

## Secreción y tumoración mamaria en paciente de 14 años

María José Méndez Bustelo<sup>1</sup>, Manuel Joga do Muíño<sup>2</sup>, Ana Isabel Rodríguez Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Especialista en pediatría, <sup>2</sup>Médico de familia

Cad Aten Primaria  
Ano 2010  
Volume 17  
Páx. 212-212

Paciente de 14 años de edad que consulta por secreción espontánea a nivel de la areola de un líquido seroso de color amarillento (figura 1). No presenta dolor ni signos inflamatorios.

A la exploración se palpa bultoma de consistencia elástica y tamaño de un guisante observando una coloración azulada de la piel suprayacente y la secreción de líquido seroso de coloración amarillenta a la expresión del mismo. Estadío de Tanner 3. No menarquia. Peso 42 Kg y talla 1,60 cm (IMC = 16,4 kg/m<sup>2</sup>)

Se toma muestra del líquido para anatomía patológica que nos informan como: frotis inflamatorio sin signos de especificidad y para microbiología siendo el cultivo negativo.

Se solicita ecografía de mama (figuras 2 y 3) que identifica al menos 3 lesiones quísticas en región retroareolar de la mama derecha, una de ellas tabicada, de paredes delgadas y con contenido hipoeicoico.

La analítica de sangre, incluidas hormonas sexuales (LH, FSH, estrógenos), prolactina y hormonas tiroideas fueron normales.

¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

- Fibroadenoma
- Quiste retroareolar
- Malformación vacular linfática quística de la areola

¿Qué prueba indicaría?

- Ecografía mamaria
- Punción-aspiración
- Mamografía

¿Cuál sería el tratamiento?

- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antibióticos solos o asociados a antiinflamatorios
- Drenaje quirúrgico

### Correspondencia

María José Méndez Bustelo,  
Rúa Lino Villafínez n°4-1° 15704-Santiago de Compostela  
mariajose.mendez.bustelo@sergas.es



FIGURA 1

Secreción espontánea a nivel de areola



FIGURA 2

Imágenes ecográficas

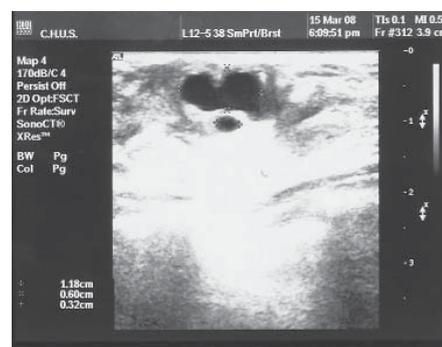


FIGURA 3

Imágenes ecográficas

## RESPOSTA A CASO CLÍNICO: SECRECIÓN Y TUMORACIÓN MAMARIA EN PACIENTE DE 14 AÑOS

Los quistes retro-areolares (QRA) constituyen la patología mamaria más frecuente en adolescentes peri y post-puberales, sin embargo son pocos conocidos<sup>1</sup>. Su incidencia es desconocida y la literatura al respecto es escasa. Afecta sobre todo a niñas de 9 a 20 años y aunque rara, puede aparecer en varones<sup>1-3</sup>.

En las adolescentes los quistes retro-areolares se presentan como masas subareolares palpables que pueden asociarse o no a cambios inflamatorios concomitantes<sup>1</sup> y en muchas ocasiones se presenta como una secreción espontánea de un líquido seroso<sup>4</sup>. También pueden infectarse, habitualmente por *Estafilococos*, dando lugar a mastitis y/o abscesos<sup>5</sup>.

Se cree que son dilataciones quísticas de glándulas mamarias accesorias que se abren junto con una glándula sebácea en la areola a nivel de los tubérculos de Montgomery<sup>1-3</sup> secundarias a una obstrucción y posterior dilatación del conducto que drena a nivel de dicho tubérculo. Aunque la hiperprolactinemia ha sido señalada como un factor patogénico en el desarrollo de ectasia ductal<sup>6</sup>, nuestra paciente presentaba cifras de prolactina normales, hecho también encontrado por otros autores<sup>5</sup>. Otras hipótesis para explicar la obstrucción del conducto incluyen metaplasia escamosa del epitelio que recubre el conducto, dilatación primaria de origen autoinmune o defecto en la reabsorción de las secreciones del conducto<sup>1,4</sup>. Dado que la etiología de los quistes retroareolares no está clara, su aparición probablemente está relacionada con el desarrollo de la mama.

