

ESTUDIO DE LAS SECRECIONES MAMARIAS

Aviño J., Legua V., Blanes A., Nohales F. y Pinotti, J. A.

RESUMEN

Se estudia 200 pacientes afectas de telorrea, analizándose los resultados obtenidos con diferentes métodos y técnicas de diagnóstico en patología mamaria: mamografía, teletermografía, termografía en placa, citología y estudio anatomopatológico. Se resalta el valor de la galactografía en el estudio de la patología ductal. Desde un punto de vista etiológico, la yatrogenia ocupó un lugar importante. La patología benigna (papilomas y ectasias ductales) fue la principal responsable de la secreción anómala por el pezón.

PALABRAS CLAVES: Telorrea. Diagnóstico.

SUMMARY

Two hundred patients with telorrea are studied with different methods: mammography, telethermography, plate thermography, cytology and anatomopathological study. Galactography is valuable in the study of ductal pathology.

In regards to etiology, iatrogenics was important. Benign pathology (papillomae and ductal ectasia) were principal causes of anomalous secretions through the nipple.

INTRODUCCION

La telorrea constituye un motivo frecuente de consulta en los gabinetes de Senología y, en ocasiones, es responsable de gran alarma y ansiedad para la paciente, sobre todo cuando dicha secreción es sanguinolenta. Hace 25 años, la secreción sanguinolenta se consideraba como un signo de carcinoma subyacente de la glándula mamaria. Hoy en día, es evidente que esta variedad, así como la serosa y serosanguinolenta, es muy probablemente originada por una lesión benigna, la más común de las cuales es el papiloma intraductal (20). No obstante, y a pesar de que sean escasos los carcinomas que se manifiestan con telorrea o telorragia, debe hacerse un estudio exhaustivo ante toda secreción anormal por el pezón y un estudio sistemático ante la presencia de telorreas, aunque sólo se sospeche un trastorno funcional. Por ser cada vez más frecuente el uso de agentes ha aumentado la incidencia de telorreas yatrogénicas.

Las modernas técnicas, como el radioinmuno ensayo, para determinar las cifras plasmáticas de prolactina y un mejor conocimiento de la acción de la misma, ampliamente documentado en la literatura (2, 17, 13, 7), nos ha permitido el conocer cuadros clínicos en que la alteración mamaria es exclusivamente por alteración de la prolactina o bien esta se encuentra asociada a hipogonadotropismo responsable de alteraciones menstruales, como puede ser la amenorrea (9, 10, 15).

MATERIAL Y METODOS

Valoramos un total de 200 pacientes que acudieron a nuestro consultorio de Senología por diferentes motivos y Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina de Valencia. Director: Prof. F. Bonilla-Musoles.

en las que se objetivó la presencia de telorrea, bien como trastorno único o asociado a otras patologías de la mama.

Se estudia la edad de aparición, motivo fundamental de consulta, las características de la secreción en cuanto a forma de manifestarse, localización y aspecto macroscópico de la misma. Se valoran los hallazgos obtenidos con las técnicas diagnósticas utilizadas de forma rutinaria en el estudio de la patología mamaria en general: termografía de placa, teletermografía, ecografía y mamografías. Asimismo, analizamos los hallazgos con los métodos o técnicas complementarias encaminadas al estudio más específico de la telorrea: prolactina en sangre determinada por R.I.A., radiografía de silla turca, galactografía, estudio citológico y anatomopatológico en algún caso. Finalmente, y en base a los datos de la anamnesis, exploración clínica y técnicas complementarias, se establece un diagnóstico etiológico.

RESULTADOS

Hubo un claro predominio de edades comprendidas entre los 30 y 39 años (Tabla No. 1). El motivo fundamental y más frecuente de consulta fue la percepción de secreción espontánea o provocada por pezones, siguiendo en orden de frecuencia la autopalpación de "bulto" y mastodinea (Tabla No. 2).

En cuanto a las características de la secreción, ésta era espontánea en 89 pacientes (44.50/o) y provocada en 111 (55.50/o). Predominó la secreción unilateral (580/o) (Tabla No. 3) y la de aspecto seroso (57.50/o), siendo la sanguinolenta la menos frecuente (Tabla No. 4).

Respecto a los hallazgos con las técnicas complementarias de diagnóstico, la teletermografía fue normal en la

mayoría de pacientes y sugestiva de malignidad (TH₄) en 7 (3.80/o), de un total de 183 exploraciones practicadas (Tabla No. 5). Resultados similares, en cuanto a imágenes de normalidad y sugestivas de malignidad, se obtuvo con la termografía de placa (Tabla No. 6). La ecografía detectó la presencia de una tumoración de aspecto benigno en 21 de 105 exploraciones, siendo los resultados en el resto, de absoluta normalidad (Tabla No. 7). Los hallazgos mamográficos quedan expuestos en la Tabla No. 8.

