

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

### Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Mamaria Benigna en primer y segundo nivel de atención

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-240-09

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**Clave CIE 10 D24 Tumor benigno de la mama**

**GPC**

**Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Mamaria Benigna, en el primer y segundo nivel de Atención**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

Se entiende por patología benigna mamaria a un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida que interactúan entre si creando un grupo de signos y síntomas muy variados que se manifiestan por dolor mamario, masas, nodularidad, turgencia, irritabilidad, secreción y descarga por el pezón y/o inflamación e infección, que en algunos casos pueden elevar el riesgo de patología mamaria maligna.

### DETECCION

Realizar historia clínica completa enfocada a identificar factores de riesgo para identificar patología mamaria. La edad recomendable para el inicio del examen médico mamario rutinario es a partir de los 19 años. En pacientes con BRCA1 y BRCA2 deben iniciar la exploración médica mamaria entre los 18 a 21 años de edad. Enseñar a las mujeres la técnica adecuada de autoexploración de mama. (ver guía de Cáncer de mama primer nivel)

### DIAGNÓSTICO

#### EXPLORACION CLINICA MAMARIA Y AUTOEXPLORACION MAMARIA (Anexo 6.3.1)

Las enfermedades Benignas de la mama se clasifican según su patología en Proliferativas y no Proliferativas clasificándose estas últimas con o sin atipia como se observa en el Tabla 4.

La autoexploración aumenta la oportunidad de que la mujer encuentre una anomalía en las mamas.

La herramienta básica para investigar problemas mamarios es la exploración clínica mamaria. Complementando según el caso con mamografía, ultrasonido, Resonancia magnética o estudios patológicos.

El examen clínico mamario por el personal clínico es difícil. Iniciando con la inspección mamaria con la paciente sentada con los brazos elevados, visualizando simetría, ulceraciones, cambios en el color, eritema, hoyuelos, o edema. La evidencia obtenida no es definitiva a favor o en contra de la autoexploración sin embargo tiene el potencial de detectar una masa palpable.

La exploración mamaria es recomendable para la detección de patología mamaria, principalmente benigna.

El Espectro de las condiciones benignas mamarias incluyen: tumores benignos (sólidos o quísticos), dolor o hipersensibilidad mamaria (mastalgia), papiloma intraductal y procesos inflamatorios (mastitis o necrosis

grasa posterior a traumatismo). Anexo 6.3 Tabla 5

Los Quistes mamarios pueden ser palpables o no palpables, simples o complejos.

Hay que considerar las características Clínicas de los tumores mamarios, nos pueden orientar a su benignidad o malignidad como se observa en la Tabla 1

La necrosis grasa es generalmente resultado de un sangrado posterior a un trauma en mama, o a evento quirúrgicos mamarios, ocurriendo esto último en el 2% principalmente en pacientes anticoaguladas observándose principalmente como un hematoma mamario.

La masa o tumor en mama, el dolor mamario, la nodularidad, la sensibilidad mamaria, la descarga por el pezón, la infección e inflamación mamaria son manifestaciones clínicas de la mama que motivan la atención médica de la paciente.

### **FIBROADENOMA MAMARIO**

El tumor benigno de mama más frecuente es el Fibroadenoma, otra masa menos frecuente es el quiste mamario. El fibroadenoma mamarios, se observa muy frecuentemente en población entre 20 a 40 años de edad; pudiendo aparecer durante el embarazo. El fibroadenoma se puede encontrar a la EF como un tumor de tamaño variable entre 2 a 5 cm, de forma esférica o discretamente alargado, lobulado, de consistencia dura o elástica, límites bien definidos, generalmente doloroso.

### **QUISTES MAMARIOS:**

Pueden ser palpables o no palpables, simples o complejos. Los quistes simples se encuentran frecuentemente como hallazgos ultrasonográficos.

### **CAMBIOS FIBROQUISTICOS:**

La nodularidad es un área de mayor sensibilidad y endurecimiento pobremente diferenciado del tejido adyacente, en forma simétrica, características clínicas frecuentemente encontradas en la condición Fibroquística. Los cambios fibroquísticos, definen cambios patológicos vistos principalmente a través de estudios microscópicos, no limitándose a cambios clínicos exclusivamente, si predomina la fibrosis, se denomina mastopatía fibrosa, pudiendo observarse calcificaciones mamarias.

### **MASTALGIA**

La mastalgia es el dolor de mama sin una patología mamaria adyacente, de predominio en los cuadrantes superiores externos, pudiendo estar asociado a sensibilidad y modularidad. La clasificación de la mastalgia cíclica de Cardiff está compuesta por 3 tipos: Cíclica, no cíclica, y dolor en el tórax..

La mastalgia cíclica afecta por arriba del 40% de las pacientes antes de la menopausia, principalmente después de los 30 años de edad, aproximadamente un 8% de estas mujeres el dolor es severo y puede afectar sus actividades diarias, el dolor puede continuar por muchos años y normalmente desaparece después de la menopausia. ( anexo 6.3 tabla 1)

La mastalgia puede estar asociada con síndrome premenstrual, enfermedad Fibroquística de la mama, alteraciones psicológicas y raramente con cáncer de mama.

### **DESCARGA DEL PEZON**

La descarga del pezón es la salida de material líquido de uno o más conductos pudiendo ser: fisiológica, patológica o por una galactorrea persistente no lactógena.

Ante la presencia de descarga del pezón, se debe de dirigir un interrogatorio sobre amenorrea, y/o trastornos visuales para descartar tumores hipofisarios, al igual que descartar traumatismos mamarios, cirrosis, hipotiroidismo, anovulación, ingestas de hormonales estrogénicos, antidepresivos o cimetidina.

La descarga del pezón patológica es generalmente unilateral confinada a un ducto, espontánea comúnmente sanguínea o acuosa, purulenta, serosa, lechosa y en ocasiones asociado a masa palpable.

### **PAPILOMA INTRADUCTAL:**

El papiloma intraductal es la causa más frecuente de descarga patológica del pezón, seguida por la ectasia ductal y otras causas que incluyen el cáncer y la mastitis. Los papilomas intraductales son generalmente

solitarios, y frecuentemente con descarga del pezón sanguínea, pueden estar localizados en grandes o pequeños conductos y dentro del lumen ductal.

### **MASTITIS**

La mastitis es la inflamación del tejido mamario, clasificándose en infecciosa y no infecciosa, En la mastitis infecciosa, el absceso mamario es una de las complicaciones graves. Los agentes causales más frecuentes son Cocos gram positivos y negativos (Anexo 6.3 Tabla 3). La palpación de una masa fluctuante, crepitante acompañada de cambios eritematosos sugiere la presencia de una mastitis infecciosa. Ante la sospecha de mastitis infecciosa deben administrarse antibioticoterapia la cual debe de responder a corto tiempo, en caso de persistencia del cuadro inflamatorio debe enviarse al especialista con fines de descartar patología mamaria maligna.

Las lesiones proliferativas de la glándula mamaria son potenciales precursoras de Cáncer de mama. ( Anexo 6.3 Tabla 4)

### **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

Los estudios de laboratorio clínico no deben solicitarse de rutina, sino guiados por la sospecha clínica.

El Ultrasonido mamario es un estudio recomendado en mujeres menores de 35 años como estudio de apoyo en la evaluación clínica de la patología mamaria benigna.

En el ultrasonido y la mamografía, las mamas normales o con patología benigna pueden identificarse con ecogenicidad o densidad alta. El ultrasonido puede ser útil para distinguir no sólo entre quiste y nódulo sólido, sino que también entre masas benignas y malignas.

Existen reportes que el ultrasonido mamario presenta una exactitud cercana al 100% para diferenciar quiste simple. Si una masa es palpable, debe determinarse si es sólida o quística.

#### **Biopsia en masa mamaria palpable :**

La aspiración de un quiste puro es solamente necesario si el quiste es sintomático, y puede ser realizado por el personal médico apropiado.

El contenido líquido debe ser enviado a estudio citológico solamente en caso de tener características sanguinolentas o exista una masa residual.

La Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) tiene una sensibilidad del 88%, especificidad de 98.%, Valor predictivo positivo =98% valor predictivo negativo=87%

Los niveles de prolactina sérica y hormona estimulante del tiroides deben evaluarse para determinar un origen endocrinológico de la descarga bilateral del pezón.

