



Ectasia ductal mamaria infantil. Aproximación diagnóstica y terapéutica

RESUMEN

La ectasia ductal mamaria en niños es una afección de muy baja incidencia. Aparece típicamente como un tumor mamario periareolar o telorrea. En la edad adulta se trata de una enfermedad adquirida, pero su aparición en niños sugiere que puede tratarse de una alteración de la glándula mamaria. La ecografía es de gran utilidad en el diagnóstico; el diagnóstico diferencial debe incluir otras causas de telorrea y tumores mamarios, como el fibroadenoma juvenil o la enfermedad maligna. El cuadro suele ser de desaparición espontánea; por ello se recomienda una actitud conservadora, aunque en ocasiones es preciso el tratamiento quirúrgico. Se comunica el caso de una niña de 13 años que inició con telorrea unilateral, en la que se llegó al diagnóstico de ectasia mamaria ductal bilateral.

Palabras clave: ectasia ductal mamaria, telorrea, infancia, enfermedad mamaria.

Mammary ductal ectasia child. Diagnostic and therapeutic approach

ABSTRACT

Mammary duct ectasia in childhood is a rare disease. It appears typically as a periareolar mammary mass and/or nipple discharge. Even though in the adult age is an acquired disease, its occurrence in children suggests it may constitute a development mammary gland anomaly. Sonography is highly useful in the diagnosis. Differential diagnosis must include other nipple discharge and mammary mass causes as the juvenile fibroadenoma or malignant pathology. This usually is a self-limited process, so that a conservative approach is recommended, even though occasionally surgical treatment is required. We report the case of a 13 years old girl with nipple discharge who finally was diagnosed bilateral mammary duct ectasia.

Keywords: Mammary duct ectasia, nipple discharge, childhood, breast pathology.

Jorge Martínez-Medel,¹ Ana Cristina Cabistany-Esqué,² Olga Sanz-Asín,¹ María del Pilar Martínez-Rubio,¹ Virginia Echavarren-Plaza,¹ Taydé Arroyo-Lemarroy³

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Reina Sofía, Tudela, España.

² Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

³ Hospital San José, Tecnológico de Monterrey, México.

Recibido: noviembre 2013

Aceptado: diciembre 2013

Correspondencia

Dr. Jorge Martínez Medel
Hospital Reina Sofía
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Carretera Tarazona Km. 3
31500 Tudela, España
jorge.martinez.medel@navarra.es

Este artículo debe citarse como:

Martínez-Medel J, Cabistany-Esqué AC, Sanz-Asín O, Martínez-Rubio MP, Echavarren-Plaza V, Arroyo-Lemarroy T. Ectasia ductal mamaria infantil. Aproximación diagnóstica y terapéutica. Ginecol Obstet Mex 2014;82:50-53.



Paciente femenina de 13 años de edad, intervenida por herniorrafia inguinal unilateral y umbilical, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, excepto abuelo fallecido por cáncer de páncreas.

Acudió a Urgencias por telorrea achocolatada-verdosa en la mama derecha de dos días de evolución. No refirió dolor, fiebre ni otro síntoma acompañante; tampoco relató antecedente traumático alguno. Su médico familiar le prescribió cloxacilina el día anterior.

Durante la exploración mamaria se observó un estadio de desarrollo mamario de Tanner 2-3. En la mama derecha se detectó un tumor retro para-areolar, de aproximadamente 1 cm de diámetro, sugerente de fibroadenoma o quiste mamario, y emisión de telorrea achocolatada-verdosa por dos orificios de la areola. En la mama izquierda se delimitó un tumor retroareolar de aproximadamente 1 cm de diámetro, con similares características. En ninguna de las mamas se observaron signos inflamatorios y no se palparon adenopatías axilares ni supraclaviculares.

Se le tomó una muestra de la telorrea para su estudio citológico y se solicitó ecografía mamaria. Se continuó con el tratamiento antibiótico, a pesar de la baja sospecha de causa infecciosa. La paciente fue citada para consulta 45 días después, para valorar la evolución y el resultado de las pruebas solicitadas.

La citología de la secreción mamaria fue negativa para malignidad y compatible con ectasia ductal (diátesis con sustancia serosa, células espumosas de tamaño variable, algunas con signos degenerativos). En la ecografía mamaria se observaron sendas zonas anecógenas con calcificaciones y ecos internos móviles en su interior, compatibles con ectasia ductal retroareolar izquierda de 20 x 8 mm (Figura 1) y retroareolar derecha de 19 x 6 mm (Figura 2).

