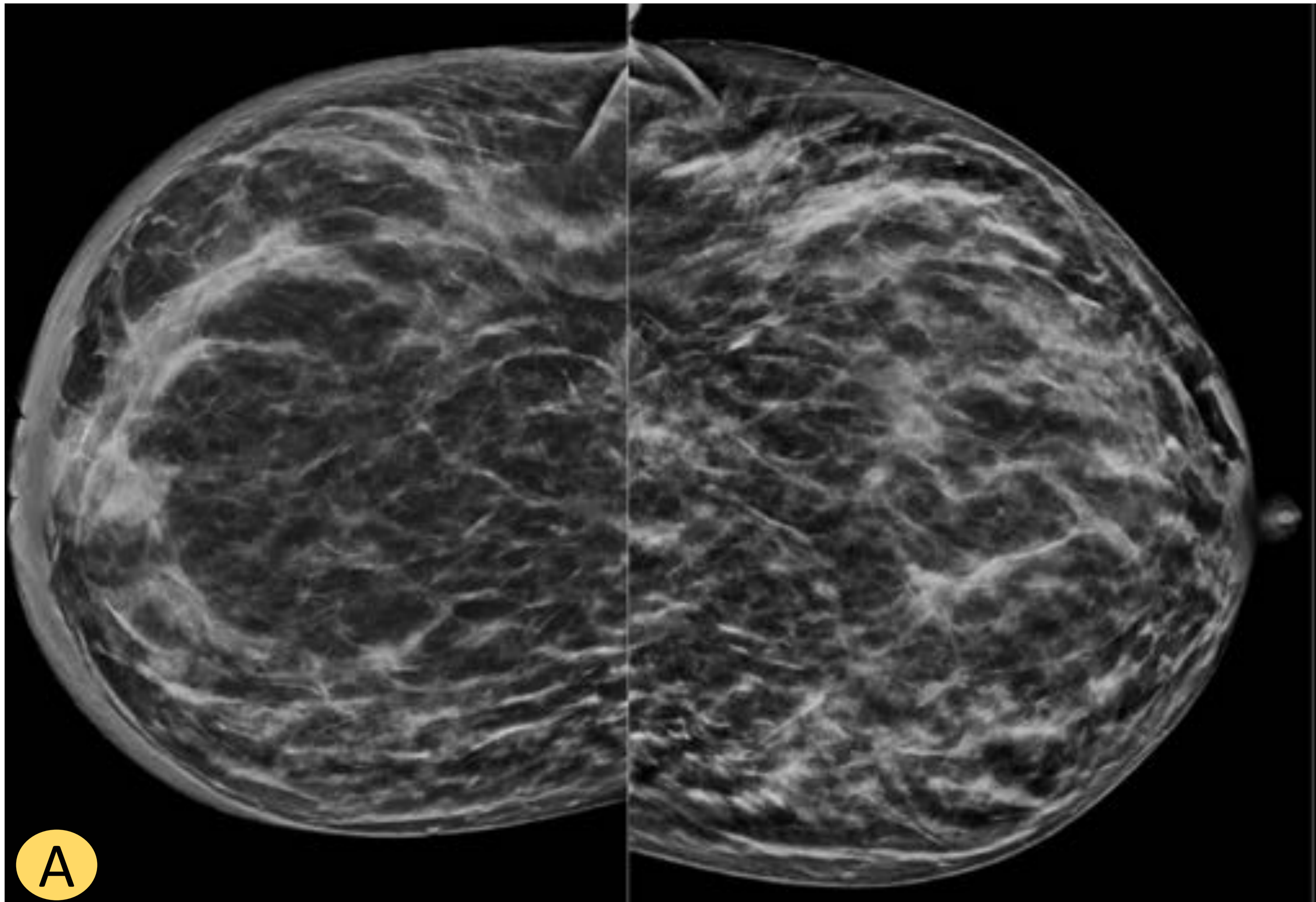
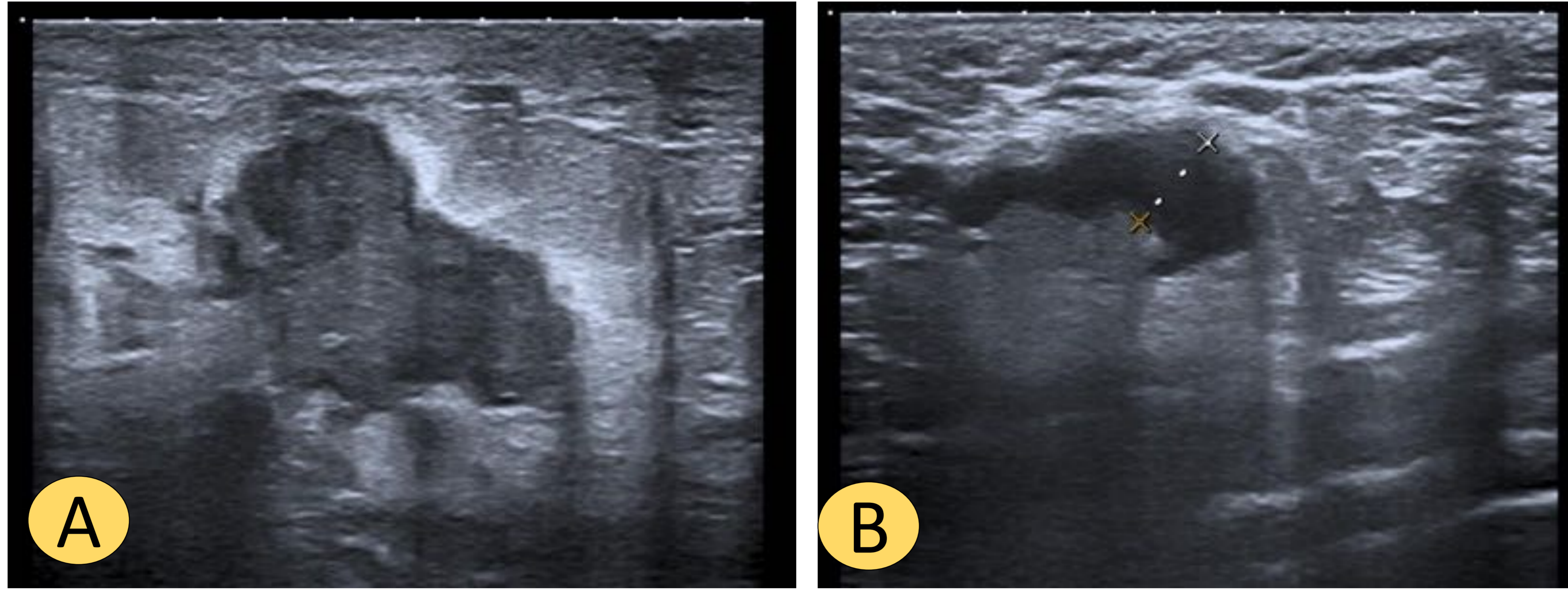