Un nódulo palpable en una mujer con factores de riesgo y/o datos ultrasonográficos o mamográficos anormales debe ser sometida a una biopsia (de acuerdo a las características de la lesión) ya sea con aguja fina o biopsia por tru-cut. En caso de reporte de atipias indicar una biopsia excisional.

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

El uso de antiinflamatorios no esteroideos ( Naproxen, meloxicam, piroxicam) deben ser considerados para el control localizado del dolor en el tratamiento de la mastalgia.

En las mujeres con mastalgia y que se encuentren con terapia hormonal de reemplazo (THR), un cambio en la dosis, formula o esquema debe ser considerado e incluso la terapia hormonal de reemplazo puede suspenderse si se considera necesario

El tamoxifeno 10 mg diarios o el danazol 200 mg diarios por 3 a 6 ciclos, pueden ser considerados cuando los tratamientos de primera línea no sean efectivos.

Es efectivo el uso de 5 mg diarios de bromocriptina en el tratamiento de la mastalgia cíclica, después de 3

meses de tratamiento, sin embargo sus efectos secundarios son mayores a otros tratamientos.

La progesterona y el acetato de medroxiprogesterona para el tratamiento de la mastalgia cíclica no ha demostrado ser superior que el placebo

El uso de anticonceptivos puede causar mastalgia que desaparece después de algunos ciclos, si el dolor es severo deberá disminuir la dosis o cambiar de anticonceptivo.

No está claro si los anticonceptivos orales causan o mejoran la mastalgia cíclica.

En un estudio no controlado que incluyó 60 pacientes con mastalgia y tratadas con antiinflamatorio no esteroideo, Nimesulida a dosis de 100 mg dos veces al día, el dolor disminuyó o desapareció después de 15 días de tratamiento

En la mastitis puerperal, se necesita un antibiótico resistente a las beta lactamasas para que sea eficaz contra *Staphylococcus aureus*.

Para los microorganismos gram negativos, pueden ser más apropiadas la cefalexina o la amoxicilina. Si es posible, deberá cultivarse la leche del seno afectado.

En la mastitis puerperal debe tratarse el dolor con analgésico. El ibuprofeno se considera el más eficaz y puede ayudar a reducir tanto el dolor como la inflamación. El paracetamol es una alternativa adecuada.

Las pacientes con galactorrea y prolactina elevada pueden tratarse con bromocriptina por un intervalo de 3 meses, aunque un 29% de ellas suspenderán el tratamiento a causa de cefalea y náuseas.

**Tabla 6**

**ANTIBIOTICOTERAPIA USADA EN LA MASTITIS PUERPERAL**

Fármaco	Dosis (mg)	Frecuencia	Duración/días
Amoxicilina con clavulanato	500/125	Cada 8 horas	10 a 14
Ampicilina	500	Cada 6 horas	10 a 14
Cefalexina	500	Cada 6 horas	10 a 14
Dicloxacilina	500	Cada 6 horas	10 a 14
Eritromicina	500	Cada 6 horas	10 a 14
Trimetropin con sulfametoxazol	800/160	Cada 12 horas	10 a 14

**Tabla 7**

**ANTIBIOTICOTERAPIA USADA EN LA MASTITIS NO PUERPERAL**

Medicamento	Dosis/mg	Vía de administración	Frecuencia	Duración/días
Ciprofloxacina	250/500	Vía oral	Cada 12 horas	10-14
Clindamicina	300/600	Vía oral	Cada 8 horas	10-14
Amoxicilina/clavulanato	500/120	Vía oral	Cada 8 horas	10-14
Cefalexina	500	Vía oral	Cada 8 horas	10-14
Cefalotina	1 g	Vía intravenosa	Cada 8 horas	10-14
Metronidazol	500	Vía oral	Cada 8 horas	10-14

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

### **MASTALGIA**

El uso 25 g de linaza en la dieta diaria de la mujer es considerado como primera línea de tratamiento para la mastalgia cíclica severa.

Es una parte integral del tratamiento informar y tranquilizar a la paciente en el manejo de la mastalgia, como primera línea de tratamiento. El uso de un sostén con un buen soporte puede aliviar la mastalgia cíclica y no cíclica.

En un estudio controlado y aleatorizado de 121 pacientes evaluando la intensidad del dolor mamario después informar y tranquilizar en cuanto a lo benigno de su proceso se logro un éxito del 70% de disminución del dolor.

Los principios fundamentales del tratamiento de la mastitis puerperal son: consejos de apoyo, vaciamiento eficaz de la le

Indicación de tratamiento de antibiótico en la mastitis puerperal si:

1. Los recuentos celulares y de colonias de bacterias, cuando están disponibles, indican infección, o
  2. Los síntomas son graves desde el comienzo o hay grietas en el pezón, o
  3. Los síntomas no mejoran 12 a 24 hrs después de mejorar el vaciamiento de la leche.
- che, tratamiento antibiótico y tratamiento sintomático. ( anexo 6.4 cuadro I, tabla 6 y 7)

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

La mastectomía parcial o completa no ha sido considerada como un tratamiento efectivo en la mastalgia

### **FIBROADENOMA MAMARIO**

El tratamiento del fibroadenoma por lo general es quirúrgico, con excéresis del nódulo para estudio histopatológico definitivo, siendo recomendable utilizar incisiones periareolares. Si el estudio histopatológico por biopsia inscicional o con aguja fina reporta un fibroadenoma no es necesaria su remoción, recomendando su vigilancia recomendando su extirpación en caso de presentar crecimiento la incisión cutánea y la del tejido adiposo

subcutáneo deben seguir la misma dirección, no así la del tejido mamario, que para poner de manifiesto el tumor debe seccionarse en forma radial y de esta manera evitar la sección innecesaria de conductos galactóforos

Cuando la localización se encuentra muy alejada de la areola o en las mamas muy voluminosas, el abordaje debe realizarse inmediatamente por encima del tumor, utilizándose para tal objeto una incisión cutánea paralela a la areola, siguiendo las líneas de Langer de la mama. Es recomendable en la resección de un fibroadenoma abarcar un margen de tejido sano, realizar hemostasia, reconstrucción lo más estética posible, de ser necesario drenaje, y en piel suturar con material no absorbible fino, colocar un vendaje compresivo, y retirar el drenaje al 2º o 3er día en caso de no haber sangrado persistente, retirando los puntos entre el 5º y 7º día

### **QUISTE MAMARIO:**

Si un quiste mamario es palpable y visible por USG debe ser aspirado por punción , Si el quiste es un hallazgo por ultrasonido incidentalmente no es necesario la aspiración.

Si un quiste simple se resuelve posterior la aspiración con un conteo ultrasonograficos, no se requiere ningún otro tratamiento más, solamente se indicara la remoción quirúrgica cuando existe recurrencia del quiste.

### **PAPILOMA CANALICULAR**

El tratamiento de elección del papiloma solitario y de la ectasia ductal es la escisión local de la lesión y de los conductos terminales, que puede realizarse bajo anestesia local con una incisión periareolar a través de la

#### Operación de Addair ( Figura 1)

El tratamiento quirúrgico del papiloma canalicular depende de su carácter solitario o múltiple (papilomatosis) y de la edad de la mujer. En casos de mujer con futuro de embarazo o lactancia, extirpación quirúrgica de los conductos, con incisión periareolar en el radio de la secreción, extirpando segmentariamente la zona afectada, ligando y seccionando la porción terminal cercana al pezón.

**El hematoma mamario** moderado puede requerir cirugía exploratoria o evacuación del hematoma, que en casos graves asociadas a transfusión

En la mastitis puerperal el absceso localizado debe tratarse con una incisión para su drenaje y toma de muestra para su cultivo.

### REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El medico familiar dara seguimiento a aquella paciente donde no encuentre masa palpable y la nodularidad sea simétrica, pero si detecta un tumor mamario deberá enviar a la paciente a un segundo nivel.

En pacientes con mastalgia que no mostrado mejoría en 4-6 meses con medidas conservadoras deberá apoyarse en el segundo nivel.

