

# ¿Qué es la enfermedad de Zuska?

Dr. Ignacio Trigos Micoló,\* Dra. Fanny Stella Herrán Motta,\*\* Dr. José de J Curiel Valdés\*\*\*

## RESUMEN

La metaplasia epidermoide de los conductos galactóforos profundos, con acumulación de queratina en su luz, obstrucción, inflamación crónica, ruptura, infección secundaria y formación de abscesos y trayectos fistulosos es una alteración que se encuentra con más frecuencia de lo que se reporta. Esto se debe a la confusión terminológica que la describa adecuadamente. Presentamos nuestra experiencia con esta entidad, la que proponemos se denomina Enfermedad de Zuska, que se ilustra con un caso clínico en el que se realizó incisión fusiforme en el extremo distal del pezón, con inclusión de los canalículos afectados que se disecaron profundamente para resear la porción más superficial de la glándula mamaria y la evolución posoperatoria fue satisfactoria. Con este criterio se evita las frecuentes recidivas reportadas y se proporciona mejores opciones de tratamiento a las pacientes afectadas con esta entidad.

Palabras clave: Enfermedad de Zuska, diagnóstico, patogénesis, tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

Los términos de absceso subareolar, mastitis periductal, absceso subareolar recurrente, metaplasia escamosa de los conductos galactóforos, metaplasia epidermoide de conductos galactóforos, mastitis superficial recurrente, mastitis de células plasmáticas, abscesos mamarios superficiales, y fistulas lactíferas, son algunos de los nombres con que ha sido des-

## SUMMARY

Squamous metaplasia of the deep ducts of the nipple with keratin accumulation, obstruction, chronic inflammation, rupture, secondary infection, and formation of abscess or fistulae is an alteration that is found more frequently than it is reported. This is due to terminological confusion that describes it accurately. Our experience with this entity is presented and we propose it is named Zuska's disease, that is illustrated with a clinical case in a fusiform incision in distal end to the nipple was performed, including involved canailles that were deeply dissected to resect the most superficial portion of the mammary gland; the postoperative evolution was satisfactory. With this criteria the frequent recidives reported are avoided providing better treatment options.

Key words: Zuska's disease, diagnosis, pathogenesis, treatment.

crita en la literatura esta entidad clínica, que se encuentra con más frecuencia de lo que se piensa y se reporta.<sup>1-9</sup> Esta diversidad terminológica contribuye y fomenta la confusión, por lo que de acuerdo con Lester,<sup>10</sup> en estas condiciones, se justifica utilizar un epónimo para denominar a esta entidad, como enfermedad de Zuska cuando se presentan (fuera del periodo de lactancia o embarazo) abscesos y/o fistulas subareolares causadas por epitelio queratinizado en el interior del trayecto de los conductos galactóforos. Zuska,<sup>6</sup> fue el primero en describir apropiadamente esta enfermedad.

Por el desecho queratínico intracanalicular exagerado, los conductos se pueden obstruir, dilatar, romper y abscedar, con la subsiguiente reacción inflamatoria granulomatosa causando una masa erite-

\* Cirujano Plástico Certificado. Académico Titular Academia Mexicana de Cirugía. Director Nacional del Programa de Cirugía Extramuros, DGEC, SSA. México, D.F.

\*\* Cirujano Plástico Certificado. Medico Adscrito Cirugía Plástica, CMN. 20 de Noviembre ISSSTE. México, D.F.

\*\*\* Anatomo-Patólogo Certificado, en práctica privada. México, D.F.

matosa subareolar dolorosa que se puede llegar a fistulizar y recurrir con frecuencia.

El objetivo de este trabajo es llamar la atención sobre esta entidad clínica relativamente frecuente, haciendo énfasis en su patogénesis y tratamiento.

En una revisión de nuestra experiencia, tratamos a 13 pacientes con alteraciones similares, pero sin el conocimiento detallado de esta entidad, por lo que fueron tratadas quirúrgicamente con resecciones de las áreas lesionadas o fistulizadas, sin prestar atención especial a los conductos galactóforos, los cuales no se resecaron y su evolución fue tórpida en la mayoría, con recidiva en diez de ellos, de tal manera que tuvieron que someterse a nuevas resecciones quirúrgicas, de las cuales siete fueron periareolares parciales y en tres casos se efectuaron resecciones profundas perimamilares (en la base del pezón) sin haber efectuado resecciones mamarias directas de los conductos. Ahora se sabe que la resección quirúrgica completa de los conductos involucrados en su extremo distal, complementada con antibioticoterapia, reduce considerablemente la presencia de este proceso y sus posibles recidivas.<sup>7,9-11</sup>

