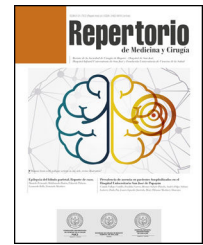




Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Artículo de investigación

Prevalencia de malignidad en las secreciones patológicas por pezón evaluadas en consulta de mastología



José Ismael Guío^{a,*}, Yandry Milena Cafiel^b, Johana Milena Puin^b y Juan Carlos Vergel^b

^a Programa de Mastología, Hospital de San José, Hospital Universitario Infantil de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C., Colombia

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de San José, Hospital Universitario Infantil de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C., Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de julio de 2017

Aceptado el 27 de julio de 2017

On-line el 21 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Secreción por pezón

Ecografía

Mamografía

Resonancia magnética nuclear

Histopatología

R E S U M E N

Objetivo: Describir la prevalencia de malignidad en las pacientes que presentan secreciones patológicas por pezón y que fueron evaluadas en la consulta de mastología en los hospitales de San José e Infantil Universitario de San José entre enero de 2009 a enero de 2015.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal en pacientes que consultaron por secreción patológica por pezón o en quienes se encontró este hallazgo al examen físico. Se excluyeron hombres, embarazadas y mujeres en período de lactancia.

Resultados: Se presentaron 70 pacientes con telorrea, de las cuales en el 38,5% se comprometió la mama derecha (27 mamas), en el 32,8% la mama izquierda (23 mamas) y hubo compromiso bilateral en el 28,5% de las pacientes (40 mamas), obteniendo un total de 90 mamas afectadas. El 98,6% presentó este síntoma como motivo de consulta. Se presentó mayor número de casos en la población de mujeres premenopáusicas (47,1%, 33/70). El papiloma intraductal se reconoció como agente causal en el 16,6%, la tasa de malignidad en estas secreciones fue de 2,8% (2/70 pacientes).

Conclusiones: En las pacientes con secreción por el pezón se debe descartar la presencia de enfermedad maligna mediante la toma de imágenes complementarias, para así poder definir la mejor conducta médica.

© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseguioa@hotmail.com (J.I. Guío).

<https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.09.003>

0121-7372/© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalence of malignancy in patients with abnormal nipple discharge assessed at the breast specialist clinic

ABSTRACT

Keywords:

Nipple discharge
 Ultrasound
 Mammography
 Magnetic resonance imaging
 Histopathology

Objective: To describe the prevalence of malignancy in patients presenting with pathologic nipple discharge (ND) attending the breast specialist clinic of San José and Infantil Universitario de San José hospitals between January 2009 and January 2015

Materials and methods: A cross-sectional cohort study conducted in patients who consulted for abnormal ND or with ND found in the clinical examination. Men and lactating and pregnant women were excluded.

Results: Seventy (70) patients consulted for abnormal ND, 38.5% had discharge from the right nipple (27 breasts), 32.8% from the left nipple (23 breasts) and 28.5% had bilateral ND (40 breasts), obtaining a total of 90 affected breasts. This complaint was the reason for consultation in 98.6%. Most of the cases were found in the premenopausal women population (47.1%, 33/70). An intraductal papilloma was the cause of ND in 16.6% and the malignancy rate found in these patients was 2.8% (2/70 patients)

Conclusions: A malignant lesion must be ruled out in patients presenting with nipple discharge by performing further imaging investigations to best define medical management.

© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La secreción por pezón o telorrea representa el tercer motivo de consulta en afección mamaria tras la presencia de masa y dolor¹. Se define como patológica si presenta las siguientes características: que sea espontánea, persistente, intermitente, unilateral, uniductal, hemorrágica, serosanguinolenta, acuosa como «cristal de roca» o asociada con masa².

La incidencia de telorrea oscila entre el 3% y el 7,4%, la mayoría de estas pacientes tiene un proceso benigno asociado, aunque del 5% al 20% de las pacientes con descarga patológica podrían tener neoplasia. La presentación del cáncer mamario, siendo la secreción por el pezón el único síntoma, es rara y ocurre en solo el 1% de los casos³.