Paciente con descarga del pezón independientemente de su edad y características deberá enviarla al segundo nivel para su estudio complementario

Segundo nivel si una vez concluido los estudios no detecta tumor alguno regresara al primer nivel a la paciente.

Pacientes con mastalgia después de 1 a 2 consultas se referirá al 2 nivel para su seguimiento.

Pacientes con un modelo de gail mayor de 1.6 deberá enviarse a un tercer nivel para normar conducta de seguimiento.

La paciente con dolor leve de menos de 6 meses de duración debe instaurarse un manejo conservador y citarse de 3 a 6 meses, si el dolor persiste o es más severo debe referirse al especialista para un tratamiento médico farmacológico.

## ESCALAS

TABLA 3

Agentes causales más frecuentes de Mastitis no puerperal

Tipo de mastitis	Agente causal
Mastitis periductal	Enterococos, Estreptococos anaeróbicos, Estafilococos y Bacteroides
Mastitis superficial	Estafilococo y Estreptococos
Mastitis granulomatosa	De origen idiopático
Absceso de glándula de Montgomery	Pseudomonas aeruginosas, Proteus sp, Estreptococo y Estafilococo

Sánchez Basurto, Sánchez Forgach, Gerson. Tratado de las Enfermedades de la glándula mamaria. Manual. Moderno 2003, pag 77y 78

TABLA 4

CLASIFICACION PATOLOGICA DE ENFERMEDADES BENIGNAS DE LA MAMA

<b>LESIONES NO PROLIFERATIVAS</b>
Quistes
Hiperplasia leve o de tipo usual
Calcificaciones epiteliales
Fibroadenoma
Papila con cambios apócrinos
<b>LESIONES PROLIFERATIVAS SIN ATIPIA</b>
Adenosis esclerosante
Lesiones radiales y esclerosantes complejas
Hiperplasia moderada y florida de tipo usual
Papilomas intraductales
<b>LESIONES PROLIFERATIVAS CON ATIPIA</b>
Hiperplasia lobular atípica
Hiperplasia ductal atípica
Basado en Love S.,Gelman RS, Silen W Fibrocystic "DISEASE OF THE BREAST- A NONDISEASE . NEW ENGL J MED 1982;307:1010-1014.



**TABLA 5**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TUMORES MAMARIOS**

Cuadro 6	
Clasificación	Patologías
Tumores benignos	Fibroadenoma mamario Tumor <i>phyllodes</i> Papiloma canalicular, intracanalicular Papilomatosis múltiple
Displasias mamarias	Condición fibroquística Adenosis mamaria
Padecimientos infecciosos e inflamatorios	Absceso mamario Mastitis del puerperio Ectasia de los conductos Enfermedad de Mondor
Miscelánea	Ginecomastia Hiperplasia virginal Galactocele
Tumores malignos	Carcinoma mamario Sarcoma de la mama

### Técnicas de Autoexploración y Exploración mamaria Médica

#### Autoexploración:

Solicite la Cartilla de la mujer, pregunte si se efectúa mensualmente la autoexploración, en caso afirmativo solicite le muestre como lo hace y observe si el procedimiento es adecuado. Si no conoce la técnica o no se explora, enséñele cómo hacerlo e insista en la periodicidad.

Recomiende que examine sus mamas cada mes, preferentemente entre el 5° y 7° día del término de la menstruación, las mujeres posmenopáusicas o con histerectomía pueden realizarla el primer día de cada mes o un día fijo elegido por ellas. La autoexploración de la mama es útil cuando es un hábito.

Mencione a la mujer que algunos cambios en las mamas son normales:

En el periodo premenstrual, suelen estar endurecidas y dolorosas. En el periodo menstrual, se sienten congestionadas por los estímulos hormonales. En la menopausia, son menos firmes y más suaves. Invítela a conocer la forma y consistencia de sus mamas, para que se encuentren familiarizadas con lo que es normal para ellas.

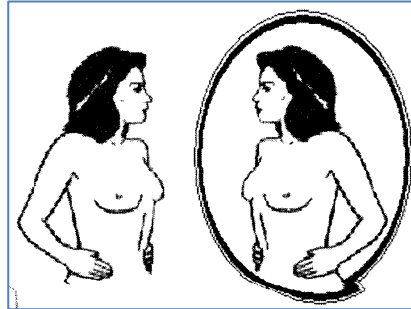
Se debe enseñar a la mujer a observar y palpar cambios en sus mamas:

#### Observación:

Busque abultamientos, hundimientos, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones en la piel; desviación de la dirección o retracción del pezón o de otras áreas de la piel, así como cambios de tamaño o de la forma de las mamas, en las siguientes posiciones:

- Parada frente a un espejo, con sus mamas descubiertas, coloque los brazos a lo largo del cuerpo y observe

- Junte sus manos detrás de la nuca, ponga los codos hacia delante y observe
- Con las manos en la cintura, inclínese hacia adelante y empuje los hombros y los codos también hacia delante (tiene que sentir el esfuerzo en los músculos del pecho) y observe



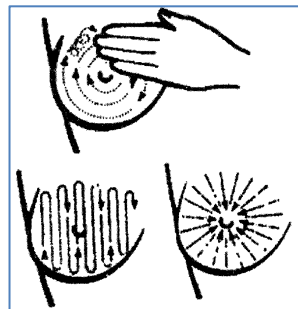
### Palpación:

Busque bolitas, zonas dolorosas, abultamientos o consistencia diferente al resto de la mama, de la siguiente manera:

- De pie frente al espejo o durante el baño, levante su brazo izquierdo y ponga la mano en la nuca, **con la yema y las palmas digitales** de la mano derecha revise toda su mama izquierda firme y cuidadosamente, haciendo movimientos circulares de adentro hacia fuera, abarcando toda la mama y terminando donde inicio. Preste especial atención a la parte externa de la mama que está junto a la axila



Para terminar, apriete suavemente su pezón y observe si hay secreción (Transparente, blanca, verde o serohemática o sanguinolenta)



Haga el mismo procedimiento con la mama derecha

La exploración de la región axilar se le indica lo realice de preferencia sentada, levantando su brazo derecho colocando la yema y palmas digitales de su mano izquierda lo más alto, profundo y hacia arriba del hueco axilar, suave pero firme, que baje el brazo y recargue en una mesa, y en la posición parada se indica baje el brazo junto a su costado, e inicie palpando con movimientos circulares.

Si encuentra alguna anomalía a la observación o a la palpación debe acudir con su médico familiar cuanto antes.

Se debe enseñar a la paciente la forma de explorar la región lateral del cuello y región supraclavicular, ya que es un área que puede estar afectada en caso de cáncer de mama.

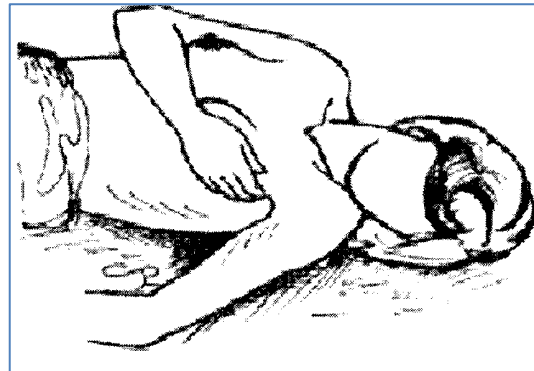
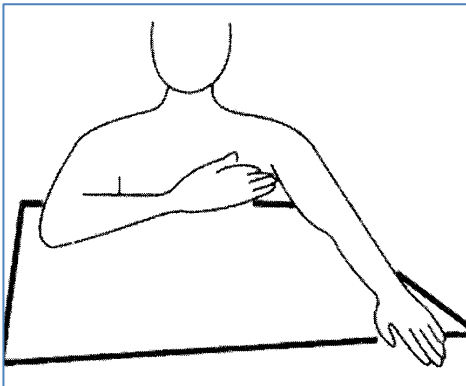
Se explora sentada con las manos en la cintura y debe empujar los hombros y codos hacia delante.

Si explora el lado derecho del lado lateral del cuello y región supraclavicular realiza la palpación con el dedo índice y medio de la mano izquierda con movimientos circulares, extendiendo la exploración hacia la cara lateral del cuello con la yema y palma digitales de los dedos índice, medio y anular.

