

J. Aguilar,
B. Andrés,
M.^a S. Muelas,
R. Lirón,
J. G. Martín,
J. L. Aguayo

Fistulectomía radial y cierre primario en el tratamiento de la fístula periareolar recidivante

Radial fistulectomy and primary closure in the treatment of recurrent periareolar fistula

SUMMARY

Objective. *Mammary fistula is still a controversial entity. Its underlying pathology, etiology and treatment remains unclear. Our objective was to evaluate the effectivity of radial fistulectomy with primary closure, under local anaesthesia and on an ambulatory basis to treat this entity.*
Methods. *We performed a study on the first 12 consecutive patients attended in our department. Whenever an initial abscess was diagnosed, patients underwent simple drainage and debridement. Once a fistula was established, definitive treatment consisted on complete en-bloc radial excision of both openings and the fistula tract. Wound was closed directly with non-ansorbable monofilament suture. The procedure is performed under local anaesthesia on an ambulatory basis (day-case surgery). Mean follow-up was 1.8 years (range: 0.5-3 years).*
Results. *All patients were discharged from hospital the day of surgery. No other consultations except prearranged by surgeon were needed. One patient suffered wound infection. No other complications were detected. No recurrence has been detected on follow-up.*
Conclusions. *This procedure is feasible under local anaesthesia and on an ambulatory basis. Rate of surgical infection is low despite of primary closure. Surgical technique is simple and reproducible. Rate of recurrence should be low compared with other techniques published elsewhere.*

Unidad de Patología Mamaria.
Servicio de Cirugía General
y Digestiva.
Hospital Morales Meseguer.
Murcia.

Correspondencia:
J. Aguilar Jiménez.
Servicio de Cirugía General
y Digestiva.
Hospital Morales Meseguer.
Marqués de los Vélez, s/n.
30008 Murcia.
E-mail: jaguilar@santandersupemet.com

Palabras clave

Fístula mama, Absceso de mama, Absceso periareolar, Enfermedades de mama.

Key words

Mammary fistula, Breast abscess, Periareolar abscess, Breast diseases.

INTRODUCCIÓN

La fístula o absceso periareolar recidivante (también denominada «fístula de conductos galactóforos», fístula mamilar, absceso subareolar recidivante, seno periareolar, mastitis yuxtaareolar, enfermedad de Zuska, metaplasia escamosa de los ductos, etc.) es un proceso inflamatorio crónico que ocurre más

frecuentemente en mujeres jóvenes, generalmente asociada a umbilicación del pezón. A pesar de su conocimiento desde mediados del siglo XIX, la controversia sobre su patogenia y, por tanto, sobre el tratamiento más adecuado de la enfermedad continúa de actualidad.¹

Nuestro grupo de trabajo ha asumido desde el inicio de su actividad en 1996 una técnica reglada en

el abordaje de esta patología, basada en las últimas adquisiciones teóricas y técnicas publicadas en la literatura médica. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de la fistulectomía radial con cierre primario, bajo anestesia local y en régimen ambulatorio, en esta enfermedad. Se exponen los resultados obtenidos en nuestra serie inicial de pacientes.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se revisaron los resultados de las pacientes sometidas a fistulectomía radial con cierre primario tratadas en nuestro Servicio desde 1996. Todas las pacientes habían sido sometidas al mismo protocolo de actuación establecido por la Unidad de Patología Mamaria de nuestro Servicio de Cirugía y que se describe más adelante. La serie que publicamos consiste en 12 pacientes (nueve mujeres y tres hombres) con una edad media de 40,5 años (rango: 28-50).

De las 12 pacientes atendidas, seis consultaron en Urgencias por absceso periareolar (cuatro primario y dos recidivante) y otras seis en Consulta Externa por supuración periareolar crónica con molestias locales y ocasionales períodos de abscesificación con drenaje espontáneo. De estas últimas seis pacientes descritas, cuatro habían sufrido cirugía previa por esta enfermedad en otros centros hospitalarios, todas ellas mediante un acceso periareolar (circunareolar). Excluyendo a las pacientes que consultaron por absceso primario, el tiempo medio de duración de los síntomas fue de 4 años (rango: 1-6 años). Todas las fístulas fueron unilaterales. En seis pacientes se detectó umbilicación del pezón. Sólo un caso presentaba el orificio externo intraareolar, siendo en el resto periareolares. Ocho pacientes refirieron tabaquismo entre sus antecedentes.

