

Caso clínico

Galactocele complicado con absceso mamario durante la Lactancia Materna

Rincón-Gallardo A.

Médica Pediatra Neonatóloga, Consultora Internacional de Lactancia Materna Certificada (IBCLC), Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Resumen

El galactocele también conocido como lactocele o quiste lácteo, es un quiste de retención de leche, benigno y poco frecuente, que ocurre casi exclusivamente en madres lactantes. La obstrucción de un conducto mamario es el principal factor etiológico y se presenta como un bulto único redondeado e indoloro en la mama. El diagnóstico se realiza mediante ecografía y debe diferenciarse de otras enfermedades mamarias como quistes, fibroadenomas, abscesos o carcinomas. En la mayoría de los casos puede resolverse de forma espontánea al cese de la lactancia. La aspiración con aguja fina suele ser diagnóstica y terapéutica, y en los casos que el galactocele es recurrente o persistente puede ser extirpado quirúrgicamente.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 31 años, quien a los 5 meses del inicio de la lactancia presenta un bulto mamario a nivel del cuadrante superior interno de la mama derecha de aproximadamente 5cm de diámetro, con diagnóstico ecográfico y por aspiración con aguja fina de galactocele. Se realiza escisión quirúrgica, presentando como complicación la formación de un absceso mamario en el sitio quirúrgico que se resuelve de forma satisfactoria con drenaje y terapia antimicrobiana. Durante el curso clínico, la escisión quirúrgica y el tratamiento de las complicaciones la madre continuó con lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: galactocele, absceso mamario, quiste lácteo, bulto mamario, lactancia materna.

Abstract

Galactocele, also known as lactocele or milk cyst, is a rare benign milk retention cyst that occurs almost exclusively in lactating mothers. Blockage of a mammary duct is the main etiologic factor and presents as a single, rounded, painless lump in the breast. The diagnosis is made by ultrasound and must be differentiated from other breast diseases such as cysts, fibroadenomas, abscesses or carcinomas. In most cases it can be resolved spontaneously when breastfeeding ceases. Fine-needle aspiration is usually diagnostic and therapeutic, and in cases where the galactocele is recurrent or persistent, it can be surgically removed.

We present the case of a 31-year-old female patient who, 5 months after the start of breastfeeding, presented a breast lump in the upper inner quadrant of the right breast of approximately 5 cm in diameter, with an ultrasound diagnosis of galactocele, with aspiration performed with fine needle. Surgical excision was performed, presenting as a complication the formation of a breast abscess at the surgical site that resolved satisfactorily with drainage and antimicrobial therapy. During the clinical course, surgical excision, and treatment of complications, the mother continued to exclusively breastfeed.

Keys words: galactocele, breast masses, breast abscess, milk cyst, breast lump, breastfeeding

Introducción

El galactocele, también conocido como lactocele o quiste lácteo, es un quiste de retención de leche, benigno y poco común. El término galactocele deriva de las palabras griegas “galatea” que significa blanco lechoso y “cele” que

significa bolsa. Ocurre casi exclusivamente en mujeres lactantes, como un bulto redondeado e indoloro en la mama, cuyo principal factor predisponente para su desarrollo es la obstrucción de un conducto mamario,

el cual suele resolverse de forma espontánea al cese de la lactancia. Se presenta el caso clínico de un galactocele en una paciente femenina en período de lactancia, con diagnóstico mediante ecografía y aspiración con aguja fina, a quien se realiza escisión quirúrgica, complicándose con la presencia de un absceso mamario.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 31 años de edad, en unión libre, maestra de educación especial, sin toxicomanías. Sin antecedentes familiares de importancia para el padecimiento actual; no cuenta con implantes mamarios, ni cirugías previas a nivel de la glándula mamaria. Sin método de planificación familiar.