“En mujeres con mamas de mayor volumen no deben omitir la palpación en la posición acostada”.

Acostada sobre su espalda, con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo de su hombro izquierdo, ponga su brazo izquierdo detrás de su cabeza y con la yema y palmas digitales de la mano derecha revise toda la mama izquierda de la misma forma que lo hizo parada

Haga lo mismo para revisar la mama derecha



### Exploración Mamaria Clínica.

La realiza el médico y personal de enfermería capacitado. Se efectúa a partir de los 25 años de edad, con periodicidad anual.

Recomendaciones:

- 1.- Consentimiento de la paciente
- 2.- No es necesario la tricotomía de la axila
- 3.- Pueden acudir con aplicación de talcos, aceites en mamas y región axilar
- 4.- Se recomienda acudir entre el quinto y séptimo día del término del ciclo menstrual
- 5.- Considerar los cambios fisiológicos de la mama en el periodo pre y transmenstrual

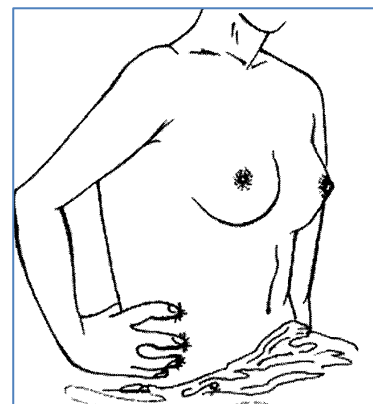
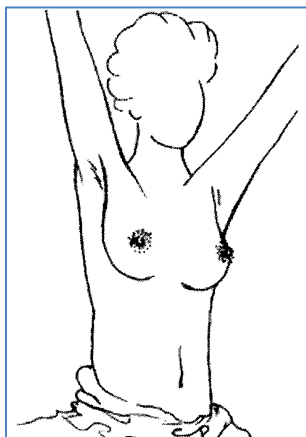
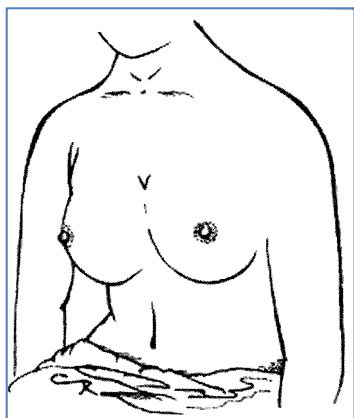
- 6.- A la mujer menopáusica se le realiza en cualquier día del mes
- 7.- Debe realizarse en consultorio en presencia de la enfermera.
- 8.- Puede acudir en periodo gestacional y de lactancia
- 9.- La exploración clínica se realiza sin guantes, ya que se pierde sensibilidad.

### Inspección:

Se efectúa en diferentes posiciones: parada, sentada o acostada, en las tres posiciones deberá estar con el tórax y brazos descubiertos bajo una buena iluminación

Comience siempre con la paciente sentada y los brazos relajados

- De frente, observe cuidadosamente ambas mamas en toda su extensión, incluyendo los huecos supraclaviculares, para detectar alteraciones en la forma y volumen o modificaciones en la piel: eritema, cicatrices, heridas, fístulas, retracciones, ulceraciones o piel de naranja
- Observe también el pezón tratando de descubrir retracciones, hundimientos, erosiones, costras o escurrimiento (verde oscuro, seroso, hemático, purulento)
- Pida a la mujer que levante los brazos por encima de su cabeza y vuelva a observar con objeto de identificar anomalías con la nueva posición, en especial diferencias en el tamaño de las mamas, formación de hundimientos, desviación del pezón y surcos o retracción de la piel
- A continuación, solicite que presione las manos sobre sus caderas, para que se contraiga el músculo pectoral mayor, esta posición puede poner de manifiesto una retracción cutánea que de otro modo pasaría inadvertida.



### Palpación del hueco axilar y región clavicular:

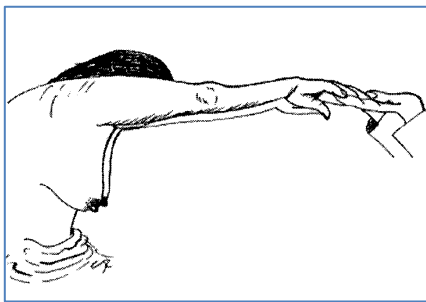
El examen de la axila requiere de una relajación total del pectoral mayor y una palpación muy suave pero firme, debe recordarse en condiciones normales que es casi imposible tocar los ganglios pequeños situados en el fondo de la axila, al igual que los que se encuentran detrás de la cara anterior de la pirámide axilar. En consecuencia cuando palpemos uno de ellos con cambio de consistencia duro, en ocasiones fijo hemos de pensar que con seguridad es patológico

En la exploración de la región axilar se aprovecha la posición sentada.

### Técnica.

1.-Paciente con tórax descubierto frente al explorador.

2.-Si se explora el hueco axilar derecho, La paciente levanta su brazo derecho se coloca la yema y palmas digitales de la mano izquierda del explorador lo más alto y profundo hacia arriba del hueco axilar, se le indica que baje el brazo y se sostenga a nivel del codo y antebrazo por la mano y antebrazo derecho del explorador o baje el brazo junto a su costado y entonces el explorador coloca su mano derecha sobre el hombro derecho de la paciente e inicie palpando con movimientos circulares suaves y firmes.

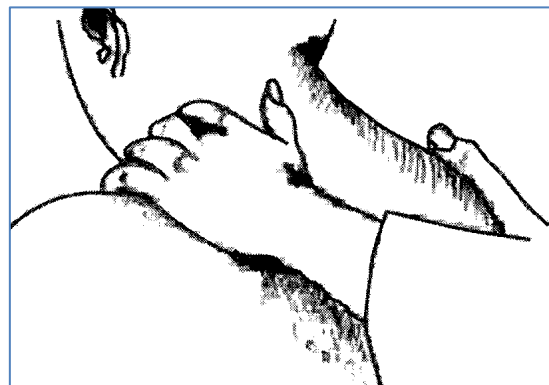
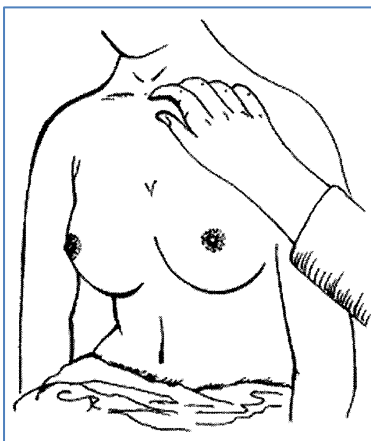


3.-Región lateral del cuello y supraclavicular, en estadios avanzados del cáncer de mama los ganglios de esta zona pueden estar afectados.

La región supraclavicular se explora con la mujer sentada con las manos en la cintura frente al examinador y solicitándole que empuje los hombros y codos hacia delante.

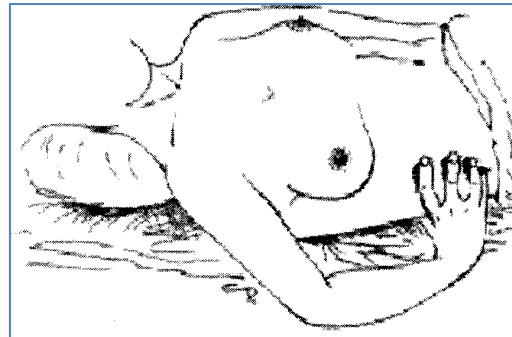
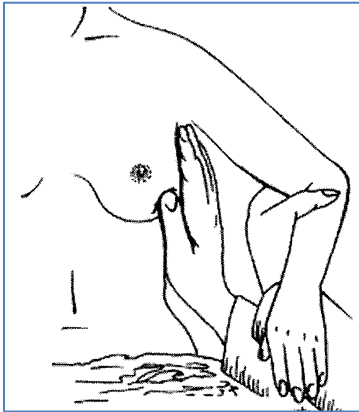
La palpación se realiza con los dedos índice y medio con movimientos circulares en la región supraclavicular, extendiendo la exploración hacia la cara lateral del cuello, con las yemas y palmas digitales de los dedos índice, medio y anular.

Importante señalar el número y tamaño de los ganglios encontrados.

