

Aproximación diagnóstica y manejo clínico de la telorragia

E. Plasencia Fernández^a, M. Fontán Domínguez^b, MJ. Rey Rey^a, F. Miguez Silva^c

^aPediatra. CS de O Grove. Pontevedra.

^bServicio de Pediatría, ^cServicio de Radiología.

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:457-62

Eduardo Plasencia Fernández, eduardo.plasencia.fernandez@sergas.es

Resumen

La telorragia es una rara manifestación clínica en la infancia que habitualmente obedece a una ectasia ductal mamaria, entidad de curso benigno que precisa establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades de evolución más prolongada, incluida la patología tumoral. Aportamos el caso de un lactante de 4 meses con descarga hemorrágica por el pezón izquierdo, sin hipertrofia mamaria y cultivo negativo de la secreción, la ecografía mostraba una ectasia ductal bilateral. El curso fue autolimitado en 3 meses, no presentando descarga en la mama contralateral pese a los hallazgos ecográficos.

Se realiza una revisión de los casos previamente publicados, así como recomendaciones diagnósticas y una actualización sobre el tratamiento según las distintas causas.

Palabras clave: Telorragia, Ectasia ductal mamaria, Infancia.

Abstract

Bloody nipple discharge is a rare finding in infants and is most often associated to mammary duct ectasia. It is a benign course phenomenon and a differential diagnosis with other processes of different evolution, including tumour pathology, has to be established. We report a 4-months-old boy with unilateral bloody nipple discharge, without mammary hypertrophy and negative culture. Ultrasounds showed bilateral ductal ectasia. The course was self-limited to 3 months, without discharge of the contralateral breast in spite of the ultrasonography findings. Literature was reviewed, an approach to evaluation and an update of the clinical management according to the possible implied aetiologies, were also made.

Key words: Bloody nipple discharge, Mammary duct ectasia, Infant.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Introducción

La hipertrofia mamaria en los primeros meses en lactantes de ambos sexos, frecuentemente se asocia a la emisión de leche a través del pezón. Se trata de un proceso adaptativo fisiológico, asociado a la transmisión transplacentaria de hormonas sexuales entre la madre y el feto. En contraste, la descarga hemorrágica a través del pezón es una rara manifestación clínica, que por su naturaleza produce una importante inquietud en los padres.

Observación clínica

Un lactante varón de 4 meses de edad, es traído a la consulta debido a la

emisión de gotas de sangre por el pezón izquierdo, advertidas inicialmente por la presencia de manchado en la ropa del bebé, presentando posteriormente un curso intermitente.

Durante la exploración física, se aprecia un material serosanguinolento que fluye a través del pezón izquierdo tras su manipulación (figura 1), no apreciándose molestias en un lactante de aparente buen estado general (peso en el percentil 60 y longitud en el percentil 75), genitales de clara diferenciación sexual masculina, sin otras áreas asociadas de sangrado activo, petequias o equimosis. No se detectó la presencia de nódulos palpables, hipertrofia o signos in-

Figura 1. Se aprecia la secreción serosanguinolenta a través del pezón izquierdo del paciente.

