

Galactocele: tumor mamario en un varón prepuberal

A. Beisti Ortego, C. Fuertes Rodrigo, E. Zozaya Álvarez, N. Moreno de Marcos, M.T. Llorente Cereza, E. Torres Soto
Servicio de Pediatría. Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)

Resumen

Introducción: Las enfermedades mamarias en niños y adolescentes de uno y otro sexo son poco frecuentes. Entre los tumores mamarios benignos, el galactocele es de rara aparición en la infancia y se caracteriza por la acumulación de fluido lechoso en una lesión quística mamaria.

Caso clínico: Niño de 4 años de edad, previamente sano, que presenta una masa retromamaria izquierda indolora. La ecografía muestra una lesión quística que es extirpada con diagnóstico anatomopatológico de galactocele.

Conclusiones: El galactocele debe considerarse una posible causa de tumor mamario benigno en la infancia. El diagnóstico anatomopatológico es clave y su exéresis resulta curativa. Finalmente, se precisan más estudios acerca de su etiología y fisiopatogenia, aún no esclarecidas.

Palabras clave

Galactocele, tumor mamario, quiste mamario

Abstract

Title: Galactocele: unilateral breast enlargement in prepubertal male

Introduction: Breast diseases in children and adolescents of both sexes are rare. Galactocele is an uncommon benign breast lesion in infants and children and is characterized by the accumulation of milky fluid in a mammary cystic lesion.

Clinical case: 4 years previously healthy male presented with left breast enlargement. Ultrasound showed cystic lesion which was excised with the diagnosis of galactocele.

Conclusions: Galactocele should be considered as a possible cause of benign breast tumors in infants. The microscopic examination is the key for the diagnosis and excision is curative. Finally, further investigations about its etiology and pathogenesis are necessary.

Keywords

Galactocele, breast enlargement, breast cyst

Introducción

Las enfermedades mamarias en niños y adolescentes de uno y otro sexo son poco frecuentes, considerablemente menos que en los adultos, y suponen tan sólo un 0,4% del total de las biopsias mamarias¹. La patología mamaria en la infancia se agrupa en malformaciones congénitas, problemas hormonodependientes, infecciones, traumatismos y neoplasias¹. La mayor parte de las lesiones mamarias en la edad pediátrica que se reciben en patología quirúrgica son propias de adolescentes y niñas. El 50-70% consiste en nódulos benignos: en las mujeres el fibroadenoma y en los varones la ginecomastia²⁻⁴. Los tumores malignos casi siempre son secundarios (metastásicos) a neoplasias hematopoyéticas, y cuando son primarios, el más frecuente en este grupo de edad es el tumor filoides maligno. Entre los tumores mamarios benignos, el galactocele es de rara aparición en la infancia, y se caracteriza por la acumulación de fluido lechoso en una lesión quística mamaria, sin presentar una etiología clara.

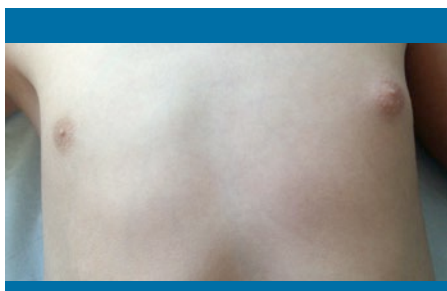


Figura 1. Asimetría mamaria

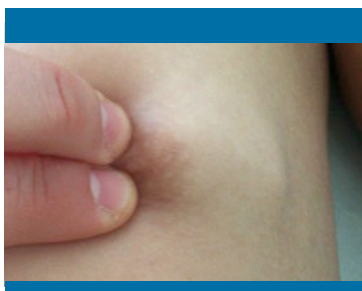


Figura 2. Palpación de la tumoración retromamaria izquierda

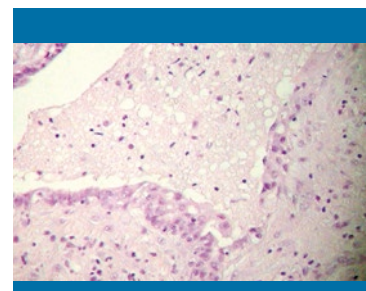


Figura 3. Imagen microscópica de la lesión, que muestra un conducto galactóforo dilatado con contenido seroso y revestimiento epitelial