Se detectó hiperprolactinemia en 16 de 68 pacientes (23.50/o), en 3 más de 80 mg/ml. La radiografía de silla turca, en 54 pacientes, demostró la existencia imagen de doble suelo (8 casos) y de dorso desmineralizado (2 casos). El estudio citológico de la secreción realizado en todos los casos, fue de normalidad en la mayoría y sólo en 4 el diagnóstico fue sugestivo o positivo de malignidad. La papilomatosis y la ectasia ductal fueron los hallazgos más frecuentes en aquellos casos en que se realizó galactografía (Tabla No. 9).

En 61 pacientes se realizó estudio biopsico, destacando la ectasia y el papiloma intraductal como los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes (Tabla No. 10). Encontramos a la yatrogenia como única causa de la telorrea en 21 casos: 10 por Sulpiride, 3 por Diazepan, 2 por Clurdiazepóxido, 1 por Clorpromazina y 5 por Sulpiride más Diazepan.

TABLA No. 1

EDAD DE LAS PACIENTES

Edad	No.	o/o
< 20	14	7
20 - 29	42	21
30 - 39	74	37
40 - 49	53	27.5
50 - 59	11	5.5
> 60	6	3

TABLA No. 2

MOTIVO DE CONSULTA

	No.	o/o
Galactorrea	124	62
Tumoración	25	12.5
Mastodinia	19	9.5
Telorragia	12	6
Retracción pezón	6	3
Screening	14	7

TABLA No. 3

LOCALIZACION DE LA SECRECION

	No.	o/o
Unilateral	116	58
- Mama derecha	38	(32.70/o)
- Mama izquierda	78	(67.20/o)
Bilateral	84	42

TABLA No. 4

TIPO DE SECRECION

	No.	o/o
Serosa	115	57.5
Lechosa	72	36
Sanguinolenta	13	6.5

TABLA No. 5

HALLAZGOS TELETERMOGRAFICOS

Tipo de Termograma	No.	o/o
TH ₁	69	37.7
TH ₂	85	46.4
TH ₃	22	12
TH ₄	7	3.8
TH ₅	0	0
TOTAL	183	

TABLA No. 6

TERMOGRAFIA DE PLACA

	No.	o/o
Imagen normal	131	72.3
Componente vascular aumentado	41	22.6
Pezón caliente	9	4.9
TOTAL	181	

TABLA No. 7

HALLAZGOS ECOGRAFICOS

	No.	o/o
Imagen normal	84	80
Tumor benigno	21	20
Sospecha malignidad	0	0
TOTAL	105	

TABLA No. 8

HALLAZGOS MAMOGRAFICOS

	No.	o/o
Imagen normal	97	49.7
Displasia fibrosa	62	31.7
Hiperplasia ductal	21	10.7
Fibroadenoma	15	7.6
TOTAL	195	

TABLA No. 9

ESTUDIO CON GALACTOGRAFIA

	No.	o/o
Papilomatosis	26	24.9
Ectasia ductal	34	32.6
Normal	19	18.2
No valorable	11	10.5
Microquistes	4	3.8
Fibrosis	2	1.9
TOTAL	96	

TABLA No. 10

ANATOMIA PATOLOGICA

	No.	o/o
Ectasia ductal	24	39.04
Papiloma	18	29.8
Adenosis	2	3.2
Fibroadenoma	12	19.02
Mastopatía fibroquística	4	6.4
Carcinoma intraductal	1	1.6

COMENTARIOS

Nuestros resultados coinciden con lo dicho por WILLEMIN (1972): "es poco frecuente que una hemorragia mamaria responda a una afección maligna y debe considerarse como causa más habitual la ectasia ductal y el papiloma". Solamente en un caso dentro de las telorragias, la causa fue un carcinoma intraductal, lo que supone el 6.50/o de las telorragias y el 0.50/o del total de las telorreas. El síntoma telorrea, como motivo de consulta en el carcinoma de mama, es poco frecuente (24) y variable en las distintas estadísticas, y así es el 30/o para HAAGENSEN (1971), 90/o para DONEGAN y SPRATT (1979) y el 2.020/o para ASTUDILLO y cols. (1980).

No obstante, conviene recordar que la secreción patológica por el pezón puede ser el único síntoma de un estadio inicial del carcinoma (16).

La patología orgánica responsable, con más frecuencia en nuestra serie, de secreción anómala por el pezón fue la ectasia ductal. El síntoma más característico de la ectasia ductal es la telorrea, que suele ser sanguinolenta. Otras veces aparece como una tumoración palpable, de localización generalmente retroareolar o periareolar, en cuyo caso, la expresión radial de la mama determina la aparición de telorrea (22).