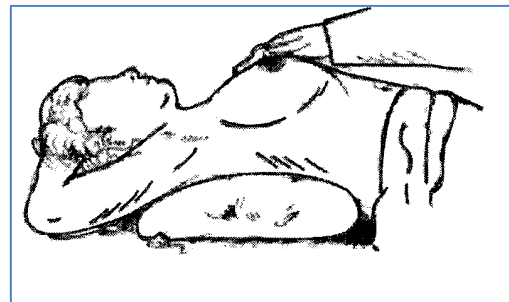


**Palpación mamaria:**

Se realizara en la posición acostada con una almohada o toalla enrollada debajo de las escápulas. Se realiza con la yema y palpa digitales de la mano en forma suave pero firme, los dedos trazarán movimientos circulares en sentido de las manecillas del reloj desde el nivel de las 12 horas de adentro hacia fuera (técnica radial) con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, sin omitir la prolongación axilar de la mama (cola de Spence, que se extiende desde el cuadrante superoexterno hasta la axila).



Los cuadrantes externos se deben explorar con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo con flexión moderada.



Los cuadrantes internos se exploran con la misma técnica pero con los músculos pectorales contraídos lo cual se logra al elevar el brazo de la paciente formando un ángulo recto con el cuerpo se debe investigar la consistencia y movilidad de tumores palpables.

La exploración del pezón debe realizarse observando la piel que no tengas cambios (enrojecimiento, descamación, retracción, hundimiento, ulceración) procediendo a una expresión digital de la periferia de la areola hacia el pezón, identificando algunas características de alguna secreción.

Valore y clasifique si los hallazgos son benignos (transparente, blanca, verdosa, amarillenta o purulenta) y probablemente malignos (sero-hemática y sanguinolenta).

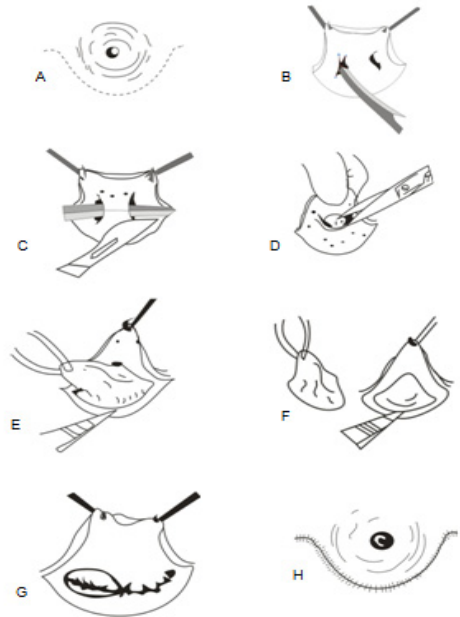
Informe de manera clara a la mujer el resultado de su orientación diagnóstica.\*

\* Tomado de "Fundamentos en Ginecología y Obstetricia, Asociación de Médicos especialistas del Hospital de

Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza". Editorial Méndez Editores. México 2004, ISBN:968-5328-19-6. Diseño Marco A. Cruz Rendón

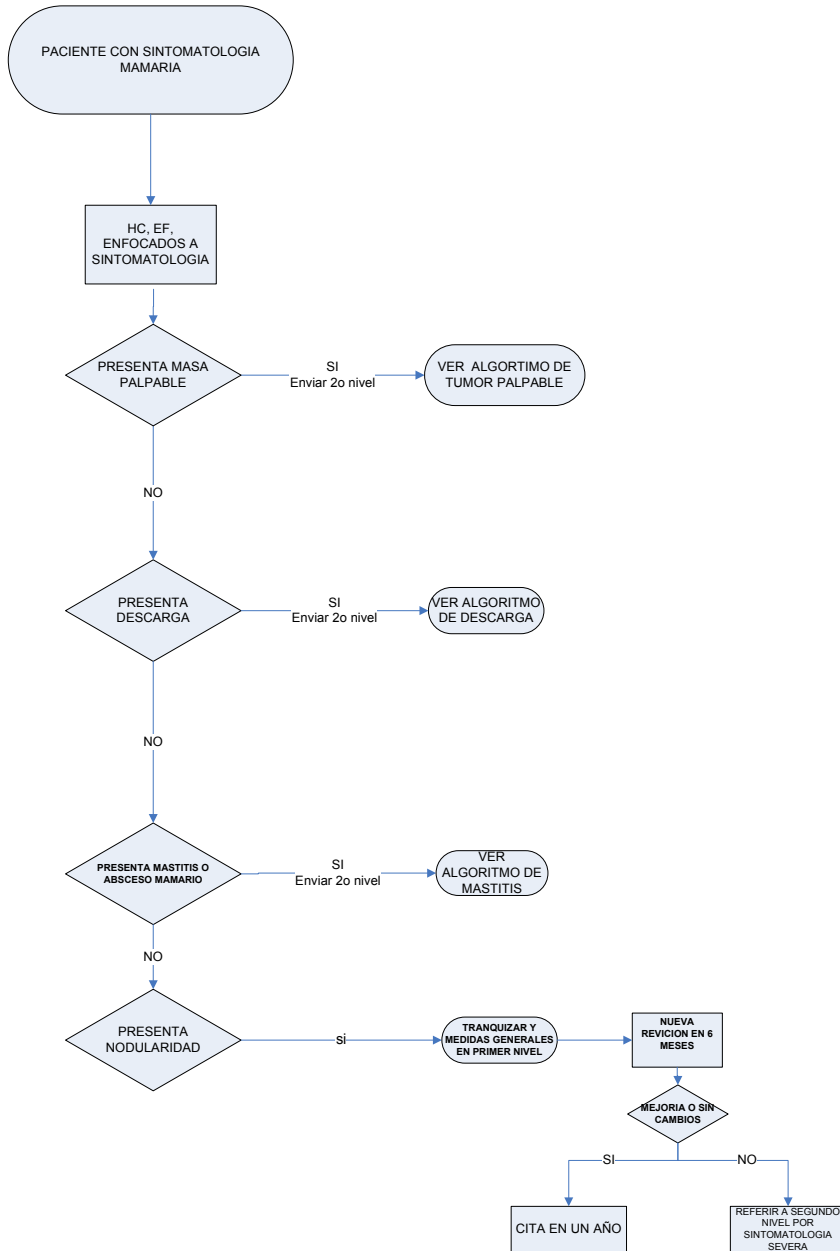
**FIGURA 1**  
**Técnica de Addair**

- A** Incisión periaerolar
- B** Localización de conductos
- C** Disección roma de conductos en la base de la aerola
- D** Corte de los conductos a nivel de la base de la aerola
- E** Resección de los conductos en la base de la glándula
- F** Extracción de la pieza
- G** Cierre por planos
- H** Cierre de piel



