



Enfoque de la paciente con telorrea

Carlos Mario Córdoba Gómez

Ginecólogo Oncólogo Instituto Nacional de Cancerología

Docente Universidad de Antioquia

Gineco-oncólogo Hospital Universitario San Vicente Fundación

La telorrea definida como la secreción a través del pezón es uno de los motivos de consulta más comunes por patología mamaria [1]. 3 al 6 % de las mujeres que consulta por patología mamaria lo hace por secreción por el pezón [2]. Sin embargo, el síntoma es mucho más común, pues cerca del 50% de las mujeres en edad reproductiva y completamente asintomáticas pueden liberar una o más gotas de líquido por el pezón a la expresión del mismo [3].

La mayoría de las veces la telorrea es de origen benigno. El objetivo principal de la evaluación de las pacientes con telorrea -como ocurre con todos los motivos de consulta por patología mamaria- es diferenciar entre pacientes cuya secreción por el pezón es de origen benigna de aquellos que puedan tener de base papilomas intraductales, cáncer o lesiones de alto riesgo [4].

La telorrea se clasifica en fisiológica y patológica, estando esta última más fuertemente asociada a patología ductal (papilomas, ectasia y cáncer).

La telorrea fisiológica o galactorrea se define como secreción por el pezón, no patológica, no relacionada con el embarazo o la lactancia. En la galactorrea la secreción suele ser bilateral y por múltiples conductos, aunque también puede ser unilateral.

La secreción suele ser de color blanco o claro, y de una variedad de colores, incluyendo amarillo, verde, marrón o gris.

La galactorrea es frecuentemente causada por hiperprolactinemia, que puede ser secundaria a medicamentos, tumores endocrinos (adenoma pituitario), alteraciones endocrinas, o a una variedad de condiciones médicas.

Los medicamentos implicados son los que causan estimulación de los lactotropos o inhiben la dopamina; entre ellos se cuentan fenotiacinas, benzodiacepinas, sulpiride, haloperidol, metoclopramida, domperidona, reserpina, α -metildopa, estrógenos, anticonceptivos orales, opiáceos, antiulcerosos.

La estimulación neurogénica también se asocia a galactorrea al reprimir la secreción del factor hipotalámico inhibidor de prolactina, lo que resulta en la hiperprolactinemia [5]. La estimulación neurogénica puede ocurrir por la manipulación crónica del pezón por la mujer, su pareja o incluso la ropa. Un efecto similar se observa en procesos reparativos de traumas en el tórax como en el síndrome Post-toracotomía, quemaduras, lesiones de la columna cervical, herpes zoster. Intervenciones quirúrgicas y la anestesia, también puede inhibir la liberación de dopamina, lo que causa la hiperprolactinemia y la inducción de la galactorrea [6].

Trastornos endocrinológicos como el hipotiroidismo también se asocian con galactorrea mediado por elevación de niveles de prolactina.

En la telorrea patológica la descarga suele ser unilateral y localizada en un solo conducto, persistente y espontáneo. Puede ser serosa, sanguinolenta, o serosanguinolenta. La causa más común de secreción patológica por el pezón es un papiloma intraductal (52 a 57 %) [7].

Un papiloma es un tumor papilar que crece en el revestimiento del conducto de las mamas regularmente solitarios y benignos, pero pueden tener áreas con atipias o carcinoma ductal in situ (CDIS); el

tratamiento estándar es la resección completa de la lesión [8]. La segunda causa más frecuente de telorrea patológica es la ectasia ductal o cambios fibroquísticos (14 a 32 %).

Se encuentra malignidad en 5 a 15 % de los casos de telorrea patológica [4]. La neoplasia maligna más comúnmente asociada es el CDIS.

La edad es un factor predictor del riesgo de cáncer en las mujeres con secreción por el pezón. En una serie de mujeres con secreción por el pezón, los tumores malignos se presentaron en 3% de las menores de 40 años de edad, 10 % de los 40 a 60 años de edad y 32 % de las mayores de 60 [9].

Evaluación clínica

Una historia clínica detallada y un examen físico deben realizarse en todas las mujeres con secreción del pezón no relacionada con la lactancia. La historia clínica debe hacer énfasis en el uso de medicamentos, si la descarga es espontánea o provocada por la manipulación de la mama y si es unilateral o bilateral. Los cánceres en general presentan descarga espontánea, unilaterales, uniductal, con sangre oculta o evidente.