El protocolo de actuación fue como sigue: cuando la enfermedad se detectó en fase de absceso, se realizó únicamente un drenaje mediante una pequeña incisión periareolar; una vez establecida la fístula, la técnica quirúrgica definitiva (Figs. 1, 2 y 3) consistió primeramente en la identificación del trayecto fistuloso, desde el orificio periareolar hasta el pezón, mediante un estilete fino (en ocasiones esta maniobra se complementó con la infusión de peróxido de hidrógeno por el orificio periareolar para la mejor identificación del conducto afecto); posteriormente se realiza la escisión «en huso» del tejido comprendido entre los dos orificios canalizados, incluyendo a és-

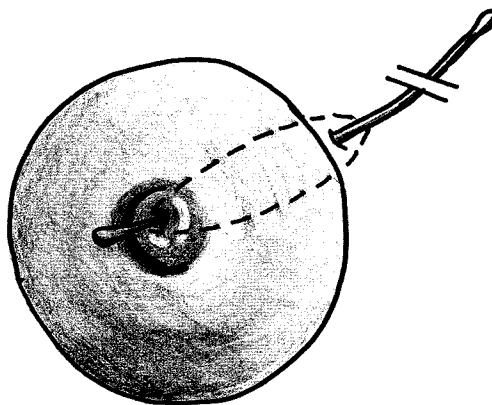


Fig. 1. Fístula periareolar. Se muestra la canalización del trayecto mediante un estilete.

tos, hasta una profundidad de 1-1,5 cm, aproximadamente, comprobando la ausencia de tejido de granulación en los márgenes de la escisión. El orificio del pezón se escinde mediante una sección de un segmento circular de entre 15 y 25° del mismo alrededor del estilete que lo identifica. Posteriormente se reconstruye el plano profundo con sutura reabsorbible (Dexon® 3/0) desde la base del pezón hasta afrontar el borde bermellón de la areola y, por último, se sutura la piel con sutura monofilar de puntos entrecortados (Prolene® 3-4/0) o mediante bandas adhesivas (Steri-strip®) si la aposición resulta suficiente con la sutura subcuticular únicamente. No se recomendó la colocación de drenajes de forma electiva.

Todas las pacientes fueron intervenidas bajo anestesia local con sedación suave y vigilancia anestésica.

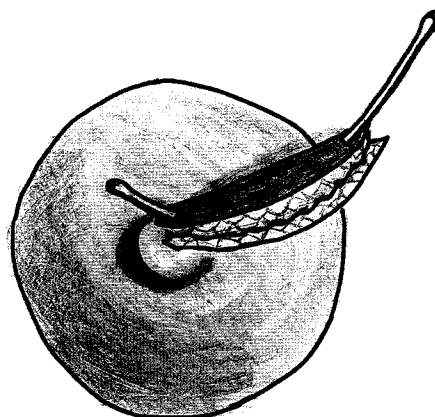


Fig. 2. Escisión en bloque de ambos orificios y del trayecto del tejido de granulación que los une.



Fig. 3. Aspecto postoperatorio inmediato. Se persigue la aposición correcta del margen de la areola y la reconstrucción del pezón, cuya orientación y proyección no presenta problema.

ca monitorizada, en régimen de cirugía ambulatoria (alta a las 5-8 horas de la intervención). Las 12 pacientes han sido intervenidas por cinco cirujanos distintos, aunque siempre ha asistido o realizado la intervención al menos un cirujano con especial dedicación a la cirugía mamaria. La profilaxis antibiótica se realizó con amoxicilina-clavulánico (2 g en monodosis intravenosa). Se obtuvo el consentimiento informado específico de cirugía mamaria de todas las pacientes incluidas en el estudio.

Las pacientes fueron seguidas en Consulta Externa de Cirugía (Consulta de Mama), con citación a los 3 y 7 días, al mes y cada 3 meses el primer año, para su alta definitiva. Las pacientes dadas de alta han sido evaluadas de nuevo por un solo observador con objeto de esta revisión de resultados. El seguimiento medio ha sido de 1,8 años, con un rango entre 0,5 y 3 años.

RESULTADOS

No se produjeron complicaciones intraoperatorias en ninguna de las pacientes intervenidas. Todas pudieron ser sometidas a la cirugía reglada de la forma en que se describe en el apartado anterior, sin excepciones. No se utilizaron drenajes. El alta a domicilio se produjo siempre el mismo día de la intervención. No se produjeron otras consultas al cirujano (en Consultas Externas o en Urgencias del hospital) distintas de las programadas en las instrucciones dadas al paciente al alta. De las 12 pacientes intervenidas, sólo una experimentó una complicación. Se trató de

