

## LA IMPORTANCIA DEL DERRAME POR PEZÓN

Dr. Francisco E. Gago, Encargado Sección Patología Mamaria, Policlínico Ferroviario de Mendoza.  
Dr. Rubén A. Giacchi, Residente 3<sup>er</sup> año, Policlínico Ferroviario de Mendoza.

### RESUMEN

El derrame por pezón es uno de los síntomas más frecuentes de la patología mamaria, pudiendo ser un signo precoz de la enfermedad neoplásica. Por lo cual es importante pesquisar el mismo, conocer los diferentes tipos y sus características, correlacionándolo con las diversas patologías que lo pueden presentar; el que debe ser estudiado siguiendo una metodología que presentamos en este trabajo.

Sobre 3.280 consultas de primera vez, 157 pacientes presentaron derrame por pezón, realizándose un estudio clínico, radiológico, citológico, termográfico e histopatológico.

Una de las consideraciones más importantes que hemos hallado es que ningún tipo de derrame es patognomónico de determinada patología.

### SUMMARY

The discharge by nipple is one of the most frequent symptoms of the mammary pathology that it may be a precocious sign of the neoplastic disease.

For which it is important to trace the same, know the various kinds and their characteristics, correlating them with the various pathology that they may present; these must be studied following a methodology that we present in this work.

On 3,280 consultations of first time, 157 patients present discharge by nipple, performing them a clinic study, radiological, cytologic, thermographical and histopathologic.

One of the most important considerations we have found is that none kind of the discharge is pathognomonic of a definite pathology.

### INTRODUCCION

Consideramos derrame por pezón a la salida anormal de líquido por los conductos galactóforos.

Ha recibido numerosas denominaciones: telorea, secreción mamaria, mama sangrante, mama segregante. No es una enfermedad de la glándula mamaria, sino un síntoma, que de acuerdo con sus características puede responder a muy diversas patologías.

La secreción mamaria es un hecho clínico nada despreciable en las pacientes que concurren al consultorio de Patología Mamaria, debiéndose pesquisar y estudiar con todos los métodos de diagnóstico que disponemos en la actualidad, siempre que el tipo de derrame y las características del mismo así lo determinen, como lo consideramos en el presente trabajo.

Generalmente se trata de un trastorno funcional, pero un porcentaje importante corresponde a una patología orgánica.

No incluimos en este estudio las galactorreas o derrame lácteo, que es la salida del calostro o leche fuera de la época fisiológica del embarazo o lactancia, por ser en la mayoría de los casos de causa extramamaria.

### MATERIAL Y METODO

En el consultorio de Patología Mamaria del Policlínico Ferroviario de Mendoza, sobre 3.280 consultas de primera vez, 157 pacientes presentaron derrame por pezón (cuadro nº 1), lo que corresponde al 4,80 %, cifra que coincide con la mayoría de los autores consultados: Uriburu, 8,70 %; Haagensen, 3 %; Moguilevsky, 10,60 %; Instituto Dexeus, 2,70 %.

De los 157 derrames estudiados por nosotros, solamente 2 correspondieron al sexo masculino (3,14 %).

CUADRO Nº 1

#### Frecuencia del derrame por pezón

	Total de pacientes	Total de derrames	%
Uriburu .....	6.256	568	8,70
Moguilevsky .....	2.965	296	10,60
Instituto Dexeus .....	3.475	94	2,70
Haagensen .....	—	—	3
Policlínico Ferroviario de Mendoza .....	3.280	157	4,80

La observación cuidadosa del derrame, en cuanto a su color, características físicas y consistencia nos permite clasificarlos macroscópicamente en sanguinolentos y no sanguinolentos. Estos últimos, a su vez, pueden ser serosos, seropurulentos y puriformes, permitiéndonos esta clasificación correlacionaria con el estudio citológico.

Nuestros hallazgos fueron los siguientes:

CUADRO Nº 2

#### Tipos de derrame

	Total	%
Hemorrágicos .....	35	22,30
No hemorrágicos .....	122	77,70
Serosos .....	68	43,31
Seropurulentos .....	21	13,38
Puriformes .....	33	21,01

Con respecto a la edad de presentación, como podemos observar en el cuadro nº 3 y su distribución, la mayor incidencia se ha presentado entre los 31 y 50 años, siendo la edad media de 44,17 años.

CUADRO N° 3  
Edad media y distribución

Edad media .....	44,17 años			
Distribución:	11-20	4	51-60	13
	21-30	24	61-70	25
	31-40	42	71-80	4
	41-50	45		

Tiene importancia asociar la edad media con las características macroscópicas del derrame (cuadro n° 4). Así los sanguíneos 50,60 años y en los puriformes 51,73. Observando que estas edades promedio coinciden con las de la patología que con mayor frecuencia presentan los distintos tipos de derrame.

CUADRO N° 4  
Edad media según derrame

Serosos y seropuriformes .....	38,51 años
Sanguíneos .....	50,60 "
Puriformes .....	51,73 "

#### ESTUDIO DEL DERRAME

En el interrogatorio es importante investigar si se presenta como síntoma aislado o acompañado de otro, como puede ser un nódulo, en cuyo caso pasa a segundo plano. Debiendo comprobarse si la compresión del mismo provoca el derrame.