Caso clínico

Niño de 4 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, remitido a la consulta de endocrinología pediátrica para la valoración de una masa retromamaria izquierda, observada de manera casual durante el baño la semana previa. El paciente no había presentado fiebre, dolor, secreción mamaria ni otra sintomatología acompañante. En la exploración se observaba una asimetría mamaria (figura 1); en la palpación se apreciaba una tumoración retroareolar izquierda de consistencia dura, móvil, no adherida a planos profundos, de aproximadamente 4×3 cm de diámetro (figura 2). No se palpaba ningún tumor en la mama contralateral. El estadio de desarrollo puberal del paciente era Tanner I; ambos testes se encontraban en bolsa, de consistencia normal, con un volumen de 2 mL; el resto de la exploración por aparatos se situó dentro de la normalidad. Se solicitó una analítica sanguínea hormonal, marcadores tumorales, bioquímica general y hemograma, con resultados dentro de los límites de la normalidad (tabla 1). La ecografía mamaria mostraba una lesión quística retromamilar izquierda de $2,5 \times 1$ cm en el tejido celular subcutáneo; no se apreciaban septos ni alteraciones de la ecogenicidad. Se procedió a la exéresis completa de la lesión con anestesia general, y se halló intraquirúrgicamente una lesión quística de contenido blanquecino.

El paciente fue dado de alta a las 24 horas de estancia hospitalaria con una evolución satisfactoria, sin presentar complicaciones. En el estudio anatomopatológico de la lesión se observa macroscópicamente un fragmento nodular irregular de $1,5 \times 1,3 \times 0,5$ cm, de consistencia firme elástica y coloración beige, y microscópicamente una inflamación aguda y crónica periductal, compatible con un galactocele (figura 3). Los bordes quirúrgicos no presentaban ninguna lesión histológica significativa.

Discusión

Ante el hallazgo clínico de un tumor mamario en la infancia hay que tener en cuenta el carácter bilateral o unilateral de la lesión, el sexo, la edad, el estadio puberal del niño y los hallazgos clínico-analíticos acompañantes. Las lesiones benignas más frecuentes en la infancia, como el fibroadenoma o la ginecomastia, son típicas de la pubertad y la adolescencia, y son excepcionales en los varones prepúberes, en quienes se deben investigar otras lesiones mamarias de más rara aparición, como malformaciones, abscesos o mastitis, y otros tumores secundarios a otra patología, como el neurofibroma y las metástasis, o primarios, como la ectasia ductal y el galactocele, u otros tumores benignos, como papilomas, linfangiomas, lipomas o hemangiomas.

TABLA 1

Resultados analíticos

Determinación	Resultado	Valores de normalidad
TSH (μ U/MI)	2,45	0,27-5
T4 libre (ng/mL)	1,40	0,8-2
Prolactina (ng/mL)	11	4-15
FSH (mU/mL)	0,8	NP
LH (mU/mL)	0,2	NP
Estradiol (pg/mL)	<5	NP
Testosterona (ng/mL)	0,03	NP
DHEA-sulfato (μ g/mL)	<0,1	NP
17-hidroxiprogesterona (ng/mL)	0,43	0,5-2,4
ACTH (pg/mL)	34	0-52
Cortisol 8 h (μ g/dL)	25,6	6-23
IGF-I (ng/mL)	97	63-279
IGF-BP-3 (mg/L)	3,7	1,4-5,2
CEA (ng/mL)	1,3	0-6
Alfafetoproteína (ng/mL)	1,6	0-7
Beta HCG suero (UI/L)	<0,1	0-7

NP: nivel prepuberal.