una infección de la herida quirúrgica, que precisó la apertura de la herida quirúrgica al quinto día, asociándose curas y antibioterapia, con resolución progresiva de la complicación y cierre diferido. En el seguimiento practicado no se han detectado recidivas de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Aunque descrita de forma más o menos precisa entre 1850 y 1951 por distintos autores,²⁻⁵ ha existido una auténtica controversia tanto en la teoría sobre la patogenia de esta enfermedad como en el tratamiento más adecuado. En esta última década la concepción más generalmente aceptada sobre su patogenia^{1, 6, 7} describe una secuencia que va desde la ectasia ductal a la fístula periareolar, pasando por inflamación periductal, mastitis, telorrea, retracción unilateral del pezón, fibrosis retroareolar, absceso retroareolar recidivante y, por fin, fistulización periareolar. El factor etiopatogénico inicial por el que la ectasia ductal (un hallazgo casual en hasta un 30% de intervenciones o autopsias) deriva finalmente en un proceso infeccioso crónico parece ser la formación de tapones de queratina en el segmento terminal de algún o algunos conductos. Estos tapones se producirían favorecidos por la existencia de una metaplasia escamosa o bien por la «epidermización» en dicho segmento terminal.⁷⁻¹¹ A la obstrucción por queratina le seguiría la progresiva dilatación y la eventual exposición, por ruptura del epitelio ductal, del tejido periductal a los detritus de queratina. Esto ocasionaría una reacción inflamatoria local, posteriormente contaminada por gérmenes de la flora local normal y abscesificada de forma análoga a como sucedería la sobreinfección de un quiste epidérmico común («quiste sebáceo»). Para algunos autores¹² los conductos obstruidos más que a ductos mamarios corresponderían a glándulas sebáceas del pezón. Esto explicaría que los abscesos sean puramente cutáneos-subcutáneos y no se extienden a la profundidad de la glándula como sucede en los «verdaderos» abscesos mamarios (por ejemplo, los puerperales). La extensión de estas glándulas sebáceas del pezón hasta el borde de la areola justificaría también la localización peculiar del orificio «externo». Esta teoría coincide con evidencias anatómicas recientes de que el sistema excretor glandular consta de tan sólo seis a nueve sistemas

ductales, de forma que los demás orificios del pezón (hasta un total de 16 a 20) lo forman las desembocaduras de glándulas sebáceas.

Basándonos en estas últimas teorías sobre su patogenia y de acuerdo con la experiencia previa de otros autores,^{6, 7, 12-15} nuestro grupo adoptó la técnica de la fistulectomía radial con cierre primario, con los resultados que se han descrito más arriba, lo que nos permite recomendarla como el tratamiento de elección en esta enfermedad. Nos atrevemos a señalar también que la proximidad o similitud de la patogenia y el tratamiento recomendado para esta enfermedad y para las fístulas perianales hace fácilmente asumible su justificación para cualquier cirujano general.

Otras técnicas quirúrgicas recomendadas para esta enfermedad han sido el drenaje con marsupialización del trayecto,¹⁶ las escisiones «radicales» con cura por segunda intención¹⁷ o la resección retroareolar con abordaje circunareolar^{18, 19} (técnica de Urban), existiendo incluso descripciones de mastectomía simple realizadas con esta indicación.²⁰ La técnica utilizada por nosotros corresponde a la descrita por Prats⁷ en 1977 y que los autores españoles suelen denominar con este epónimo.^{6, 12} De nuestro estudio, aunque con algunas limitaciones evidentes (número relativamente escaso de pacientes, no se trata de un diseño prospectivo estricto ni existió alternativa para asignación aleatoria, no se ha evaluado el resultado estético ni la satisfacción de las pacientes con el procedimiento), los datos permiten extraer algunas conclusiones: el procedimiento es realizable bajo anestesia local y en régimen de cirugía ambulatoria; la tasa de infección de herida es muy baja con profilaxis antibiótica habitual; por último, la técnica resulta sencilla y fácilmente reproducible por cualquier cirujano y con una tasa de recidiva muy baja si se compara con otras técnicas publicadas previamente. Por otro lado, la menor agresividad respecto a otras técnicas asegura una deformidad mínima y, teóricamente, no destruiría el aparato excretor de la mama para la lactancia, aunque no hemos comprobado este extremo en nuestra serie.

Por último, nos gustaría destacar la presencia de la enfermedad en tres varones de esta serie, hecho ya señalado, como rareza, por otros autores^{13, 21} y que de algún modo apoya la teoría patogénica de la implicación de las glándulas sebáceas más que de los ductos glandulares.

RESUMEN

Objetivo. La fístula periareolar recidivante es un proceso inflamatorio crónico cuya patogenia y tratamiento siguen siendo controvertidos. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de la fistulectomía radial con cierre primario, bajo anestesia local y en régimen ambulatorio, en esta enfermedad.

