

# IMÁGENES EN SECRECIÓN POR PEZÓN: ¿QUE DEBEMOS SABER?



Autores:

Cardona L<sup>3</sup>, Vidales V<sup>2</sup>, Kogan L<sup>2</sup>, Cernadas A<sup>2</sup>, Rocha D<sup>2</sup>,  
García A<sup>1</sup>.

1. Jefa de servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.
2. Médico de Staff, servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina
3. Fellowship área de la mujer Hospital Británico de Buenos Aires

## OBJETIVOS

- Describir las causas más frecuentes de la secreción por pezón
- Plantear un algoritmo imagenológico diagnóstico
- Ejemplificar con casos clínicos y su correlación anatomo radiológica.

## REVISIÓN DEL TEMA

La secreción por pezón es una consulta frecuente en la práctica diaria.

Debemos diferenciar una secreción fisiológica: generalmente, bilateral, multiporo, no espontánea y clara, de la secreción patológica: unilateral, uniporo, espontánea y serohemática. Esta última requiere estudios imagenológicos.

Su causa más frecuente son los papilomas intraductales o la ectasia ductal, no obstante entre un 5 al 35 % de los casos podemos encontrar una lesión maligna subyacente.

En las pacientes mayores de 40 años el primer estudio a realizar es una Mamografía bilateral, aunque su sensibilidad es baja (7-26%), acompañada de una ecografía, cuya sensibilidad es del 63 al 100 %.

El examen citológico de la secreción tiene una alta tasa de falsos negativos cercana al 50 %. La ductografía es una técnica invasiva y no disponible en muchos centros de diagnóstico, su sensibilidad es del 94%.

La RM con contraste tiene una sensibilidad del 96 %, con un alto valor predictivo negativo para descartar malignidad.

# EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA SECRECIÓN POR PEZÓN

## **PATOLÓGICA**

Unilateral  
Espontánea  
Uniporo  
Seroso/sanguinolento  
Benigno/maligno  
Requiere imágenes

## **FISIOLÓGICA**

Bilateral  
No es espontánea  
Multiporo  
Blanco/verde/amarillo  
Benigno  
No se requieren imágenes

La probabilidad de malignidad en pacientes con secreción por pezón, aumenta con la edad y con el hallazgo de una masa palpable.

