

SECCIÓN DOCENTE

Secreción por el pezón

M. García García

Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario de Ourense

INTRODUCCIÓN

Nos vamos a referir a la salida de líquido por el pezón de forma espontánea de causa probablemente maligna, no cuando se obtiene mediante aspiración o lavado y fuera del periodo puerperal. Esta secreción por el pezón podemos denominarla *telorrea*, cuando es de color o aspecto sanguinolento podemos hablar de *telorragia* y si es blanchuzca (lechosa) *galactorrea*. Alrededor de un 10% de las mujeres que acuden a exámenes de rutina a la consulta, presentan telorrea (1), sin embargo, una pérdida espontánea por el pezón no asociada a otros síntomas se observa 1-2% de los casos de cáncer de mama (2).

Esta secreción podemos clasificarla según el aspecto/color: lechosa (*galactorrea*), verdosa, parduzca, purulenta, sanguinolenta (*telorragia*), serosa o acuosa. Además tenemos que distinguir entre una secreción: bilateral o unilateral y uniorifical o multiorifical.

ETIOLOGÍA

La mayoría de las telorreas se asocian a procesos benignos y sólo un pequeño porcentaje (menos de un 10%) son secundarias a un cáncer mamario (3). Cuando esta secreción es de aspecto seroso o sanguinolento se asocia con mayor frecuencia a cáncer (15-25%) (4).

Como datos para valorar la naturaleza patológica de la secreción por el pezón, habitualmente se incluyen: espontaneidad, unilateralidad, uniorifical y color (serosa o sanguinolenta). Cuando observamos una secreción bilateral no espontánea, pluriorifical, de aspecto no seroso ni sanguinolento (verdosa, blanchuzca, amarillenta, negruzca) pensaremos en un proceso benigno. Una historia de infección mamaria, alteración endocrina, embarazo o tratamiento con ciertas drogas, como café-

na, nicotina, marihuana, tratamientos hormonales, antihipertensivos... puede orientar hacia la causa de esa secreción benigna. Galactorrea crónica incluso años después de lactancia materna no es infrecuente, sin patología asociada. La ectasia ductal puede ser causa de secreción por el pezón, sobre todo en mujeres postmenopáusicas.

DIAGNÓSTICO

Cuando se presenta telorrea, lo que nos va a preocupar fundamentalmente es si es secundario a un tumor maligno. Por lo tanto, la *exploración física* deberá buscar el color de la secreción, orificio/s, cambios en el complejo areola-pezón incluyendo signos de infección o alteraciones de la piel que pudieran ser indicativos de un cáncer (retracción, ulceración, eccema). Además, en la palpación, debemos excluir una tumoración palpable (tumor, adenoma del pezón, absceso subareolar). Durante la palpación podemos presionar radialmente y hacia el pezón de tal manera que, en muchas ocasiones, podemos inducir la secreción por el pezón ("punto gatillo") y así, observando la localización del orificio afecto, orientarnos hacia la localización de la lesión.

Después de realizar la exploración física, y sobre todo si se trata de una secreción serosa o sanguinolenta, es habitual realizar un estudio *citológico* de esa secreción. El valor de la citología de la secreción por el pezón continúa siendo controvertido. Hay gran número de estudios que han demostrado su baja sensibilidad y, sin embargo, unos pocos demostraron una sensibilidad superior al 85% (5,6).

La presentación citológica más frecuente es observar numerosas células espumosas, con un fondo proteináceo y algunas células epiteliales, todo ello compatible con cambios fibroquísticos; hallazgos similares a los encontrados cuando la secreción es consecuencia de ectasia ductal (5). Cuando la causa de esta secreción es un papiloma intraductal podemos observar grumos de células papilares con algunas atipias celulares ductales. Sin embargo, los hallazgos encontrados entre todos estos procesos benignos no son siempre distinguibles e, incluso, distinguir entre un carcinoma papilar y papiloma intraductal pue-

de ser muy difícil. En definitiva, el estudio citológico debe informar sobre celularidad normal, atipia celular o malignidad y también acerca de celularidad papilar. Cels y cols. observan en la mayoría de las ocasiones “muestra acelular” o celularidad normal (cerca del 50%) y en menos de 1% diagnosticaron cáncer por la citología de la secreción, llegando al 15% cuando se trataba de telorragia (4). También se pueden aplicar estudios inmunohistoquímicos para observar los niveles de antígeno carcinoembrionario que indicarían malignidad, determinar la expresión de HER-2/neu.

