

Mastalgia: diagnóstico y manejo clínico

Diego José Ardila Ardila*

RESUMEN

Mastalgia como entidad clínica es el dolor mamario de mayor intensidad que el dolor mamario premenstrual sin acompañarse de ningún otro síntoma. Afecta el 70% de las mujeres en su vida. Se clasifica en cíclico y no cíclico según se asocie o no con el ciclo menstrual. Existen factores asociados como la nicotina, la terapia de reemplazo hormonal y los anticonceptivos orales. El tratamiento se debe basar en la educación. (MÉDICAS UIS 2007;20(2):105-10).

PALABRAS CLAVE: Mama. Enfermedades mamarias. Enfermedad fibroquística de la mama. Quiste mamario.

INTRODUCCIÓN

La mastalgia o dolor mamario es un síntoma común de consulta, ya sea por patologías subyacentes o como único hallazgo en las pacientes. La revisión de la literatura es complicada debido a la gran variedad de términos utilizados para describir el dolor mamario como por ejemplo mastodinia, hinchazón mamaria, enfermedad fibroquística, mastopatía cística, o displasia y porque hace algún tiempo “los médicos se dedicaban a evaluar nódulos y delicadezas mientras los pacientes evaluaban el dolor”¹. Otra dificultad es que muchos de los estudios sobre mastalgia no definen claramente si la mastalgia es secundaria a una enfermedad o es por el contrario el único hallazgo, lo que dificulta la interpretación de los resultados.

Los manejos clínicos recomendados en el pasado tales como el uso de vitamina E y la progesterona actualmente no tienen evidencia, a pesar de esto no dejan de ser utilizados ya que los médicos confían en la alta respuesta al placebo del 40% de las pacientes¹.

Es por esto que resulta importante la realización de una revisión que resuma los últimos adelantos sobre el tema.

El objetivo de este trabajo es profundizar en el proceso de estudio y elaboración de documentos científicos, obtener información actualizada respecto al manejo de la mastalgia y generar cambios en las conductas médicas que no estén de acuerdo con la literatura actual.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scopus, Ovid, Up to date, Hinari, Sciencedirect, y en la versión electrónica de la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, introduciendo los términos: breast pain, mastalgia y mastodinia. Se encontraron 51 artículos. Los criterios de selección eran que presentaran un alto nivel de evidencia para las recomendaciones y que adoptaran como definición de mastalgia el dolor mamario premenstrual calificado en la escala análoga de 1 a 10 como de 4 a 10. Se excluían aquellos artículos que no fueran concluyentes, quedando así 20 artículos.

DEFINICIÓN

Mastalgia significa dolor mamario que puede ser un síntoma de alguna enfermedad, o un síntoma único sin patología demostrada. En el presente texto

*Estudiante Medicina. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

Correspondencia: Sr. Ardila. Cr. 26 No. 17-42 Apto. 502 Bucaramanga. Colombia. e-mail: diegoardila86@gmail.com

Artículo recibido el 17 de diciembre de 2006 y aceptado para publicación el 10 de junio de 2007.

cuando se refiere a mastalgia se refiere a la ausencia patologías que expliquen el dolor mamario como mastitis, neoplasia, entre otras. En varios estudios se ha adoptado como definición de mastalgia la severidad del dolor mamario premenstrual que la paciente calificado en una escala análoga de 1 a 10 cm, siendo mastalgia todo dolor calificado de 4 a 10^{2,3}, para diferenciarla del dolor mamario premenstrual considerado como normal.

EPIDEMIOLOGÍA

La mastalgia puede afectar por encima del 70% de las mujeres en cualquier etapa de su vida^{4,5}. Es menos común en culturas asiáticas, afectando a menos del 5%⁶. Las cifras varían según la severidad, generalmente es de leve intensidad y del 8 al 30% reportan dolor premenstrual severo de más de 5 días de duración que afecta su calidad de vida^{6,7}. La mitad de las pacientes quienes presentan mastalgia cíclica necesitan tratamiento médico^{1,8,9}. No se encontraron datos epidemiológicos de Colombia.

