

Telorreas. Consideraciones a propósito de 126 casos

A. Sierra García,
J. Fraguera,
A. Moreno de Castro,
M. A. Delgado,
A. López,
M. Martín,
M. Quadros,
E. Garrote,
F. de la Cruz Caro

SUMMARY

The authors report their experience with nipple discharge. They have studied 126 patients at the Breast Unit of the Hospital. They report the symptomatology, clinical exploration, and diagnostic approach to these kind of patients. The conclusions permit the general physicians a correct management of nipple discharge.

Key words:

Breast, Nipple discharge, Diagnostic.

Unidad de Patología Mamaria.
Servicio y Departamento de Cirugía.
Hospital 1.º de Octubre. Madrid.

Palabras clave:

Mama, Secreción pezón, Diagnóstico.

INTRODUCCION

La telorrea, es decir, el derrame por el pezón, es sin duda un acontecimiento bastante frecuente dentro de la anamnesis y semiología mamaria. Salvo en los casos fisiológicos, constituye la telorrea una anomalía claramente evidente y que en general es motivo para acudir a la consulta del especialista.

El papel del médico ante una telorrea es, lógicamente, el de intentar clasificarla, detectar su origen e instaurar el tratamiento oportuno. Para ello hemos de empezar con un meticuloso interrogatorio bien orientado, ya que de hacerse así, muy frecuentemente nos pondremos sobre una pista diagnóstica con grandes posibilidades de acierto. Después pasaremos a la inspección y a la exploración clínica, recogiendo con detalle datos concretos, precisando si se trata de una telorrea espontánea o provocada mediante la expresión, si afecta a una mama sólo o si es bilateral como frecuentemente ocurre en las telorreas fisiológicas y funcionales. Veremos, y así lo expondremos, si es uni o multiorifical y, desde luego, describiremos las características de su contenido: seroso, lácteo, sanguinolento, sero-sanguinolento, purulento, cremoso, etc.

Las pruebas complementarias practicadas a continuación serán fundamentalmente la mamografía, ecografía, galactografía, PAAF de la lesión orgánica si es palpable, la citología de la secreción y el cultivo de la misma si procede, así como los datos de laboratorio y

determinaciones hormonales que creamos oportunas, ya que en determinados casos será necesaria la determinación de prolactina, progesterona, pruebas tiroideas, hormonas, pruebas de estimulación con L Dopa, clorpromacina, etc.

Tras esto podremos etiquetar la telorrea bien de estar originada por una enfermedad mamaria orgánica (cáncer, papilomas, MFQ, etc.) bien funcionales o secundarias a endocrinopatías, medicamentos, etc., o si simplemente es fisiológica como en el caso de embarazo y lactancia.

MATERIAL Y METODOS

Los autores han estudiado en el presente trabajo un conjunto de 126 pacientes afectas de telorrea, en un periodo de tiempo de 5 años comprendidos entre 1983 y 1988, en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital 1.º de Octubre de Madrid.

En la tabla I se expone la incidencia de la edad, según las diferentes décadas de la vida. De los 20 a los 50 años, es decir, las décadas medias son, como puede verse, las de mayor incidencia, siendo de los 30 a los 40 años la más numerosa con 81 casos que corresponden a un 64,2% de nuestra estadística. Los extremos de la vida se han caracterizado por una disminución progresiva de la casuística. Así pues, en un rango de 11

TABLA I

EDADES

	Casos	%
11 a 20	6	4,7
21 a 30	20	15,8
31 a 40	46	36,5
41 a 50	35	27,7
51 a 60	6	4,7
61 a 70	11	8,7
71 a 80	2	1,5

a 80 años la media de nuestras edades corresponde a 37,4 años.

Las pacientes multiparas han predominado dentro de nuestro grupo con un 57,1%, que corresponde a los 72 casos registrados. Le siguen la primiparas con un 23%, y finalmente, las nuliparas con un 19,8%. Creemos, pues, que estas cifras son significativas, sobre todo en lo que se refiere a las multiparas, que predominan claramente sobre el resto.