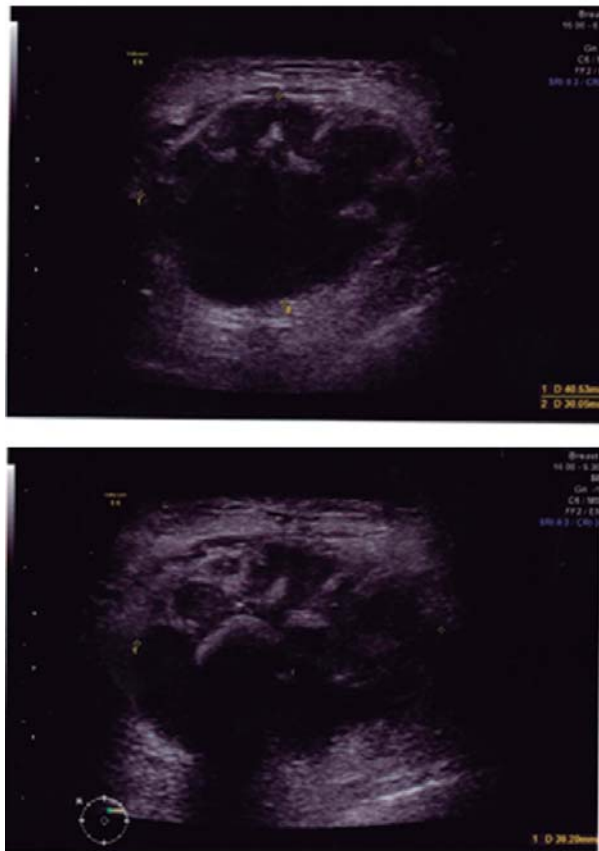
Gesta 1 Cesárea 1, se obtiene recién nacido único mediante cesárea por ruptura prematura de membranas, sin complicaciones al nacimiento. Posterior al nacimiento se inicia la lactancia materna y a partir de los 2 meses se mantiene de forma exclusiva con dieta materna libre de lácteos ante alergia a la proteína de la leche de vaca, de lactante.

A los 5 meses posparto la paciente nota la presencia de un bulto a nivel del cuadrante superior interno de la mama derecha de aproximadamente 5 cm de diámetro, sin cambios de coloración o temperatura a nivel local, con leve dolor a la palpación, el cual no modifica su tamaño posterior al masaje directo, ni a la extracción mecánica y/o lactancia a demanda. Coincide con la presencia de una infección de vías respiratorias altas con síntomas gripales, malestar general y fiebre en manejo con amoxicilina y ácido clavulánico 875/125 mg cada 12 horas por 7 días.

Se realiza ecografía mamaria a los 28 días de la detección del bulto mamario, que reporta predominio de tejido fibroglandular sobre el tejido graso. Pezones con visualización de ductos galactóforos como cambio inherente del proceso de lactancia. Mama derecha con imagen hipocóica de bordes mal definidos, multilobulada, heterogénea con presencia de imágenes ecogénicas en su interior que proyectan sombra acústica posterior en relación a calcificaciones, (Figura 1) identificando halo ecogénico que rodea a la lesión y aumento en la señal vascular a la aplicación de doppler color y doppler potencia en región central y periférica, compresible. (Figura 2) Con diámetros de 4 x 3 x 3.9 cm ubicada a 5 cm del pezón y a 0.5 cm de piel sugestiva de galactocele. Se observa engrosamiento del tejido celular subcutáneo en relación a edema perilesional. (Figura 3) Se realizan técnicas de elastografía mamaria observándose predominio de tejido blando.

Figura 1.

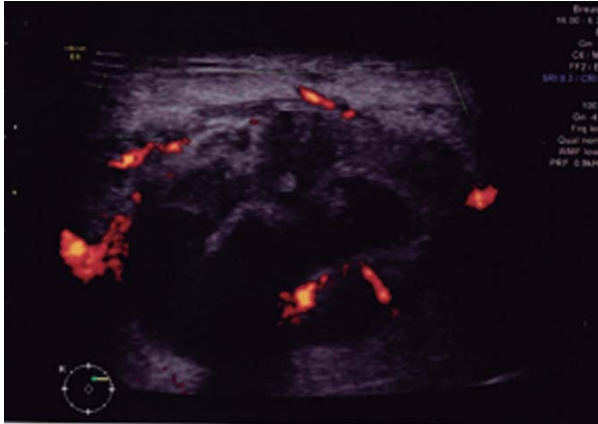
Ecografía mamaria derecha
Muestra imagen hipocóica de bordes mal definidos, multilobulada, heterogénea, con diámetros de 40.53 x 30.05 x 39.2 mm, con presencia de imágenes ecogénicas en su interior con sombra acústica posterior en relación a calcificaciones