El papiloma intraductal y la papilomatosis ocuparon el segundo lugar en orden de frecuencia dentro de las causas orgánicas de la telorrea y la primera como responsable de telorrea en nuestra serie, al igual que en la de otros autores con gran prestigio dentro de la patología mamaria (11). Por otra parte, HAAGENSEN (11) defiende la opción de que el papiloma solitario y los papilomas múltiples suponen cuadros clínicos diferentes por el gran potencial de malignización de la papilomatosis, a diferencia del papiloma único, habitualmente de comportamiento benigno. En contraste con la opinión anterior, se indica que la papilomatosis es corriente encontrarla como hallazgo galactográfico (14), aún más que como hallazgo anatomopatológico, en razón de que el patólogo sólo realiza habitualmente cortes histológicos de las excrecencias más grandes, dejando de diagnosticar las formas más pequeñas, para las que sería necesario practicar muchos cortes seriados.

Respecto a la galactorrea, con o sin amenorrea, la causa no es identificable en un gran número de pacientes (17). Debe considerarse como galactorrea toda secreción láctea no relacionada con la gestación y el puerperio (más de 6 meses de intervalo), independientemente de sus aspectos cuantitativos y de su presencia espontánea o provocada por la expresión (21).

En ausencia de embarazo, la galactorrea en mujeres puede ser el resultado de un aumento de la secreción de prolactina por un tumor hipofisario secretor de prolactina

(5) o, secundariamente, resultado de la afectación hipotalámica (17), ciertas drogas (3) o hipotiroidismo (23). La causa de galactorrea sin aumento de la prolactina no se conoce. Puede ser por hiperprolactinemia intermitente o resultar del aumento de la sensibilidad tisular a la prolactina. Otras sustancias tienen acción prolactinémica, como la hormona del crecimiento, como se ha demostrado en primates (18). En razón de nuestros hallazgos, haremos hincapié en la yatrogenia, que es la causa más frecuente de hiperprolactinemia y galactorrea (21).

Se ha descrito diferentes medicamentos que pueden provocarla:

- Tranquilizantes mayores como el haloperidol, sulpiride y clorpromazina.
- Tranquilizantes menores como el clordiacepóxido y el diazepam.
- Antieméticos como la metoclopramida.
- Antidepresivos tricíclicos como la imipramina y amitriptilina.
- Antihipertensivos: metil dopa, reserpina.
- Opiáceos: morfina y drogas afines.
- Antihistamínicos: cimetidina, medicina.

El mecanismo de acción no está aclarado, pero pueden actuar de la siguiente manera (7):

1. Inhibiendo la síntesis de dopamina.
2. Impidiendo su almacenamiento.
3. Bloqueando los receptores dopaminérgicos.

Cabe destacar al sulpiride, el más frecuente en nuestros casos, para el que se invoca un estímulo directo a nivel hipofisario.

Todos los fármacos psicotropos, que potencialmente pueden causar galactorrea, producen incremento en los niveles de prolactina en el 100% de las pacientes que los toman y sólo un 50% desarrollan galactorrea, ya que ésta depende de la dosis, efecto aditivo de la asociación de varios de ellos, duración del tratamiento y, también, de la existencia de tejido mamario previamente preparado por los estrógenos (3).

Tras la interrupción del tratamiento, la galactorrea suele desaparecer en unos 15 días (3), lo cual ocurrió en todas nuestras pacientes con galactorrea yatrogénica.

Hay autores, como CALAF (6), que afirman que, para diagnosticar la hiperprolactinemia yatrogénica, el clínico tan sólo dispone —y debe bastarle— del recurso de una anamnesis cuidadosa. Sin restarle importancia a la anamnesis, consideramos que toda galactorrea debe ser estudiada con el auxilio de las técnicas complementarias adecuadas.

Ni el color ni la citología de la secreción puede denotar la naturaleza de la patología ductal con certeza (4, 19, 16).

Con respecto a las técnicas auxiliares, la galactografía es la técnica definitiva y que más nos va a ayudar. Se debe realizar en aquellos casos en que haya telorragia y no encon-

tremos tumor palpable y en los que haya una secreción serosa por un solo conducto. Sin embargo, es de poca utilidad para demostrar lesiones múltiples. Es el método diagnóstico de elección para localizar afectación intraductal en lesiones no palpables (16).

Ni la ecografía, ni la teletermografía, ni la termografía de placa, nos van a servir para tener un diagnóstico por sí solos, aunque pueden servir como complemento de las demás técnicas.

Sólo en los tumores más grandes o en las ectasias ductales marcadas en mamas con gran componente graso, la mamografía nos permitirá hacer un diagnóstico.

La citología será obligatoria en todos los casos, y complementándose con las demás técnicas exploratorias, lo que nos orientará hacia el tratamiento médico (generalmente con bromocriptina), supresión de la medicación cuando sean yatrogénicas o hacia el tratamiento quirúrgico en su caso.

