

## Ectasia ductal mamaria. A propósito de dos casos

J. González González, M.J. Carbonero Celis, I. Juguera Rodríguez  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «Virgen Macarena». Sevilla

Title: Duct ectasy. Two cases report

### Sr. Director:

La ectasia ductal mamaria es una manifestación poco común en los niños, que en ocasiones conlleva la aparición de una telorragia importante, cuya presencia puede causar una gran alarma entre los progenitores. No obstante, en la edad pediátrica un alto porcentaje de las patologías que conllevan telorragia tienen un pronóstico excelente y son de carácter autolimitado.

Presentamos dos casos de ectasia ductal mamaria.

#### Caso 1

Lactante de 8 meses de edad, que acude al servicio de urgencias por presentar una ingurgitación mamaria y un sangrado intermitente por el pezón derecho de una semana de evolución. No tenía antecedentes familiares, obstétricos ni neonatales de interés. No recibía lactancia materna desde el segundo mes de vida. Los padres no referían antecedentes traumáticos ni de manipulación en la niña, y negaban la ingesta de fármacos.

En la exploración la niña mostraba un excelente estado general y estaba afebril. En la inspección no presentaba anomalías en el área mamilar, pero se observaba una induración en la palpación de la areola derecha, que emitía una sustancia serosanguinolenta. Dicha zona no presentaba signos de sobreinfección ni dolor con la manipulación. El resto de la exploración por aparatos y sistemas fue normal.

Ante la sospecha clínica de una ectasia ductal, se solicitó una ecografía mamaria, en la que no se observaban lesiones nodulares ni otras alteraciones; tampoco se apreciaban asimetrías ecográficas entre las dos mamas. El cultivo de la secreción no aisló gérmenes sugerentes de sobreinfección.

Se derivó a la paciente al servicio de endocrinología pediátrica para efectuarle un seguimiento, y en pocos meses se observó una resolución espontánea de la afección.

#### Caso 2

Niña de 13 meses de edad, que acude al servicio de urgencias por presentar una ingurgitación mamaria con emisión de sangre de forma intermitente por ambos pezones de dos semanas de evolución.

No tenía antecedentes familiares, obstétricos y neonatales de interés. No recibía lactancia materna desde los 4 meses de vida. Los padres no referían antecedentes traumáticos

ni de manipulación en la niña, y negaban la ingesta de fármacos.

En la exploración estaba afebril. No se apreciaban alteraciones ni asimetrías en las mamas, los pezones y las areolas. Se observaba una secreción espontánea bilateral de una sustancia sanguinolenta. La palpación no provocaba dolor en las areolas, y no se observaban signos de rubor ni de calor local. El resto de la exploración por aparatos y sistemas fue normal.

Ante la sospecha clínica de una ectasia ductal, se solicitó una ecografía, en la que se observaban unas glándulas mamaras de 1 cm de tamaño aproximadamente, con formaciones quísticas anecoicas, más acusadas en el lado derecho. Al igual que en el caso anterior, no se aislaron gérmenes patógenos en el cultivo de la secreción.

Tras confirmar el diagnóstico se realizó un seguimiento clínico y ecográfico, y el cuadro se normalizó al cabo de 4 meses.

Aunque la galactorrea es un fenómeno que aparece con frecuencia en los neonatos y los lactantes en los primeros meses de vida, la telorragia en los lactantes o en niños más mayores es una patología rara que en ocasiones produce una gran alarma entre los familiares y el personal sanitario.

La causa más común de telorragia en estos pacientes es la ectasia ductal mamaria<sup>1-3</sup>.

La fisiopatología de esta entidad aún no está clara. Al parecer, el paso de hormonas maternas podría favorecer su desarrollo. Así, los estrógenos promoverían el crecimiento del sistema ductal, y la progesterona el de los alvéolos mamaros. La hormona foliculoestimulante y la prolactina también parecen tener un papel activo, ya que se han encontrado concentraciones particularmente altas de estas sustancias en el plasma de estos pacientes, que permanecen inalteradas en los primeros años de vida<sup>4,5</sup>.

Así pues, algunas series, como la de McKierman et al., han demostrado que gracias a estas hormonas las glándulas mamaras permanecen activas durante los primeros años de vida<sup>6</sup>.

Respecto al manejo terapéutico en los niños asintomáticos, se recomienda realizar un tratamiento conservador con controles ecográficos periódicos<sup>7,8</sup>. Se aconseja efectuar un cultivo de la secreción y, si existen signos sugerentes de sobreinfección, comenzar con antibioterapia empírica, teniendo en cuenta que el germen más frecuentemente implicado en dicho proceso es *Staphylococcus aureus*<sup>9</sup>. Se desaconseja la manipulación o el masaje del área afectada, ya que tales maniobras

conlleven una ulceración del epitelio ductal y el consiguiente sangrado, y favorecen la colonización bacteriana.

A diferencia del manejo de la telorragia en los adultos, en los niños se debe evitar la realización de biopsias u otras pruebas invasivas para descartar un proceso maligno, siempre que no existan otros signos sugestivos aparte del sangrado<sup>3,7</sup>.

## Bibliografía

1. Miller JD, Brownell MD, Shaw A. Bilateral breast masses and bloody nipple discharge in a 4-year-old boy. *J Pediatr*. 1990; 116: 744-747.
2. Weimann E. Clinical management of nipple discharge in neonates and children. *J Paediatr Child Health*. 2002; 39: 155-156.
3. Bober E, Ozer E, Akgur F, Buyukgebiz A. Bilateral breast masses and bloody nipple discharge in a two year-old boy. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 1996; 9: 419-421.
4. Fenster DL. Bloody nipple discharge. *J Pediatr*. 1984; 104: 640-641.
5. Sigalas J. Bloody nipple discharge in infants. *J Pediatr*. 1985; 107: 484.
6. McKiernan JF, Hull D. Prolactin, maternal oestrogens, and breast development in the newborn. *Arch Dis Child*. 1981; 56: 770-774.
7. Stringel G, Perelman A, Jiménez C. Infantile mammary ductal ectasia: a cause of bloody nipple discharge. *J Pediatr Surg*. 1986; 21: 671-674.
8. Menken KU, Roll C. Bloody nipple discharge in a three year-old girl. *Eur J Pediatr*. 1992; 152: 1.047.
9. Imamoglu M, Ali C. Bloody nipple discharge in children: possible etiologies and selection of appropriate therapy. *Pediatr Surg Int*. 2006; 22: 158-163.