La secreción bilateral por el pezón es generalmente debida a causas endocrinológicas, farmacológicas o fisiológicas, aunque pueden ocurrir cánceres sincrónicos. Se debe interrogar una posible historia de trauma, así como de manipulación vigorosa de la mama por la paciente o su pareja. La aparición reciente de la amenorrea, oleadas de calor u otros síntomas de hipogonadismo, deben hacer pensar en hiperprolactinemia.

Un examen completo de las mamas, las áreas subareolares, axilas, supraclaviculares, infraclaviculares, es fundamental para tratar de descartar tumores malignos subyacentes; se debe observar la simetría y el contorno de los senos, la posición de los pezones, presencia de cicatrices y el patrón vascular, así como cualquier evidencia de retracción de la piel, edema, eritema, ulceración o formación de costras en el pezón y los cambios en el color de la piel. Se debe intentar identificar el conducto o conductos involucrados. Ejercer presión en un sentido horario alrededor de la areola puede ayudar a identificar un sitio específico o en el conducto que está produciendo la descarga. (Lo cual ayudaría a realizar escisiones más definidas y conservadoras).La

inspección de la piel de la mama y del complejo areola pezón ayuda a diferenciar entre enfermedad de Paget, infecciones locales y el eczema.

La secreción transparente o rosada, usualmente es secundaria a un papiloma. Las arterias musculares entran al papiloma a través del pedículo basal suministran adecuada irrigación al tumor, pero los vasos linfáticos y las venas se ven comprometidas en el pedículo estrecho con el consiguiente aumento de la presión vascular que provoca un trasudado hacia la luz del conducto

La telorragia franca simplemente significa que una lesión en el conducto sangra. El sangrado puede ser causado por un carcinoma intraductal (in situ o invasivo), un papiloma o cambios fibroquísticos benignos.

Evaluación diagnóstica

Además de la historia y hallazgos clínicos las pacientes que consultan por telorrea, la paciente con descarga Multiductal debe ser evaluada con el laboratorio: una prueba de embarazo, niveles de prolactina, pruebas de función renal y tiroidea (estas pruebas no están indicadas para la evaluación de la descarga uniductal). Además también se indica si hay otras alteraciones sistémicas, tales como irregularidades menstruales, infertilidad, dolor de cabeza, alteraciones visuales, o síntomas de hipotiroidismo, para hacer una evaluación endocrina completa de la paciente.

El test de sangre oculta para la telorrea que no es francamente hemorrágica tiene limitada utilidad, pues la sensibilidad de las pruebas de guayaco es sólo del 50 % [10].

Imágenes diagnósticas

Hay múltiples modalidades de imagen para la evaluación de la mama; se recomienda la mamografía y la ecografía como punto de partida. Todas las pacientes deberían tener una ecografía mamaria con énfasis en la región periareolar. La mamografía se debe ordenar en todas aquellas mayores de 30 años. Aunque la sensibilidad de la mamografía es baja, es la mejor modalidad para la identificación de lesiones sospechosas en la mama. La ecografía es especialmente útil para identificar lesiones dentro de los conductos y puede guiar la toma de biopsias o localizar la lesión para una biopsia quirúrgica

La ductografía o galactografía a menudo se utiliza para delinear un defecto intraductal de llenado que puede ser la causa de la secreción del pezón.

La citología es rara vez útil y no se recomienda. El examen citológico sistemático de todas las pacientes con telorrea no es costo-efectivo, pues la sensibilidad y la especificidad de la citología varía entre 17 y 66 %, respectivamente [11].

Otras pruebas diagnósticas incluyendo imágenes de resonancia magnética de mama, el lavado ductal, y ductoscopia pueden ser útiles en mujeres seleccionadas, pero no siempre son necesarios para el enfoque inicial de la telorrea

Mamografía - La mayoría de los expertos recomiendan que la mamografía se realice en mujeres con telorrea espontánea. Esto se limita generalmente a mujeres de al menos 30 años de edad debido a su más limitada sensibilidad en pacientes menores. Las mamografías pueden fallar en mostrar el cáncer o lesiones de alto riesgo de lesiones si son pequeñas, carecen de calcificaciones o son totalmente intraductales [12]. La sensibilidad y especificidad de la mamografía para la detección de cáncer o lesiones de alto grado varían de 7 a 10 % y 94 al 100% respectivamente [7].

