

## Sangrado por el pezón en un lactante

S. Fernández Fernández<sup>a</sup>, I. Pinto Fuentes<sup>a</sup>, M. Vázquez López<sup>a</sup>,  
M. Guijarro Rojas<sup>b</sup> y A. Arregui Sierra<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Pediatría y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Severo Ochoa.  
Leganés. Madrid. España.

### CASO CLÍNICO

Un varón de 4 meses acudió al Servicio de Urgencias por presentar sangrado intermitente por el pezón izquierdo. Desde hacía 2 días, la madre notaba sangre roja en el pezón y restos hemáticos en la ropa. No referían manipulación de la zona, traumatismo mamario ni telorrea previos. El estado general del paciente era excelente, sin presentar signos de dolor, otro tipo de sangrado o sintomatología infecciosa. No existían antecedentes personales ni familiares de interés, ni referían ingesta de fármacos.

En la exploración física ambas mamas, areolas y pezones eran de características normales, sin tumefacción, signos inflamatorios o heridas. No se apreciaba botón mamario ni nódulos a la palpación. Con la presión aparecía escasa emisión de sangre por ambos pezones (fig. 1), sin que esto le produjera molestias.

El resto de la exploración física era normal, incluido el tamaño y características del pene y testículos, y no existían hematomas ni otros puntos de sangrado.

Como exploraciones complementarias se realizó hemograma, bioquímica sanguínea, estudio de coagulación y determinaciones hormonales que resultaron normales. El estudio microbiológico de la secreción fue negativo y la citología de la misma mostró extensión hemática acompañada de histiocitos y células epiteliales ductales, sin evidenciarse células malignas. Como prueba de imagen se realizó una ecografía mamaria que fue normal.

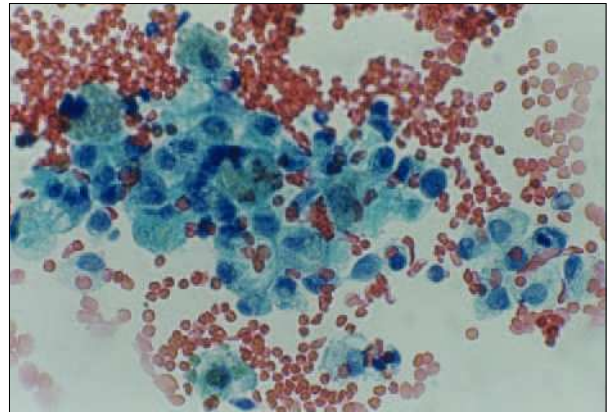
Las características clínicas del cuadro, así como el estudio citológico fueron clave para el diagnóstico.

### PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



**Figura 1.** Sangrado en pezón izquierdo.



**Figura 2.** Extensión hemática acompañada de histiocitos y grupos de células epiteliales ductales.

**Correspondencia:** Dra. S. Fernández Fernández.  
Servicio de pediatría. Hospital Severo Ochoa.  
Avda. Orellana, s/n. 28911 Leganés. Madrid. España.  
Correo electrónico: soniaferfer@hotmail.com

Recibido en marzo de 2005.  
Aceptado para su publicación en julio de 2005.

## ECTASIA DUCTAL MAMARIA

La secreción láctea y la hipertrofia mamaria son procesos relativamente frecuentes en recién nacidos y lactantes pequeños de ambos sexos debido al paso a través de la placenta de hormonas de origen materno. Sin embargo, el sangrado por el pezón es un cuadro infrecuente en la edad pediátrica que suele corresponder a un proceso benigno y autolimitado como es la ectasia ductal mamaria<sup>1</sup>, a diferencia de la población adulta, en la que se asocia tanto a lesiones benignas (papiloma intraductal y ectasia ductal) como a carcinomas mamaros.

La ectasia ductal mamaria es una rara entidad considerada como la causa más frecuente de telorragia en la infancia.

En 1983 se publicaron los primeros casos de telorragia infantil, en dos lactantes de 6 y 10 semanas de edad<sup>2</sup>. Más tarde, varios autores han descrito este cuadro clínico en ambos sexos, con edades comprendidas entre las pocas semanas de vida y la preadolescencia<sup>1-9</sup>. Es un trastorno que resulta de la dilatación de los conductos galactóforos en la región subareolar que originan la distorsión de los mismos junto con cambios en los tejidos circundantes en forma de fibrosis e inflamación<sup>3,4</sup>. Esta dilatación produce una considerable desproporción con respecto a otros conductos, y material lipídico y detritos ocupan su cavidad. Con la evolución, las células gigantes fagocitarias que rodean al material lipídico junto con los histiocitos forman un tejido de granulación con ulceración del epitelio ductal que será responsable de la telorragia posterior<sup>1,5</sup>.