Fuente: Del autor

Mama izquierda con 2 imágenes hipocóicas heterogéneas con áreas en su interior de degeneración quística, a las 6 horas con diámetros de 1.2 x 0.6 x 1.1 cm a 3 cm del pezón y a las 12 horas con diámetros de 3 x 1.2 x 2.2 cm a 2 cm del pezón, compatible con cambios fibroquísticos. Se realiza rastreos a nivel de ambas regiones retroareolares las cuales presentan conductos galactóforos de trayectoria, morfología, calibre y ecogenicidad dentro de parámetros sonográficos conservados. Se realizan rastreos en ambas regiones axilares, las cuales son de características sonográficas conservadas. Se concluye estudio de mama derecha con imagen hipocóica de bordes mal definidos, con edema perilesional sugestiva de galactocele y mama izquierda con hallazgos de cambios fibroquísticos.

Figura 2.
Mama derecha
Con imagen hipoecoica con aumento de la señal vascular a la aplicación de doppler color y doppler potencia en región central y periférica y halo ecogénico que rodea a la lesión



Fuente: Del autor

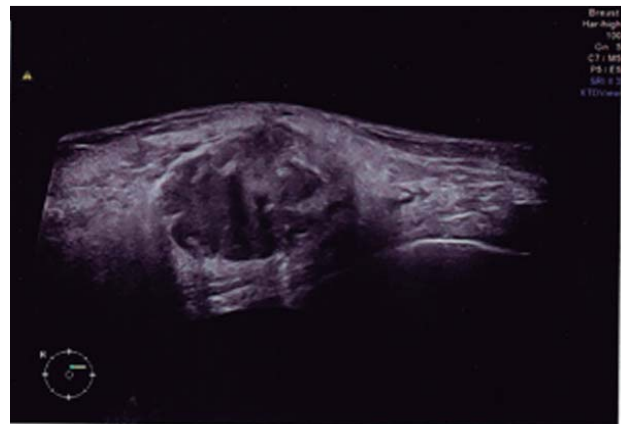
Por medio institucional se refiere la necesidad de manejo quirúrgico posterior al cese de lactancia, indicándose manejo con clindamicina 300 mg cada 8 horas y piroxicam 20 mg cada 24 horas por 7 días, así como cabergolina, éste último no se administra, tratando de preservar la lactancia materna, por lo que la madre decide continuar manejo en medio privado.

A los 6 días del reporte ecográfico de galactocele se realiza aspiración con aguja fina (calibre 23G) con salida de material lácteo espeso en mínima cantidad, realizándose la escisión quirúrgica a los 11 días del aspirado, mediante anestesia general con incisión media circular de 4.5 cm de largo en cuadrante superior interno a 6 cm del complejo areola- pezón, colocando al término del procedimiento tubo de drenaje con salida a través del mismo de leche, el cual se retira al segundo día del posoperatorio. Se indica manejo con dicloxacilina 500 mg por vía oral cada 6 horas por 5 días.

Se envía espécimen a análisis patológico con reporte a nivel macroscópico de tejido de forma irregular de dimensiones de 5 x 3 cm con una superficie irregular café amarillenta con aspecto de tejido adiposo, al corte se aprecia tejido heterogéneo con una zona necrótica- hemorrágica en dirección al límite quirúrgico de corte, todo el tejido de consistencia blanda. (Figura 4) El estudio microscópico muestra ductos proliferados algunos de ellos rectos, otros tortuosos e incurvados, revestidos por células ductales cúbicas o redondeadas simples o estratificadas hasta en dos

o tres hileras celulares con citoplasmas eosinófilos pálidos homogéneos y núcleos centrales o basales redondos y ovoides con cromatina en grumos finos bien distribuida, se observa una dilatación quística en la que se aprecian dispersos macrófagos xantomatosos que alternan con muy escasas células ductales pequeñas redondeadas u ovoides con citoplasmas eosinófilos pálidos y núcleos centrales redondos u ovoides con cromatina en grumos bien distribuida, además de macrófagos, células plasmáticas y linfocitos. En conjunto en todos los cortes estudiados no se observan datos histopatológicos de malignidad en el material enviado. Concluyendo presencia de tejido mamario derecho con datos histopatológicos consistentes con galactocele, condición fibroquística de mama, mastitis crónica activa moderada, negativo para malignidad.