Para integrar este cuadro en la terminología propuesta (Zuska), es indispensable, pensar primero en su existencia para enfocar el tratamiento en su origen (conductos galactóforos) y no en su consecuencia (fístulas y abscesos subareolares) resecar el tejido lastimado y efectuar un estudio histopatológico de los conductos para demostrar su queratinización, obstrucción, dilatación y metaplasia escamosa.<sup>9-15</sup>

### Presentación de un caso

Femenino de 35 años de edad, con antecedentes de tabaquismo intenso de 15 años, tres embarazos a término, con último parto hace dos años y con lactancia normal en los tres embarazos. Fue referida por presentar cuatro recidivas de abscesos subareolares fistulizados, con drenaje de material purulento escaso y constante en mama derecha, de 11 meses de evolución. Este proceso se inició fuera del periodo de gestación o lactancia con un absceso subareolar, que fue drenado y se le dio antibioticoterapia después de tener un cultivo con estafilococo dorado en la primera ocasión. A los dos meses, recidiva con otro absceso que ameritó nueva desbridación mediante incisión periareolar y antibioticoterapia sistémica. A los cuatro meses, presentó nueva recidiva que fue manejada quirúrgicamente con otra incisión periareolar, disección y resección de tejido profundo en un área de 1 cm cuadrado, complementada con incisión y resección de la porción distal del pezón de aproximadamente 2 mm en forma circunferencial, cuyo espécimen fue estudiado por anatopatología, encontrándose inflamación crónica con reacción a cuerpo extraño, con hiperplasia ductal y micropapilomas. Posteriormente se presentó, por cuarta ocasión, otra fístula periareolar con drenaje de material pseudopurulento, por lo que acudió con nosotros. Al revisar las laminillas de la intervención antes practicada, se encontró dilatación de conductos cercanos al pezón, con acúmulos de queratina en su luz y en el tejido vecino, un proceso inflamatorio de tipo crónico con reacción a cuerpo extraño (suturas) y escamas de queratina

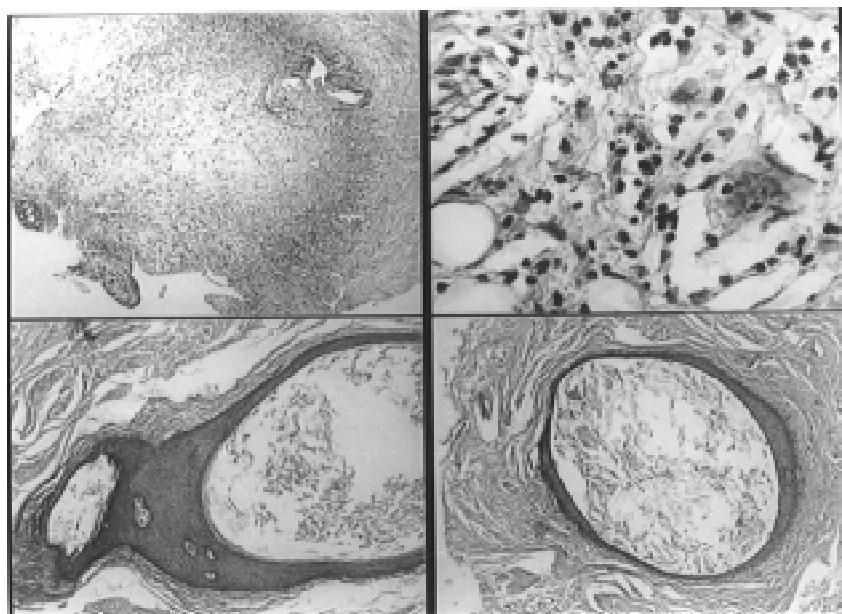


Figura 1. Imágenes histopatológicas que muestran las alteraciones descritas en la enfermedad de Zuska.

residuales; también se encontró edema, escasos linfocitos y algunos conductos normales sin metaplasia epidermoide que fue clasificada como enfermedad de Zuska y enviada con nosotros (Figuras 1 y 2).

Una vez establecido el diagnóstico histopatológico y reconocida la entidad por el patólogo se solicitó una mastografía y ultrasonido mamario, que evidenció fibrosis subareolar, con microcalcificaciones mamarias de tipo benignas y resto del tejido mamario normal.

