

Ectasia ductal mamaria, una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. A propósito de un caso

Duct ectasia, an infrequent condition in childhood. A case report

Lic. Ángela M. Ascaso Matamala^a, Lic. Mireia Amiguet Biain^a, Lic. Raquel Morales Ferruz^a,
Dra. M.^a Teresa Sobrevia Elfau^a y Dr. Gonzalo González García^a

RESUMEN

La secreción sanguínea a través del pezón (telorragia) es un síntoma muy poco frecuente y que genera gran alarma en pediatría por su relación con el carcinoma en la edad adulta. La entidad más frecuente asociada en edades tempranas, de naturaleza benigna y autolimitada, es la ectasia ductal mamaria. Se caracteriza por la dilatación del conducto mamario, fibrosis e inflamación periductal. La etiología es desconocida y multifactorial. Son pocos casos los descritos en la literatura científica. Se presenta a un lactante de 5 meses con telorragia por ectasia ductal mamaria, cuya resolución fue espontánea a las 4 semanas. Nuestro objetivo es facilitar el rápido reconocimiento por parte de los médicos, dar a conocer esta patología tan poco frecuente y, así, evitar estudios y tratamientos agresivos e invasivos innecesarios.

Palabras clave: telorragia, ectasia ductal mamaria.

ABSTRACT

Bloody discharge from the nipple (thelorrhagia) is a rare symptom in childhood and is a cause of great concern due to the association with carcinoma in adults. The most common cause in children is mammary duct ectasia, which is a benign and self-limiting condition. It is characterized by dilatation of the mammary ducts, fibrosis and periductal inflammation. The etiology has not been identified and is multifactorial. Up to date, only isolated case reports have been published. Therefore, we present a review of the literature and we report a case of a five-month-old male infant that resolves spontaneously. We aimed to improve physicians' diagnosis accuracy, the knowledge of this condition and to avoid aggressive studies and treatments.

Key words: thelorrhagia, duct ectasia.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e782>

Cómo citar: Ascaso Matamala AM, Amiguet Biain M, Morales Ferruz R, Sobrevia Elfau MT, et al. Ectasia ductal mamaria, una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(6):e782-e784.

a. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza, España.

Correspondencia:
Lic. Ángela M. Ascaso Matamala:
angelaascaso@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 20-4-2018
Aceptado: 10-7-2018

INTRODUCCIÓN

La salida de sangre a través del pezón o, mejor dicho, telorragia es una situación poco frecuente en pediatría y que conviene conocer por la alarma que produce su aparición.

Debido al paso trasplacentario de hormonas maternas,^{1,2} puede encontrarse, en recién nacidos sanos, hipertrofia mamaria o secreción láctea. Mucho menos frecuente es la telorragia. La causa más habitual de este último fenómeno es la ectasia ductal mamaria (EDM).

La salida de sangre por el pezón en recién nacidos crea enorme angustia tanto en los padres como en el personal médico que atiende al paciente, debido a la relación que se crea, aunque sea de manera inconsciente, entre la telorragia y las neoplasias malignas en los adultos.

La etiología y la fisiopatología de este proceso es poco conocida, pero podría existir una influencia hormonal y ambiental (inflamación y obstrucción), junto con una predisposición a la dilatación de los ductos en estos pacientes, que llevan a plantear que se trataría de una etiología multifactorial.

Se presenta a un lactante de 5 meses con telorragia por EDM, cuya resolución fue espontánea a las 4 semanas. Es importante el conocimiento de esta patología para evitar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias e invasivas, y derivaciones del paciente a diferentes especialistas.

CUADRO CLÍNICO

Lactante de 5 meses que fue traído a Urgencias por presentar secreción hemorrágica por el pezón derecho de una semana de evolución. Describían la secreción como escasa e intermitente, advertida antes por la presencia de manchas en la ropa del paciente.