CLASIFICACIÓN

Una clasificación clínica que es muy usada consiste en clasificarla según su relación con el ciclo menstrual en: cíclica que corresponde al 66% de los casos y no cíclica y extramamario¹⁻³.

La mastalgia cíclica está relacionada con el final del ciclo menstrual, en la fase lútea^{2,10}, asociada con ciclos ovulatorios, el dolor es bilateral, siendo más severa en los cuadrantes superiores externos, el dolor puede continuar por muchos años y se caracteriza por períodos de exacerbaciones y períodos asintomáticos, pero usualmente desaparece en la menopausia.

La mastalgia no cíclica, descrita como un dolor agudo, punzante y pesado¹ puede ser constante o intermitente y tiende a ser unilateral², no asociada con eventos menstruales, el dolor es bien localizado, casi siempre subareolar o medial, aunque también puede ser bilateral.

La mastalgia extramamaria es aquella que se presenta sin ningún patrón, en cualquier edad, casi siempre unilateral, en ella considerar osteocondritis (Síndrome de Tietze), de origen músculo esquelético, surgido de trauma, dolor referido, artritis, entre otros. La causa más común es por el uso del pectoral en

actividad física², se localiza generalmente en los cuadrantes superior e inferior interno, puede ser reproducido por la palpación.

En el presente documento se recomienda clasificarla según intensidad como leve, moderada y severa, según como lo reporte la paciente así: 4 a 6 leve, 7 a 8 moderada y 9 a 10 severa. No hay ningún estudio que explique exactamente los criterios para cada uno de estos niveles, pero algunos clasifican la eficacia de los tratamientos según estas categorías¹⁻³, lo cual es importante al momento de tomar la decisión terapéutica.

ETIOLOGÍA

MASTALGIA CÍCLICA

No ha sido completamente entendida. Por esto se han propuesto una serie de teorías entre las cuales se tienen: la teoría histológica, por muchos años el dolor mamario, sensibilidad y nodularidad eran sinónimos de enfermedad fibroquística, pero hoy en día se sabe que hay mujeres que presentan biopsia con cambios histológicos y no presentan síntomas o mujeres con síntomas que no presentan los cambios histológicos y no se relacionan con la forma de presentación clínica³; la teoría de la retención hídrica, no se ha demostrado retención hídrica, por lo tanto no se recomienda el uso de diuréticos; la teoría de los factores psicológicos, ya que se ha encontrado depresión y ansiedad en las pacientes con mastalgia¹, aunque no se sabe si es causa o efecto, pues explicar y tranquilizar a la paciente controla los síntomas en un 70%¹; la teoría hormonal, un leve dolor en la fase lútea puede ser normal¹⁻³, relaciones hormonales elevadas de estrógenos/progesterona se han mostrado en forma no consistente más por insuficiencia de progesterona que exceso de estrógenos en la fase lútea¹, el embarazo, la lactancia, la menopausia, los anticonceptivos orales y la terapia de reemplazo hormonal afectan el curso de la mastalgia¹⁻³; finalmente la hipersecreción de prolactina estimulada por TRH produce mastalgia¹, también se ha encontrado asociación con anomalías del metabolismo lipídico¹.

MASTALGIA NO CÍCLICA

En mastalgia no cíclica se ha demostrado relación entre la intensidad del dolor con el ancho de los conductos medidos por ecografía, sugiriendo una asociación entre ectasia y mastalgia^{1,11}. El sitio de la

dilatación es correlacionado con el sitio del dolor en la mastalgia no cíclica.