Las forma de presentación clínica más habitual es la palpación de una masa no dolorosa.

La técnica diagnóstica inicial de elección es la ecografía, siendo las manifestaciones ecográficas similares al cáncer de mama no asociado al embarazo. *(Figuras 12 y 14)*

En caso de encontrar hallazgos de sospecha en el estudio ecográfico, está indicada la biopsia ecoguiada para estudio histológico de la lesión

Posteriormente se completará el estudio mediante mamografía (tras firma de consentimiento informado y con protección radiológica abdominal). *(Figuras 13 y 15)*

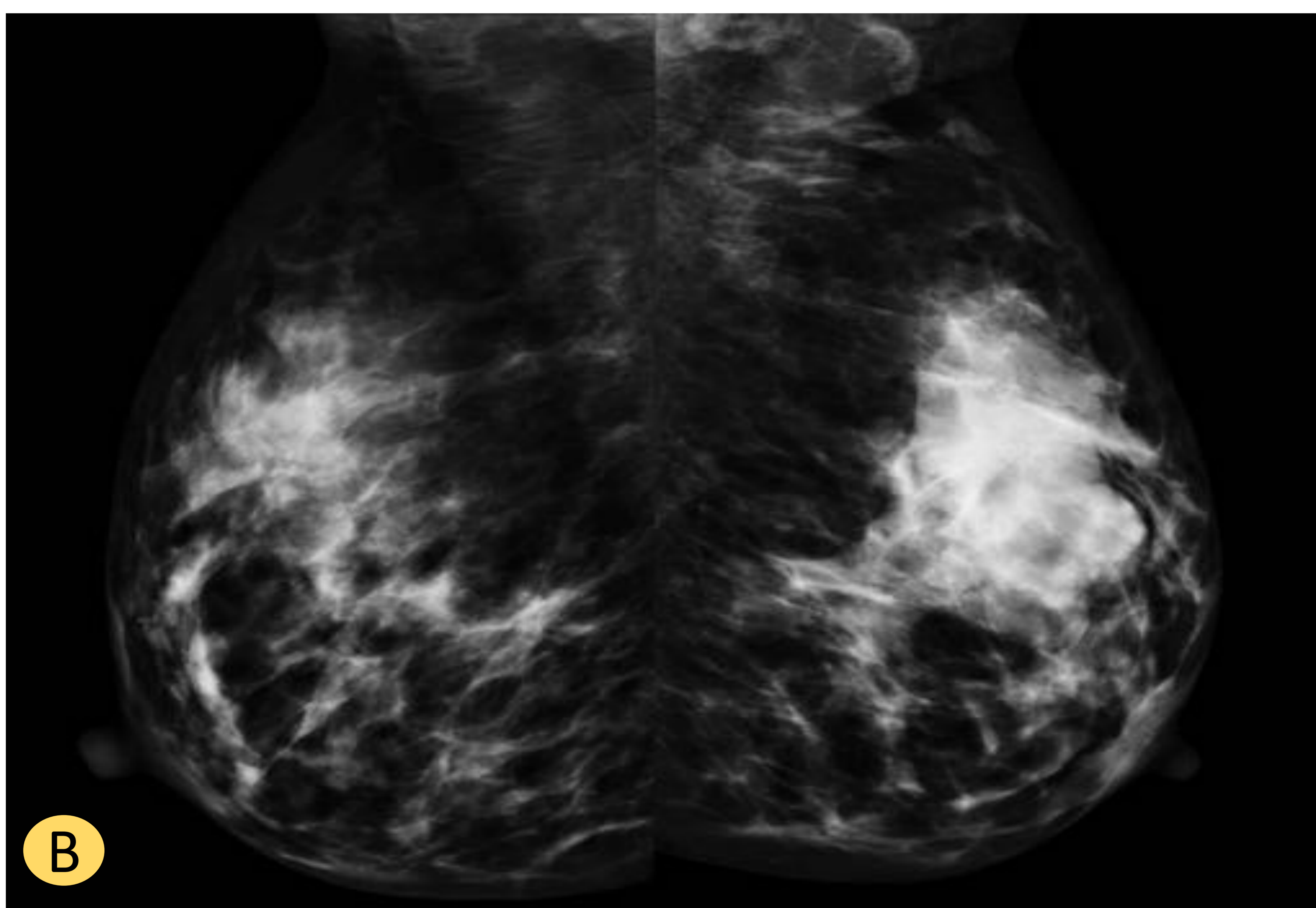
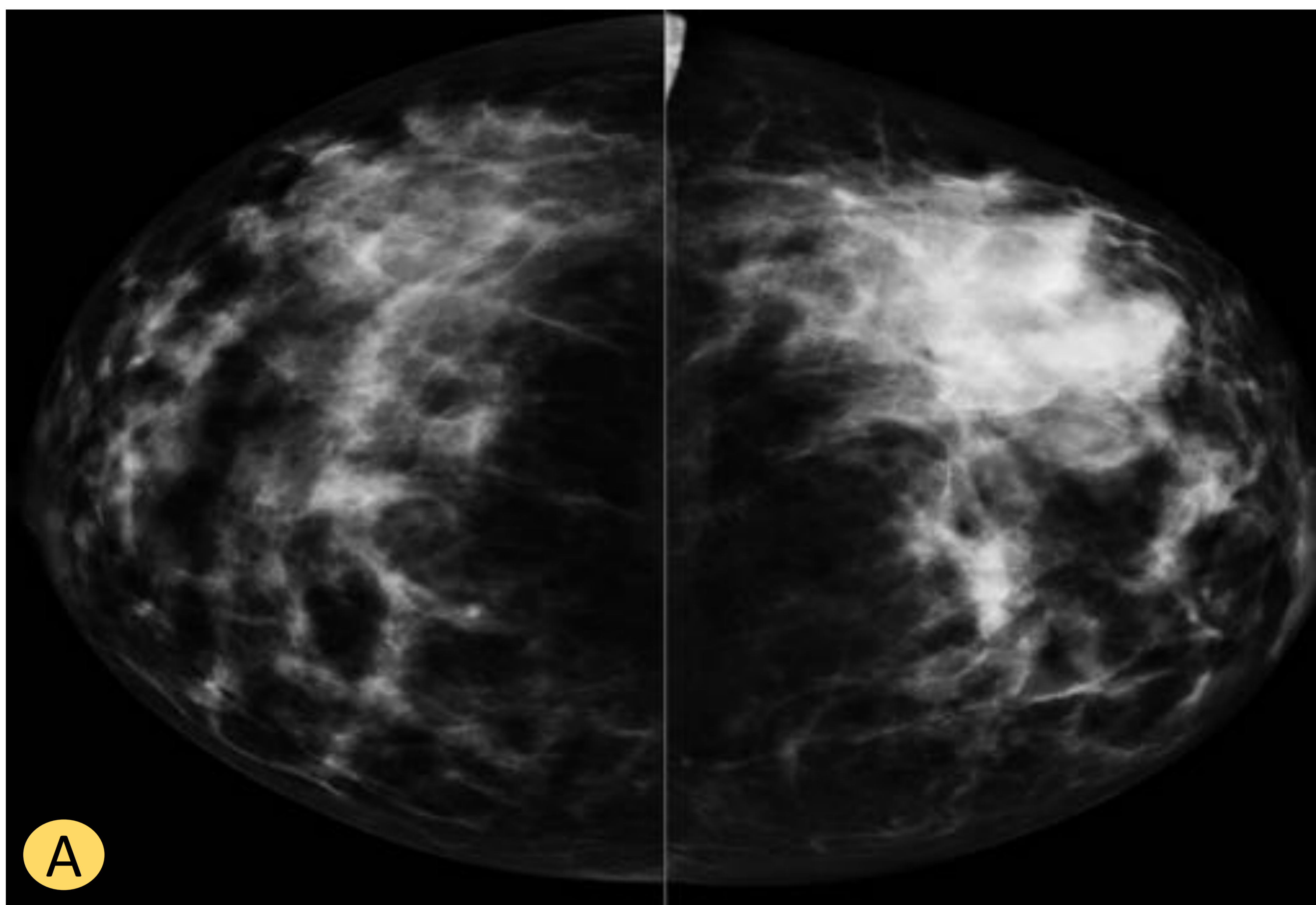
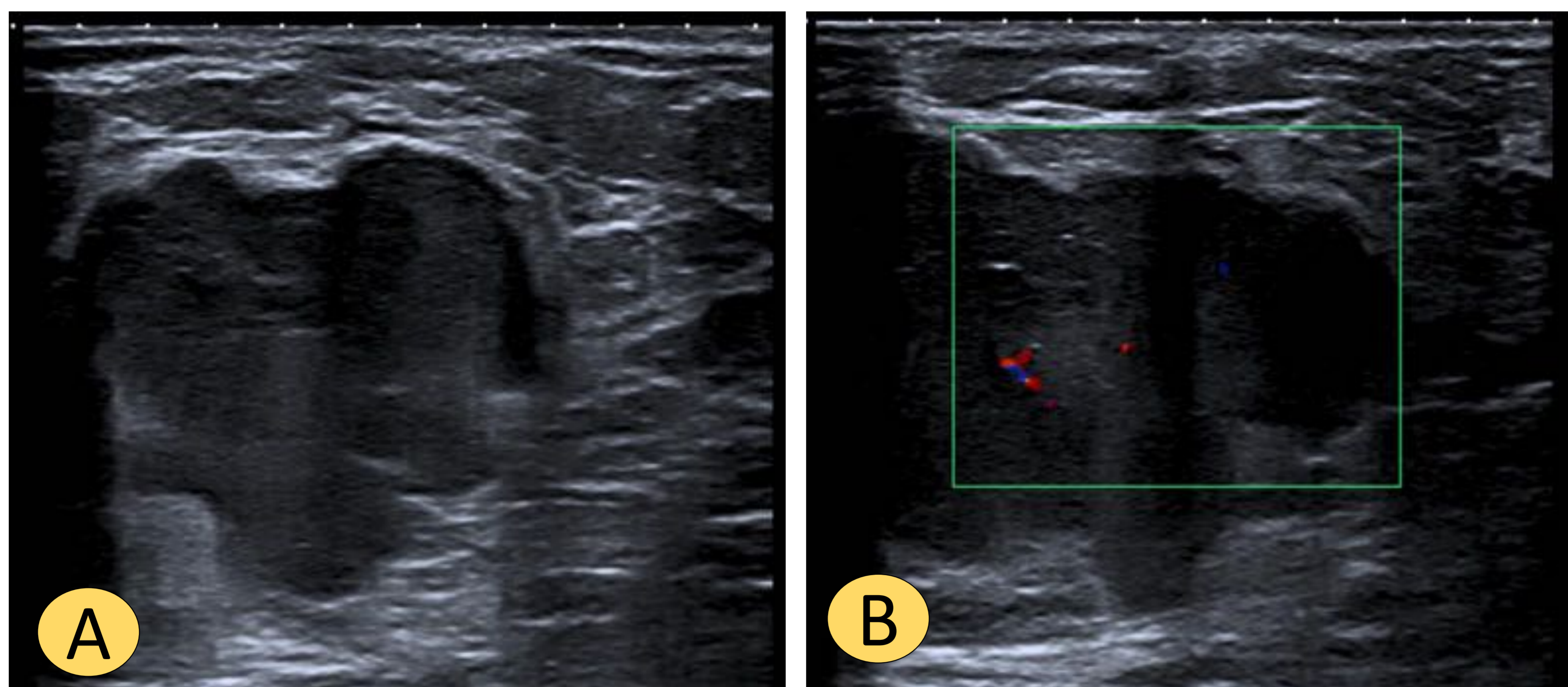


