

PRESENTACIÓN DE CASO

Gran galactocele

Big Galactocele

**MSc. Pedro Antonio Fernández Sarabia, MSc. Yamilka Rodríguez Alberteris,
MSc. Nitza Julia Sanz Pupo**

Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

RESUMEN

El galactocele es la dilatación quística de un conducto durante la lactancia. Se considera la lesión mamaria más común encontrada durante esta etapa, aunque ocurre más frecuentemente después del cese de esta cuando la leche es retenida y comienza a acumularse en la mama. Se reporta el caso de un gran galactocele presentado durante la lactancia en una paciente angolana de 28 años de edad, cuya resolución se logró con tratamiento quirúrgico. El objetivo del artículo es presentar, con fines docentes, algunos aspectos de esta lesión benigna frecuente, pero que no alcanza generalmente la magnitud y dimensiones del caso presentado.

Palabras clave: galactocele, dilatación quística mamaria.

ABSTRACT

The galactocele is cystic dilatation of a duct during lactation. It is considered the most common breast lesion found during this stage; although it occurs most frequently after its cessation is when milk is retained and accumulates in the breast. A case of a large galactocele during lactation in an Angolan patient aged 28 is reported in this paper. Her solution was achieved with surgical treatment. The aim of this paper is to present,

for teaching purposes, some aspects of this common benign lesion, but the size and dimensions do not usually reach those of the case presented here.

Keywords: galactocele, breast cystic dilatation.

INTRODUCCIÓN

La dilatación quística de un conducto mamario con contenido lácteo, se considera la lesión más común encontrada en las mamas durante la lactancia, aunque ocurre más frecuentemente después que cesa, cuando la leche es retenida y comienza a acumularse en la glándula.¹

Sin embargo, hay otros que no se enmarcan en este período; se han reportado galactoceles en niños del sexo masculino,² en mujeres posmenopáusicas,³ o en otros casos donde la posible causa se asocia a la presencia de cantidades elevadas de prolactina o prolactinoma.^{4,5}

El objetivo de este artículo es presentar con fines docentes el caso de un gran galactocele en una mujer que lactaba, así como el tratamiento y conducta asumida por los especialistas que trataron a la paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 28 años de edad, de la raza negra, angolana, acudió a la consulta de mastología del Centro Oncológico de Luanda, por aumento progresivo de volumen de la mama izquierda desde aproximadamente seis meses atrás, luego de un traumatismo a ese nivel, acompañado de dolor leve posterior al trauma.

Al interrogatorio no refirió antecedentes patológicos personales ni familiares, la historia obstétrica fue de 3 embarazos y 3 partos eutócicos, con lactancia materna de 11 meses de duración.

A la inspección se constató un aumento de volumen y deformidad en los cuadrantes superiores de la mama izquierda provocando asimetría mamaria significativa.

A la palpación se detectó una tumoración redondeada de aproximadamente 8 cm en su diámetro mayor, renitente, móvil y ligeramente dolorosa. No se encontraron otras alteraciones en la mama contralateral.

El ecosonograma de la mama izquierda describió la presencia una lesión redondeada, hipoecoica, de 7,5 cm de diámetro, bien definida, en la región retroareolar y parte de

los cuadrantes superiores, multitabicada y de contornos posteriores algo irregulares, compatible con galactocele, teniendo en cuenta, además los elementos clínicos.

Se realizó punción aspirativa y se extrajeron 100 mL de un contenido lácteo disminuyendo así el tamaño de la tumoración y confirmando el diagnóstico clínico e imanológico presuntivo.

La paciente no acudió a la consulta evolutiva. Tres meses después se presenta con cuadro clínico similar al inicial, en ese momento ya había dejado de lactar.

La nueva tumoración ocupaba casi la totalidad de la mama, con la piel lisa y brillante. Al palparla se encontró un tumor de aproximadamente 13,5 cm, con superficie lobulada, móvil, dura y escasamente dolorosa a la exploración ([Fig. 1](#)).



Fig. 1. Gran galactocele en mama izquierda.