No se conoce a ciencia cierta cuál es el desencadenante de esta enfermedad, y aunque se han considerado estímulos hormonales<sup>2</sup>, malformaciones o infecciones, no se ha conseguido probar ninguno de ellos en los casos publicados en niños.

En cuanto a la exploración física, en la población infantil las mamas suelen tener un aspecto normal y es frecuente encontrar como único síntoma el sangrado, que suele ser escaso, unilateral o bilateral. No obstante, se han publicado casos con hipertrofia mamaria leve o nódulos palpables de pequeño tamaño, sin que esto empeore necesariamente la evolución.

En la población adulta suelen aparecer con frecuencia casos más evolucionados con grandes nódulos palpables en la zona subareolar o incluso retracción del pezón, y se suelen acompañar de signos inflamatorios en la zona.

Parece pues que los cambios histológicos producidos se correlacionan con el estadio de la enfermedad, y es más grave en adultos que en niños<sup>4,5</sup>.

En cuanto al diagnóstico, se postula la ecografía mamaria como prueba de imagen útil para la visualización de los conductos dilatados y, si bien en la población infantil es frecuente que esta prueba sea normal, debido a que suelen ser formas leves de presentación. El estudio citológico de la secreción puede orientar al diagnóstico con la presencia de células epiteliales ductales e histiocitos<sup>6</sup>.

A pesar de la limitada experiencia, el sangrado por el pezón en la infancia parece un proceso benigno que se soluciona espontáneamente en semanas o incluso meses. Así pues, y a pesar de exéresis practicadas en la literatura médica<sup>1,3,7</sup>, los procedimientos quirúrgicos, incluida la biopsia, deben ser evitados sobre todo en niñas por las posibles complicaciones posteriores y el tratamiento debe ser conservador<sup>1,5</sup>.

En nuestro paciente, la clínica y manera de presentación eran iguales a las descritas en las publicaciones anteriores y que sugerían esta patología. Parece una forma leve de la enfermedad, por no acompañarse de hipertrofia ni nódulos mamaros en la palpación.

En el caso clínico que nos ocupa se realizó hemograma, bioquímica sanguínea y estudio hormonal (estrógenos, progesterona y prolactina) con resultados normales; la ecografía mamaria fue normal y el cultivo de la secreción fue negativo. El estudio citológico mostró células epiteliales ductales sin malignidad, hallazgo compatible con ectasia ductal mamaria.

Como hemos comentado con anterioridad, la evolución de estos pacientes es hacia la curación espontánea sin precisar intervención ni tratamiento, y es muy importante tranquilizar a los padres al respecto. En nuestro paciente el sangrado cedió en unas semanas sin recurrencia posterior.

En conclusión, la telorragia es una entidad rara en la población pediátrica que se debe fundamentalmente a ectasia ductal mamaria y que, a pesar de la gran preocupación que causa en la familia, el sangrado es un cuadro benigno y autolimitado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Miller JD, Brownell MD, Shaw A. Bilateral breast masses and bloody nipple discharge in a 4-year-old boy. *J Pediatr*. 1990;116:744-7.
2. Berkowitz CD, Inkelis SH. Bloody nipple discharge in infancy. *J Pediatr*. 1983;103:755-6.
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;9:419-21.
4. Kitahara S, Wakabayashi M, Shiba T, Nonaka K, Nonaka H, Kobayashi I. Mammary duct ectasia in children presenting bloody nipple discharge: A case in a pubertal girl. *J Pediatr Surg*. 2001;36:E2.
5. Menken KU, Roll C. Bloody nipple discharge in a 3-year-old girl. *Eur J Pediatr*. 1993;152:1047.
6. Sakorafas GH. Nipple discharge: Current diagnostic and therapeutic approaches. *Cancer Treat Rev*. 2001;27:275-82.
7. Olcay I, Gokoz A. Infantile ginecomastia with bloody nipple discharge. *J Pediatr Surg*. 1992;27:103-4.
8. Fenster DL. Bloody nipple discharge (letter). *J Pediatr*. 1984;104:640.
9. Sigalas J, Roilides E, Tsanakas J, Karpouzias J. Bloody nipple discharge in Infants. *J Pediatr*. 1985;107:484.