Figuras 12 y 13: 33 años. Puérpera. Enrojecimiento y endurecimiento de la mama derecha.

Ecografía (figuras 12 A y B): masa retroareolar derecha heterogenea irregularer(BIRADS-5), y una adenopatía axilar ipsilateralcon engrosamiento cortical focal (Bedi-5).

Estudio mamográfico en doble proyección (figuras 13 A y B): masa espiculada retroareolar derecha asociada a marcado engrosamiento cutáneo.

El estudio histológico demostró carcinoma CDI luminal B inflamatorio con extensión ganglionar axilar.



Figuras 14 y 15: 40 años. Gestante de 35 semanas. Bulto palpable en CSE de mama izquierda.

Ecografía (figuras 14 A y B): gran masa sólida heterogenea y polilobulada de aspecto sospechoso BI-RADS4c en CSE de la mama izquierda, que se biopsia con resultado de CDI.

Estudio mamográfico en doble proyección (figuras 15 A yB): Asimetría focal en CSE de mama izquierda.



Conclusiones

- La patología mamaria relacionada con el embarazo y la lactancia es casi siempre benigna y la ecografía es la técnica diagnóstica de elección.
- Los galactoceles y las mastitis con formación de absceso pueden requerir de drenaje ecoguiado para su resolución.
- Los fibroadenomas y los adenomas de lactancia pueden alcanzar gran tamaño y presentar características ecográficas atípicas siendo recomendable su estudio histológico.
- El carcinoma de mama es la neoplasia más frecuente en el embarazo y la lactancia y sus características ecográficas no varían con respecto a las pacientes no embarazadas.
- Ante hallazgos ecográficos sospechosos está indicado el estudio histológico precoz y en caso de confirmarse malignidad la presentación del caso en un comité multidisciplinar para una adecuada valoración global de la paciente .



Bibliografía

- Slanetz PJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women. Di Florio-Alexander RM. J Am Coll Radiol. 2018 Nov; 15(11S):S263-S275.
- Parker S et al: Spectrum of pregnancy- and lactation-related benign breast findings. Parker S, Saettele M. Curr Probl Diagn Radiol. 2017 Nov-Dic; 46(6):432-440.
- Martinez MT et al. Breast cancer in pregnant patients: A review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018.
- Sabate JM et al. Radiologic evaluation of breast disorders related to pregnancy and lactation. Radiographics. 2007 Oct;27 Suppl 1:S101-24
- Ji Hoon Yu et al. Breast diseases during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol Sci 2013;56(3):143-159
- Vashi et al. Breast Imaging of the Pregnant and Lactating Patient: Imaging Modalities and Pregnancy Associated Breast Cancer. AJR Am J Roentgenol. 2013 Feb;200(2):321-8
- Vashi et al. Breast Imaging of the Pregnant and Lactating Patient: physiologic changes and common benign entities. AJR Am J Roentgenol. 2013 Feb; 200:329–336