Material y métodos. Realizamos un estudio sobre 12 pacientes (nueve mujeres y tres hombres) evaluados consecutivamente desde 1996. Cuando la enfermedad se detectó en fase de absceso se realizó drenaje simple. Establecida la fístula, la cirugía definitiva consistió en la escisión radial de todo el trayecto con cierre primario bajo anestesia local en régimen ambulatorio. El período de seguimiento medio fue de 1,8 años (rango: 0,5-3 años).

Resultados. Todas las pacientes fueron dadas de alta el día de la intervención y no se produjeron consultas distintas de las programadas al alta. Como complicación destaca una infección de la herida quirúrgica que remitió con drenaje y tratamiento antibiótico. No se han detectado recidivas en el período estudiado.

Conclusiones. El procedimiento es realizable bajo anestesia local y en régimen de cirugía ambulatoria; la tasa de infección de herida es muy baja; la técnica resulta sencilla y fácilmente reproducible por cualquier cirujano, y la tasa de recidiva resultaría muy baja en comparación con otras técnicas publicadas.

REFERENCIAS

1. Fink C, Meguid, Numann PJ, Oler A. Periareolar breast abscess: redefining the disease and its management. *Medscape Women's Health* 1997; 2.
2. Birkett J. Diseases of the breast and their treatment. London: Langman; 1850. p. 64-72.
3. Bloodgood JC. The pathology of chronic mastitis of the female breast, with special consideration of the blue-domed cyst. *Arch Surg* 1921;3:445-52.
4. Zuska JJ, Crile G, Ayres WW. Fistulas of lactiferous ducts. *Am J Surg* 1951;81:312-7.
5. Haagensen CD. Mammary duct ectasia: a disease that may simulate carcinoma. *Cancer* 1951;4:749-61.
6. Cózar A, Martínez G, Dueñas B, Medina M, Del Olmo M, Cosano A, Martínez JL. Fístula periareolar de mama. Nuestra experiencia. *Cir Esp* 1998;63:425-8.
7. Prats M, Arandes R, Puigdoménech L, Herranz M, Palacín A. La fistulización periareolar recidivante. *Barcelona: Quirúrgica* 1977;21:39-43.
8. Passaro ME, Broughan TH, Sebek B, Esselsynt CB. Lactiferous fistula. *J Am Coll Surg* 1994;178:29-32.
9. Meguid MM, Oler A, Numann PJ, Khan S. Pathogene-

- sis-based treatment of recurring subareolar breast abscesses. *Surgery* 1995;118:775-82.
10. Meguid MM, Oler A, Numann PJ. Subareolar breast abscess: penultimate stage of the mammary duct-associated inflammatory disease sequence. En: Bland K, Copeland E, eds. *The breast*. Philadelphia: WB Saunders, 1997.
 11. Love S. Periareolar breast abscess: redefining the disease and its management. *Medscape Women's Health* 1997; 2 (comentario).
 12. Ribera M, Culell P, Roqueta F, Blasi E, Andreu M. Técnica de Prats: tratamiento de elección en la fistulización periareolar recidivante. *Rev Senología y Patol Mam* 1990;3:155-7.
 13. Bundred NJ, Webster DJ, Mansel RE. Management of mamillary fistulae. *J R Coll Sur Edinb* 1991;36:381-3.
 14. Khoda J, Lantsberg L, Yegev Y, Sebbag G. Management of periareolar abscess and mamillary fistula. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:306-8.
 15. Dixon JM, Thomson AM. Effective surgical treatment for mammary duct fistula. *Br J Surg* 1991;78:1185-6.
 16. Maier WP, Au FC, Tang CK. Nonlactational breast infection. *Am Surg* 1994;60:247-50.
 17. Johnsén C. Lesiones inflamatorias de la mama. En: Strömbeck JO, Rosato FE, eds. *Cirugía de la mama*. Barcelona: Salvat, 1990. p. 51-2.
 18. Roldán A, Cuevas J, Álvarez JI. La ectasia ductal de la mama y los procesos relacionados (II): abscesos areolares y fístulas mamilares; posibilidades terapéuticas. *Toko-Gin Pract* 1995;54:425-33.
 19. Urban JA. Excision of the major duct system of the breast. *Cancer* 1963;16:516-20.
 20. Kilgore AR, Fleming R. Abscesses of the breast, recurring lesions in areolar area. *Calif Med* 1952;77:190.
 21. Ashworth MT, Corcoran GD, Haqqani MT. Periductal mastitis and mammary duct ectasia in a male. *Postgrad Med J* 1985;61:621-3.

Ahora le gustará el doble

PROMOCIÓN
2X1

Suscríbase a una revista y le enviamos gratuitamente la colección completa del año anterior

91 402 12 12 - 93 253 02 00

MASSON EDITORIAL GARRI