Dentro de los datos recogidos en la clínica, la obtención de la telorrea fue en la mayoría de los casos espontánea (89 pacientes), de ahí que esta telorrea haya sido el síntoma por el que la mujer acudió al facultativo. Sólo los 37 casos restantes (27,4%) fue el médico quien por la palpación profunda o la expresión del pezón provocó el derrame. Estos aspectos que se recogen en la tabla II también nos indican que las telorreas fueron en la mayoría de los casos unilaterales (63,4%), afectando más a la mama izquierda (35,9%) que a la derecha (28,5%), aspecto éste que no creemos tenga interés especial. Si es importante recalcar la bilateralidad, que fue de 46 casos, correspondientes a un 36,5%, lo cual está de acuerdo habida cuenta de que muchas de estas telorreas estaban originadas por alteraciones funcionales y mastopatias que con frecuencia

TABLA II

CARACTERISTICAS CLINICAS

	Casos	%
Localización:		
Unilateral	80	63,4
M. Derecha	36	28,5
M. Izquierda	44	35,9
Bilateral	46	36,5
Orificios:		
Unico	72	57,1
Múltiple	54	42,8
Obtención:		
Espontánea	89	70,6
Provocada	37	27,4

TABLA III

CARACTERISTICAS

	Casos	%
Serosa	67	53,1
Lactea	7	5,5
Hemática	23	18,2
Purulenta	4	3,1
Sérohemática	21	16,6
Inespecífica	4	3,1

afectan a ambas mamas. Las unilaterales han correspondido a lesiones específicas localizadas en una sola mama. Desde otro punto de vista, también habla de este aspecto generalizado el hecho de que la telorrea fue uniorifical en un 57,1% de los casos, mientras que fue multiorifical en casi las mismas pacientes (42,8%).

El tipo de secreción recogido en la tabla III nos muestra cómo la secreción serosa es sin duda la más importante, con un 53,1% de nuestra serie, que corresponde a 67 casos. Ello es lógico ya que, como más adelante veremos, la mayor parte de la patología encontrada ha ocasionado esta telorrea serosa. Sigue la telorrea hemática con un 18,2% y después la serohemática con un 16,6%. El resto de las telorreas, como podemos ver, son menos significativas.

El tiempo de evolución ha variado entre un día y cuatro años como podemos ver en la tabla IV, no encontrándose ningún periodo de tiempo determinado especialmente significativo. Un 70% de los casos han evolucionado en el transcurso de un año como máximo y sólo un 30% han superado este periodo de tiempo en su evolución, no sobrepasando en ningún caso los cuatro años.

Los datos semiológicos recogidos en la exploración clínica de estos pacientes vienen expuestos en la ta-

TABLA IV

TIEMPO DE EVOLUCION

	Casos	%
1 a 7 días	13	10,3
8 a 15 días	21	16,6
16 a 30 días	12	9,5
1 a 3 meses	17	13,4
3 a 6 meses	13	10,3
6 a 12 meses	12	9,5
1 a 2 años	17	13,4
2 a 3 años	7	5,5
> de 3 años	14	11,1
TOTAL	126	

TABLA V
DATOS CLINICOS

	Casos	%
Nódulo	20	15,8
Mastodinia	20	15,8
Nódulo y mastodinia	1	0,79
Eritema pezón	1	0,79
Retracción pezón	5	3,9
Idem y nódulo	1	0,79
Sin hallazgos	78	61,1
TOTAL	126	

bla V. Llama la atención en primer lugar que la telorrea apareció como único síntoma en un 61% de los casos, es decir, que en 78 de las pacientes con telorrea no se encontró dato alguno en la exploración física realizada. Amén de este dato, existen otros dos que son la palpación de nódulo periareolar en un 15,8% de los casos y también la mastodinia dolorosa provocada por la palpación y que existía con el mismo porcentaje. El resto de los datos recogidos han tenido tan poca incidencia que no creemos sean valorables estadísticamente.

Tras la anamnesis y exploración clínica los pacientes, según sus características, han sido sometidos a una metodología diagnóstica dentro el arsenal que a este respecto disponemos en nuestra Unidad de Patología Mamaria.

Una vez que nuestros casos fueron estudiados y una vez realizada la biopsia por punción o escisión, en los casos que éstas lo requerían llegamos al diagnóstico causal de cada una de las telorreas. Este diagnóstico viene expuesto en la tabla VI, en la que podemos ver cómo la MFQ con un 48,4% es la enfermedad causal más frecuente en la producción de telorrea dentro de nuestro grupo. Siguen en orden de frecuencia las telorreas originadas por causas funcionales con un 19,8%

TABLA VI
LESION CAUSAL

	Casos	%
M. F. Q.	61	48,4
Quiste simple	8	6,3
Papilomatosis	4	3,1
Ectasia Ductal	13	10,3
Fibroadenoma	5	3,9
Mastitis	5	3,9
Ca.in situ	2	1,58
Ca. invasivo	2	1,58
Farmacologica	1	0,79
Funcional	25	19,8

TABLA VII
QUISTES SIMPLES
(Número de casos: 8)

	Casos	%
Tipo de secreción:		
Serosa	8	100
Bilateral	0	
Unilateral	8	
Mama der.	6	75
Mama izq.	2	25
Uniorifical	8	100
Multiorifical	0	0

y la ectasia ductal con un 10,3%. El resto de las causas son por su menor frecuencia menos significativas.