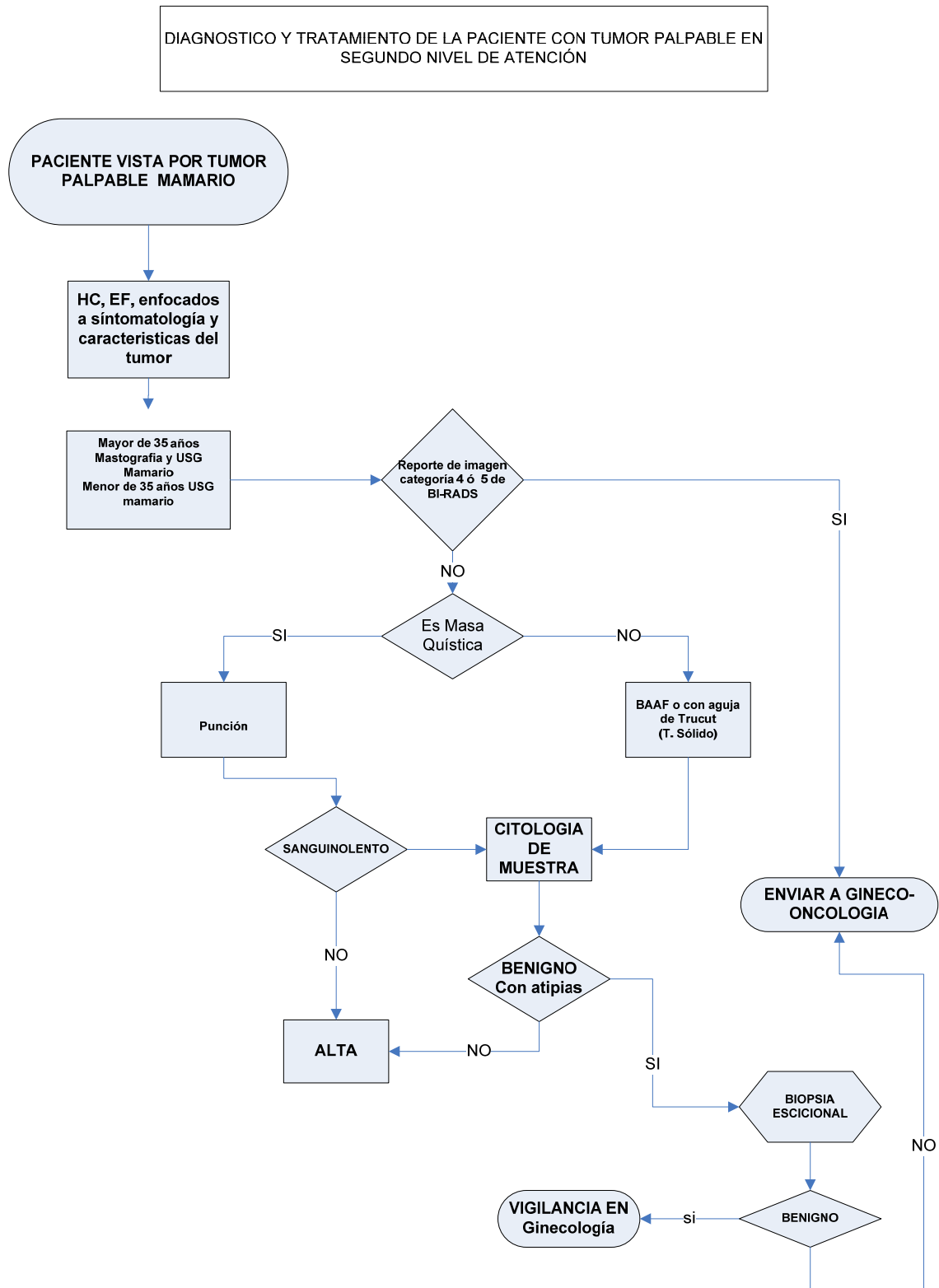
## ALGORITMOS

### ALGORITMO 1 DIAGNÓSTICO DE LA PACIENTE CON PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



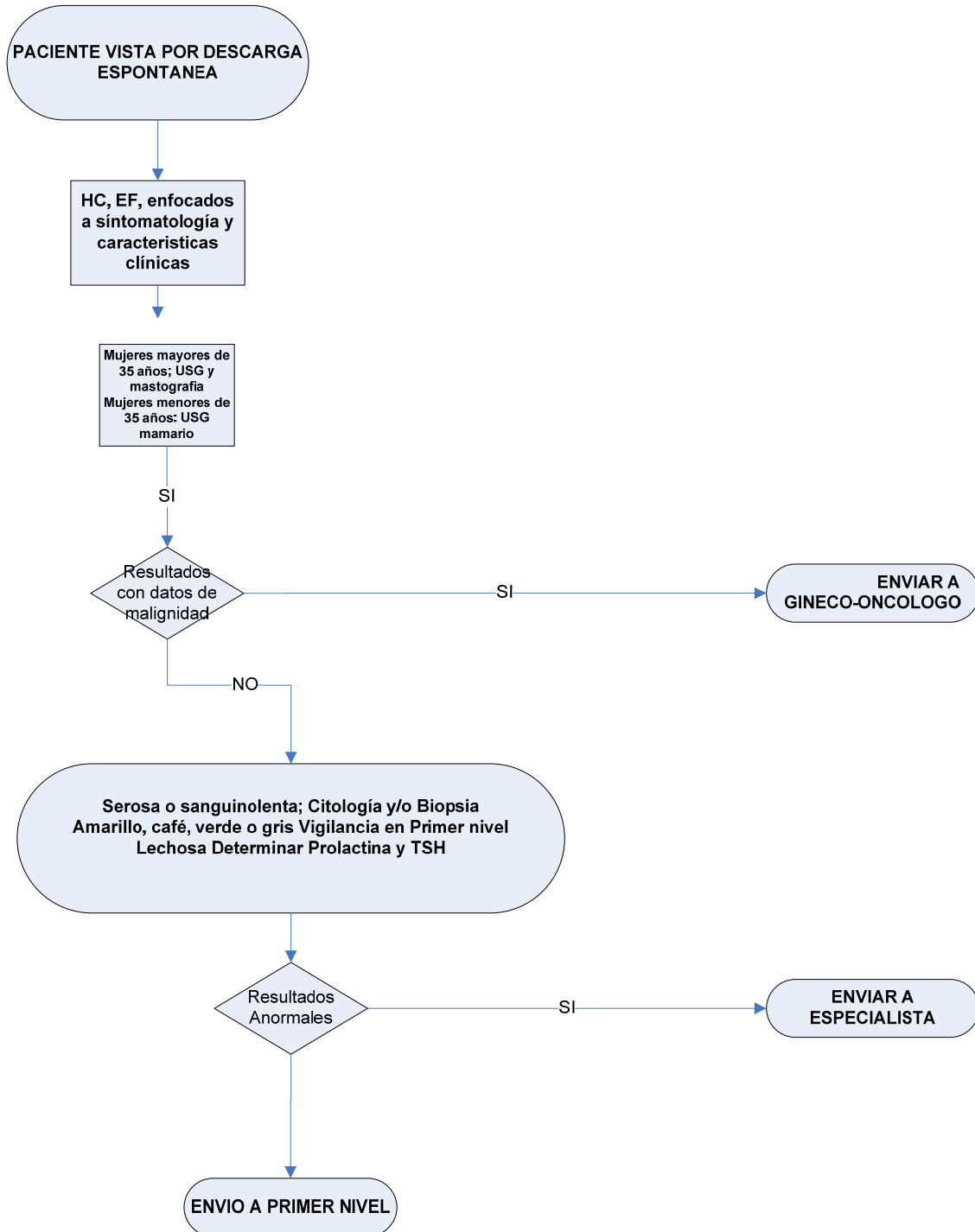


**ALGORITMO 2**



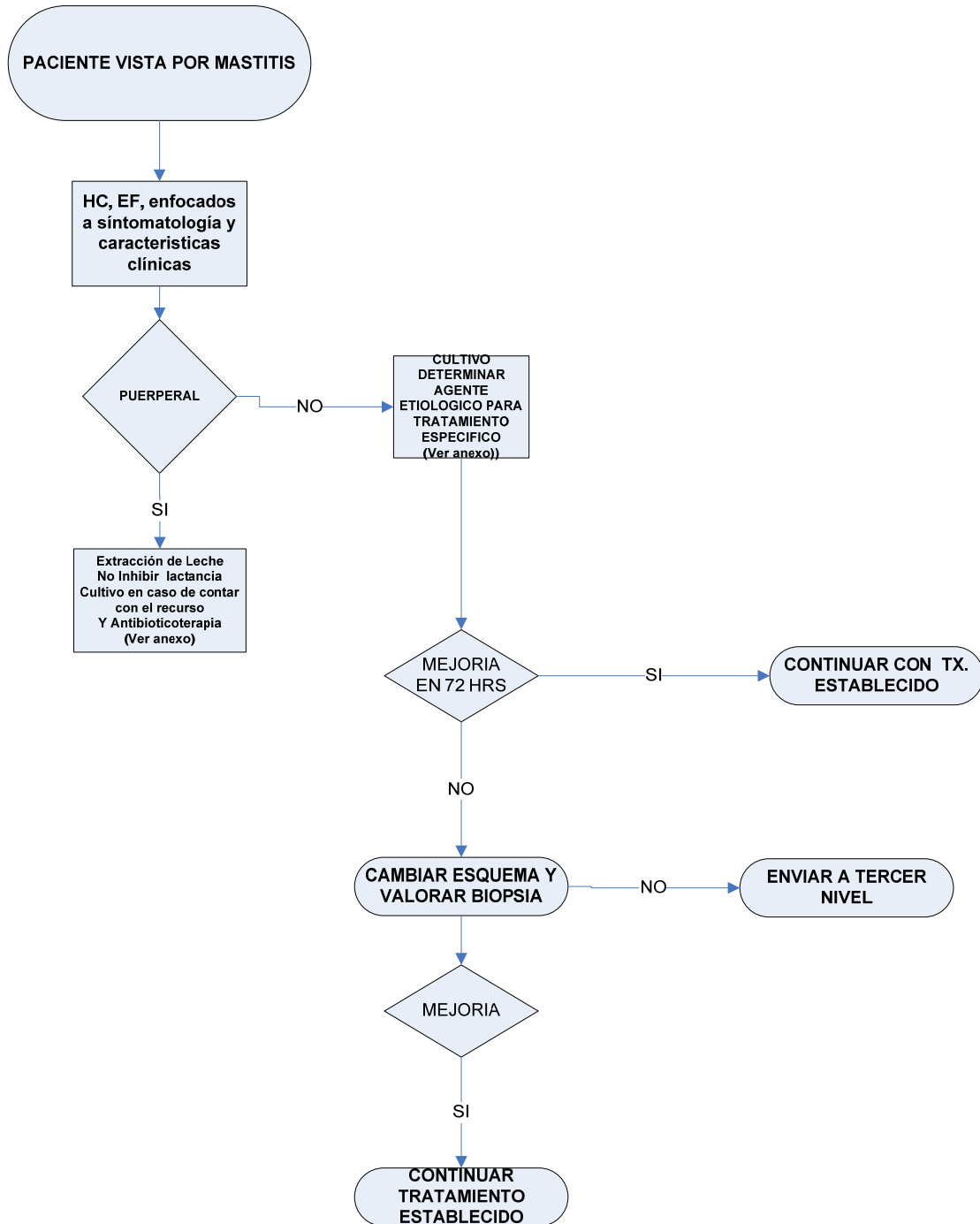
ALGORITMO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PACIENTE