

## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## La telorrea como manifestación del carcinoma intraductal de mama

Carmelo Cebrián García\* y Javier Ortego Fernández de Retana

Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Recibido el 10 de octubre de 2008; aceptado el 13 de julio de 2010  
Accesible en línea el 8 de octubre de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Carcinoma intraductal;  
Mama;  
Telorrea

#### KEYWORDS

In situ carcinoma;  
Breast;  
Nipple discharge

#### Resumen

**Antecedentes:** La secreción por pezón es un método diagnóstico inocuo y accesible que, en la práctica, se considera de baja sensibilidad y especificidad diagnóstica.

**Caso:** Mujer de 45 años con telorrea derecha y escozor que como único dato en pruebas radiológicas presenta dilatación de 1 mm. de un conducto retroareolar. En una de las exploraciones, se consigue muestra de secreción a la expresión que muestra un fondo con hematías y algunos agregados de células epiteliales, con ligera superposición celular, contorno abollonado y otras veces liso. Las células muestran aumento de relación N/C, hiper cromasia, contorno nuclear irregular e imágenes de canibalismo. Con la sospecha de lesión papilar se realiza biopsia excisional que evidencia un carcinoma intraductal de grado medio con necrosis de tipo comedo.

**Conclusión:** Aunque el carcinoma ductal de mama, ya sea intraductal o infiltrante se expresa sólo raramente con telorrea, ante grupos epiteliales con atipia citológica no hay que olvidar esta posibilidad además de lesiones papilares.

© 2008 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Nipple discharge as a manifestation of ductal carcinoma in situ

#### Abstract

**Introduction:** Nipple discharge is an innocuous and accessible diagnostic method that, in practice, is considered to have low sensitivity and specificity.

**Case:** A 45-year-old woman presented with bloody right nipple discharge and burning sensation. Imaging tests revealed a 1-mm dilatation as the only finding of interest. In one of the examinations, a sample of the secretion was obtained that showed a bloody background and some clusters of epithelial cells, with slight cellular overlapping, and contour that was smooth in parts and dented in others. The cells showed an increase in the nucleus/cytoplasm ratio, hyperchromatic nuclei, irregular nuclear membrane and images of cannibalism. Because a papillary lesion was suspected, excisional biopsy was performed, revealing intermediate-grade ductal carcinoma *in situ* with comedo-like necrosis.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cebriang@salud.aragon.es](mailto:cebriang@salud.aragon.es) (C. Cebrián García).

**Conclusion:** Though the ductal carcinoma of the breast, whether in situ or invasive, is rare expresses nipple discharge, if there are epithelial clusters with cytologic atypia we have not forget this possibility besides papillary lesions.

© 2008 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

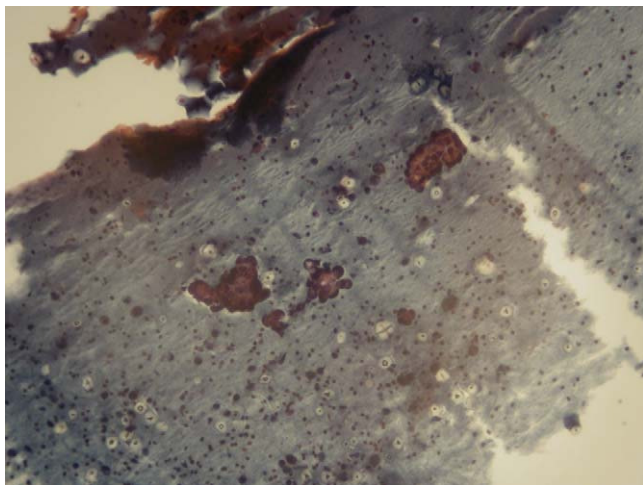
## Introducción

La secreción por pezón es un método diagnóstico inocuo y accesible que, en la práctica, se considera de baja sensibilidad y especificidad diagnóstica. Sin embargo, hay casos en la literatura que demuestran que, tanto el carcinoma invasivo como el intraductal pueden manifestarse con telorrea.