RESULTADOS

Del análisis y estudio de nuestra casuística hemos podido sacar resultados de diversa índole, según los distintos puntos de vista considerados.

Así pues, hemos visto en los diferentes tipos de afecciones cuáles eran las características de la telorrea, según el tipo de secreción de la misma, si aparecía por un sólo orificio o por varios, con qué frecuencia era bilateral o sólo afectaba a una mama y dentro de esta última si en la mama derecha era más frecuente la aparición de telorrea que en la mama izquierda, o viceversa.

De esta forma podemos ver cómo en los quistes simples recogidos en la tabla VII la secreción fue serosa,¹ uniorifical y unilateral en el 100% de los casos y que afectó a la mama derecha en un 75% de los casos y sólo en un 25 a la izquierda.

En la MFQ, la más frecuente patología con 61 casos, las características de las telorreas vienen expuestas en la tabla VIII. De los múltiples datos llama la atención que la telorrea fue serosa en el 54% de los casos, que apareció en una o ambas mamas casi con igual incidencia y que claramente predominó el derrame por un sólo orificio con un 65% de los casos, siendo multiorifical en el 35% restante.

Sólo hemos tenido 4 casos de papilomatosis, que están expuestos en la tabla IX. La secreción fue hemática, uniorifical y unilateral, correspondiendo todos los casos casualmente a la mama izquierda.^{2,3}

En la ectasia ductal sólo fue significativa dentro de 13 casos la secreción hemática o serohemática predominante, ya que la serosa sólo apareció en 2 casos.

Poco podemos decir de las telorreas en el cáncer, con sólo 4 casos de incidencia, cuyos datos están

TABLA VIII
MASTOPATIA FIBROGISTICA
 (Número de casos: 61)

	Casos	%
Tipo de secreción:		
Serosa	33	54
Hemática	12	19,6
Serohemática	10	16,3
Láctea	3	4,9
Indeterminada	3	4,9
Unilateral	36	59
Mama der.	14	22,9
Mama izq.	22	36
Bilateral	25	40,9
Uniorifical	40	65,5
Multiorifical	21	34,4

recogidos en la tabla X. Al ser de una sola mama el carcinoma⁴ fue, pues, unilateral y casualmente siempre del lado derecho. Llama la atención que en un 50% fue uniorifical y en el otro 50% multiorifical, y que al contrario de la mayoría de las estadísticas consultadas respecto a esta enfermedad sólo fue hemática en un 25%, siendo en el 75% restante serosa.^{3,4}

Hay poco que comentar respecto a la significación de la telorrea en el fibroadenoma, pues sólo hemos tenido 5 casos. Sólo hemos de mencionar que curiosamente en uno de ellos la telorrea fue láctea, mientras que en el resto fue serosa.

Las mastitis fueron todas agudas e inespecíficas. Lógicamente fue la telorrea purulenta en el 80% (ver tabla XI) y existía solamente en la mama enferma. Con la misma frecuencia existió la uni o multiorificalidad.

Las telorreas funcionales suelen estar originadas en general por alteraciones endocrinas, que fundamentalmente afectan a la hipófisis; se originan así aumentos en la producción de gonadotrofinas y prolactinas que serían las causantes de esta variedad. Tenemos 25 ca-

TABLA IX
PAPILOMATOSIS
 (Número de casos: 4)

	Casos	%
Tipo de Secreción:		
Hemática	3	75
Serohemática	1	25
Unilateral	4	100
Mama der.	0	0
Mama izq.	4	100
Uniorifical	4	100
Multiorifical	0	0

TABLA X
CANCER
 (Número de casos: 4)

	Casos	%
Tipo de Secreción:		
Serosa	3	75
Hemática	1	25
Unilateral der.	4	100
Unilateral izq.	0	0
Bilateral	0	0
Uniorifical	2	50
Multiorifical	2	50

sos de telorreas funcionales que vienen expuestas en la tabla XII. La secreción fue predominantemente serosa con el 64% de los casos, siguió en segundo lugar la serohemática con el 24%, y por último, la de aspecto lechoso, que sólo se dio en un 12%. Lógicamente este tipo de Felorreas ha sido bilateral en el 76% de los casos y multiorifical también en el 76% de incidencia. Esto es lógico, ya que se supone estaría afecto todo el parénquima glandular de ambas mamas cuya función estaría alterada.