La mayoría de las pacientes con descargas por el pezón tienen mamografías normales. Sin embargo, en las pacientes con esta sintomatología y que después se comprueba el diagnóstico de cáncer de mama, también pueden presentar mamografías normales. De ser necesario se realizará biopsia abierta guiada con imágenes, y durante el mismo acto quirúrgico se podría efectuar de forma previa o simultánea la resección de conductos terminales⁴⁻⁷.

En la actualidad no hay consenso sobre el enfoque diagnóstico para la evaluación de pacientes con secreción patológica del pezón. Se han incluido pruebas endocrinológicas, de imagen (mamografía, ecografía, resonancia magnética, ductografía) y citológicas. Los expertos coinciden en que una historia completa y el examen físico son la piedra angular para la evaluación inicial, seguida de un algoritmo de lógica de investigación. Basados en este enfoque lógico deben evitarse los exámenes diagnósticos innecesarios⁸.

En caso de evidencia de secreción patológica por el pezón la resección total de los conductos terminales es el método ideal para el estudio histopatológico y la indicación terapéutica en el manejo de este tipo de secreciones². El objetivo del

presente estudio es describir la prevalencia de malignidad en las pacientes con secreciones patológicas por pezón evaluadas en la consulta de mastología en los hospitales de San José e Infantil Universitario de San José de Bogotá entre enero de 2009 y enero de 2015.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal en donde se incluyeron pacientes que consultaron por secreción patológica por pezón, o en quienes se encontró este hallazgo al examen físico en la consulta de mastología en los Hospitales de San José e Infantil Universitario de San José de Bogotá (Colombia) entre enero de 2009 y enero de 2015. Se excluyeron hombres, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia. Los especialistas en mastología realizaron la valoración y registraron la información en la historia clínica, la cual fue capturada por medio de un formulario específico diseñado para este estudio.

Para el análisis de datos se utilizó el programa Stata 12[®]. Se describió la frecuencia de los hallazgos histopatológicos según el tipo de secreción. Para la caracterización de la población se tuvo en cuenta el número de mujeres y para la caracterización de las secreciones se analizaron el número de mamas.

Resultados

Se identificaron 70 pacientes con secreción patológica por el pezón, la edad promedio fue de 48,5 años, con un rango de 24 a 87 años, la escolaridad fue 72,8% (51/70) bachillerato, 15,7% (11/70) universitario y 11,4% (8/70) primaria. En el 98,6% de los casos (69/70) la secreción fue el motivo de consulta, el tiempo promedio de evolución fue 12 meses (RIQ), la presentación en las pacientes premenopáusicas fue 47,1% (33/70), mientras que en perimenopáusicas fue del 27,1% (19/70) y en

posmenopáusicas 25,7% (18/70). De las 70 pacientes que consultaron tuvieron en promedio 2 embarazos. El 82,8% (58/70) lactaron en algún momento de su vida. Se encontró que solo el 18,5% (13/70) tomaban anticonceptivos orales al momento de la valoración y el 2,8% (2/70) mencionó el uso de terapia de remplazo hormonal, por otro lado el 14,2% (10/70) de las pacientes reportaron tener antecedente familiar de cáncer de mama.

En cuanto al compromiso (mama afectada con la secreción) el 38,5% de las pacientes lo tuvieron en la mama derecha (27 mamas), 32,8% (23 mamas) en la izquierda y 28,5% fue bilateral (40 mamas), por lo que se evidenció compromiso total de 90 mamas; las características de estos hallazgos se describen en la [tabla 1](#).

Se realizó citología a 10 pacientes de las cuales 5 tenían diagnóstico de secreción anormal en la mama derecha, 3 en la mama izquierda y 2 fueron de manera bilateral, es decir, se realizó citología a 12 mamas. Las lecturas de citología fueron realizadas de manera extrahospitalaria, obteniendo que el 50% (6/12) fueron negativas para malignidad, el 33,3% (4/12) mostraron hallazgos inespecíficos y solo en 2 pacientes (16,6%, 2/12) se encontró el papiloma intraductal como causa de la telorrea.