## Descripción del caso

Mujer de 45 años de edad sin antecedentes de interés que consulta por telorrea derecha y escozor. Clínicamente, en la misma mama se palpa un dudoso nódulo retroareolar de 2 cm de diámetro, doloroso a la palpación, con posibles adenopatías axilares. No se obtiene muestra para estudio de telorrea en la primera consulta. La mamografía no muestra lesiones sospechosas. En la ecografía, como único hallazgo se observa una dilatación de 1 mm. de un conducto retroareolar. Durante la realización de las pruebas radiológicas se obtiene escasa muestra de secreción para estudio citológico repartida en dos extendidos.

La citología muestra un fondo proteináceo y levemente hemático, células espumosas, y en uno sólo de los extendidos ocasionales agregados de células epiteliales gruesos, por lo que no permiten ver con absoluta nitidez las células (fig. 1). Estos agregados muestran células que hacen relieve en el contorno del grupo, y muestran ligera dehiscencia y células aisladas en las proximidades (figs. 2 y 3). Las células tienen un núcleo hiper cromático, con frecuencia en forma de media luna, rechazado a la periferia, y un citoplasma eosinófilo, donde se insinúa vacuolización. Se observa alguna imagen de célula dentro de otra célula. Las células aisladas



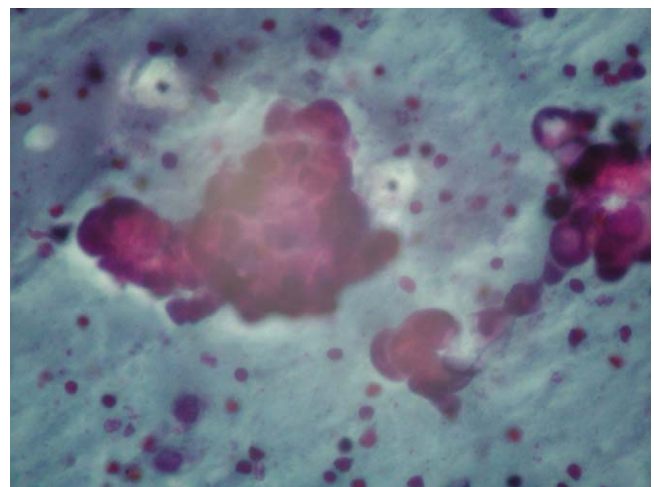
**Figura 1** Extendido con fondo proteináceo con hematies y grupos epiteliales gruesos, y células aisladas (Pap, x200).

tienen elevada relación núcleo/citoplasmática y unos núcleos hiper cromáticos y de contorno irregular.

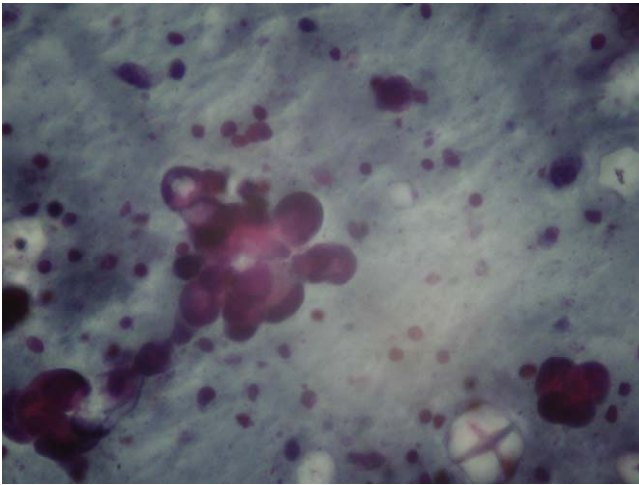
Se realiza biopsia excisional y posteriormente mastectomía subcutánea por afectación de márgenes quirúrgicos. Histológicamente, se diagnostica un carcinoma intraductal de mama grado intermedio, de patrones sólido y cribiforme, con necrosis de tipo comedo (figs. 4 y 5). Se acompaña de diseminación pagetoide por conductos y cancerización lobulillar (figs. 6 y 7). Se estiman unos diámetros en la primera pieza de 2,4x1,5 cm y afectación residual en la segunda pieza. No se encuentran calcificaciones. Otros hallazgos: hiperplasia ductal típica leve, adenosis y metaplasia escamosa en conductos y senos lactíferos.