EVALUACIÓN

La evaluación del dolor mamario va encaminada a descartar las patologías que lo produzcan. En la anamnesis es necesario saber localización, severidad, si está en relación con el ciclo menstrual, uso de anticonceptivos orales, embarazo, ejercicio, problemas torácicos y pulmonares, signos sistémicos, otros signos locales como eritema y revisar factores de riesgos para cáncer de mama como edad, cáncer de mama en otros familiares, menarquia temprana, menopausia, eventos obstétricos y lactancia^{1,8}.

Al examen físico es importante documentar existencia de masas^{1,2}, secreciones, identificar zonas de dolor y si éste se presenta a la palpación, examinar ganglios axilares, detectar cambios como asimetría, contorno de las mamas, eritema, ulceración o inversión de pezones.

Raramente la mastalgia es el único síntoma del cáncer y se presenta del 5 al 18% de los cánceres^{1,12,13}. La historia de mastalgia se ha asociado en forma no concluyente con el riesgo de desarrollar de cáncer de mama¹.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

El valor de la mamografía es bajo si el examen físico es normal, para la evaluación de la mastalgia². La mamografía debe ser considerada sólo en pacientes con mastalgia, edad mayor de 35 años y con historia familiar de cáncer de mama o factores de riesgo para cáncer de mama³, o alteraciones en el examen físico como la presencia de masa, secreción sanguinolenta entre otras². La ecografía debe ser considerada en mujeres de cualquier edad que presenten mastalgia localizada no cíclica constante o mastalgia que no ceda al enfoque inicial³. No se recomienda el valor sérico de hormonas porque es probable que sean normales³.

FACTORES ASOCIADOS

HORMONAS

La mastalgia moderada y severa persistente se puede asociar con el reemplazo estrogénico. Por lo tanto se recomienda suspenderlos, iniciar en bajas dosis y subir gradualmente^{1,14} (Nivel de evidencia III C).

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

No se sabe si los anticonceptivos hormonales causan mastalgia o la acentúan^{2,15,16}. Sin embargo se ha encontrado una asociación entre estos, siendo más frecuente con anticonceptivos transdérmicos (18%) que orales (5,8%) y es más frecuente con anticonceptivos combinados que sólo progestágenos¹, incluso algunos estudios muestran como factor protector el uso de progestágenos^{5,17}, sin embargo, no sirven para su tratamiento como antes se recomendaba¹⁻³.

Cuando la mastalgia ocurre en mujeres que están tomando anticonceptivos orales, éste algunas veces resuelve después de unos ciclos, si esto no sucede se puede intentar cambiar por un anticonceptivo diferente de menor dosis y si así no se controla se debe cambiar de método anticonceptivo¹.

CAFEÍNA Y NICOTINA

Aunque hay estudios que demuestran la disminución en los síntomas en las pacientes que abandonaron las metilxantinas por ocho o más semanas¹, un metanálisis de cuatro estudios sobre el tema indica que no hay evidencia y el único estudio a favor de esto tiene muchas fallas metodológicas¹. Por lo tanto no se debe recomendar reducir la ingesta de cafeína (Nivel de evidencia I E).

Puede incrementarse el riesgo de mastalgia por la elevación del AMPc, el cese de fumar disminuye la mastalgia además de los otros beneficios por dejar de fumar^{2,16}.

DIETA

Hay evidencia de que el metabolismo de los lípidos juega un papel importante en la fisiopatología de la mastalgia⁶. Sin embargo solo hay un estudio que muestra disminución de la mastalgia con el uso de una dieta baja en lípidos (15% de la energía), siendo necesario más estudios para saber si esta recomendación pueda ser aplicada¹.

TRATAMIENTO

EDUCACIÓN

Se ha encontrado una respuesta al placebo de 40% sin embargo la respuesta es mejor con la educación¹, que mejora los síntomas en el 85,7% de los casos leves, 70,8% moderados y 53,3% en los severos siendo

más significativa esta terapia para la mastalgia cíclica que para la no cíclica.