# CAUSAS DE SECRECIÓN PATOLÓGICA POR PEZÓN

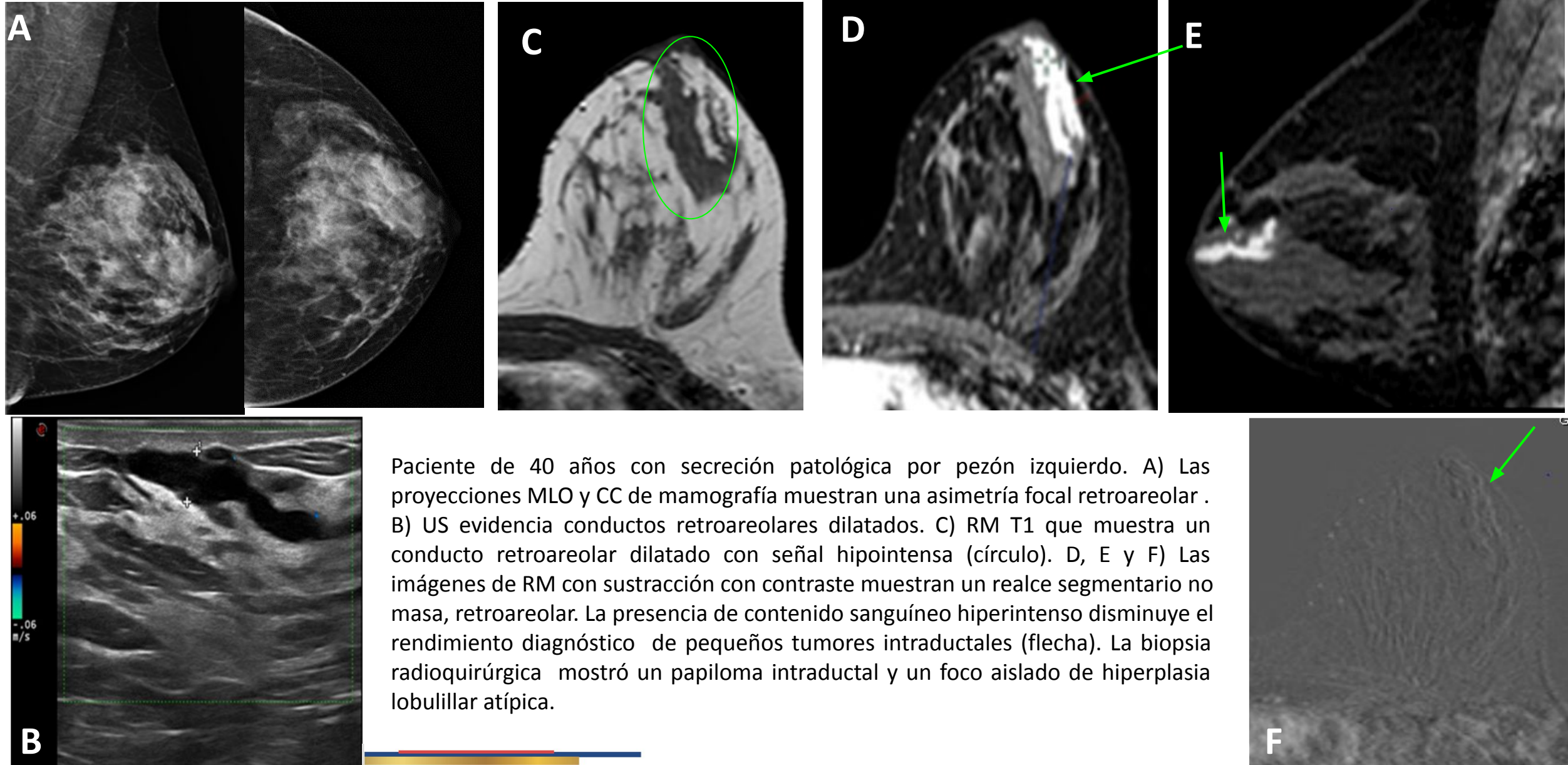
## LESIONES BENIGNAS DE LA MAMA

Papilomas  
Adenomas  
Ectasia ductal  
Mastitis  
Absceso

## LESIONES MALIGNAS DE MAMA

Carcinoma ductal in situ  
Carcinoma ductal invasivo  
Enfermedad de Paget.

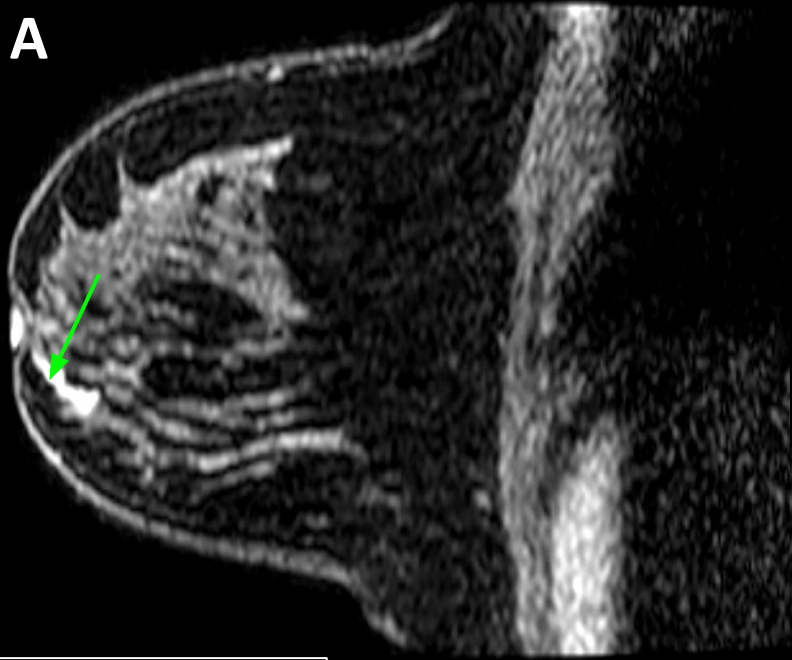
# SECRECIÓN PATOLÓGICA POR PEZÓN: Papiloma



