

M. Madrigal,
J. D. Berna,
F. Tomás,
V. García-Medina,
J. Guirao,
I. Arcas,
H. Soriano

Microductectomía: Identificación precisa del ducto sospechoso

SUMMARY

We present a simple, accurate and rapid procedure for identification the single-duct nipple discharge. This method allow to the surgeon for carrying out a precise microdochectomy if a catheter is placed into the secretory duct, under local anaesthesia. Microdochectomy was carried out in 45 patients with single-duct spontaneous nipple discharge, serous or haemorrhagic in colour, with no mass in the breast on clinical examination and mamography. We emphasize the importance of close collaboration between surgeon, radiologist and pathologist.

Servicios de Cirugía General y
Radiología del Hospital General
de Murcia.

Correspondencia:
Manuel Madrigal de Torres.
Alberto Sevilla, 2, 2.º A.
30011 Murcia.

Palabras clave

Microductectomía, Microdochectomía, Secreción por el pezón.

Key words

Microdochectomy, Nipple discharge.

INTRODUCCION

La secreción por el pezón es la responsable de un 3 a 5%^{1,2} de todos los síntomas de la mama. Las pacientes con secreción sin una masa palpable en la mama presentan problemas de diagnóstico y tratamiento. Generalmente la secreción uniorificial es considerada más significativa y preocupante que la secreción pluriorificial. La escisión quirúrgica ha sido el tratamiento convencional para estas pacientes.^{3,4} Diferentes técnicas para la localización y escisión del ducto secretante han sido descritas.^{5,6} Nosotros presentamos un procedimiento ambulatorio con anestesia local, simple, rápido y efectivo para realizar una microductectomía por medio de la inserción de un catéter dentro del ducto secretante, que nos permite una precisa extirpación del área de la lesión.

MATERIAL Y METODO

Entre octubre de 1987 y diciembre de 1990 la exéresis del galactóforo sospechoso fue realizada en 45

pacientes con secreción por el pezón, uniorificial y espontánea, de aspecto seroso o hemorrágico, sin evidencia de nódulo mamario tanto en el examen clínico como en el mamográfico. Las pacientes que no cumplían estos requisitos fueron excluidas. Todas las mamografías y galactografías fueron informadas por un radiólogo experto en imágenes de la mama. En todos los casos se realizó un examen citológico de la secreción.

La técnica de microductectomía, tal y como la practicamos nosotros, se desarrolla en 4 estadios:

1. *Inserción del catéter dentro del ducto secretante.* Para ello utilizamos un Abbocath del 22 gauge (Abbot, Sligo, Ireland) de 32 mm de longitud o un Abbocath del 24 gauge de 19 mm de longitud, que introducimos dentro del ducto sospechoso usando la técnica para galactografía descrita por Berna et al.⁷
2. *Incisión circumareolar, bajo anestesia local* (Scandicain al 2%). El centro de la incisión es el punto de intersección con el radio sobre el