Además de la citología se realizaron estudios imagenológicos diagnósticos complementarios. Por un lado, en ecografías se encontró categorización *Breast Imaging Reporting and Data System* (BIRADS 2) en el 55,7% (39/70), mientras que en mamografía esta categoría (BIRADS 2) fue evidenciada en el 58,5% (41/70). La resonancia magnética nuclear (RMN) se solicitó en aquellas con fuerte sospecha diagnóstica de lesión oculta y con imágenes convencionales no concluyentes; este estudio se realizó a 3 pacientes. El primer caso fue una paciente con reporte previo de mamografía y ecografía BIRADS 2, quien al examen clínico presentaba masa palpable en mama derecha, razón por la que se solicitó una RMN que arrojó un reporte final categorizado como BIRADS 2, al persistir igual categorización, se decidió tomar una biopsia de la masa con reporte de patología no conclusivo por déficit de material para el estudio, por lo que se llevó a resección quirúrgica de la masa con resultado histopatológico final compatible con fibroadenoma.

En los otros 2 ninguna de las pacientes cursaba con masa en el examen clínico, sin embargo una de ellas traía una RMN leída como BIRADS 4A, por lo que fue llevada a cirugía, y el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica arrojó un resultado negativo para malignidad.

De las 70 pacientes (90 mamas) identificadas con secreción patológica al examen clínico 29 se asociaron con masa, retracción, lesión de piel y adenopatías ([tabla 1](#)), todas fueron llevadas a biopsia y se encontró que solo el 3,4% (1/29) tenía sospecha de malignidad.

En la [tabla 2](#) se muestra la conducta tomada para cada una de las pacientes con evidencia de secreciones identificadas como patológicas. Fueron llevadas a cirugía un total de 65 mamas con intención diagnóstica y terapéutica. El 92,3% (60 mamas) se trataron quirúrgicamente mediante resección de conductos terminales y el 3,5% (5/60) requirieron cirugía selectiva dado los deseos de lactancia en el futuro.

De las 70 pacientes incluidas en el estudio se identificaron 90 mamas con secreción patológica, de las cuales 65 fueron llevadas a cirugía, a 15 se le realizó biopsia trucut o BACAF, de igual

Tabla 1 – Características de la secreción (mamas n = 95)

Espontaneidad n (%)	69	(76,6)
Aspecto de la secreción n (%)		
Hialina	6	(6,6)
Telorrea	56	(62,2)
Telorragia	26	(28,8)
Otros hallazgos al examen físico n (%) ^a		
Masa	13	(14,4)
Retracción	4	(1,4)
Lesión en piel	1	(1,1)
Ninguna	72	(80)
Resultado de citología de secreción por el pezón n (%) ^b		
Papiloma intraductal	2	(16,6)
Negativo	6	(50)
Otros (fibroadenoma)	4	(33,3)
Biopsia n (%) ^c		
ACAF	9	(10)
truCut	11	(12,2)
Dirigida	8	(8,8)
Arpón	1	(1,1)
No se realizó	61	(67,7)
Resultado de biopsia n (%)		
Benigno	27	(88,4)
No conclusiva	1	(5,8)
Sospechoso de malignidad	1	(3,4)
Ecografía n (%)		
BIRADS 0	5	(7,14)
BIRADS 1	11	(15,7)
BIRADS 2	39	(55,7)
BIRADS 3	11	(15,7)
BIRADS 4	4	(5,7)
Mamografía n (%)		
No aplica	7	(10,0)
BIRADS 0	9	(12,8)
BIRADS 1	12	(17,1)
BIRADS 2	41	(58,57)
BIRADS 4	1	(1,43)
RNM ^d		
BIRADS 2	2	(2,8)
BIRADS 4	1	(1,4)

^a Una paciente puede tener más de un hallazgo.

^b Datos para 12 mamas (reportes traídos por la paciente que fueron solicitados en su EPS).

^c Dato para 29 mamas.

^d Resonancia magnética nuclear en casos seleccionados por hallazgos no concluyentes en las otras imágenes.

manera unas fueron marcadas con arpón y otras ecodirigidas ([tabla 2](#)).