Figura 3.
Mama derecha
Con imagen hipoecoica ubicada a 5cm del pezón y a 0.5cm de piel sugestiva de galactocele, con engrosamiento del tejido celular subcutáneo en relación a edema perilesional



Fuente: Del autor

Figura 4**Tejido mamario derecho**

De consistencia blanda de forma irregular de dimensiones de 5 x 3cm con una superficie irregular café amarillenta con aspecto de tejido adiposo, al corte con tejido heterogéneo con una zona necrótica – hemorrágica en dirección al límite quirúrgico de corte



Fuente: Del autor

Figura 5.

Cuadrante superior interno de mama derecha
Con cicatriz posoperatoria y orificio de salida de absceso mamario



Fuente: Del autor

Al día 5 del posoperatorio se observa discreta hiperemia a nivel de la herida quirúrgica y salida de leche a través de la misma, que remiten de forma espontánea. Al día 10, la paciente se reintegra a trabajar, 5 días a la semana, 4.5 horas al día, realizando de forma preliminar banco de leche casero y manteniendo la lactancia materna exclusiva. El lactante inicia alimentación complementaria a los 6 meses de edad.

Al día 51 del posoperatorio, la paciente presenta dolor leve a nivel de sitio quirúrgico, sin otros síntomas locales ni sistémicos, por lo que se indica manejo con ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días y *Lactobacillus reuteri* protectis 100 millones de unidades formadoras de colonias (UFC) cada 12 horas por 10 días remitiendo el dolor. Al día 60, se palpa en el sitio quirúrgico una región indurada, eritematosa, hipertérmica con edema fluctuante compatible con absceso mamario, el cual presenta salida espontánea de material purulento a las 24 horas (Figura 5), por lo que se drena y se indica manejo con clindamicina 300mg cada 6 horas por 10 días. Se realiza cultivo de leche materna con reporte de recuento menor a 103 UFC /ml de *Micrococcus* spp., a la tinción de Gram no se observan células epiteliales ni leucocitos polimorfonucleares, sólo aislados cocos gram positivos en racimo. La paciente presenta remisión del absceso, continuando con la lactancia materna.

Discusión

Todos los trastornos mamarios durante el embarazo y lactancia deben evaluarse cuidadosamente, un bulto mamario es la presentación más común de las enfermedades mamarias benignas, pero es fundamental excluir el cáncer de mama.¹

El galactocele es un quiste de retención de leche, benigno y poco frecuente, el cual se presenta más comúnmente en mujeres en el último trimestre del embarazo, durante la lactancia, e incluso después del cese de la lactancia. No se han identificado factores de riesgo genéticos y la coexistencia de galactocele y malignidad es extremadamente rara.²

Govoni, L. y cols., en un estudio observacional, de una muestra de 1065 madres en período de lactancia, 532 casos (50%) presentaron un trastorno relacionado con la lactancia y de éstos, sólo el 1.8% presentaron un galactocele.³

Se necesita la presencia de la tríada de epitelio mamario secretor, estímulo de prolactina y obstrucción ductal para formar un galactocele.⁴ El principal factor predisponente

para el desarrollo de un galactocele es la obstrucción del conducto mamario, muy probablemente debido a un traumatismo, inflamación, anomalías ductales o un tumor en casos raros. La obstrucción distal de la unidad lobulillar del conducto terminal provoca dilatación ductal focal proximal, formando un galactocele. Otros factores que contribuyen a la formación de un galactocele son la dificultad para amamantar, una técnica incorrecta, el cese brusco de la lactancia, una lactancia intermitente y la falta de vaciamiento tras hospitalización, medicamentos u otros factores que contraindiquen la lactancia materna.⁵