## Discusión

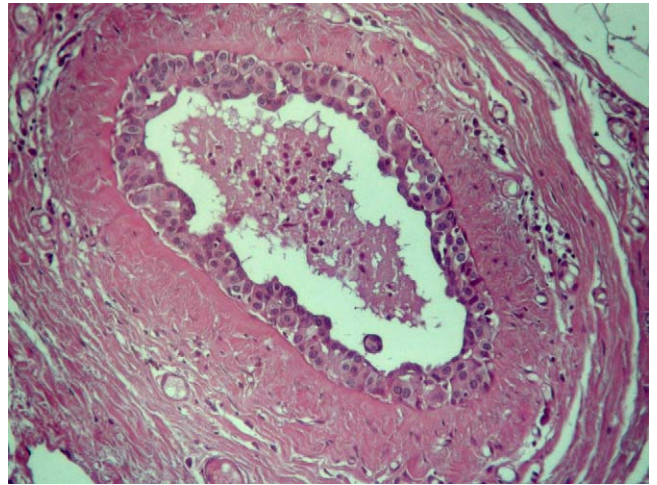
La secreción por pezón o telorrea representa el tercer motivo de consulta en patología mamaria tras la presencia de masa y el dolor, y en porcentaje supone aproximadamente el 5% de las causas de consulta<sup>1</sup>. Lo más frecuente es que represente un proceso benigno insignificante. La causa patológica más común es el papiloma benigno intraductal (50%), seguido de la ectasia, y con menos frecuencia el carcinoma, intraductal o invasivo. Aunque habitualmente suele despreciarse su valor en el diagnóstico del carcinoma, ocasionalmente se ha manifestado útil y hay series de casos y casos aislados publicados que lo confirman<sup>2-4</sup>. Se ha especificado que es especialmente útil en secreciones no fisiológicas unilaterales y sanguinolentas, y con eczema del pezón<sup>3</sup>. Aunque la sanguinolenta es especialmente sospechosa, no es exclusiva<sup>4</sup>.



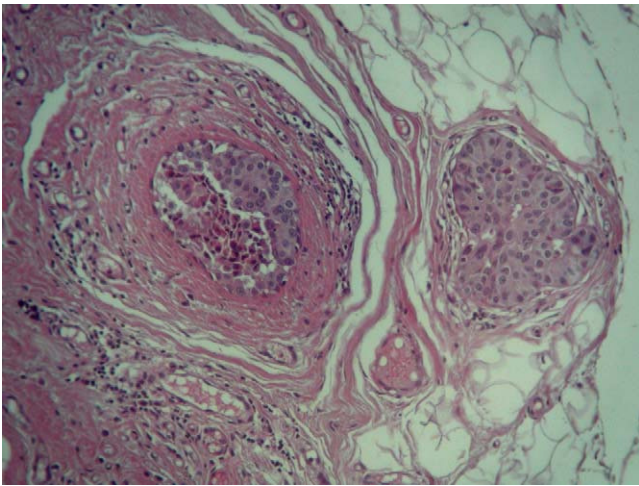
**Figura 2** Agregados epiteliales gruesos que no permiten ver el detalle celular con precisión, aunque sí se aprecian núcleos hiper cromáticos rechazados a la periferia celular. Citoplasmas con vacuolización. Se aprecian células epiteliales aisladas con elevada relación núcleo/citoplasmática (Pap, x400).