En la mayoría de ocasiones, el galactocele se presenta en mujeres jóvenes durante el embarazo, la lactancia o tras el destete. En la infancia, en cambio, es una patología poco frecuente, con menos de 30 casos descritos en la bibliografía, correspondientes todos ellos a varones. Puede ser unilateral (en un 67% de los casos) o bilateral, y se presenta como una lesión quística e indolora⁵⁻¹⁰. Aunque este paciente tenía ya 4 años en el momento del diagnóstico, los casos publicados corresponden en su mayoría a lactantes, con una media de 7 meses de edad en el momento de su aparición y de 15 meses en el momento del diagnóstico⁸.

Se cree que la etiología del galactocele es multifactorial. Las principales causas relacionadas con su aparición son tres: la estimulación previa o presente por prolactina, la presencia de tejido mamario secretor o la obstrucción ductal⁷. Además, se ha planteado la posible relación con la transmisión hormonal transplacentaria al feto; sin embargo, sólo se ha descrito 1 caso con diagnóstico al nacimiento⁸. Normalmente aparecerá de manera aislada, pero también podría ser parte de trastornos endocrinos, como la hiperprolactinemia, o estar asociado a otras malformaciones^{6,9}. En el paciente de este caso, al igual que en la mayoría de casos descritos, los niveles de prolactina resultaron normales y no había otras malformaciones ni patología acompañante.

Inicialmente, los galactoceles contienen líquido lechoso, pero con el tiempo puede volverse más cremoso o llegar a reabsorberse el fluido. En este caso, la aparición de una masa en un varón prepúber y asintomático hizo pensar en una patología mamaria tumoral benigna. El diagnóstico anatomopatológico es clave para la clasificación del quiste mamario como galactocele. Así pues, el diagnóstico de galactocele es microscópico tras la extirpación de la lesión, o mediante la aspiración con aguja fina del líquido lechoso⁵. Aunque se han descrito casos tratados mediante aspiración, el tratamiento más aceptado en la edad pediátrica es la exéresis de la lesión, que resulta curativa en todos los casos⁸.

Conclusiones

El galactocele, pese a ser una entidad de baja prevalencia en la edad pediátrica, debe considerarse una posible causa de tumor mamario benigno en la infancia. El diagnóstico anatomopatológico es clave y su exéresis resulta curativa. Finalmente, se precisan más estudios acerca de su etiología y fisiopatogenia, aún no esclarecidas.

Bibliografía

1. Rodríguez Velasco A, Toro Guerrero JA, López Corella E, Perezpeña Diazconti M, Valencia Mayoral P. Patología mamaria en niños: casuística de tres hospitales pediátricos de concentración. *Patología*. 2010; 48(3): 160-168.
2. Greydanus DE, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care*. 2006; 33: 455-502.
3. Simpson JS, Barson AJ. Breast tumours in infants and children: a 40-year review of cases at a children's hospital. *Can Med Assoc J*. 1969; 101(2): 100-102.
4. Umanah IN, Akhiwu W, Ojo OS. Breast tumours of adolescents in an African population. *Afr J Paediatr Surg*. 2010; 7: 78-80.
5. Boyle M, Lakhoo K, Ramani P. Galactocele in a male infant: case report and review of literature. *Pediatr Pathol*. 1993; 13: 305-308.
6. Poiana C, Chirita C, Carsote M, Hortopan D, Goldstein A. Galactocele and prolactinoma: a pathogenic association? *Maturitas*. 2009; 62: 98-102.
7. De Chadarévian JP, Arthur LG, Rezvani GA, Duke DS, Davis WJ, Faerber EN. The galactocele of male infants: an intriguing entity. Study and reflection about a case, with review of the literature. *Pediatr Dev Pathol*. 2011; 14: 144-148.
8. Vlahovic A, Djuricic S, Todorovic S, Djukic M, Milanovic D, Vujanic GM. Galactocele in male infants: report of two cases and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg*. 2012; 22: 246-250.
9. Güven A, Hancili S. Bilateral galactocele in a male infant with Down syndrome and congenital hypothyroidism. *Pediatr Int*. 2013; 55: e116-e118.
10. Cartafina Perez-Bóscollo A, Azevedo Dutra RA, Borges L, Stafuzza Gonçalves EM, Etchebehere RM, Rocha RL, et al. Galactocele: an unusual cause of breast enlargement in children. *J Pediatr Surg*. 2009; 44: 1E-3E.