REFERENCIAS

1. Astudillo V., Ayala V. y Fernández-Cid A.: Citado por Torre L. y cols. Diagnóstico clínico del cáncer de mama (aspectos generales). En Fernández Cid A. Patología mamaria. Ed. Salvat, Barcelona, 1980.
2. Archer D.F., Nankin H.R., Abor P.F., Marron J., Nosetr S., Wadhea S.R. y Josimovich J.B.: Serum prolactin levels in patients with inappropriate lactation. Amer. J. Obstet. Gynec. 119: 466-472, 1974.
3. Barri P.N. Galactorrea. En Fernández-Cid A. Patología mamaria. Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
4. Barth W., Müller R. und Mayle M.: Die weibliche Brustdrüse im Galaktogramm. Dtsch. Med. Wochenschr. 100: 1213-1224, 1975.
5. Bertrand G., Montez J. y Tollis G.: Prolactinoma: 92 cases treated surgically. Neuroendocrinology letters 3: 284-296, 1981.
6. Calaf J., Cabero A., Rodríguez, J. y Ruscalleda A.: Estudio diagnóstico de las hiperprolactinemias. XVII Reunión de ginecólogos españoles. Puerto de la Cruz (Tenerife), 1983.
7. Clavero-Núñez J.: Fisiología de la hiperprolactinemia. XVII Reunión de ginecólogos españoles. Puerto de la Cruz (Tenerife), 1983.
8. Donegan W.L. y Spratt J.S. Cancer of the breast, 2ª Ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1979.
9. Forbes A.P., Henneman P.H., Griwald G.C. y Albright M.: Syndrome characterized by galactorrhea, amenorrhea and low urinary FSH: Comparison with acromegaly and normal lactation. J. Clin. Endocrinol. Metab. 14: 265-271, 1954.
10. Gates R.B., Friesen H. y Samaon N.A.: Inappropriate lactation and amenorrhea: pathological and diagnostic considerations. Acta. Endocrin. Kbh. 72: 101-114, 1973.
11. Haagensen C.D. y Stout A.P.K.: The papillary neoplasms of the breast and benign intraductal papilloma. Ann. Surg. 131: 18, 1951.
12. Haagensen C.D.: Diseases of the breast. Ed. W.S. Saunders, Co. Philadelphia, 1971.
13. Hwang P., Gyda H. y Friesen H.: A radioimmunoassay for human prolactin. Proc. Nat. Acad. Sci. USA. 68: 1902, 1971.

14. Hoeffken W. y Lanyi M.: Mamografía. Técnica Diagnóstico, Diagnóstico diferencial. Resultados. Ed. Labor S.A. 1ª Ed. Barcelona, 1978.
15. Keye W. R., Chang R.J. y Jaffe R.B. Prolactin secreting pituitary adenomas in women with amenorrhea or galactorrhea. *Obstet. Gynec. Surv.* 32: 727-738, 1977.
16. Kindermann G., Ober K.G., Rummel W. y Weishaar J.: Radiographic demonstration of milk duct (galactography) in pathological discharge from the nipple. Excision of milk ducts and an adopted histological work-up. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 8: 273-282, 1970.
17. Kleinberg D.L., Noel G.L. y Frantz A.G.: Galactorrhoea: a study of 235 cases, including 48 with pituitary tumors. *New England Journal of Medicine*, 296: 589, 1977.
18. Kleinberg D.L. y Todd J. Evidence that human growth hormone is a potent lactogen in primates. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 51: 1.009-1.013, 1980.
19. Leis H.P.: Evaluation of nipple discharge. In: Gallager S. (ed) *Early breast cancer*. Willy, New York, 1975.
20. Leis H.P. y Pilnik S.: Secreciones por el pezón (telorrea). *Tiempos Médicos*. 13-27, 1981.
21. Parache J. y Gonzalez N.L.: Galactorrea. XVII Reunión de ginecólogos españoles. Puerto de la Cruz (Tenerife), 1983.
22. Píera J., Domenech A., Ribas D. y Fernández-Cid A.: Procesos pseudotumorales de la mama. En: Fernández-Cid A. *Patología mamaria*. Ed. Salvat, Barcelona. pp 247-254, 1982.
23. Ross F. y Nosynowitz M.L.: A syndrome of primary hypothyroidism, amenorrhea and galactorrhea. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 25: 59-64, 1968.
24. Torre L., Torralba J. y Fernández-Cid A.: Diagnóstico clínico del cáncer de mama (aspectos generales) En: Fernández-Cid A. *Patología mamaria*. Ed. Salvat, Barcelona pp 327-339, 1982.
25. Willemin A.: Mammographic appearances. *Les images mammographiques*. S. Karger, Basilea, 1972.