Educación sobre uso de sostén adecuado el cual debe ser de copa completa, sin varillas, y del tamaño adecuado para la mama. Tranquilización de la paciente, explicándole que el dolor mamario no es sinónimo de cáncer y que el problema que la aqueja tiene un tratamiento sencillo y eficaz; es una parte del manejo integral de la mastalgia y debe ser la primera línea de tratamiento^{1,3}(Nivel de evidencia II-1A), igualmente la realización de ejercicio (Nivel de evidencia II-3B)¹, y eliminar los posibles factores asociados como los anticonceptivos orales y el tabaquismo.

TERAPIA SIN EVIDENCIA

PROGESTERONA

A pesar de los estudios inicialmente prometedores sobre progesterona intramuscular y en crema^{14,18}, un estudio controlado aleatorizado doble ciego demostró que no es mejor que el placebo¹, igual ocurre con la micronizada y el acetato de medroxiprogesterona¹.

VITAMINAS E Y B6

Tres estudios controlados aleatorizados han sido realizados mostrando que la vitamina E no es mejor que el placebo^{14,19,20}. Por lo tanto la vitamina E no debe ser considerada para el tratamiento de la mastalgia (Nivel de evidencia IE).

Sólo hay un estudio doble ciego que estudia la vitamina B6, que muestra que no hay diferencia con el placebo.

PRODUCTOS NATURALES

La evidencia es contradictoria sobre el uso o no del aceite de Primrose. No hay suficiente evidencia para el uso del aceite de Primrose para la mastalgia¹ (Nivel de evidencia II-2 C).

El Ginseng y Chastaberry se han estudiado para el uso en la mastalgia sin resultados¹.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Sólo hay reporte de 16 pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico, pacientes que no han

respondido al tratamiento médico y que presentaban mastalgia severa. El dolor permanece igual en el 50% de las pacientes y hay riesgo de aumento del dolor además del riesgo de complicaciones³ inherentes a todo procedimiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico no debe ser considerado para el tratamiento de la mastalgia^{1,2} (Nivel de evidencia IIIE).

TERAPIA CON EVIDENCIA

FITOESTROGENOS ISOFLAVONAS

Sólo hay un estudio pequeño que demuestra que el uso de 40–80 mg de fitoestrógenos isoflavonas mejora la mastalgia cíclica, pero son necesarios más estudios¹.

Hay un estudio importante que muestra el uso de Fitoestrógenos Flaxseed® 25mg diariamente mejora los síntomas de la mastalgia. Debe ser considerado como primera línea del tratamiento de la mastalgia cíclica (Nivel de evidencia IA)¹. Esta recomendación no es aplicable en nuestro medio por la disponibilidad del medicamento.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y ACETAMINOFEN

Uso tópico

Hay evidencia que el diclofenac 2% y el piroxicam son efectivos para el tratamiento de la mastalgia cíclica y no cíclica, no así con el ibuprofeno¹. Son una razonable alternativa para aquellos que prefieren terapia local a la sistémica (Nivel de evidencia IA).

Vía oral

Los analgésicos orales como acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroideos también han demostrado disminuir los síntomas². En nuestro medio pueden ser considerados como la primera línea de tratamiento.

TAMOXIFENO

Ha demostrado disminución de la mastalgia severa cíclica (94%) y no cíclica (56%) con el uso de 10 mg diarios¹. Es necesario estudio con menos dosis para mostrar eficacia con menos efectos adversos. Algunos efectos adversos son: calor

(10%), irregularidades menstruales (10%), ganancia de peso, náuseas, sequedad vaginal, cansancio. Tromboembolismo pulmonar, cáncer endometrial y cataratas son infrecuentes pero muy serios efectos, no se conoce la incidencia. Tamoxifeno 10 mg/día debe ser considerado cuando los tratamientos de primera línea son inefectivos (Nivel de evidencia IA).