DISCUSION

La telorrea es un dato clínico de gran importancia. El médico puede conocer este acontecimiento tanto en la anamnesis como en la exploración, ya que la telorrea puede aparecer espontáneamente, siendo registrada ésta en el interrogatorio o en la simple inspección, o bien puede aparecer provocándola mediante la palpación mamaria o la expresión mamilar.⁵

La forma en que aparece, qué agentes la provocan, cómo es su contenido, si aparece por un orificio o por varios y, por último, si afecta a una mama o a ambas

TABLA XI
MASTITIS
 (Número de casos: 5)

	Casos	%
Secreción Purulenta	4	80
Secreción Indeterminada	1	20
Unilateral	5	100
Mama derecha	4	80
Mama izquierda	1	20
Bilateral	0	0
Uniorifical	3	60
Multiorifical	2	40

TABLA XII
FUNCIONAL
(Número de casos: 25)

	Casos	%
Secreción Láctea	3	12
Secreción Serosa	16	64
Secreción Serohemática	6	24
Unilateral	6	24
Mama derecha	2	8
Mama izquierda	4	16
Bilateral	19	76
Uniorificial	6	24
Multiorificial	19	76

serán aspectos importantes a recoger. De su ordenación y reflexión podremos en una gran mayoría de los casos llegar a una sospecha diagnóstica con grandes posibilidades de acierto.⁶

Así, de nuestros casos hemos podido llegar a las siguientes conclusiones, que sucintamente enumeramos:

1. Las telorreas de origen funcional afectan a ambas mamas y se exteriorizan por varios orificios, siendo fundamentalmente de contenido seroso.
2. En las mastitis agudas inespecíficas la telorrea es fundamentalmente purulenta o seropurulenta, afectando a la glándula enferma.
3. La telorrea sanguinolenta es propia del cáncer, la mastopatía fibroquistica, el papiloma y la papilomatosis. Generalmente suele ser uniorificial y no es infrecuente que aparezca mezclada con serosidad en forma de telorrea serohemática.
4. La telorrea serosa aparece con más frecuencia en la MFQ y en los quistes simples con un 54 y un 100%, respectivamente en nuestra estadística. También puede aparecer en las telorreas funcionales.
5. La telorrea láctea es propia fundamentalmente del embarazo y la lactancia. Sin embargo, secreciones

blanquecinas de aspecto lechoso pueden también darse en telorreas funcionales y en mastopatías.

6. La bilateralidad de la telorrea habla lógicamente de afectación del parénquima de ambas mamas; se trata por lo general de telorreas fisiológicas, funcionales, farmacológicas o de mastopatías bilaterales. La unilateralidad suele tratarse de una enfermedad que lógicamente afecta sólo a una mama.

7. En los papilomas únicos, quistes solitarios y en algunos casos de papilomatosis (el 100% de nuestra casuística) la telorrea es uniorificial, lo cual indica que la lesión está situada en el galactóforo principal que corresponde a ese poro o bien en sus ramas.

8. La multiorificialidad nos habla de afecciones más difusas, como lo son las mastopatías o bien enfermedades que afectan a varios galactóforos principales y sus ramificaciones. Por supuesto, aparecerán en afecciones fisiológicas y funcionales que afectan a ambas mamas.

9. Las MFQ y las causas funcionales han contribuido a más del 50% de las telorreas en nuestra casuística, colocándose a la cabeza las MFQ con 61 casos.

10. Con una buena anamnesis y una exploración concienzuda, ayudándonos del arsenal diagnóstico del que hoy disponemos, podemos llegar al diagnóstico exacto de la causa que ha provocado la telorrea y poner el tratamiento que creemos oportuno según la naturaleza de ésta.

RESUMEN

Los autores exponen su experiencia en telorreas. Han estudiado un total de 126 enfermos en la Unidad de Patología Mamaria del hospital. Presentan los síntomas, exploración clínica y las medidas diagnósticas utilizadas.

Las conclusiones permiten al médico general un correcto manejo de esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Lewison EF, Chambers RG. Clinical significance of nipple discharge. JAMA 1951; 147: 295.
2. Capeland MM, Higgins TC. Significance of discharge from the nipple in nonpuerperal mammary conditions. Ann Surg 1960; 151: 638.
3. MacLaughlin CW, Coe JD. A study of nipple discharge in the nonlacteus breast. Ann Surg 1963; 157: 810.
4. Mercier J, Redan H. La valeur diagnostique des écoulements par le mamelon. Semain des H. Paris. Ann Chir 1959; 13: 745.
5. McPhesson VA, MacKenzie. Lesions of the breast associated with nipple discharge. Canad J Surg 1962; 5: 6.
6. Tailhefer A, Oilleron JP. 130 cas de mamelle seignante. Med Acad de Chir 1956; 82: 612.