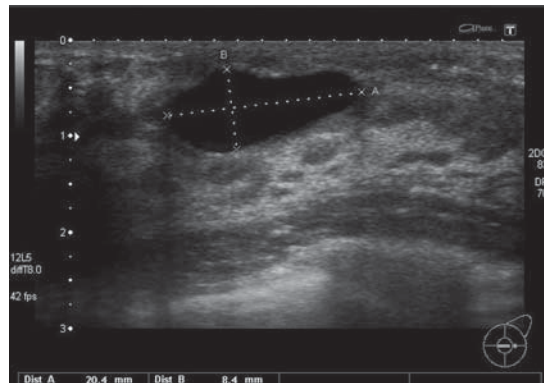


Figura 1. Lesión ecográfica anecógena de 20 x 8 mm con calcificaciones y ecos internos móviles en su interior, compatible con ectasia ductal retroareolar izquierda.

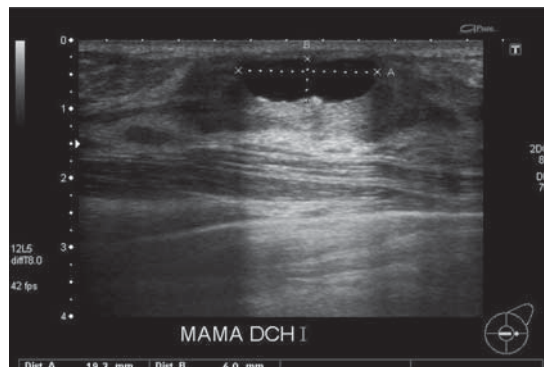


Figura 2. Lesión ecográfica anecógena de 19 x 6 mm, compatible con ectasia ductal retroareolar derecha.

Las concentraciones de prolactina y hormonas tiroideas en sangre fueron normales.

En la exploración realizada a los 45 días de la visita en urgencias, apenas era palpable el tumor mamario derecho y la de la mama izquierda medía aproximadamente 2 cm. Tampoco se delimitaron adenopatías.

Con el diagnóstico de ectasia ductal bilateral se realizó control clínico y radiológico a los seis

meses. La exploración mamaria en ese momento fue completamente normal y en la ecografía sólo se observó una zona milimétrica de ectasia ductal en la zona retroareolar de la mama derecha, sin otros hallazgos significativos.

DISCUSIÓN

El término ectasia ductal mamaria fue introducido por Haagensen en 1951, en referencia a una lesión mamaria benigna consistente en la dilatación de los ductos mamarios, fibrosis e inflamación periductal.¹ Este concepto histopatológico persiste en la actualidad² y también se le conoce con los términos de comedomastitis y mastitis de células plasmáticas. Se trata de una enfermedad que aparece con frecuencia en mujeres en edad fértil, con otro pico de incidencia en mujeres perimenopáusicas. Es excepcional en la infancia,²⁻⁴ con el hallazgo descrito anatómopatológicamente por primera vez en 1986.⁵

Los pocos casos publicados reúnen pacientes desde 2 meses hasta 13 años (edad promedio de 3 años), con una relación hombre-mujer de 5 a 2.³ El caso comunicado es peculiar porque se trata de una paciente de 13 años. La aparición en edades tan precoces, así como la mayor incidencia en varones, podrían orientar hacia factores de origen diferentes a los de la edad adulta; por ejemplo, una alteración asociada con el desarrollo de la glándula mamaria o un componente congénito.³

La forma de manifestación típica es la telorrea. Con menor frecuencia, el síntoma principal es la aparición de un tumor mamario o el aumento del tamaño de la mama.^{3,6,7} La clínica puede ser uni o bilateral y, en ese caso, sincrónica y metacrónica. El caso comunicado inició con telorrea y posteriormente se observó el tumor mamario bilateral que la paciente no había descrito. Por ello, la exploración clínica constituye el primer paso de una completa y correcta valoración. Es

fundamental la descripción de las características de la telorrea (color, cantidad, salida uni o multiorificial). Asimismo, es preciso descartar antecedentes de traumatismo local (incluida la manipulación mamaria) y de cualquier otra afección mamaria.

La aparición de un tumor mamario o telorrea durante la infancia obliga al diagnóstico diferencial en el que deben incluirse enfermedades benignas frecuentes, como: lipomas, adenopatías intramamarias o zonas de mayor densidad tisular. Además, debe valorarse la posibilidad de otras enfermedades menos frecuentes, como la ectasia ductal o incluso la afección maligna.^{8,9}

La ecografía es una técnica diagnóstica fundamental en estos casos. Los hallazgos son variables, si bien son frecuentes los ductos dilatados, imagen que se considera diagnóstica y que hace innecesaria cualquier otra prueba diagnóstica. En otras ocasiones se pueden observar zonas anecógenas tubulares o lesiones quísticas simples o complejas. El Doppler permite descartar lesiones vasculares y afinar la sospecha diagnóstica, pues los quistes y ectasias son avasculares, los fibroadenomas pueden ser avasculares o hipovasculares y los abscesos tienen flujo periférico incrementado. Asimismo, la ecografía sirve como guía para una punción de la lesión ante cualquier duda diagnóstica.^{3,10,11} En el caso clínico expuesto, la ecografía mostró imágenes típicas en ambas mamas, por lo que no se realizó prueba adicional alguna.