En otro sentido, Sartorius (1977) desarrolló un aspirador muy fino que introducía por el ducto mamario para extraer su contenido (líquido aspirado desde el pezón). Desde entonces hubo diversos estudios para ver la eficacia de este método para diagnosticar sobre todo el cáncer mamario de forma precoz. Sin embargo la baja sensibilidad de este método hizo que no se generalizara (5).

Más recientemente se introdujo el denominado lavado ductal, para mejorar los resultados obtenidos mediante el método anterior. Se está utilizando tanto en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama asintomáticas como en aquellas que presentan telorrea. Dooley y cols. (7), realizaron un análisis correlacionando los resultados de los hallazgos citológicos, galactografía y excisión quirúrgica y demostraron un 100% de seguridad en los casos de malignidad. Francescatti y cols. (8), utilizando este método en 88 pacientes consecutivas, observaron en el 25% de los casos atipias celulares, el 58% hallazgos citológicos benignos y el 17% el material obtenido fue insuficiente para el diagnóstico.

El estudio *mamográfico* va a estar indicado en todas las pacientes que presenten secreción serosa o sanguinolenta por el pezón. Si identificamos alguna lesión mamográfica sospechosa de malignidad, generalmente microcalcificaciones, podremos realizar una biopsia estereotáxica o quirúrgica guiada con arpón. Lo más frecuente es que este estudio sea normal o que no demuestre lesión mamográfica sospechosa. Simmons y cols. (3), estudiaron 62 pacientes con secreción sanguinolenta o serosa y observaron una sensibilidad de la mamografía para detectar patología ductal maligna del 57% (4 de 7), la especificidad fue del 61,5% (32 de 52), valor predictivo positivo del 16,7% (4 de 24) y valor predictivo negativo del 91,4% (32 de 35).

La *galactografía* puede demostrar la presencia de un papiloma intraductal solitario o papilomas múltiples (papilomatosis). Cuando se observa distorsión u obstrucción de los ductos puede indicar la presencia de enfermedad maligna. Aunque la galactografía es una prueba radiológica molesta para la paciente y que presenta importantes limitaciones para detectar lesiones que no obstruyan completamente la luz del conducto y también en detectar lesiones múltiples en un mismo ducto, diferentes autores (9-11) defienden la galactografía como herramienta para poder localizar la lesión que provoca la secreción y así elegir un tratamiento quirúrgico adecuado y actuar sólo en el conducto o conductos afectados.

La *ecografía mamaria* es útil cuando a la exploración se palpa un área anormal, indurada, para determinar sus características ecográficas: quiste, crecimiento intraquístico o tumor sólido. Incluso con transductores de alta frecuencia es posible observar lesiones intraductales, aunque una ecogra-

fía normal no descarta la existencia de patología intraductal benigna o maligna.

La RMN puede ser útil para el estudio de pacientes jóvenes, con mamas densas, que presentan secreción serosa o sanguinolenta, como método de despistaje de cáncer, aunque una prueba normal no elimina el riesgo. Recientemente, se está estudiando la galacto-RMN como método de diagnóstico de estas pacientes.

Diversos autores (1,12) sugieren que aunque todas estas pruebas sean negativas y debido a su bajo valor predictivo para el diagnóstico histológico, y sobre todo en mujeres mayores de 35 años, se realice una biopsia quirúrgica con excisión ductal para asegurar el diagnóstico.

En los últimos años se ha desarrollado una técnica endoscópica, la denominada *ductoscopia mamaria*. Para ello se han perfeccionado microendoscopios de fibra óptica, submilimétricos que se pueden introducir a través de un conducto mamario y así visualizar el epitelio ductal. Esta es una técnica mínimamente invasiva que se puede practicar con anestesia local en la consulta médica, con mínimas molestias y sin complicaciones prácticamente. Estos microendoscopios están provistos de canal de irrigación/insflación y para toma de muestras y posibles intervenciones terapéuticas.

Dooley (7) estudió 27 casos consecutivos de telorragia a los que practicó ductoscopia seguido de resección quirúrgica ductal retroareolar y observó una incidencia alta de lesión ductal múltiple y en dos casos en los que había carcinoma coexistía un papiloma más proximal en el mismo ducto. Por ello, sugiere que una resección ductal retroareolar limitada puede subestimar la verdadera extensión proliferativa de la enfermedad que provoca la secreción por el pezón.