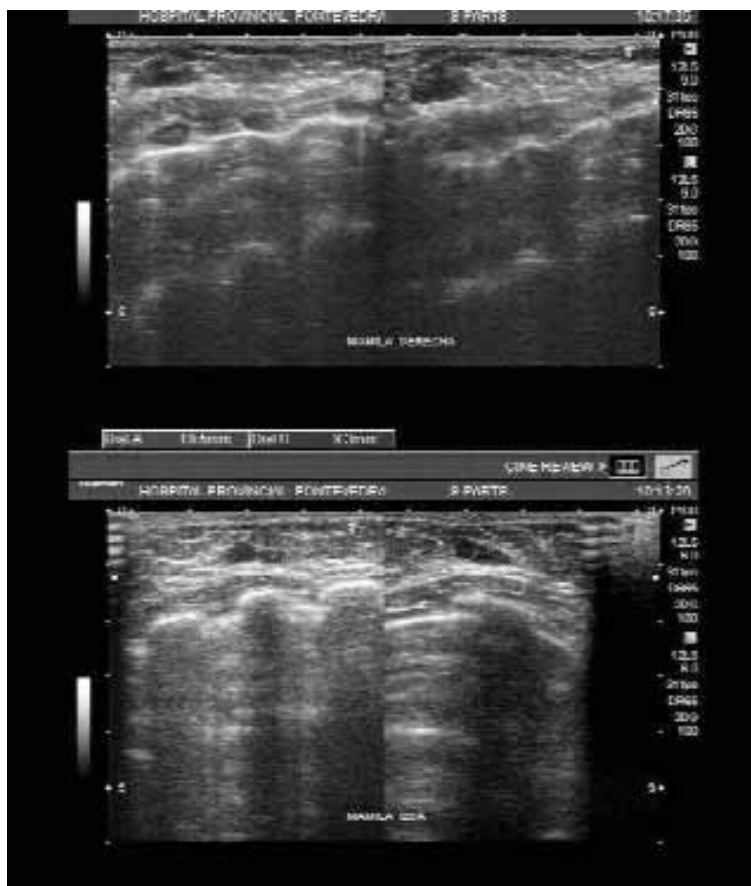


flamatorios locales, con excepción de un discreto quiste subareolar en el pezón sintomático, a cuya palpación no se apreciaban indicios de dolor.

Los antecedentes familiares revelaban ausencia de procesos de diátesis hemorrágica o carcinoma mamario, no habiendo historia de ingesta de medicamentos o traumatismo previo.

El cultivo bacteriológico de la secreción resultó negativo, la anatomía patológica describe extendido citológico constituido por un fondo hemático con presencia de escasos polinucleares y linfocitos, sin identificarse células epiteliales, la ecografía (figura 2) nos muestra una ectasia ductal bilateral y simétrica en ambas mamas. Las determinaciones de electrolitos,

Figura 2. En ambas imágenes ecográficas de las mamas derecha e izquierda, se aprecia ectasia ductal.



hematimetría y coagulación en sangre periférica fueron normales, no detectándose ninguna alteración en los estudios hormonales llevados a cabo (prolactina, progesterona y 17- β -estradiol), siendo normal la tirotropina del cribado metabólico neonatal.

Discusión

Desde la primera descripción de Berkowitz¹ en 1983 de una descarga hemorrágica mamaria presente en 2 lactantes de 6 semanas, se han presentado otras sucesivas hasta un total de 31 pacientes afectos y 42 mamas descritas con telorragia infantil. Se han llevado a cabo hasta la fecha 23 biopsias mamaras por este motivo, siendo la causa subyacente más frecuentemente diagnosticada la ectasia ductal mamaria, presente en un total de 12 de los casos estudiados, y en el resto: ginecomastia (4), fibroquistosis (2), quistes hemorrágicos (2), papiloma intraductal (2) y tumor benigno *phyllodes* (1).

En una aproximación diagnóstica inicial de una descarga hemorrágica por el pezón se debe realizar una tinción de Gram, recuento celular y cultivo bacteriológico de la descarga, si resultaran positivos se instaurará el tratamiento antibiótico oportuno. La mastitis suele ser unilateral, dolorosa y con eritema

manifiesto, la secreción será purulenta o multicolorada, habitualmente ocurre en menores de 6 semanas de vida (*neonatorum*)².

Se debe descartar la presencia de un trastorno endocrino subyacente: tirotropina, estradiol y prolactina, cuya alteración nos obligaría a realizar una resonancia magnética (RM) de la pituitaria. El prolactinoma produce una descarga lechosa bilateral, sin sangrado, asociada a cefalea, defectos visuales y amenorrea en pacientes postpuberales³.

La ecografía mamaria puede informar sobre la presencia de masas, ectasias ductales o quistes. La ductografía y la citología no han mostrado beneficio significativo en pacientes adultos⁴.

La ectasia ductal mamaria afecta más comúnmente a los conductos galactóforos subareolares. Los cambios histológicos apreciados en las biopsias realizadas no difieren de los apreciados en las ectasias ductales de los adultos. Se trata de una transformación benigna del tejido mamario caracterizada por la dilatación del conducto mamario, que origina de forma secundaria fibrosis e inflamación en el tejido circundante⁵. Inicialmente la lesión está compuesta de muy pequeñas masas quísticas con mínima dilatación ductal que suele ser reversible, pero la enfermedad puede tener una naturaleza

progresiva y la dilatación incrementarse hasta un límite que se transforma en irreversible. Si bien su etiología específica permanece aún desconocida, actualmente se barajan entre sus posibles factores etiológicos: una inflamación crónica del estroma periductal, anomalías congénitas del sistema ductal, traumatismos y el desencadenamiento de una reacción autoinmune.

La mayor preocupación a la hora de decidir qué actitud tomar ante una telorragia infantil es el temor subyacente a una patología tumoral mamaria, excepcionalidad descrita en 3 de las muestras en las que se decidió estudio anatomopatológico, con un rango de 4 a 13 años, se trataba de niñas con una masa unilateral lentamente progresiva, en las que la descarga sanguinolenta se produjo por infarto espontáneo del tumor^{6,7}.