Del total de las pacientes incluidas que presentaron secreción patológica por pezón la prevalencia de malignidad fue de 2,8% (2/70), reportadas en el estudio histopatológico final. Frente a las variables de mayor interés clínico se encontró que se trataba de pacientes posmenopáusicas sin antecedentes relevantes quienes consultaron por telorragia, ambas en la mama izquierda, de presentación espontánea, con un promedio de 12 meses de evolución, al examen físico sin evidencia de masa, retracciones, lesiones de piel, ni adenopatías asociadas.

Estas pacientes tuvieron estudios de imagen de ecografía mamaria y mamografía BIRADS 2 sin masas definidas ni

Tabla 2 – Conducta y patología de procedimientos quirúrgicos

Manejo n (%)		
Resección de conductos	60	(92,3)
Selectiva	5	(4,6)
Resultado anatomopatológico n (%)^a		
Negativo	2	(2,5)
Papiloma intraductal	17	(21,5)
Ectasia ductal	32	(40)
Hiperplasia ductal	5	(6,2)
Hiperplasia atípica	1	(1,2)
Hiperplasia sin atipias	4	(5)
Cáncer de mama	2	(2)
Otros	22	(27,5)

^a Datos calculados con 85 mamas llevadas a biopsia o estudio de pieza quirúrgica.

microcalcificaciones sospechosas. No se requirieron estudios adicionales ni biopsias. Se realizó manejo quirúrgico mediante resección de conductos terminales, con compromiso de un ducto mamario, ambas pacientes tuvieron estadio I de la enfermedad con receptores hormonales para estrógenos y progesterona positivos, HER 2 negativo, solo una de las pacientes tuvo reporte de Ki 67, el cual mostró un resultado de 4%.

Discusión

La importancia de la valoración de las secreciones patológicas por pezón o telorrea radica en que es la tercera causa de motivos de consulta (8%) en nuestro servicio de mastología, siendo concordante con las estadísticas mundiales^{1,6,9}. Se ha visto que la telorrea tiene una asociación clínica con malignidad de 3,4% y por confirmación histopatológica de 2,8%.

En 1998 Leis et al. encontraron en una serie de 7.588 operaciones consecutivas que el 85% de las pacientes estudiadas tenían una masa, y de estas solo el 7,4% presentaron como el segundo síntoma más común la descarga o secreción por el pezón. De las pacientes con secreción patológica en el 7,6% se encontraron otras alteraciones como retracción del pezón, elevación, eccema, hundimiento o retracción de la piel, edema, ulceración de la piel, dolor y adenopatías axilares. Sin embargo, las secreciones por el pezón se asociaron con lesiones benignas en el 87%⁴.

Cebrián (2010) describe que lo más frecuente de la secreción patológica es que está asociada con un proceso benigno, siendo la causa más común el papiloma benigno intraductal (50%)¹. Carvalho (2009) encontró que los diagnósticos más frecuentes fueron ectasia ductal (35%), papilomas (31%), papilomatosis (8%) y adenosis esclerosante (8%)¹⁰. Nuestro estudio coincide en que la secreción patológica está asociada con un proceso benigno; sin embargo, la ectasia ductal representó la causa más frecuente en el 40%, seguida por otras como fibroadenoma 27,5% y papiloma intraductal 21,5%.

Un estudio publicado por James Han-Su Seow en 2011 documentó que presentaron malignidad el 2,7% de las pacientes con secreción de pezón¹¹. Es importante declarar que en nuestro estudio la prevalencia de malignidad en secreción

patológica por el pezón fue del 2,8%, con diagnóstico histopatológico definitivo.

Teniendo en cuenta los estudios de imagen, Lorenzon et al.⁷, de la Sociedad Europea de Radiología, sugieren que la RMN mamaria debería ser la imagen de elección cuando las convencionales son negativas, o si se presenta una secreción no explicada; sin embargo, en nuestro estudio la RMN no se consideró de gran utilidad, ni se realizó como estudio de imagen complementario, a pesar de que en algunas pacientes las imágenes convencionales fueran negativas, esto debido a su alto coste y que ante el diagnóstico de secreción patológica no aportó hallazgos de importancia clínica. En nuestra experiencia sugerimos que este no sea un examen de rutina ni complementario para pacientes con estas características.