Se trataba de un lactante sano, que no tenía antecedentes perinatólogicos de relevancia. Lactancia artificial exclusiva con adecuada ganancia ponderal. No presentaba antecedentes familiares de coagulopatías ni patología mamaria. Negaban la ingesta de fármacos y el antecedente

de traumatismo previo.

Al momento de la exploración física, presentaba un estado general excelente. En la inspección, se observaba la salida de secreción sanguinolenta ante la compresión del pezón derecho, pero sin dolor asociado (Figura 1). No existían signos de inflamación locales ni nódulos palpables. Los genitales externos masculinos estaban normoconfigurados. El resto de la exploración física se encontraba dentro de la normalidad.

Se decidió iniciar el estudio con una ecografía mamaria, que identificaba, en la mama derecha, un área hipocogénica de 2 x 1 mm retroareolar profunda, que se correspondía con un ducto dilatado (Figura 2). Se tomaron las muestras para el cultivo, el estudio anatómopatológico y el análisis de laboratorio (hematimetría, coagulación y estudio hormonal).

Se realizó un cultivo de la secreción, que fue negativo. La anatomía patológica fue informada como extendido hemorrágico, sin un componente epitelial ni signos de especificidad ni malignidad.

Las determinaciones de hematimetría y coagulación resultaron dentro de la normalidad. El estudio hormonal realizado (prolactina, 17-beta-estradiol, progesterona, hormona estimulante de la tiroides –*thyroid stimulating hormone*; TSH, por sus siglas en inglés–, T4 libre) no presentaron ninguna alteración.

Dados los hallazgos anteriormente descritos, se presumió el diagnóstico probable de EDM benigna y se decidió tomar una conducta expectante. Durante la evolución del paciente, se ha encontrado asintomático, con el cese espontáneo de la telorragia a las 4 semanas.

DISCUSIÓN

Se define *telorragia* como la “secreción hemorrágica a través del pezón”. Se trata de una entidad rara en pediatría, que provoca alarma en los familiares y el personal sanitario.

En la infancia, la causa más frecuentemente encontrada como responsable de la telorragia es la EDM. Consiste en la dilatación de los conductos galactóforos subareolares,² sin causa bien determinada, que origina la distorsión del tejido circundante y la acumulación de detritos intracanaliculares que determinan una reacción inflamatoria. Produce la dilatación de los conductos galactóforos de la región subareolar y la distorsión con progresiva fibrosis e inflamación.^{3,4} Con la evolución, los histiocitos forman un tejido de granulación con ulceración del epitelio ductal junto con las células gigantes fagocitarias, que producirá la telorragia posterior.⁴

En cuanto a las distintas causas de la EDM, se cree que podría ser secundaria a una infección bacteriana, a traumatismos, a alteraciones congénitas del sistema ductal o a alteraciones hormonales.⁵ Otras causas menos frecuentes podrían ser las reacciones autoinmunes, la fibroquistosis, el papiloma intraductal, entre otros.

La mayoría de los casos se presenta en niños sanos de ambos sexos, en los que se evidencia telorragia escasa unilateral o bilateral, con tumefacción subareolar o no, generalmente, sin componente inflamatorio.⁶ Suele manifestarse, sobre todo, en los lactantes, pero se han documentado casos prepuberales e, incluso, durante la pubertad.

Por tratarse de una entidad benigna, puede ser suficiente el control clínico y la ecografía de

FIGURA 1. Sangrado en el pezón derecho



FIGURA 2. Ecografía donde se identifica el área hipocogénica de 2 x 1 mm retroareolar profunda correspondiente a un ducto dilatado



la región. En la ecografía de partes blandas, se visualiza la dilatación de los conductos, pero no siempre están presentes, debido a que suelen ser formas leves de presentación. El estudio citológico de la secreción puede orientar al diagnóstico con la presencia de células epiteliales ductales e histiocitos. La telorragia es una de las principales preocupaciones acerca de la causa subyacente de carcinoma de mama.^{7,8} No existen casos reportados sobre carcinomas de mama en edades preescolares, pero sí en la adolescencia, como el carcinoma secretor juvenil y el filoides.⁹