En los casos en que se realice una biopsia o exéresis de la lesión, el diagnóstico anatómopatológico se fundamenta por la dilatación ductal e inflamación periductal acompañante.² Es frecuente el hallazgo de linfocitos o de células plasmáticas en el tejido periductal, y acumulación de colesterol y de secreciones proteináceas en los ductos dilatados. Los macrófagos cargados de hemosiderina también se observan con



frecuencia y podrían constituir un marcador histológico de esta enfermedad en niños.³ Con menor frecuencia se observan zonas con crecimiento papilar en el epitelio de los ductos mamaros dilatados.⁴

En los casos descritos en la bibliografía no pudo identificarse una causa con claridad. Los estudios hormonales fueron normales en las investigaciones que los realizaron,^{9,12} del mismo modo que fue normal en el caso expuesto. En algunos artículos se intentó atribuir su origen a una infección bacteriana, tras obtener resultados positivos en cultivos de la secreción mamaria, pero en todos ellos los hallazgos histopatológicos mostraron ectasia ductal sin signos compatibles con infección local (de modo que se trataba de infecciones bacterianas secundarias).^{13,14} El origen sigue siendo desconocido, si bien una predisposición individual asociada con una anomalía en el desarrollo de la glándula mamaria y otros factores, como la inflamación o el sangrado locales, podrían determinar la aparición de una ectasia ductal.

El tratamiento debe ser expectante, pues la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente en un plazo menor a un año.^{3,9} El seguimiento puede ser simplemente clínico o, en ocasiones, apoyarse en medios ecográficos.¹¹ En los casos en los que persista la telorragia o la tumoración mamaria, en que ésta produzca una asimetría mamaria importante (fundamentalmente en varones), si los hallazgos ecográficos no son aclaratorios o cuando haya cualquier duda diagnóstica acerca de la benignidad del proceso, se debería plantear la exéresis quirúrgica de la lesión. Si es precisa la intervención, siempre deberá intentarse la menor repercusión estética posible, dada la edad de los pacientes y las connotaciones futuras del aspecto mamario.^{8,12} El caso comunicado se resolvió por completo en un periodo de seis meses, hecho que avala el tratamiento conservador en las situaciones con benignidad evidente.

CONCLUSIÓN

La ectasia ductal mamaria en niños es rara, pero debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial ante la aparición de telorrea o tumoración mamaria infantil. La ecografía es, con frecuencia, diagnóstica. El tratamiento electivo es conservador, pues el cuadro habitualmente es de desaparición espontánea en menos de un año.

REFERENCIAS

1. Haagensen CD. Mammary duct ectasia: A disease that may simulate carcinoma. *Cancer* 1951;4:749-761.
2. Kempson RL, Rouse RV. Mammary duct ectasia. Available from: URL: <http://surpathcriteria.stanford.edu/breast/mamductectasia/index.html>. May 27 2006.
3. McHoney M, Munro F, MacKinlay G. Mammary duct ectasia in children: Report of a short series and review of the literature. *Early Human Development* 2011;87:527-530.
4. Kitahara S, Wakabayashi M, Shiba T, Nonaka K, et al. Mammary duct ectasia in children presenting bloody nipple discharge: a case in a pubertal girl. *J Pediatr Surg* 2001;36:2.
5. Stringel G, Perelman A, Jiménez C. Infantile mammary duct ectasia: a cause of bloody nipple discharge. *J Pediatr Surg* 1986;21:671-674.
6. Leung AK, Kao CP. Mammary duct ectasia: a cause of bloody nipple discharge. *J Natl Med Assoc* 2004;96:543-545.
7. Weimann E. Clinical management of nipple discharge in neonates and children. *J Paediatr Child Health* 2003;39:155-156.
8. Greydanus DE, Matysina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care Clin Office Pract* 2006;33:455-502.
9. Kelly VM, Arif K, Ralston S, Greger N, et al. Bloody nipple discharge in an infant and a proposed diagnostic approach. *Pediatrics* 2006;117:814-816.
10. Bayrak IK, Yalin T, Nural MS, Ceyhan M. Mammary duct ectasia in infant breast with bloody nipple discharge: sonographic findings. *J Clin Ultrasound* 2008;36:229-230.
11. García CJ, Espinoza A, Dinamarca V, Navarro O, et al. Breast US in children and adolescents. *Radiographics* 2000;20:1605-1612.
12. Imamoglu M, Cay A, Reis A, Ozdemir O, et al. Bloody nipple discharge in children: possible etiologies and selection of appropriate therapy. *Pediatr Surg Int* 2006;22:158-163.
13. Bundred NJ, Dixon JM, Lumsden AB, Radford D, et al. Are the lesions of duct ectasia sterile? *Br J Surg* 1985;72:844-845.
14. Aitken RJ, Hood J, Going JJ, Miles RS, et al. Bacteriology of mammary duct ectasia. *Br J Surg* 1988;75:1040-1041.