Durante la segunda entrevista y habiendo confirmado los hallazgos radiológicos, se planteó la necesidad de otro tiempo quirúrgico para complementar la resección (más profunda) de la porción distal de los canalículos galactóforos y corregir las cicatrices previas. La paciente manifestó la posibilidad de aumento mamario por tener hipoplasia mamaria con volúmenes de 170 mL en el lado derecho y 160 mL en el izquierdo, con mamas flácidas en adecuada posición (Figuras 3a, b y c). Se valoró y planteó la opción de colocar implantes mamarios texturizados bilaterales de 220 mL, en colocación retromuscular, por incisiones submamarias (para evitar posibles contaminaciones transoperatorias) realizarla en el mismo tiempo quirúrgico a la resección de canalículos afectados distalmente en areola y pezón derechos. Con este programa, se efectuó la cirugía bajo anestesia general, iniciando

con aislamiento del área periareolar derecha y colocación submuscular de los implantes mamarios, de acuerdo a lo planeado. Inmediatamente después se accedió el pezón derecho con incisión en huso en el extremo distal, que incluyera los canalículos afectados, los que se disecaron profundamente, observándose dilatados, con paredes hipertróficas, visibles macroscópicamente, por lo que se extendió profundamente la disección hasta resecar la porción más superficial de la glándula mamaria (Figura 4). Finalmente, se corrigieron las cicatrices periareolares previas con cierre directo.

Las porciones de tejido resecado se enviaron a nuevo estudio histopatológico, que se reportó con la presencia de varios conductos galactóforos, de los cuales tres mostraron dilatación con metaplasia epidermoide llenos de queratina en su interior. Otros conductos fueron normales y algunos estaban destruidos por el proceso inflamatorio de tipo agudo y crónico.

Se identificó una fistula cercana al tejido profundo del pezón, con tejido de granulación; reacción a cuerpo extraño, tanto a queratina como a material de sutura de las intervenciones anteriores. Se reportó el diagnóstico de absceso subareolar con metaplasia epidermoide de conductos galactóforos con reacción inflamatoria crónica y de cuerpo extraño fistulizada: "Enfermedad de Zuska".

La evolución inmediata, salvo el proceso inflamatorio local derecho, fue satisfactoria, con adecuada cicatrización, sin datos de infección ni salida de secreción por las incisiones areolo periareolares. Las incisiones submamarias (sin contaminación) cicatrizaron normalmente. Aunque el seguimiento posoperatorio es de corto tiempo, no se ha vuelto a manifestar ningún problema similar a ocho meses de evolución (Figuras 5 a, b y c).

## DISCUSIÓN

Debido a la relativa frecuencia de esta alteración,<sup>2</sup> (0.6% de las pacientes que acuden a grandes clínicas de patología mamaria) y que, aún clínicos con amplia experiencia en mastología que pudieran no estar familiarizados con esta entidad patológica, su etiología, patogénesis y tratamiento, esto hace que no se trate, no se compruebe ni se clasifique correctamente.

Conocer, sospechar y comprobar los hallazgos histopatológicos permite que clínicos, cirujanos y patólogos jueguen un papel importante en el tratamiento adecuado, la difundan y contribuyan a eliminar el peregrinaje que frecuentemente padecen las pacientes afectadas y se les ofrezca la oportunidad de un tratamiento completo desde su primera intervención.

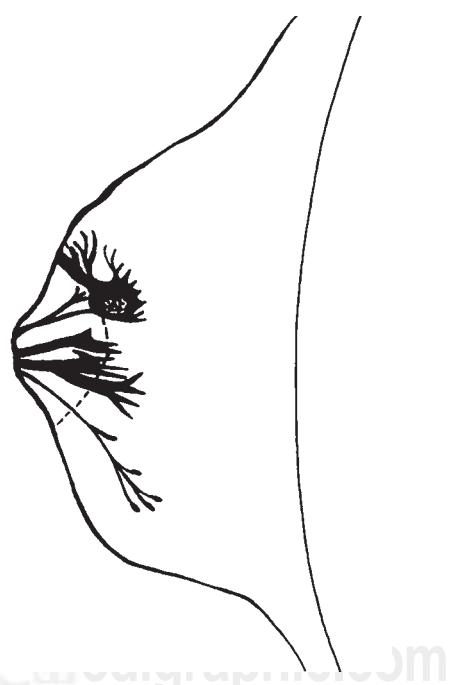


Figura 2. Esquema de patología mamaria. Arriba absceso y fistula mamaria. Al centro, canalículos dilatados y obstruidos. Abajo, canalículos normales.



Figuras 3a.



Figuras 3b.



Figuras 3c.

Figuras 3 a, b y c. Imágenes preoperatorias.

La confusión terminológica antes mencionada, ha contribuido a considerar a esta alteración como una "lesión inespecífica" y no como una verdadera entidad, por lo que conocerla e identificarla, clínica e histológicamente, es determinante.