La resonancia magnética nuclear (RMN) obtuvo una sensibilidad del 68% al 100% y del 40% al 100% para detección de enfermedad invasiva y cáncer de mama *in situ* respectivamente⁶. Lorenzon et al.⁷, de la Sociedad Europea de Radiología (2011), realizaron un estudio donde comparan la RMN, la mamografía y la ecografía como pruebas diagnósticas en pacientes que presentan descarga por el pezón, encontrando que la RMN debería ser la imagen de elección cuando las imágenes convencionales son negativas o por una secreción no explicada⁷.

Desde el punto de vista quirúrgico, Torregrosa et al.² concluyeron que el manejo de la secreción patológica en todos los casos debería ser quirúrgica, independientemente de si provenía de compromiso de uno o más conductos, con evidencia o no de telorragia, ya que esta no solamente tiene intención diagnóstica, sino terapéutica. De igual forma, las pacientes de nuestro estudio que fueron llevadas a cirugía de resección de conductos terminales también se realizaron con la doble intención diagnóstico-terapéutica.

Como limitaciones del estudio hay que considerar el tamaño de muestra, a pesar de haber sido desarrollada durante un período de 6 años, esto probablemente debido a la pérdida del seguimiento de las pacientes.

Conclusión

En las pacientes con secreción por el pezón es muy importante establecer si es patológica o no, puesto que no suele ser un signo de cáncer de mama cuando se presenta de manera aislada, por lo que es necesario realizar estudios clínicos y de imagen para definir el enfoque terapéutico a seguir. En nuestra experiencia la prevalencia de patología maligna es de 2,8%, dato basado en los reportes de histopatología.

Con respecto a la realización de biopsias en pacientes con secreción patológica por el pezón, no se sugiere su realización excepto que se asocie con masa, lesión en la piel y/o retracciones, ya que nos permitirá un mejor enfoque y/o conducta quirúrgica.

En cuanto al manejo quirúrgico con resección de conductos terminales se debe tener en cuenta no solo su finalidad diagnóstica, sino también su objetivo terapéutico, lo que nos lleva al alivio de la sintomatología de la paciente y a la obtención de un diagnóstico histopatológico definitivo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cebrían C, Ortego J. La telorrea como manifestación del carcinoma intraductal de mama. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53:476-9.
2. Torregroza-Diazgranados E, Gómez M. Tumores papilares intraductales del seno. *Rev Colomb Cir.* 2010;25:131-50.
3. Gulay H, Bora S, Kilicturgay S, Hamaloglu E, Goksel HA. Management of nipple discharge. *J Am Coll Surg.* 1994;178:471-4.
4. Leis HP Jr. Management of nipple discharge. *World J Surg.* 1989;13:736-42.
5. Jatoi IKM. Nipple discharges. *Management of breast diseases.* Heidelberg: Springer; 2010. p. 42-55.
6. Hussain AN, Policarpio C, Vincent MT. Evaluating nipple discharge. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61:278-83.
7. Lorenzon M, Zuiani C, Linda A, Londero V, Girometti R, Bazzocchi M. Magnetic resonance imaging in patients with nipple discharge: should we recommend it? *Eur Radiol.* 2010;21:899-907.
8. Moriarty AT, Schwartz MR, Laucirica R, Booth CN, Auger M, Thomas NE, et al. Cytology of spontaneous nipple discharge—is it worth it? Performance of nipple discharge preparations in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Nongynecologic Cytopathology. *Arch Pathol Lab Med.* 2013;137:1039-42.
9. Sakorafas GH. Nipple discharge: Current diagnostic and therapeutic approaches. *Cancer Treat Rev.* 2001;27:275-82.
10. Carvalho MJ, Dias M, Gonçalo M, Fernandes G, Rodrigues V, de Oliveira CF. What is the diagnostic value of nipple discharge cytology and galactography in detecting duct pathology? *Eur J Gynaecol Oncol.* 2009;30:543-6.
11. Seow JH, Metcalf C, Wylie E. Nipple discharge in a screening programme: Imaging findings with pathological correlation. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2011;55:577-86.