Cuando se presenta como único síntoma el estudio adquiere real importancia, al igual que si es espontáneo o provocado, siendo de mayor valor el primero. También debe investigarse si es uni o bilateral, por uno o varios poros, en este último caso ver si tiene iguales características en todos los orificios de salida o son diferentes.

Nuestra casuística en el cuadro n° 5:

CUADRO N° 5  
Derrame por pezón

Obtención	Total	%
Espontáneos .....	137	87,30
Provocados .....	20	12,70
<b>Lateralidad</b>		
Unilaterales .....	93	59,20
Bilaterales .....	64	40,80

Realizamos el estudio citológico del derrame observando las características macroscópicas del mismo, descartamos las primeras gotas y procedemos a realizar el extendido en un portaobjeto, fijando el mismo en alcohol-éter. Nos es de utilidad la clasificación citológica de Uriburu Mosto y Bernardello, que nos permite correlacionar las características físicas del derrame con la citología y orientarnos en la posible etiología, y que es la siguiente:

**Tipo A.** Es un derrame seroso, y citológicamente compuesto por un material albuminoso, células epiteliales cúbicas y espumosas o pseudocolostrales.

**Tipo B.** Macroscópicamente es una secreción espesa, color amarillo y verdosa, y microscópicamente a los componentes anteriores se agregan células plasmáticas

y macrófagos, pudiendo, o no, tener escasos glóbulos rojos.

**Tipo C.** Es un derrame sanguinolento o serosanguinolento, cuya citología comprende colgajos de células epiteliales típicas rodeadas de numerosos hematíes. No lo subclasificamos a este tipo en C1 y C2, como lo realizan los autores originales, por la poca frecuencia en que hemos hallado granulomas intracanaliculares y a los fines de hacerla una clasificación práctica y didáctica.

**Tipo D.** Macroscópicamente también es hemorrágico o serohemorrágico. Microscópicamente, además de hallarse los elementos de tipo C, predominan las células francamente atípicas.

Los derrames tipo A nos orientan hacia una enfermedad displásica; los B, a una enfermedad dilatante de los conductos mamarios o inflamatoria; los C, a un tumor papilar o adenosis, y los D, a un proceso neoplásico.

Completamos su estudio cuando está indicado con la mamografía. En los casos de tumor palpable, ésta nos habla de las características benignas o malignas del mismo.

En los derrames sin tumor palpable nos puede orientar la presencia de microcalcificaciones anárquicas hacia un proceso neoplásico, mostramos fibrosis retroareolar, calcificaciones lineales intraductales, características de la ectasia ductal.

La mamografía contrastada o galactografía tiene su principal indicación en los derrames sin tumor palpable y por un solo poro, orientándonos en el diagnóstico de la lesión y su ubicación.

La termografía de contacto la realizamos de rutina por su inocuidad y por permitimos completar ciertas falencias de la mamografía, sobre todo en el estudio radiológico de las mamas densas y de las zonas retroareolares. La imagen termográfica de un pezón caliente es patognomónica de carcinoma, así como el aumento del calor periareolar nos indica la presencia de una enfermedad dilatante de los conductos mamarios.

La sistemática de todos estos estudios en ningún momento reemplazan o descartan la biopsia quirúrgica cuando está indicada.

Realizamos diagnósticos y tratamiento quirúrgico en las siguientes eventualidades:

1. Ante cualquier tipo de derrame con tumor palpable.
2. En los derrames sanguíneos uni o bilaterales, espontáneos o provocados, por uno o varios poros, con tumor palpable o sin él.
3. Ante la presencia de un derrame seroso cuando es unilateral y por un solo poro.
4. En los derrames puriformes cuando se asocian a empastamiento o tumoración retroareolar, retracción de pezón, o en pacientes que han presentado episodios repetidos de inflamaciones agudas.

Realizamos la investigación quirúrgica del conducto afectado utilizando la incisión de mastotomía de Moguevsky, permitiéndonos una amplia exploración y visualización de todo el sistema galactofórico, y reseca los mismos desde su inicio en el poro galactofó-

ro hasta su introducción en el lobulillo. Dosificando su extirpación según lo hallado en la semiología intraoperatoria.

Las causas de derrame por pezón en nuestro estudio son las siguientes:

CUADRO Nº 6  
Derrames por pezón

Enfermedad	Cantidad	%
Displasias	90	57,30
Ectasias ductales	33	21,10
Papilomas intraductales	16	10,20
Carcinomas	15	9,50
Papilomatosis displásicas	3	1,90

Los derrames sanguíneos se debieron a la siguiente patología (cuadro nº 7):

CUADRO Nº 7  
Derrame sanguíneo

Enfermedad	Cantidad	%
Papilomas intraductales	14	40
Carcinomas	13	37,10
Mastopatía escleroquistica	4	11,40
Papilomatosis displásica	3	8,60
Ectasia ductal	1	2,90

Las secreciones no hemorrágicas corresponden a las siguientes causas:

CUADRO Nº 8  
Derrames no sanguíneos

Enfermedad	Cantidad	%
Displasias	86	70,50
Ectasias ductales	32	26,30
Papilomas intraductales	2	1,60
Carcinomas	2	1,60

Uno de los motivos principales de los derrames por pezón es poder detectar si se debe a un carcinoma o no.