Fink y colaboradores,<sup>11</sup> consideran que esta alteración es evolutiva y secuencial, y la han denominado como "enfermedad inflamatoria secuencial de los conductos mamarios" cuyo término en inglés resumen con las siglas MDAIDS, dependiendo de la fase evolutiva en que se encuentre, aplican el tratamiento en un algoritmo complicado que se puede resumir, o en la resección distal de los conductos afectados, o de los trayectos fistulosos encontrados. Dependiendo de la fase en que se encuentre la enfermedad, se debe resear profundamente los con-

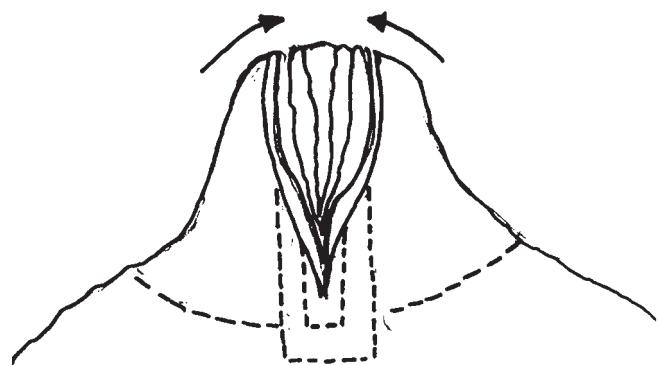


Figura 4. Esquema de la resección efectuada.

ductos, incluyendo piel del pezón en su extremo distal y tratar (sí existen) los abscesos y trayectos fistulosos (Figura 4).

## CONCLUSIONES

En la actualidad, es justificable incluir a la entidad descrita como enfermedad de Zuska para evitar la confusión terminológica. Su clasificación se debe integrar en un cuadro clínico determinado que ahora se debe reconocer y dejar de catalogarla como una entidad inespecífica. La difusión y aceptación de la terminología propuesta para esta entidad son primordiales para facilitar su reconocimiento clínico y comprobación histopatológica.

Con este criterio terapéutico se evitará en gran medida las frecuentes recidivas reportadas hasta ahora y se proporcionará mejores opciones de tratamiento a las pacientes afectadas con esta entidad.



Figuras 5a.



Figuras 5b.



Figuras 5c.

Figuras 5 a y b. Imágenes posoperatorias. C: Tatuaje de la areola y resultado final.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Habif DV, Perzin KH, Lipton R, Lattes R. Subareolar abscess associated with squamous metaplasia of lactiferous ducts. Am J Surg 1970; 119: 523-526.
2. Dixon JM, Ravisekar O, Chetty U, Anderson TJ. Periductal mastitis and duct ectasia: different conditions different aetiologies. Brt J surg 1996; 82: 820-822.
3. Powell BC, Maull KI, Sacatello CR. Recurrent subareolar abscess of the breast and squamous metaplasia of the lactiferous ducts: a clinical syndrome. South Med J 1977; 70: 935-937.

4. Meguid MM, Oler A, Nummann PJ, Khan S. Pathogenesis based treatment of recurring subareolar abscess. Surgery 1995; 118: 775-782.
5. Hughes LE, Mansell RE, Webster DJT. The duct ectasia/periductal mastitis complex. In: Benign disorders and diseases of the breast: concepts and clinical management. Philadelphia: Bailliere Tindall, 1989:107-131.
6. Zuska JJ, Crile Jr G, Ayers WW. Fistulas of lactiferous ducts. Amer J Surg 1951; 81: 312-317.
7. Passaro ME, Broughan TA, Sebeck BA, Esselstyn Jr CB. Lactiferous fistula. J Am Coll Surg 1994; 178: 29-32.
8. Atkins HJB. Mammillary fistula. Br Med J 1955; 2: 871-873.
9. Curiel VJJ, Dircio AC, Trigos MI. Rev Patolog 2000; 38: 27-30.
10. Haaghensen CD. Infections in the breast. In diseases of the Breast, 3rd de. Philadelphia: WB Saunders, 1986: 386-388.
11. Fink C, Meguid M, Numann P, Oler A. Periareolar breast abscess: Redefining the disease and its treatment. Medscape Women's Health Medscape, Inc. 1997; 2(12): 1997.
12. Tavassoli FA. Patholgy of the Breast. New York: Elsevier, 1992.
13. Rosen PP. Rosen's breast Pathology. Philadelphia: Lipincott-Raven, 1997.
14. Elston CW, Ellis YO, Eds. The Breast. New York: Churchill Livingstone, 1998.
15. Crile Jr G, Chatty EM. Squamous metaplasia of lactiferous ducts. Arch Surg 1971; 102: 533-534.1.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos Micoló  
Durango 33, 5 piso  
Col. Roma, 06700, México, D.F.  
Tel. 5511 0444  
E-mail: [itrigos@hotmail.com](mailto:itrigos@hotmail.com)  
[itrigos@prodigy.net.mx](mailto:itrigos@prodigy.net.mx)