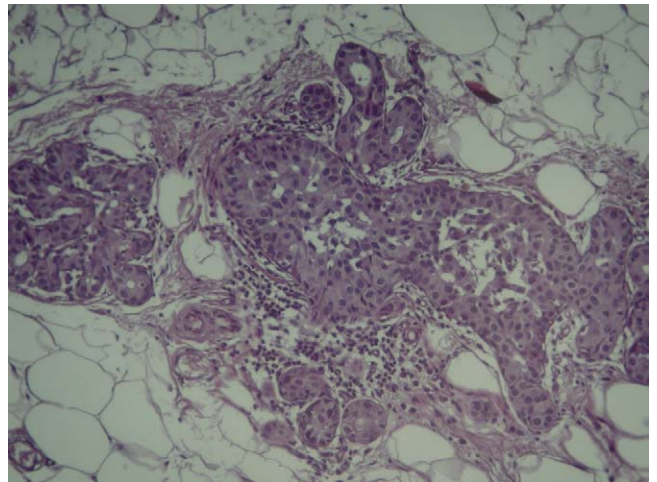
**Figura 3** Agregados epiteliales con dehiscencia celular, núcleos hiper cromáticos, vacuolización citoplasmática. Células epiteliales aisladas atípicas Pap, x400).



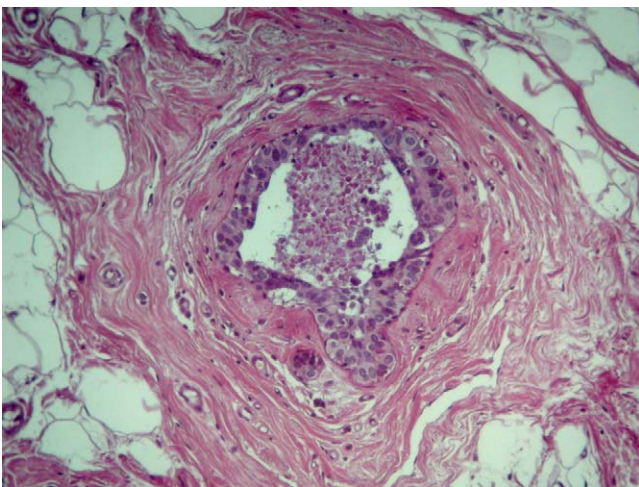
**Figura 6** Conducto que muestra diseminación pagetoide, con persistencia del epitelio ductal en la superficie de la luz y contiene material necrótico, así como una mórula de células tumorales viables (HE, x200).



**Figura 4** Foco de carcinoma intraductal no de alto grado nuclear, con necrosis de tipo comedo en uno de los conductos afectados (HE, x200).



**Figura 7** El tumor se origina en la unidad ducto-lobulillar terminal y muestra cancerización de lobulillos (HE, x200).



**Figura 5** Carcinoma intraductal no de alto grado nuclear, con necrosis de tipo comedo (HE, x200).

Aunque puede ser un hecho excepcional que el carcinoma intraductal (CID) se manifieste con telorrea, la presencia de telorrea se ha asociado con CID entorno a un 15% de los casos, cifra que puede ser menor si separamos la telorrea no espontánea (2,9%)<sup>1,4</sup>. Aunque hay series publicadas con una mayor sensibilidad<sup>3</sup>. Cuando la telorrea se asocia a masa palpable, como es nuestro caso, el porcentaje de carcinoma, incluido el invasivo, puede ascender a más del 60%<sup>1</sup>. Pero más importante, la sensibilidad del cuadro citológico para mostrar la malignidad también es todavía más baja, en torno al 4%<sup>5</sup>, por lo que un cuadro citológico negativo no excluye el cáncer. Sin embargo, la especificidad ha mostrado ser elevada en casos sospechosos o malignos, con una buena correlación histológica en lesiones palpables y no palpables<sup>2,6</sup>.

Para incrementar la sensibilidad de la telorrea, se ha propuesto estudiar los valores de ciertas moléculas como el antígeno carcinoembrionario y la enzima lactato deshidrogenasa<sup>5,7</sup>.

Debido a la poca sensibilidad, está recomendada la realización de pruebas complementarias con mamografía, ecografía y galactografía, siendo las dos últimas las que han mostrado ser más útiles<sup>5</sup>, ya que ante clínica, imagen y citología negativa, el proceso es casi siempre benigno, aunque se recomienda seguimiento a intervalos<sup>1</sup>.