Ultrasonido

El ultrasonido proporciona una herramienta útil para el diagnóstico de la enfermedad del conducto, en especial de localización peria-reolar y proporciona una visualización de los conductos dilatados y de cualquier nódulo en su interior; permite la visualización de la patología ductal, detectando lesiones tan pequeñas como de 0,5 mm de diámetro y puede ser utilizado para biopsias percutáneas de las lesiones guiadas por ecografía, además de la marcación con arpón por ultrasonido para resección quirúrgica de la lesión.

En una serie de 52 pacientes con sospecha de enfermedad del conducto, la ecografía tuvo una sensibilidad del 97% y una especificidad del 60% con un valor predictivo positivo del 95 % [13].

Ductografía

Es un estudio que requiere la instilación de medio de contraste yodado en el conducto enfermo [14]. La lesión intraductal aparecerá como un defecto de llenado intraductal, una obstrucción ductal completa, o una irregularidad de la pared. La ductografía sólo se puede realizar si la secreción del pezón es reproducible en el examen físico y si el conducto se puede canalizar. Tiene una sensibilidad

del 76% y una especificidad del 11% y un valor predictivo positivo de 19 %, por tanto la ausencia de una lesión en galactografía no excluye un cáncer [15]. El mayor valor de la ductografía es ayudar a identificar y localizar el conducto enfermo, lo cual puede ayudar al cirujano a limitar la cantidad de tejido extirpado. No debe realizarse en pacientes con mastitis o absceso mamario, ya que podría empeorar la inflamación. Puede causar mastitis si se inyecta demasiado material de contraste o si se ejerce demasiada presión durante la inyección, resultando en una perforación del conducto y la extravasación del medio de contraste.

La resonancia magnética (RM) cada día es más utilizada en la evaluación diagnóstica de la paciente con telorrea; la sensibilidad y especificidad reportada para pacientes estudiadas por telorrea con esta herramienta es de 77 y 62% respectivamente [15]. El valor predictivo positivo de la RM reportado es de 56%. La significativa tasa de falsos positivos y la poca disponibilidad de la biopsia guiada por RM limita la utilidad de esta modalidad.

Ductoscopia

La ductoscopia consiste en colocar una cánula de fibra óptica pequeña en el conducto con secreción anormal; el procedimiento se puede realizar en la oficina o en la sala de operaciones. Los más modernos tienen un diámetro exterior de 0,9 mm con canal de trabajo de 0,2 mm y puede ser usado para la insuflación y toma de muestras de tejidos.

La ductoscopia es cada vez más empleada como un método mínimamente invasivo para la evaluación y tratamiento [39,40]. Desde su introducción en 1988, el tamaño y la resolución de los equipos ópticos necesarios ha mejorado significativamente [16]. Como factor negativo, presenta una relativa dificultad para canalizar y dilatar el conducto preciso. No ha demostrado ser más eficiente que la escisión quirúrgica convencional del conducto enfermo para el diagnóstico y descarte de patología de alto riesgo.

Los defensores de este procedimiento sostienen que la ductoscopia permite la visualización de las lesiones más periféricas y pueden servir para disminuir la escisión quirúrgica del conducto de entidades benignas [16]. Es necesario estudio adicional y el refinamiento de esta técnica para incorporarlo a la práctica diaria. La falta de disponibilidad limita su utilización.

Las biopsias de piel pueden llegar a ser necesarias en ocasiones cuando al examen físico de la paciente con supuesta telorrea se encuentra que tiene lesiones en la piel del pezón en el lugar de la secreción. Estas lesiones pueden tener el aspecto de dermatitis o eczema con lesiones eritematosas que exudan o sangran. Estos pueden ser los primeros signos de la enfermedad de Paget de la mama. Si después de un curso corto plazo del tratamiento con esteroides tópicos no hay mejoría, debe ser considerada una biopsia de la piel para el diagnóstico definitivo.

Tratamiento

Si la piel está intacta, si no hay evidencia de telorrea espontánea ni puede ser provocada por el examinador y el resto de la exploración física y la evaluación radiológica es negativa, lo apropiado es un seguimiento clínico a corto plazo.

Si la paciente está tomando algún medicamento que se ha asociado con galactorrea y la evaluación de mama es negativa, la paciente debe ser instruida sobre los efectos secundarios de la medicación, en especial en los casos donde continuar con el medicamento es mandatorio (como ejemplo, los medicamentos antipsicóticos). Si el síntoma es muy molesto para el paciente, el medicamento puede ser disminuido o cambiado en consulta con el médico tratante. Si la causa subyacente es la hiperprolactinemia, se debe dar tratamiento específico orientado a reducir los niveles de prolactina sérica.