El paso transplacentario de prolactina, el uso de anticonceptivos y los galactogogos pueden crear los factores para el desarrollo de un galactocele.⁴ El aumento mamario con incisiones periareolares es un factor de riesgo, al causar sección y posterior obstrucción de los conductos galactóforos.^{6,7}

El galactocele es una colección quística de productos lácteos, revestido por epitelio cuboidal aplanado. A la aspiración con aguja fina se obtiene un material lechoso, espeso y oleoso.⁴ A nivel histopatológico se observan canales anastomosados dilatados, revestidos por epitelio cúbico, a menudo con actividad secretora. El tejido adyacente puede mostrar evidencia de necrosis por presión adyacente o la presencia de macrófagos espumosos y cambios inflamatorios crónicos si el contenido del quiste se filtra hacia los tejidos adyacentes.⁵

Cualquier bulto palpable en la mama requiere una investigación inmediata con una evaluación triple, que incluye examen clínico, imágenes y evaluación citológica o histológica cuando sea necesario. El hallazgo clínico es la presencia de una masa o bulto en la mama. El bulto suele ser pequeño, único, firme, redondeado e indoloro, de movimiento libre, en ocasiones gradualmente progresivo, salvo que se infecten no suelen presentar fiebre o dolor. Aunque un galactocele puede ocurrir en cualquier lugar a lo largo de la línea mamaria que se extiende desde la axila hasta la ingle, indicando la presencia de tejido mamario ectópico, tiene predilección por formarse en la región retroareolar de las mamas.⁸

La técnica de imagen de primera línea durante la lactancia es la ecografía, para confirmar la presencia de un bulto mamario y diferenciar entre lesiones quísticas y sólidas. El galactocele se mostrará como una lesión quística redonda u ovalada, anecoica o hipoecoica, bien delimitada con paredes ecogénicas delgadas y

sombra acústica posterior. La ecogenicidad interna es variable en función del contenido hídrico, graso y proteico y puede contener un nivel de líquido y grasa. A la aplicación de doppler color hay ausencia de flujo sanguíneo.^{9,10,11}

La mamografía solo debe ser prescrita si existe algún signo clínico y/o ecográfico sospechoso de cáncer, limitando la exposición a la radiación de la mama⁹ y debe realizarse justo después de amamantar para evitar el parénquima de alta densidad relacionado con los productos lácteos retenidos.¹⁰ El galactocele se muestra como una masa bien definida con alta radiotransparencia, debido al contenido de grasa y densidad líquida y en ocasiones, con un nivel de líquido y grasa.⁹

El diagnóstico diferencial incluye masas benignas como quistes mamarios, tejido mamario accesorio, absceso, obstrucción ductal, hematoma, cambios fibroquísticos, fibroadenoma y necrosis grasa y masas malignas como el carcinoma mamario.¹²

El manejo del galactocele suele ser conservador. Suelen resolverse espontáneamente al cese de la lactancia. Si es persistente o a la madre le resulta molesto, puede aspirarse con aguja fina o realizar su escisión quirúrgica.⁸

La aspiración con aguja fina guiada por ecografía es diagnóstica y terapéutica en la mayoría de los casos.¹¹ En algunas ocasiones, el galactocele puede continuar creciendo y localarse, siendo la leche retenida difícil de aspirar, por lo que la cavidad a menudo vuelve a llenarse. Se recomienda una biopsia por escisión como tratamiento definitivo, si el galactocele está creciendo rápidamente, hay discordancia en la evaluación o si el bulto mamario reaparece después de la aspiración completa.¹³ Una fistula de leche es una complicación rara de la escisión quirúrgica incompleta del galactocele. La estasis de leche proporciona un medio de cultivo para bacterias, aunado a una técnica no estéril de aspiración o escisión puede conducir a una mastitis aguda, que puede progresar a un absceso mamario, clínicamente con presencia de edema, eritema, induración y dolor en un área de la mama, incluyendo fiebre, escalofríos y malestar general, siendo *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus* los microorganismos más comunes.¹⁴

La lactancia materna no está contraindicada en caso de un galactocele.¹⁵

Conclusiones

El galactocele es una patología benigna y poco frecuente que se presenta en las madres en período de lactancia. Se requiere una adecuada evaluación clínica y ecográfica, para ofrecer la mejor opción terapéutica. La presencia de un galactocele, los estudios ecográficos, la aspiración de aguja fina y la escisión quirúrgica, así como el manejo de las complicaciones como el absceso mamario no contraindican la lactancia materna, por lo que no es necesario suspender ni interrumpir la misma.