En la citología, el carcinoma se caracteriza por células aisladas o en grupos, a menudo con bordes lisos, con las características habituales de malignidad. No obstante, los papilomas pueden mostrar un cuadro indistinguible. Se ha sugerido que lo más útil es la abundante celularidad y presencia de abundantes agregados celulares tridimensionales para lesiones papilares malignas<sup>8</sup>, o la poca cohesión celular con presencia de células aisladas con prominente nucleolo en extendido con fondo hemático para el carcinoma<sup>3</sup>. La presencia de CID tipo comedo, como en nuestro caso, puede desprender estructuras semejantes a papilas que posibiliten el diagnóstico mediante la valoración citológica de la telorrea<sup>9</sup>.

Se ha propuesto que la telorrea puede tener implicaciones pronósticas en CID, ya que puede aumentar la frecuencia de recidivas<sup>10</sup>, o puede ser un marcador de mayor extensión<sup>11</sup>. Aunque, por el contrario, también se ha recomendado una resección segmentaria ductulo-lobular en casos de telorrea y lesión no palpable<sup>5</sup>.

Como conclusión, a pesar de la baja sensibilidad, por presentarse en pocas ocasiones de carcinoma y por mostrar la citología malignidad en pocos casos, es un método simple y no invasivo que se ha demostrado ser útil en algunos casos, para indicar la realización de otras exploraciones, siendo una oportunidad de diagnóstico precoz incluso en CID cuando se da atipia citológica<sup>9,12,13</sup>, circunstancia que hay que tener en cuenta para evitar confusión con el más frecuentemente asociado a telorrea, papiloma intraductal<sup>13</sup>.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Gulay H, Bora S, Kilicturgay S, Hamaloglu F, Goksel HA. Management of nipple discharge. *J Am Coll Surg.* 1994;178:471–4.
2. Gupta RK, Gaskell D, Dowle CS, Simpson JS, King BR, Naran S, et al. The role of nipple discharge cytology in the diagnosis of the breast disease: a study of 1948 nipple discharge from 1530 patients. *Cytopathology.* 2004;15:326–30.
3. Pritt B, Pang Y, Kellogg M, St John T, Elhosseiny A. Diagnostic value of nipple cytology: study of 466 cases. *Cancer.* 2004;102:233–8.
4. Bauer RL, Eckhert KH, Remoto T. Ductal carcinoma in situ-associated nipple discharge: a clinical marker for locally extensive disease. *Ann Surg Oncol.* 1998;5:452–5.
5. Ito Y, Tamaki Y, Nakano Y, Kobayashi T, Takeda T, Wakasugi E, et al. Nonpalpable breast cancer with nipple discharge: how should it be treated? *Anticancer Res.* 1997;17:791–4.
6. Lee WY. Cytology of abnormal nipple discharge: a cyto-histological correlation. *Cytopathology.* 2003;14:19–26.
7. Kawamoto M. Breast cancer diagnosis by lactate dehydrogenase isozymes in nipple discharge. *Cancer.* 1994;73:1836–41.
8. Reid-Nicholson MD, Tong G, Cangiarella JF, Moreira AL. Cytomorphologic features of papillary lesions of the male breast: a study of 11 cases. *Cancer.* 2006;23.
9. Hirschman SA, Hoda SA, May M, Cody HS 3rd. Intraductal carcinoma in a male breast: diagnosis by nipple discharge cytology. *Diagn Cytopathol.* 1995;12:354–6.
10. Millar NA, Chapman JA, Fish EB, Link MA, Fishell E, Wright B, et al. In situ duct carcinoma of the breast: clinical and histopathologic factors and association with recurrent carcinoma. *Breast J.* 2001;7:292–302.
11. Ohuchi N, Furuta A, Mori S. Management of ductal carcinoma in situ with nipple discharge. Intraductal spreading of carcinoma is an unfavorable pathologic factor for breast-conserving surgery. *Cancer.* 1994;74:1294–302.
12. López-Rios F, Vargas-Castrillón J, Gonzalez-Palacios F, de Agustín PP. Breast carcinoma in situ in a male. Report of a case diagnosed by nipple discharge cytology. *Acta Cytol.* 1998;42:742–4.
13. Ranieri E, D'Andrea MR, D'Alessio A, Vecchione A. Male breast carcinoma in situ. Report of a case diagnosed by nipple discharge cytology alone. *Anticancer Res.* 1995;15:1589–92.