En los tumores mamarios adultos la telorragia se aprecia solo en un 10-15% de los casos².

Por otra parte, el abordaje quirúrgico ocasiona un riesgo de deformidad y disfunción del tejido mamario, por lo que Weinmann⁸ propuso una vigilancia clínica estrecha de recién nacidos y lactantes con telorragia bilateral, para evitar innecesarias investigaciones invasivas. Solo en el caso de una descarga persistentemente unilateral, con masa palpa-

ble y ecografía o histología sospechosa recomendaba practicar una intervención quirúrgica que evitara la rara posibilidad de un proceso maligno subyacente.

Más recientemente, Imamoglu, avalado por el mayor volumen de pacientes controlados hasta la fecha⁹, propone un algoritmo de tratamiento basado en el sexo, la exploración física, la ecografía y el cultivo inicial de la secreción, especialmente en los casos que presentan signos infecciosos:

- Si el cultivo resulta negativo, con exploración física y ecografía normal, al diagnóstico y con posterioridad, se debe mantener una actitud expectante en espera de la autorresolución.
- Si existe crecimiento mamario difuso (ginecomastia), con un estudio hormonal normal que descarte tumores o alteraciones endocrinas, se propondrá la intervención quirúrgica a los varones en los que no se aprecie una disminución de la hipertrofia en 6 meses, manteniendo más allá la observación en las niñas.
- Si se trata de una masa palpable, con una lesión quística en la ecografía, las posibilidades etiológicas serían una ectasia ductal de probable curso irreversible o una fibro-

quistosis, precisándose la cirugía para su diferenciación. En varones no habría que plantearse consideraciones estéticas por la mastectomía, optando en las mujeres por la biopsia escisional del quiste para preservar el resto del tejido.

- Por último, en el caso de nódulos palpables, masas rápidamente progresivas o una masa que protruya en el pezón debe indicarse la escisión local, curativa para procesos benignos, que evitaría la posibilidad de raros procesos malignos subyacentes.

En el caso que nos ocupa se trataba de un lactante varón, el cultivo de la secreción hemorrágica del pezón resultó ne-

gativo, no existía hipertrofia mamaria, masas palpables, ni se desarrollaron áreas quísticas visibles en la ecografía. Si bien la sintomatología era unilateral, la ecografía estableció el carácter bilateral de la ectasia. Este hecho concuerda con lo apreciado previamente sobre el posible carácter asintomático del proceso⁹. Con estos datos se optó por una aptitud conservadora, suplemento ferroso y medidas antisépticas locales tras los episodios de descarga, para evitar la posible sobreinfección estafilocócica del cuadro, que se ha señalado como una posible causa de evolución hacia la ectasia ductal mamaria irreversible². La desaparición del sangrado se produjo 3 meses después del momento del diagnóstico.

Bibliografía

1. Berkowitz CD, Inkelis SH. Bloody nipple discharge in infancy. *J Pediatr*. 1983;103:755-6.
2. Kelly VM, Arif K, Ralston S, Greger N, Scott S. Bloody Nipple discharge in an infant and a proposed diagnostic approach. *Pediatrics*. 2006;117:814-6.
3. Colao A, Loche S, Cappa M, Di Sarno A, Landi ML, Sarnacchiaro F. Polactinomas in children and adolescents; clinical presentation and long-term follow-up. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83:2777-80.
4. King TA, Carter KM, Bolton JS, Fuhrman GM. A simple approach to nipple discharge. *Am Surg*. 2000;66:960-5.
5. Kitahara S, Wakabayashi M, Shiba T, Nonaka K, Nonaka H, Kobayashi I. Mammary duct ectasia

in children presenting bloody nipple discharge: a case in pubertal girl. *J Pediatr Surg*. 2001;36:E2.

6. Simpson JS, Barson AJ. Breast tumors in infants and children. *Can Med Assoc J*. 1969;101:100-2.
7. Martino A, Zamparelli M, Santinelli A. Unusual clinical presentation of a rare case of Phyllodes tumor of the breast in an adolescent girl. *J Pediatr Surg*. 2001;36:941-3.
8. Weinmann E. Clinical management of nipple discharge in neonatos and children. *J Paediatr Child Health*. 2003;39:155-6.
9. Imamoglu M, Çay A, Reis A, Özdemir O, Sapan L, Sarihan H. Bloody nipple discharge in children: possible etiologies and selection of appropriate therapy. *Pediatr Surg Int*. 2006;22:158-63.