El diagnóstico se realiza mediante ecografía<sup>2,7</sup>. Los quistes tienen morfología variable (redondeados, lobulares, aplanados) y con contornos lisos o anfractuosos. Pueden ser únicos o múltiples, uni o bilaterales con un diámetro en general, inferior a 20mm. Los quistes no complicados tienen las paredes delgadas y contenido anecogénico. Los complicados presentan paredes engrosadas, hipervascularizadas, con contenido ecogénico avascular, tejidos adyacentes hiperecogénicos y aumento de la vascularización al Doppler color. Estos sin tratamiento pueden transformarse en abscesos retroareolares. La ecografía es el examen de elección y es suficiente para confirmar el diagnóstico y controlar la evolución, no estando indicada la mamografía.

No es necesario efectuar punción aspirativa o biopsia diagnóstica. Tampoco es necesario hacer punción evacuadora puesto que drenan espontáneamente a la areola<sup>1,5,7</sup>.

La presencia de una tumoración retroareolar plantea un diagnóstico diferencial con el fibroadenoma, tumor más frecuente en las adolescentes, con el cistosarcoma phyllodes y con el papiloma intraductal que suele presentarse con una secreción sanguinolenta por la areola. La ecografía con Doppler color ayuda a diferenciarlos al demostrar un nódulo sólido intraductal hipervascularizado, sugerente de papiloma o un nódulo intraparenquimatoso, menos vascularizado, en el caso de un fibroadenoma<sup>1,5,7</sup>. En algunos casos también plantea linfangioma.

En la mayoría de los casos es suficiente con tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos acompañados o no de antibiótico oral si hay signos sospechosos de infección para evitar la evolución a absceso retroareolar.

Aunque en la mayoría de los casos tienden a resolverse espontáneamente se pueden presentar recidivas tanto en la misma mama como en la contralateral<sup>1,5</sup>.

Es fundamental el conocimiento de este cuadro y su evolución ya que permitirá una actitud terapéutica lo más conservadora posible, sobre todo teniendo en cuenta las consecuencias que sobre el desarrollo mamario femenino puede tener una intervención quirúrgica<sup>8</sup> en edades tempranas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Huneeus A, Schilling A, Horvath E, Pinochet M, Carrasco O. Retroareolar cysts in the adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 45-9.
2. Horvath E, Pinochet MA, Huneeus A, et al. Quistes retroareolares en adolescentes: aspectos clínicos y ultrasonográficos. *Rev Chil Radiol* 2007; 13 (3):122-126.
3. Günhan I, Esin M, Bozkaya A, Halil U. Male breast disease: clinical, mammographic and ultrasonographic features. *Eur J Radiol* 2002; 43(3):246-55
4. Rogerson T, Ingram D, Sterrett G, Goh YW. Areolar discharge and peri-areolar breast cysts in adolescent females. *The Breast* 2002; 11: 181-184.
5. Stricker T, Navratil F, Forster I, et al Nonpuerperal mastitis in adolescents. *J Pediatrics* 2006; 148:278-81
6. Peters F, Chuth W. Hyperprolactinemia and nonpuerperal mastitis (duct ectasia). *JAMA* 1989; 261:1618-20.
7. Huneeus A, Vargas HI, Vargas MP, Gonzalez KD, Eldrageely K, Iraj Khalkhali. Outcomes of sonography based management of breast cyst. *American Journal of Surgery* 2004; 188(4):443-447.
8. Sadove AM, Van Aalst JA. Congenital and acquired pediatric breast anomalies: a review of 20 year experience. *Past Reconstr Surg* 2005; 115:1039-50)