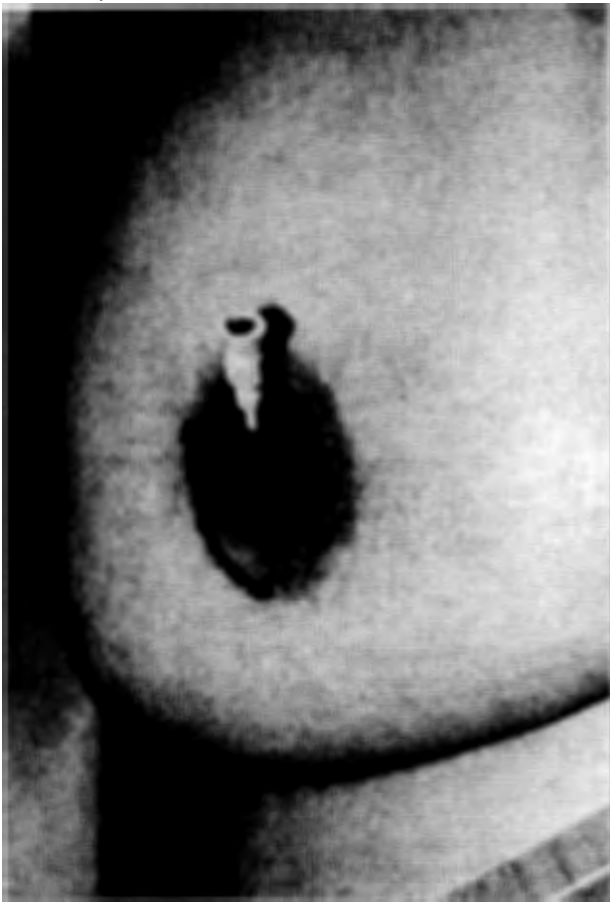


Fig. 1. Insetión del catéter (Abocath del 24 gauge) dentro del ducto secretante y marcado de la línea de incisión periareolar.

cual el ducto sospechoso ha sido localizado mediante galactografía. La incisión se extiende alrededor de la areola en un cuarto de circunferencia. Aquí es importante resaltar el papel del radiólogo en la localización, mediante el ductograma, de la cantidad y área de lesión que debe ser extirpada.

3. *Identificación operatoria del ducto secretante.* La aguja del Abocath es introducida dentro del catéter que está canalizando el ducto sospechoso; esta maniobra debe ser realizada cuidadosamente evitando perforar el ducto. Moviendo el catéter dentro del ducto, la punta de la aguja es detectada por la punta del dedo que introducimos a través de la incisión circumareolar. Si se desea, se puede introducir azul

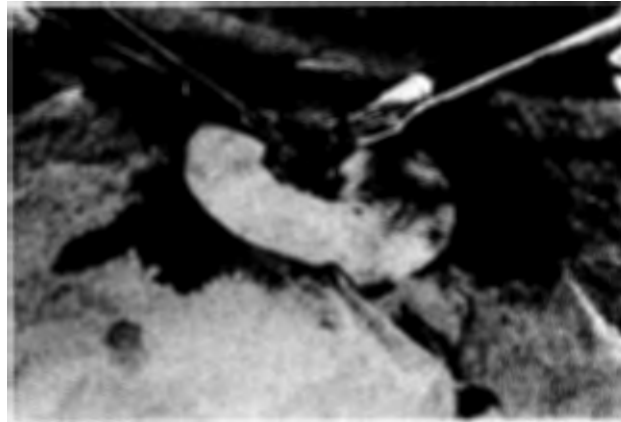


Fig. 2. Identificación intraoperatoria del ducto, tras la localización de la aguja del Abocath introducida dentro del catéter que está canalizando el ducto sospechoso.

de metileno a través del Abocath para mayor facilidad en la localización del ducto. Nosotros hemos dejado de utilizarlo por considerarlo innecesario. Con cuidadosa disección desde la base del pezón y cuidadosa hemostasia, el ducto sospechoso es fácilmente aislado.

- 4 *Exéresis del ducto sospechoso.* El ducto es seccionado en su extremidad distal, ligando la porción que queda unida al pezón, y a continuación es disecado en toda su longitud y extirpado con un cono del tejido mamario que rodea el ducto. La cantidad de tejido a extirpar está en función de los hallazgos radiológicos y de los quirúrgicos en el momento de la exéresis. La piel se cierra con sutura intradérmica.

RESULTADOS

En la mayoría de los casos el tiempo invertido en la microductectomía fue alrededor de 30 minutos.

Las anomalías histológicas encontradas en las 45 pacientes revelaron mastopatía fibroquística en 16 casos, extasia ductal en 12 casos, papilomas en 12 casos, papilomatosis en 2 casos y carcinoma intraductal en 3 casos, presentando uno de estos 3 casos focos de microinvasión.

Las 3 pacientes con diagnóstico de carcinoma intraductal fueron reintervenidas de nuevo, no encontrando metástasis ganglionares.