El estudio ecosonográfico informó una lesión de 12,5 cm que ocupaba casi la totalidad de la mama, bien definida, con contornos irregulares, contenido heterogéneo y multitabicada.

La lesión recidivante fue puncionada y solo se logró extraer escaso material espeso semejante a leche, por este motivo y las características cambiantes respecto al ultrasonido anterior, se decidió llevar a cabo la exéresis de la lesión ([Fig.2](#)).



Fig. 2. Exéresis de gran galactocele en mama izquierda.

Se realizó la resección íntegra de la tumoración de 13 cm de diámetro y se procedió a la reparación del defecto mamario ([Figs. 3 y 4](#)).

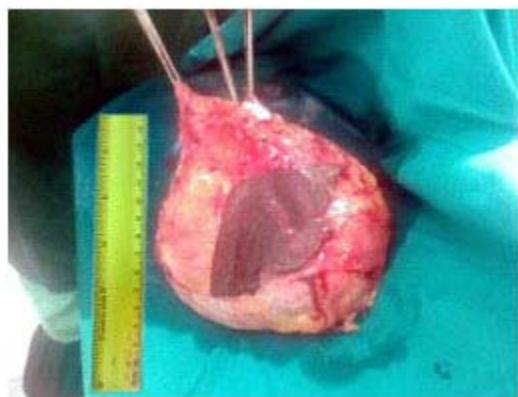


Fig. 3. Gran galactocele extraído íntegramente. Vista antero posterior.



Fig. 4. Gran galactocele extraído íntegramente. Vista lateral.

El examen histopatológico de la biopsia posquirúrgica confirmó el diagnóstico de un gran galactocele.

DISCUSIÓN

En la etiopatogenia de esta entidad se citan fundamentalmente tres factores causales:

1. La estimulación prolactínica previa o presente.
2. La presencia de células epiteliales secretoras en la mama.
3. La obstrucción ductal que trae como resultado la acumulación de fluidos y por consiguiente el galactocele.^{2,6}

Entre las causas de obstrucción canalicular se señalan los procesos inflamatorios, la enfermedad fibroquística o las neoplasias.

En esta paciente, el traumatismo en la mama pudo actuar como factor desencadenante de la obstrucción, secundaria a reacción inflamatoria periductal en un órgano con células epiteliales secretoras estimuladas por la prolactina, sin descartar la posibilidad, fundamentalmente por ser recidivante, de que otros tipos de lesiones mamarias actuaran como causa obstructiva, hecho que apoyó la decisión de exéresis quirúrgica.

Para el diagnóstico de la afección es importante conocer la historia previa de embarazo o lactancia.

El galactocele clínicamente puede presentar en fase aguda nódulos palpables dolorosos, con el tiempo disminuye el dolor a la palpación y los quistes se tornan más duros. Inicialmente hay leche líquida en el interior del conducto galactóforo dilatado, pero al pasar el tiempo las proteínas de la leche se desnaturalizan, las grasas se emulsifican y el contenido se hace espeso,⁷ estas características se corresponden con las manifestaciones clínicas y el contenido aspirado en el caso que se presenta.

Cuando se obstruye un solo conducto se forma un quiste aislado, aunque con mayor frecuencia participan varios de ellos. En la paciente reportada la cavidad era multitabizada y de gran tamaño, indicando que más de un conducto estaba afectado.

En la mujer embarazada o que lacta la sensibilidad de la mamografía está disminuida por el incremento de la densidad del parénquima pero si viéramos una lesión como esta en una vista mamográfica lateral el nivel agua grasa sería el signo patognomónico. La ecosonografía es el método radiológico más apropiado para evaluar masas mamarias en esta etapa y el escogido en el caso que presentamos. Los hallazgos ultrasonográficos son variados, van desde una clara imagen quística hasta una que simula masa sólida sospechosa de malignidad,^{7,8} se encontró entre estos límites lesiones clasificadas como quistes complicados, su apariencia depende del contenido de grasa o agua.¹

Cuando los galactoceles están compuestos casi exclusivamente de leche semejan al ultrasonido un tumor sólido benigno, se manifiesta como una masa bien definida con reforzamiento acústico posterior y material ecogénico. Si el galactocele tiene contenido lácteo no reciente, aparece como masa heterogénea con mezcla de baja y alta ecogenicidad interna.^{1,7,8} Las imágenes obtenidas en el caso presentado quedan incluidas en esta amplia gama de características reportadas por otros autores pero que cambiaron durante la evolución.