El tratamiento electivo es conservador; se mantiene una actitud expectante y se tranquiliza a la familia, ya que, a menudo, el cuadro se resuelve de uno a nueve meses.^{10,11} Se aconseja efectuar un cultivo de la secreción y, si existen signos sugerentes de sobreinfección, con sospecha de inicio de mastitis, comenzar con antibioterapia empírica, teniendo en cuenta que el germen más frecuentemente implicado en dicho proceso es el *Staphylococcus aureus*.^{12,13} Se desaconseja la manipulación o masaje del área afectada, ya que aumenta la ulceración del epitelio ductal, la hemorragia, y favorece la colonización bacteriana. Se debe evitar cualquier procedimiento invasivo o cirugía, ya que podría dejar secuelas, como la distorsión y la disfunción del tejido mamario, que se manifestarán en la evolución del desarrollo mamario. Se debe pensar en una causa de carácter maligno, en el caso de que la descarga sea unilateral, espontánea, persistente y acompañada de una masa palpable, por lo que, en estos casos, se recomendaría realizar un estudio más invasivo.^{14,15} ■

REFERENCIAS

1. De Praeter C, de Coen K, Vanneste K, Vanhaesebrouck P. Unilateral bloody nipple discharge in a two-month-old male. *Eur J Pediatr*. 2008; 167(4):457-9.
2. Martínez Blanco J, Lombrana Álvarez E. Telorragia en la infancia ¿motivo de alarma? *Bol Pediatr*. 2012; 52(221):175-8.
3. McHoney M, Munro F, MacKinlay G. Mammary duct ectasia in children: Report of a short series and review of the literature. *Early Hum Dev*. 2011; 87(8):527-30.
4. Kelly VM, Arif K, Ralston S, et al. Bloody nipple discharge in an infant and a proposed diagnostic approach. *Pediatrics*. 2006; 117(4):e814-6.
5. Weimann E. Clinical management of nipple discharge in neonates and children. *J Paediatr Child Health*. 2003; 39(2):155-6.
6. Fernández Fernández S, Pinto Fuentes I, Vázquez López M, et al. Sangrado por el pezón en un lactante. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(1):109-10.
7. Affranchino P, Oglietti J, Amodeo D, Nastri M. Telorragia en el lactante por ectasia ductal. Consideraciones acerca de dos casos. *Arch Argent Pediatr*. 2013; 111(6):e152-5.
8. Unić Šabašov I, Skrabčić V, Buljević V. Bloody nipple discharge in infancy. *Paediatrics Today*. 2013; 9(2):214-6.
9. Martino A, Zamparelli M, Santinelli A, et al. Unusual clinical presentation of a rare case of phyllodes tumor of the breast in an adolescent girl. *J Pediatr Surg*. 2001; 36(6):941-3.
10. Jung Y, Chung JH. Mammary duct ectasia with bloody nipple discharge in a child. *Ann Surg Treat Res*. 2014; 86(3):165-7.
11. Plasencia Fernández E, Fontán Domínguez M, Rey Rey MJ, Míguez Silva F. Aproximación diagnóstica y manejo de la telorragia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; 10(39):457-62.
12. Zegpi MS, Downey C, Vial-Letelier V. Ectasia ductal mamaria en niños, a propósito de un caso clínico. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86(4):287-90.
13. Imamoglu M, Cay A, Reis A, et al. Bloody nipple discharge in children: possible etiologies and selection of appropriate therapy. *Pediatr Surg Int*. 2006; 22(2):158-63.
14. González González J, Carbonero Celis MJ, Juguera Rodríguez I. Ectasia ductal mamaria. A propósito de dos casos. *Acta Pediatr Esp*. 2011; 69(3):143-4.
15. Seo JY, Kim SJ, Lee SJ, et al. Bloody nipple discharge in an infant. *Korean J Pediatr*. 2010; 53(10):917-20.