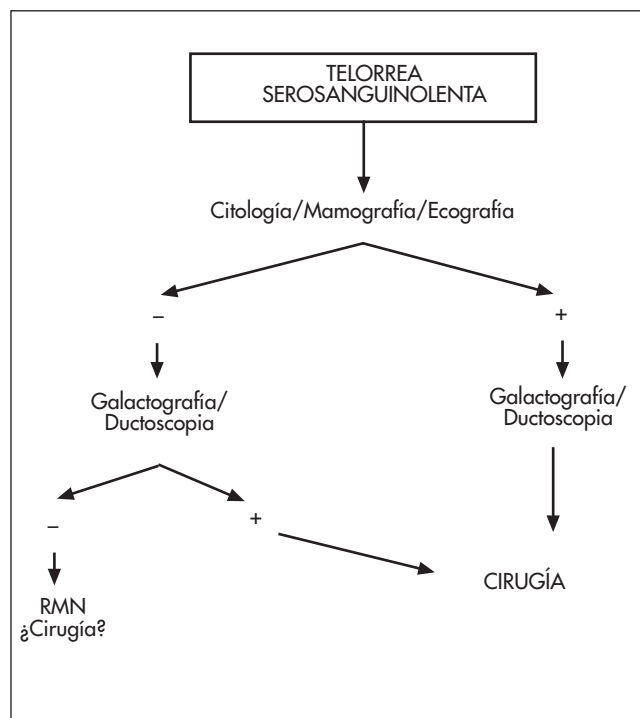


Fig. 1.

En resumen, cuando el motivo de consulta senológica es secreción por el pezón uniorificial y unilateral de aspecto sanguinolento o seroso podemos seguir el esquema propuesto en la Figura 1. En primer lugar realizar un estudio citológico de esa secreción y un estudio mamográfico y ecográfico. Si estos no demuestran patología maligna, realizaremos una galactografía y, si es posible, un estudio endoscópico del conducto. Si aún así no se demuestran signos sospechosos de malignidad, podemos realizar otras pruebas diagnósticas como la resonancia magnética nuclear y, aunque esta sea negativa, valorar la resección quirúrgica ductal retroareolar amplia y en profundidad.

Si el estudio mamográfico demuestra una lesión sospechosa de malignidad, la biopsia estereotáxica o con arpón es lo recomendable. En todo caso, la galactografía y la ductoscopia nos pueden dar datos para valorar la localización y la extensión de la lesión responsable de la telorrea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sauter ER, Schlatter L, Lininger J, Hewet JE. The association of bloody nipple discharge with breast pathology. *Surgery* 2004; 136 (4): 780-5.
2. Klimberg VS. Nipple discharge: more than pathologic. *Ann Surg Oncol* 2003; 10 (2): 98-9.
3. Simmons R, Adamovich T, Brennan M, Christos P, Schutz M, Eisen C, et al. Nonsurgical evaluation of pathologic nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2003; 10 (2): 113-6.
4. Ces JA, Lago I, Franco T, Maarawi O, Rivas M, Peraza P, et al. Secreciones mamarias y su estudio citopatológico: utilidad clínica basada en la evidencia de nuestra experiencia. *Clin Invest Gin Obst* 2004; 31(9): 328-34.
5. Masood S, Khalbuss WE. Nipple fluid cytology. *Clin Lab Med* 2005; 25: 787-94.
6. Pritt B, Pang Y, Kellogg M, John T, Elhosseiny A. Diagnostic value of nipple cytology. *Cancer Cytopat* 2004; 102 (4): 233-8.
7. Dooley, WC. Routine operative breast endoscopy for bloody nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2002; 9: 920-3.
8. Franciscatti, DS, Kluskens L, Shah L. Ductal lavage in the high-risk patient. *Am J Sur* 2005; 189: 340-1.
9. Dinkel HP, Trusen A, Gassel AM, Rominger M, Lourens S, Müller T, et al. Predictive value of galactographic patterns for benign and malignant neoplasms of the breasts in patients with nipple discharge. *Br J Radiol* 2000; 73: 706-14.
10. Koskela A, Berg M, Pietiläinen T, Mustonen P, Vanninen R. Breast lesions causing nipple discharge: preoperative galactography-aided stereotactic wire localization. *AJR* 2005; 184: 1795-8.
11. Lamont JP, Dultz RP, Kuhn JA, Grant MD, Jones RC. Galactography in patients with nipple discharge. *BUMC Proceedings* 2000; 13: 214-6.
12. Adepoju LJ, Chun J, El-Taner M, Ditkoff BA, Schanabel F, Joseph KA. The value of clinical characteristics and breast-imaging studies in predicting a histopathologic diagnosis of cancer or high-risk lesion in patients with spontaneous nipple discharge. *Am J Surg* 2005; 190: 644-6.