En el caso de la telorrea patológica, una vez que una evaluación completa ha descartado cualquier lesión de la mama, la paciente debe ser tratada con cirugía, realizando una escisión del conducto terminal. La cirugía es necesaria para el tratamiento de la secreción y para confirmar el diagnóstico. Esta es realizada por lo general a través de una incisión periareolar y se remueve el tejido retroareolar por lo menos 2 a 3 cm atrás del pezón. Cuando un solo conducto está implicado, el cirujano debe dirigir la resección al sitio de interés, tratando de preservar los conductos no afectados de tal manera que la lactancia pueda ser posible. El papiloma intraductal puede ser resecado utilizando como guía un catéter de conducto lagrimal colocado suavemente en el conducto enfermo, limitando así considerablemente la cantidad de tejido resecado.

Otro enfoque es realizar ductografía preoperatoria con la instilación de una mezcla de colorante (azul de metileno), que puede proporcionar una imagen visual del curso del conducto, que ayudaría a la identificación intraoperatoria del conducto a resecar.

La escisión en bloque de todos los conductos terminales se utiliza ocasionalmente para la telorrea de múltiples conductos o cuando no es posible identificar el conducto enfermo y no se pueden realizar resecciones más específicas. Un período de observación sin estimulación de los pezones se recomienda antes de proceder al tratamiento quirúrgico. Es importante discutir con las mujeres premenopáusicas las consecuencias de estos procedimientos que impiden la lactancia en el futuro. Algunas mujeres pueden lactar aun después de una extirpación localizada de uno o pocos conductos, sin embargo las cicatrices asociadas con la curación pueden hacer que esto sea difícil o imposible y las mujeres deben ser aconsejadas acerca de esta posibilidad. La escisión de los conductos también puede cambiar la sensibilidad del pezón. Se han reportado tanto la disminución en la sensibilidad como hipersensibilidad.

Referencias Bibliográficas

1. Hussain, AN, Policarpio, C, Vincent, MT. Evaluating nipple discharge. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61:278.
2. Santen, RJ, Mansel, R. Benign breast disorders. *N Engl J Med* 2005; 353:275.
3. Hughes, L, Mansel, R, Webster, D, Gravelle, I. *Benign disorders and diseases of the breast*. London, WB Saunders 2000.
4. King, TA, Carter, KM, Bolton, JS, Fuhrman, GM. A simple approach to nipple discharge. *Am Surg* 2000; 66:960.
5. Leung, AK, Pacaud, D. Diagnosis and management of galactorrhea. *Am Fam Physician* 2004; 70:543.
6. Morley, JE, Hodgkinson, DH, Kalk, WJ. Galactorrhea and hyperprolactinemia associated with chest wall injury. *J Clin Endocrinol Metab* 1977; 45:931.
7. Vargas, HI, Vargas, MP, Eldrageely, K, et al. Outcomes of clinical and surgical assessment of women with pathological nipple discharge. *Am Surg* 2006; 72:124.
8. Valdes, EK, Feldman, SM, Boolbol, SK. Papillary lesions: a review of the literature. *Ann Surg Oncol* 2007; 14:1009.

9. Seltzer, MH, Perloff, LJ, Kelley, RI, Fitts, WT Jr. The significance of age in patients with nipple discharge. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131:519
10. Simmons, R, Adamovich, T, Brennan, M, et al. Nonsurgical evaluation of pathologic nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2003; 10:113.
11. Kooistra, BW, Wauters, C, van de Ven S, Strobbe, L. The diagnostic value of nipple discharge cytology in 618 consecutive patients. *Eur J Surg Oncol* 2008
12. Sickles, EA. Galactography and other imaging investigations of nipple discharge. *Lancet* 2000; 356:1622
13. Ballesio, L, Maggi, C, Savelli, S, et al. Adjunctive diagnostic value of ultrasonography evaluation in patients with suspected ductal breast disease. *Radiol Med* 2007; 112:354.
14. Cardenosa, G, Doudna, C, Eklund, GW. Ductography of the breast: technique and findings. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 162:1081.
15. Morrogh, M, Morris, EA, Liberman, L, et al. The predictive value of ductography and magnetic resonance imaging in the management of nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2007; 14:3369.
16. Kapenhas-Valdes, E, Feldman, SM, Cohen, JM, Boofbol, SK. Mammary ductoscopy for evaluation of nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2008; 15:2720.