CON DESCARGA  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

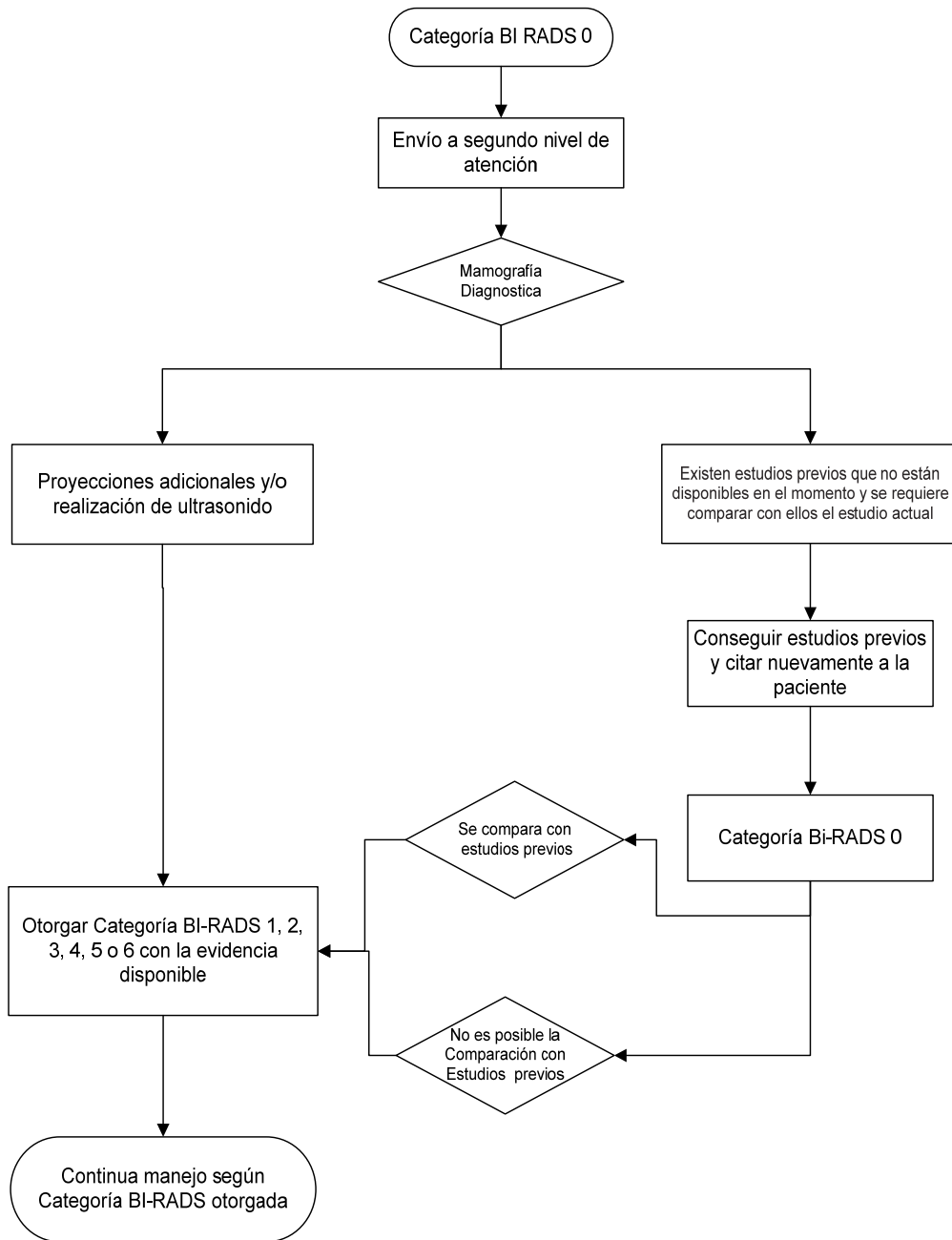


ALGORITMO 4

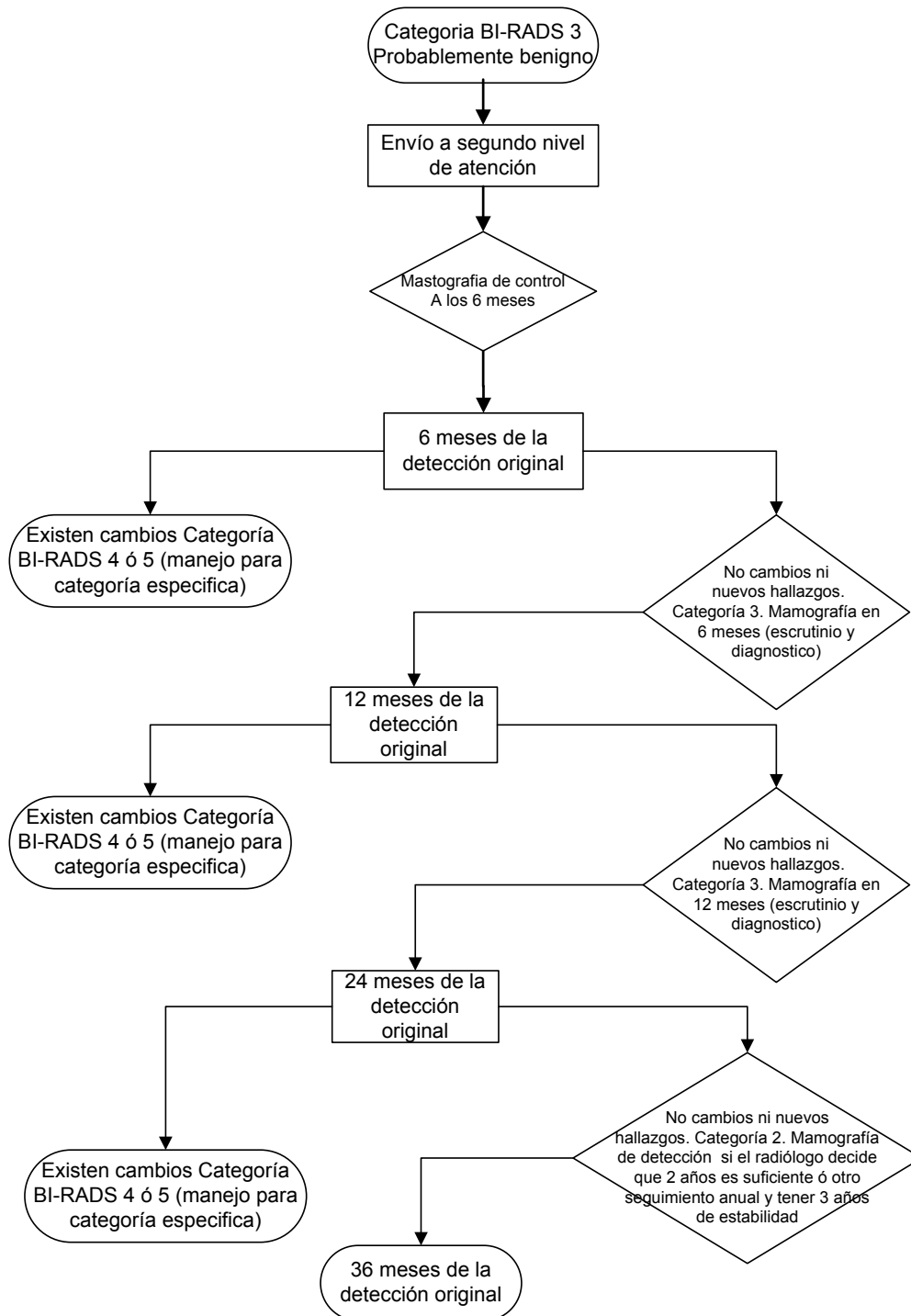
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PACIENTE CON MASTITIS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION



ALGORITMO 5.MAMOGRAFÍA CATEGORÍA BI-RADS 0



ALGORITMO 6. MAMOGRAFÍA CATEGORÍA BI-RADS 3



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA, EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (Periodo de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2129	Amoxicilina mas clavulanato	Una tab. Cada 12 hrs	Tab. 500/125 mg	De 7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas
2128	Amoxicilina	500 mg cada 8 hrs	Cápsulas de 500mg	De 7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas
1309	Metronidazol	500 mg cada 8 hrs	Solución Inyectable de 10 ml de 200 mg y 500 mg	De 7 a 10 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad.	Hipersensibilidad al fármaco
1308	Metronidazol	500 mg cada 8 hrs	Tabletas o cápsulas Orales	De 7 a 10 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad.	Hipersensibilidad al fármaco
5256	Cefalotina	500 mg a 2 gr cada 4 a 6 hrs	Solución inyectable 1 grm/ en 5 ml.	De 7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea, reacciones de hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa, flebitis, tromboflebitis, nefrotoxicidad.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco.
	Ampicilina	500 mg cada 6 a 8 hrs	Cápsulas 500mg	De 7 a 14 días	Náusea, vómito.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad a las cefalosporinas y otras penicilinas.
2133	Clindamicina	Cápsula 300 mg cada 6 hr	Cápsula de 300 mg	De 7 a 14 días	Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal.	Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	Hipersensibilidad a quinolonas, lactancia materna y niños. Precauciones: Insuficiencia renal.
4255	Ciprofloxacino	500 mg cada 12 hrs	Capsulas 250 mg	De 7 a 14 días	Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal, superinfecciones.	Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	Hipersensibilidad a quinolonas. Lactancia. Niños .

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA, EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

4259	Ciprofloxacino	400mg cada 12 hrs	Solución inyectable de 200mg/100 ml Frasco ampula o bolsa con 100ml	De 7 a 14 días	Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal, superinfecciones.	El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	Hipersensibilidad a quinolonas. Lactancia. Niños.
1926	Dicloxacilina	500mg cada 6 hrs	Cápsula o comprimido de 500mg	De 7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa. Reacciones alérgicas leves (erupción cutánea, prurito, etc.). Reacciones alérgicas graves (anafilaxia, enfermedad del suero), nefritis intersticial, neutropenia.	El ácido acetilsalicílico aumenta su concentración. Las tetraciclinas pueden antagonizar su acción bactericida.	Hipersensibilidad a las penicilinas. Precauciones: Insuficiencia renal
1971	Eritromicina	500mg cada 6 hrs	Caps. o tabletas de 500mg	De 7 a 14 días	Vómito, diarrea, náusea, erupciones cutáneas, gastritis aguda, ictericia colestática.	Puede incrementar el riesgo de efectos adversos con corticoesteroides, teofilina, alcaloides del cornezuelo de centeno, triazolam, valproato, warfarina, ciclosporina, bromocriptina, digoxina, disopiramida.	Hipersensibilidad al fármaco, colestasis, enfermedad hepática.
1903	Trimetoprim con sulfametoxazol	160/800 mg cada 12 hrs	Tabletas de 160/800 mg	De 7 a 14 días	Erupción cutánea, náusea, vómito, fotosensibilidad, leucopenia, trombocitopenia, anemia aplásica, hepatitis, cristaluria, hematuria, Cefalea y vértigo.	Con diuréticos tiacídicos y de asa, aumenta la nefrotoxicidad. Aumenta las concentraciones de metrotexato y los efectos tóxicos de la Fenitoína.	Hipersensibilidad al fármaco, uremia, glomerulonefritis, hepatitis, prematuros y recién nacidos.
0104	Paracetamol	250 o 500 mg cada 4 a 6 hrs	Tabletas orales de 250 y 500mg	Durante el tiempo necesario	Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulo renal e hipoglucemia.	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.
3423	Meloxicam	Una tableta cada 24 por 10 días	Tabletas de 1.5 mg Envase con 10 tabletas	Durante 10 días descansar 10 días y repetir	Reacción de hipersensibilidad, diarrea, dolor abdominal, náusea, vómito y flatulencia. Puede producir sangrado por erosión, ulceración y perforación en la mucosa gastrointestinal.	Con alcohol, ansiolíticos, antipsicóticos, opiáceos, antidepresivos tricíclicos y depresores del sistema nervioso central (SNC), aumenta la depresión del SNC	Hipersensibilidad al fármaco y al ácido acetilsalicílico, irritación gastrointestinal, úlcera péptica.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA, EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

3407	Naproxen	Tabletas de 250 mg	500mg a 1500 mg cada 24 horas	Durante 10 días descansar 10 días y repetir	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
1096	Bromocriptina	1.25 a 2.5mg mg cada 8 hrs. Para inhibición de lactancia 5 mg cada 12 hrs por 14 días	Tabletas de 2.5 mg	Para mastalgia 5mg cada 24 hrs por 3 meses. Para inhibición de lactancia 5 mg cada 12 hrs por 14 días	Náusea, mareo, vómito, hipotensión arterial, cefalea, alucinaciones, depresión.	Anticonceptivos hormonales, estrógenos, progestágenos interfieren en su efecto. Con antihipertensivos aumenta el efecto hipotensor. Con Anti-psicóticos antagonizan su efecto y los antiparkinsonianos incrementan su efecto.	Hipersensibilidad al fármaco y derivados del cornezuelo de centeno, hipertensión descontrolada. Precauciones: Lactancia, insuficiencia renal y hepática, tratamiento con antihipertensivos.
1093	Danazol	200 mg cada 24 hrs	Cápsula o comprimido 100mg	3 meses a 6 meses.	Acné, edema, hirsutismo leve, piel o cabello graso, aumento de peso, hipertrofia del clítoris, manifestaciones de hipoestrogenismo (Síndrome climatérico), erupción cutánea, vértigo, náusea, cefalea, trastornos del sueño, irritabilidad, elevación de la presión arterial.	Con warfarina prolonga el tiempo de protrombina. Puede aumentar los requerimientos de insulina en pacientes diabéticos. Puede Aumentar la concentración de carbamacepina.	Hipersensibilidad al fármaco. insuficiencia hepática, cardiaca y renal, tumor dependiente de andrógenos Precauciones: Migraña, hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia.
3047	Tamoxifeno	Oral. Adultos: 10 mg cada 24 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Citrato de tamoxifeno equivalente a 10 mg de tamoxifeno Envase con 14 tabletas.	3 meses a 6 meses	Bochornos, náusea, vómito, leucopenia, trombocitopenia moderada.	Con estrógenos disminuyen sus efectos farmacológicos.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Puede presentarse progresión moderada de las metástasis.