La citología del líquido segregado, seroso o hemo-

rrágico, fue siempre normal, incluso en los 3 casos que resultaron ser carcinomas intraductales.

DISCUSION

En la actualidad el tratamiento de los pacientes con secreción uniorificial y sin evidencia, clínica o mamográfica, de nódulo mamario es controvertido. El tratamiento convencional, sobre todo cuando la secreción es hemorrágica, es la microductectomía. Sin embargo, la ausencia de sangre en la secreción no excluye un tumor maligno. Esto ha influido en técnicas para identificar el ducto mamario sospechoso y poder realizar una precisa extirpación del área de la lesión. Algunos autores utilizan para identificar el ducto sospechoso una inyección intraductal del azul de metileno antes de la cirugía,^{8, 9} con el inconveniente en ocasiones de la extravasación del contraste. Otros autores utilizan la canulación del ducto con una sonda lacrimal,⁵ con el riesgo de perforación del ducto por la rigidez de la sonda y la imposibilidad de introducirla, en ocasiones, por su grosor. Algún autor¹ realiza la exéresis incidiendo la mama en el punto donde la presión del dedo produce la descarga por el pezón.

En nuestro trabajo la ductografía previa a la cirugía se realizó en todos los casos, siendo un examen rápido y simple, de gran ayuda en verificar la topografía del ducto y el sitio de la lesión, sirviéndonos de orientación para el sitio de la incisión periareolar. Realizamos la microductectomía, bajo anestesia local y en pacientes ambulatorios, habiendo identificado el ducto sospechoso usando solamente el Abbocath, realizamos incisiones periareolares, que son más estéticas que las radiales.

Logramos canalizar ductos del calibre de 24 gauge. Este procedimiento es simple, preciso y rápido.

Por último, enfatizamos la importancia de una es-

trecha colaboración entre el cirujano, el radiólogo y el patólogo para el éxito en el tratamiento de los pacientes con una secreción anormal por el pezón.

RESUMEN

Presentamos un procedimiento sencillo, seguro y rápido para la identificación del ducto responsable de la secreción por el pezón. Este método permite al cirujano practicar la microductectomía mediante la introducción de un catéter, con anestesia local, de forma precisa y limitada al área de la lesión. La microductectomía fue realizada en 45 pacientes con secreción uniorificial y espontánea, de aspecto seroso o hemorrágico, sin evidencia de nódulo mamario tanto en el examen clínico como en el mamográfico. Resaltamos la importancia de la estrecha colaboración entre el cirujano, el radiólogo y el patólogo.

REFERENCIAS

1. Haagensen CD. Diseases of the breast, 2.^a ed. Philadelphia: WB Saunders, 1986; 136-191.
2. Chaudary MA, Mills RR, Davies GC, Hayward JL. Nipple discharge. The diagnostic value of testing for occult blood. *Ann Surg* 1982; 196: 651-655.
3. Urban JA, Egeli RA. Non-lactational nipple discharge. *Int Surg* 1973; 58: 162-165.
4. Leis HP Jr, Pilnik S, Dursi J, Santoro E. Nipple discharge. *Int Surg* 1973; 58: 162-165.
5. Locker AP, Galea MH et al. Microdochectomy for single-duct discharge from the nipple. *Br J Surg* 1988; 75: 700-701.
6. Choudhury A, Wengert PA, Smith JS. A new surgical localization technique for biopsy in patients with nipple discharge. *Arch Surg* 1989; 124: 874-875.
7. Berna JD, Guirao J, García V. A coaxial technique for performing galactography. *AJR* 1989; 153: 273-274.
8. Ouimet-Oliva D, Herbert G. Galactography: a method of detection of unsuspected cancer. *AJR* 1974; 120: 55-61.
9. Tabar L, Marton Z, Kadas I. Galactography in the examination of secretory breast. *Am J Surg* 1974; 127: 282-286.