DANAZOL

Hay estudios que muestran que el Danazol 200 mg/día es significativamente mejor que el placebo y estadísticamente igual a tamoxifeno. Algunos efectos adversos incluyen: ganancia de peso (30%), irregularidades menstruales (50%), calor (10%). Es un medicamento muy costoso. Están en progreso estudios para utilizarlo sólo en la fase lútea para intentar minimizar efectos adversos¹.

BROMOCRIPTINA

Hay dos estudios controlados aleatorizados doble ciego placebo que muestran que la bromocriptina 5 mg/día es 45% mejor que el placebo¹. Los efectos adversos de la bromocriptina son náuseas (32%), sequedad (12%), vómito (7%). Es más costoso que el tamoxifeno y los efectos adversos son más frecuentes.

PROPUESTA DE MANEJO

Lo más importante y lo principal en el manejo es realizar una adecuada historia clínica y examen físico para descartar patologías subyacentes, y tratarlas si las hay. Posteriormente si la paciente es mayor de 35 años y tiene factores de riesgo para cáncer de mama realizar primero una mamografía, de lo contrario pasar a clasificar la mastalgia en leve, moderada y severa como ya se explicó anteriormente. Aproximadamente el 85% de las pacientes son clasificados como leve-moderada y el 15% como severa. A las pacientes con intensidad leve – moderada se debe iniciar con educación y evitar factores precipitantes como la nicotina y esperar dos meses, el 35% de la totalidad de los pacientes no responderán a este tratamiento, estos deberán tratarse como se hace la mastalgia severa. La mejor opción en nuestro medio para el tratamiento de la mastalgia severa es el uso de AINES ya sea tópicos o vía oral, aproximadamente el 5% de las pacientes del total no van a responder después de tres meses a estas terapias, a estas hay que agregarles tamoxifeno 10 mg /día. Si después de tres meses de agregado el tamoxifeno la

paciente continúa con síntomas lo que corresponde a menos del 1% de las pacientes, se considera una paciente refractaria y será necesario evaluar el caso por especialistas (Figura 1).

Los tiempos de espera de respuesta al tratamiento no son recomendaciones de las publicaciones revisadas, son tomados del tiempo de duración del tratamiento en cada uno de los estudios.

No se encontraron estudios que prueben la efectividad de tamoxifeno asociado con AINES, pero se recomienda dada la posibilidad de sumarse el efecto por tener diferente mecanismo de acción.

PRONÓSTICO

La mastalgia es una patología que se resuelve espontáneamente en el 50% de las mujeres pero las recaídas son comunes². El alivio se puede asociar con eventos hormonales como la menopausia². Con el tratamiento adecuado sólo un pequeño porcentaje de las pacientes con mastalgia continúan con síntomas sin embargo mejora la sintomatología y calidad de vida.

CONCLUSIONES

El dolor mamario es una causa muy frecuente de consulta en la práctica del médico general. En el personal médico existen grandes opciones de tratamiento pero pocas con evidencia. El tratamiento de la mastalgia se basa en la educación de la paciente y en los casos severos el uso de AINES. Con el tratamiento adecuado sólo un pequeño porcentaje de las pacientes con mastalgia continúan con síntomas sin embargo mejora la sintomatología y calidad de vida.

SUMMARY

Mastalgia: diagnosis and clinical management.

Mastalgia is the breast pain so much hard than the premenstrual pain. It affects to 70% of women in their lifetime. It can be classified in cyclic or not cyclic, if it is associated or not with the menstrual cycle. Some associated factors could be nicotine, hormonal replace therapy and oral contraceptive. The management should be based in the education. (MÉDICAS UIS 2007;20(2):105-10)

KEY WORDS: Breast. Breast diseases. Fibrocystic Breast Disease. Breast cyst.

ANEXO 1

NIVEL DE EVIDENCIA

- I. Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado.
- II-1. Evidencia obtenida de un estudio controlado no aleatorizado.
- II-2. Evidencia obtenida de un estudio de cohorte (prospectivo o retrospectivo), estudio de casos y controles.
- II-3. Evidencia obtenida de comparaciones entre y lugares o momentos diferentes con o sin intervención.
- III. Opinión de expertos, estudios descriptivos.

CLASIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES

1. Suficiente evidencia que la recomendación debe ser aplicada.
2. Poca evidencia que la recomendación debe ser aplicada.
3. Pobre evidencia y no se tiene claro si se debe aplicar o excluir.
4. Poca evidencia que la recomendación debe ser excluida.
5. Suficiente evidencia que la recomendación debe ser excluida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera, Saettler, Szuck. Mastalgia, Guideline breast disease comity, society of obstetricians and gynecologist of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline 2006;170.
2. Rhobert, Shirley; Up to date version 13, 2; current through April 2005.
3. Robin L Smith. Evaluation and management of Breast Pain. Foundation for Medical Education and Research 2004;79:353-72.
4. Ernster VL, Manson L, Goodson WH, Sickles EA, Sacks ST, et al. Effects of caffeine-free diet on benign breast disease a randomized trial surgery 1982;91(3);253-7.
5. Ader DN, South-Paul J, Adera T Deuster PA. Cyclical mastalgia; prevalence and associated health and behavioral factors. J Psychosom Obstet Gynecol 2002;22;71-6.
6. Goodwin PJ, Miller A, Del Guidice ME, Singer W, Connelly P, Knox Ritchie JW. Elevated high-density lipoprotein cholesterol and dietary fat intake in women with cyclic mastalgia. AM J Obstet Gynecol 1998;179;430-7.
7. Khan SA, Apkarian AV. The Characteristics of cyclical and non-cyclical mastalgia, a prospective study using a modified McGill Pain Questionnaire. Breast Cancer Res Treat 2002;75:147-57.
8. Wisbey JR, Kumar S, Mansel RE, Peece PE, Pye JK, Hughes LE. Natural history of breast pain Lancet 1983;17;2(835):672-4.
9. Ader DN. Shriver Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. J Am Coll Surg 1997;185(5):466-70.
10. Davies EL, Gateley CA, Miers M, Mansel RE. The long-term course of mastalgia JR Soc Med 1998;91:462-4.
11. Friedolf Peters, Petra Diemer, Olaf Mecks, Lu`tje J. Behnken, Severity of Mastalgia in Relation to Milk Duct Dilatation. The American College of Obstetricians and Gynecologists 2003;101(19):55-63.
12. Corry DC. Pain in Carcinoma of the Breast. Lancet 1952;1:274.
13. River L, Silverstein J, Grout J, et al. Carcinoma of the breast; the diagnostic significance of pain. Am J Surg 195;82:733.
14. Mauvis-Jarvis P. Progesterone cream for mastalgia. Nouv Presse Med 1974;16:1027.
15. Conard J, Basdevant A, Thomas J. Cardiovascular risk factors and combined estrogen-progestin replacement therapy: a placebo-controlled study with nomegestrol acetate and estradiol. Fertil Steril 1995;64(5):957-62.
16. Ader DN, Browne MW. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based sample. Am J Obstet Gynecol 1997; 177(1):126-32.
17. Euhus DM, Uyehara C. Influence of parenteral progesterone on the prevalence and severity of mastalgia in premenopausal women: a multi-institutional cross-sectional study. J Am Coll Surg 1997; 184(6):596-604.
18. Ader DN, South-Paul J, Adera T, Deuster PA. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. J Psychosom Obstet Gynecology 2001;22(2):71-6.
19. London RS, Sundaram GS, Murphy L, Manimekalai S, Reynolds M. Goldstein The effect of vitamin E on mammary dysplasia: a double-blind study. Obstet Gynecol 1985;65(1):104-6.
20. Ernster V, Goodson WH 3rd, Hunt TK, Petrakis NL, Sickles EA, Miike R. Vitamin E and benign breast "disease": a double-blind, randomized clinical trial.