La punción puede ser diagnóstica ya que la simple observación del contenido lechoso puede establecer la etiología de la tumoración y a la vez terapéutica porque el proceder suele ser suficiente para eliminarla. En algunos casos recidivantes está indicada la exéresis. Estas constituyen las formas de tratamiento más generalizadas y aceptadas, usadas también en esta paciente. Sin embargo, se han reportado casos en los que se ha logrado su completa resolución utilizando una hebra de nylon para desobstruir el conducto, apuntando este proceder hacia un método de tratamiento efectivo, indoloro y con tendencia a reducir las recidivas.⁹

Se debe significar el valor educativo de este caso, pues en los hospitales universitarios de países que han alcanzado un desarrollo sociocultural mediano o alto, los estudiantes

y profesionales de la salud no se enfrentan a este tipo de tumoración con tan grandes dimensiones, mucho más frecuente en países en desarrollo.

CONCLUSIONES

Para realizar el diagnóstico del galactocele es importante tener en cuenta la historia de parto reciente y la extracción de contenido lácteo aspirado con aguja. La cirugía puede ser la forma de tratamiento definitiva en el caso que recidive o el contenido sea de difícil evacuación. Es importante desarrollar programas educativos para lograr el diagnóstico oportuno y evitar la realización de procederes quirúrgicos de mayor complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabate JM, Clotet M, Torrubia S, Gomez A, Guerrero R, Heras P, et al. Radiologic evaluation of breast disorders related to pregnancy and lactation. *Radiographics*. 2007;27 (Suppl 1): S101-24.
2. Perez-Bascallo AC, Dutra RA, Borges LG, Stafuzza Gonçalves EM, Etchebehere RM, Rocha RL, et al. Galactocele: an unusual cause of breast enlargement in children. *J Pediatr Surg*. 2009;44(7):e1-3.
3. Shukunami K, Nishijima K, Orisaka M, Tajima K, Kotsuji F. Galactocele of the breast in a postmenopausal woman. *Curr Surg*. 2004 May-Jun;61(3):319.
4. Poiana C, Chirita C, Carsote M, Hortopan D, Goldstein A. Galactocele and prolactinoma-a pathogenic association? *Maturitas*. 2009;62(1):98-102.
5. Tomasi PA, Fanciulli G, Casti T, Delitala G. Persistent Hyperprolactinemia and Bilateral Galactocele in a Male Infant. *Int J Pediatr Endocrinol*. (Internet). 2009 [citado 10 Feb 2012]; 2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778792/>
6. Hakan D, Behzat O, Fazli E, Ahmet Bedii S. Artículo Bilateral Galactocele in a Male Infant. *Turk J Med Sci*. 2008;38(5):48-3.
7. Geddes DT. International Breastfeeding Journal Review Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application. *International Breastfeeding Journal*. 2009;4:4.
8. Vuolo M, Suhrlund MJ, Madan R, Oktay MH. Discrepant cytologic and radiographic findings in adjacent galactocele and fibroadenoma: a case report. *Acta Cytol*. 2009;53(2):211-4.

9. Auvichayapat P, Auvichayapat N, Tong-un T, Thinkhamrop B, Vachirodom D, Uttravichien T. A controlled trial of a new treatment for galactocele. J Med Assoc Thai. 2003;86(3):257-61.

Recibido: 30 de mayo de 2013.

Aprobado: 13 de junio de 2013.

Pedro Antonio Fernández Sarabia. Centro Oncológico Territorial. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

Autora para la correspondencia: Yamilka Rodríguez Alberteris. Correo electrónico: milky@hvil.hlg.sld.cu