En nuestra casuística, sobre 415 carcinomas de mama, 15 presentaron derrame, o sea 3,33 %, cifra que coincide con los valores hallados por diferentes autores, que oscilan entre 2,30 % y 14,30 %, como lo demuestra el cuadro nº 9.

CUADRO Nº 9  
Derrame por pezón y cáncer

	Cánceres	Derrames	%
Moguilevsky	975	140	14,30
Uriburu	1.475	43	2,90
Donegan	774	69	9
Leis	923	29	3,10
Haagensen	1.669	39	2,30
Autores	415	15	3,33

Tiene importancia la correlación citohistopatológica para la detección del carcinoma, a pesar que su coincidencia es muy variable según los diferentes

autores consultados y que se describe en el cuadro nº 10.

CUADRO Nº 10  
Correlación citohistopatológica

Autor	Cáncer	Citología pos.	%
Papanicolaou (1959)	45	17	37,70
Kulgren (1964)	25	21	84
Sicard y Marsan (1959)	59	45	66,20
De The (1959)	22	13	59
De Vita (1977)	125	95	76
Mosto (1970)	16	5	31,20
Autores	15	9	60

Una de las explicaciones de esta falta de correlación citohistopatológica se debería a que a veces la causa del derrame es por una patología coexistente con el cáncer, sobre todo en los casos de derrames no hemorrágicos.

Del cuadro nº 10 se deduce que un diagnóstico citológico negativo no invalida la investigación quirúrgica, siempre que reúna las indicaciones ya mencionadas anteriormente. En nuestra casuística los hallazgos citológicos de los derrames por cáncer, fue el siguiente: Tipo A: 1 caso (6,70 %); Tipo B: 1 (6,70 %); Tipo C: 4 (26,60 %); y Tipo D: 9 casos (60 %).

En todo derrame por pezón el estudio histopatológico lo realizamos en forma diferida, debido a que las lesiones proliferativas halladas puede ser de difícil interpretación en la biopsia por congelación.

La anatomía patológica de los tumores malignos causantes de derrames por pezón fueron: 1) 12 carcinomas ductales; 2) 2 papilares; 3) 1 mucoide.

## CONCLUSIONES

De este trabajo podemos inferir que ninguna lesión produce de manera invariable un tipo específico de derrame, ni nos permite diferenciar una lesión benigna de una maligna.

El derrame por pezón es sólo un signo de anomalía que nos obliga a poner en marcha todos los mecanismos de diagnóstico a nuestro alcance para descartar o confirmar una lesión anaplásica.

Por lo tanto, todo derrame seroso debe ser investigado, especialmente si es espontáneo, unilateral y por un solo poro, de acuerdo con la sistemática desarrollada en el presente trabajo. También requiere investigación quirúrgica todo derrame sanguíneo, sea uni o bilateral, espontáneo o provocado por uno o varios poros.

El derrame puriforme requiere tratamiento quirúrgico cuando está asociado a induración o tumoración retroareolar, retracción de pezón o por episodios reiterativos de infección aguda.

Nos resulta de utilidad, para la investigación quirúrgica del derrame sin tumor palpable, la incisión de mastotomía, por la cual podemos comprobar y verificar la patología ductal, dosificando la magnitud de la resección de acuerdo con la extensión de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Collier, A. M; Pinotti, J. M.: "Termografía en placa. Manual descriptivo". IV Congreso Latino Americano de Mastología, IX. Quito-Ecuador, 1980.
2. De Vita, D. G.: "Citología en descarga papilar y punción aspirativa. Diagnóstico en mastología", 235. Editorial Manole, Brasil, 1980.
3. Donegan, W. L.; Sratt, J. S.: "Cáncer de mama". 2ª ed., 46. Editorial Médica Panamericana, 1982.
4. Fernández Cid, A., y col.: "Patología mamaria", 82. Salvat Editores, Barcelona, 1982.
5. Haagensen, C. D.: "Enfermedades de la mama", 2ª ed., 506. Editorial Beta, Buenos Aires, 1973.
6. Leis, H. P.: "Cáncer de mama precoz; detección y tratamiento", 69. Editorial A. C., Madrid, 1978.
7. Moguilevsky, I.: "Afecciones de la mama", 137. López Libreros Editores, Buenos Aires, 1973.
8. Pilnik, S.: "Derrame por el pezón", 611. I Congreso Argentino de Mastología, Buenos Aires, 1976.
9. Pinotti, J. A.: "Diagnóstico en mastología", pág. 93. Editorial Manole, Brasil, 1980.
10. Sampaio Goes, J. R. (jr.): "Conducta clínica y empleo de la galactografía en la mama", XI. II Congreso Latino Americano de Mastología.
11. Uriburu, J. V., y col.: "La mama". 2ª ed., tomo I, 89. López Libreros, Buenos Aires, 1977.