CONTACTO: Dra. Adriana Rincón Gallardo Médica Pediatra Neonatóloga

Consultora Internacional de Lactancia Materna Certificada (IBCLC) Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: 319094564

Loma Tibia Sur 7937, Colonia Loma Dorada, Tonalá, Jalisco. CP. 45402

Correo: drarincongallardo@yahoo.com

Referencias bibliográficas

1. Langer, A.K. Breast Imaging in Pregnant and Lactation. On: Alipour, S., Omranipour, R., eds. Benign Disorders of the Breast in Pregnancy and Lactation. Advances in experimental Medicine and Biology, 1st ed. Springer, Cham; 2020. p. 17-25
2. Taib, N. A., Rahmat, K. Breast disorders in pregnant and lactating women. On: Alipour, S., Omranipour, R., eds. Benign Disorders of the Breast in Pregnancy and Lactation. Advances in experimental Medicine and Biology, 1st ed. Springer, Cham; 2020. p. 43 – 51
3. Govoni, L., Ricchi, A., Teresa- Molinazzi, M., Putignano, A., Artioli, G., Palmieri, E., et al. Breastfeeding pathologies: analysis of prevalence, risk and protective factors. Acta Biomed for Health Professions. 2019; 90 (4): 46- 62
4. Nikumh, D.B., Desai, S.R., Shigondekar, P.A., Brahmalkar, A., Mane, A.M. Crystallizing Galactocele – An unusual diagnosis on fine needle aspiration cytology. J Clin Diagn Res. 2013; 7 (3): 604-605
5. Gada PB, Bakhshi G. Galactocele. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578180/>
6. Tiago- Sarment, S. Galactorrhoea and galactocele after breast augmentation: Diagnosis and treatment algorithm. Plast Reconstr Surg. 2021; 147(5): 915e – 916e
7. Bouhassira, J., Haddad, K., Burin des Rozières, B. Achouche, J., Cartier, S. Lactation after breast plastic surgery: literature review. Ann Chir Plast Esthet. 2015; 60 (1): 54- 60
8. Martínez – Rubio, A., Sánchez- Ventura, J.G., Esparza – Olcía, M.J., Cuando amamantar duele. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2017; 26: 101- 109.
9. Langer, A., Mohallem, M., Berment, H., Ferreira, F., Gog, A., Khalifa, D. et al. Breast lump in pregnant women. Diagnostic and Interventional Imaging. 2015; 96: 1077- 1087
10. Haliloglu, N. Ustuner, E., Ozkavukcu, E. Breast Ultrasound during Lactation: Benign and Malignant Lesions. Breast Care. 2019; 14 (1): 30- 34
11. Sawhney, S., Petkovska, L., Ramadán, S., Al- Muhtaseb, S., Jain, R., Jeque, M. Sonographic appearances of galactoceles. Journal of clinical ultrasound. 2002; 30 (1): 18 – 22
12. Mitchell, K.B., Johnson, H.M., Eglash, A., Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeeding Medicine. 2019; 14 (4): 208- 215
13. Kornfeld, H., Johnson, A., Soares, M., Mitchell, K. Management of infected galactocele and breast implant with uninterrupted breastfeeding. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2021; 9 (11): e3943
14. Lam, E., Chan, T., Wiseman, S.M. Breast abscess: evidence based management recommendations. Expert Rev Anti Infect Ther. 2014; 12 (7): 753 – 762
15. Lawrence, R.M. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. Pediatr Clin N Am. 2013; 60: 295 – 318