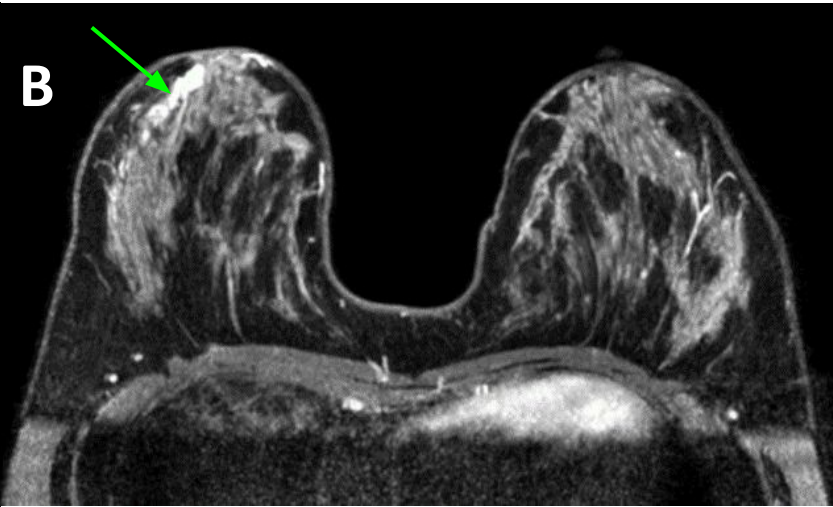


# SECRECIÓN PATOLÓGICA POR PEZÓN: Papiloma

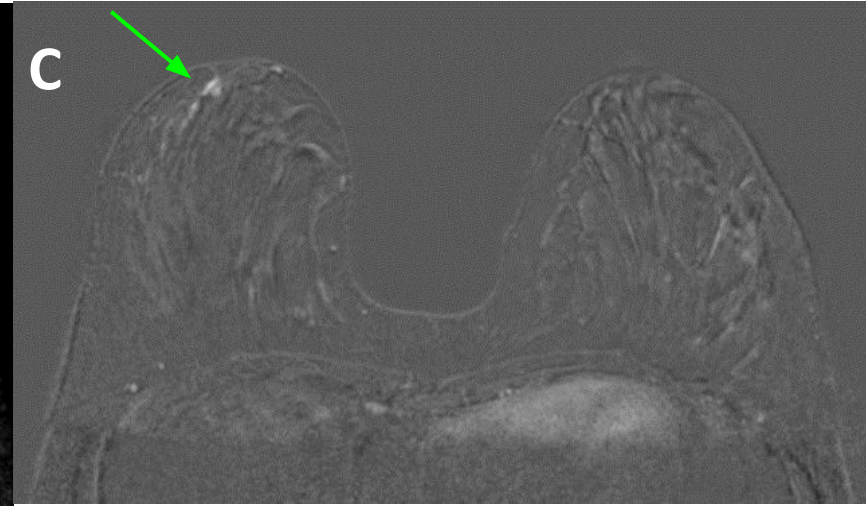
A



B

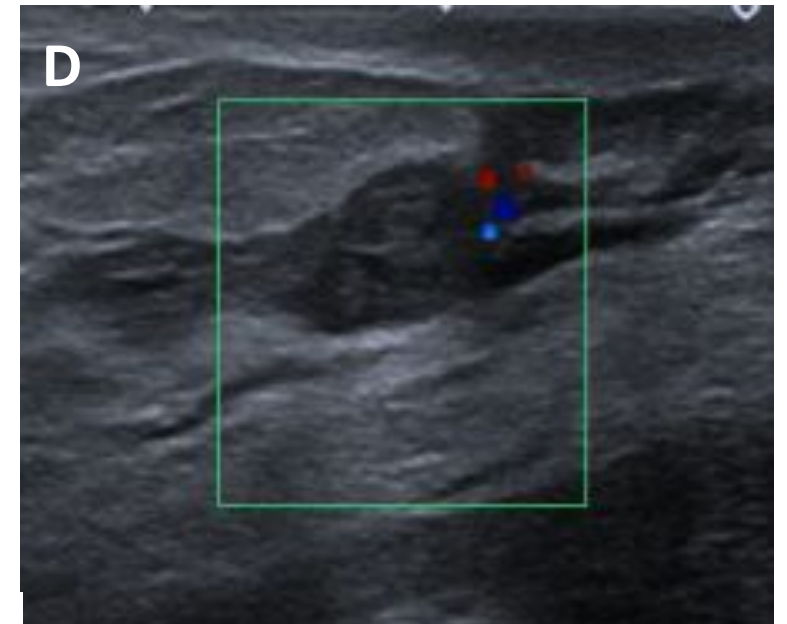


C

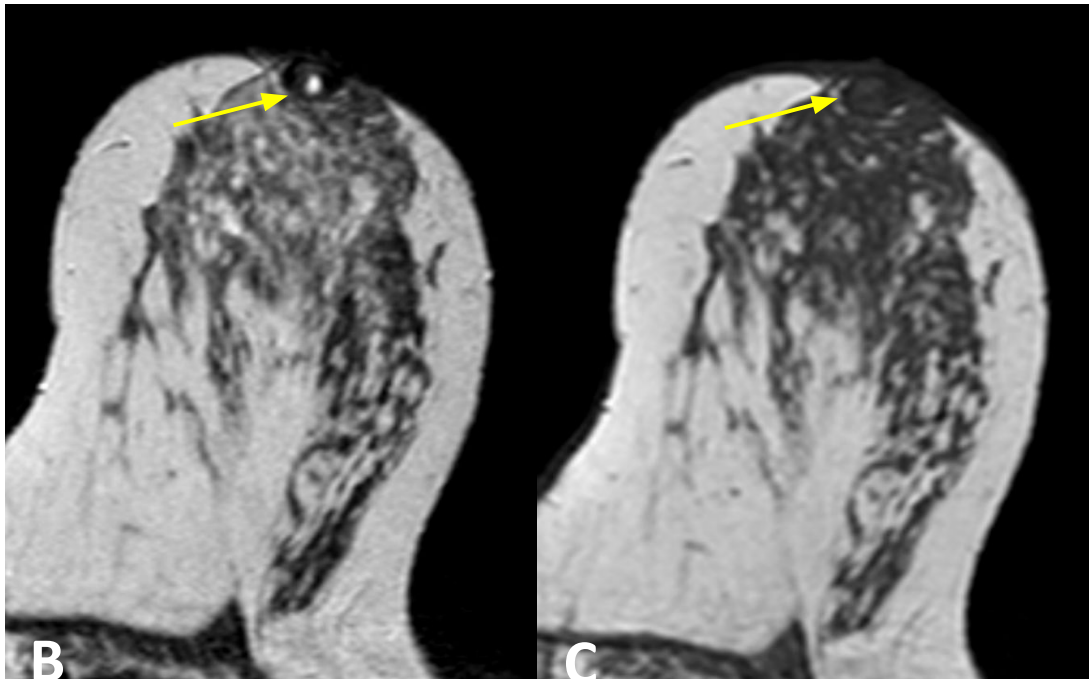
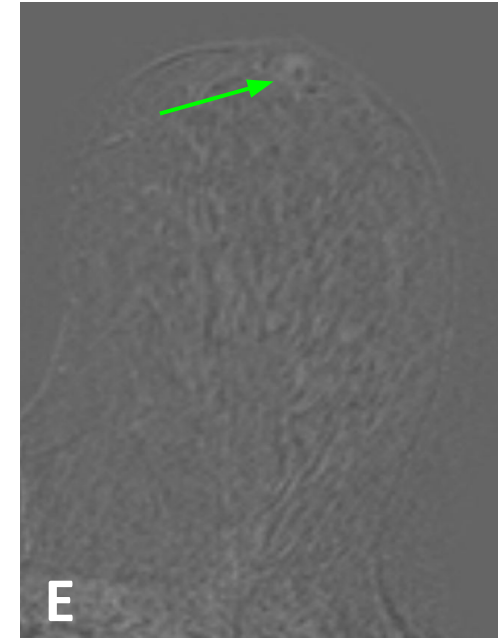
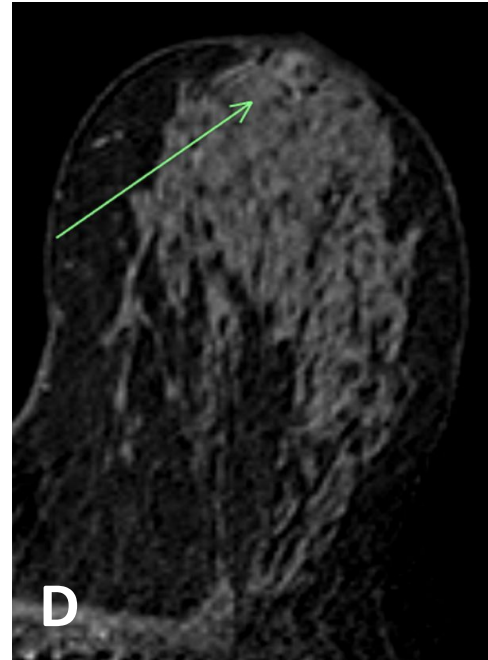


Paciente de 37 años con secreción sanguinolenta unilateral uniporo derecha, con mamografía inicial y ecografía sin particularidades. Las imágenes de RM sagitales (A) y axiales (B y C) con sustracción en T1 con contraste muestran un realce no masa retroareolar lineal. D) Second look ecográfico muestra un conducto único con paredes engrosadas e irregulares con nódulo intraductal con pedículo vascular. AP de biopsia percutánea y radioquirúrgica: papiloma intraductal.

D



# SECRECIÓN PATOLÓGICA POR PEZÓN: ECTASIA DUCTAL

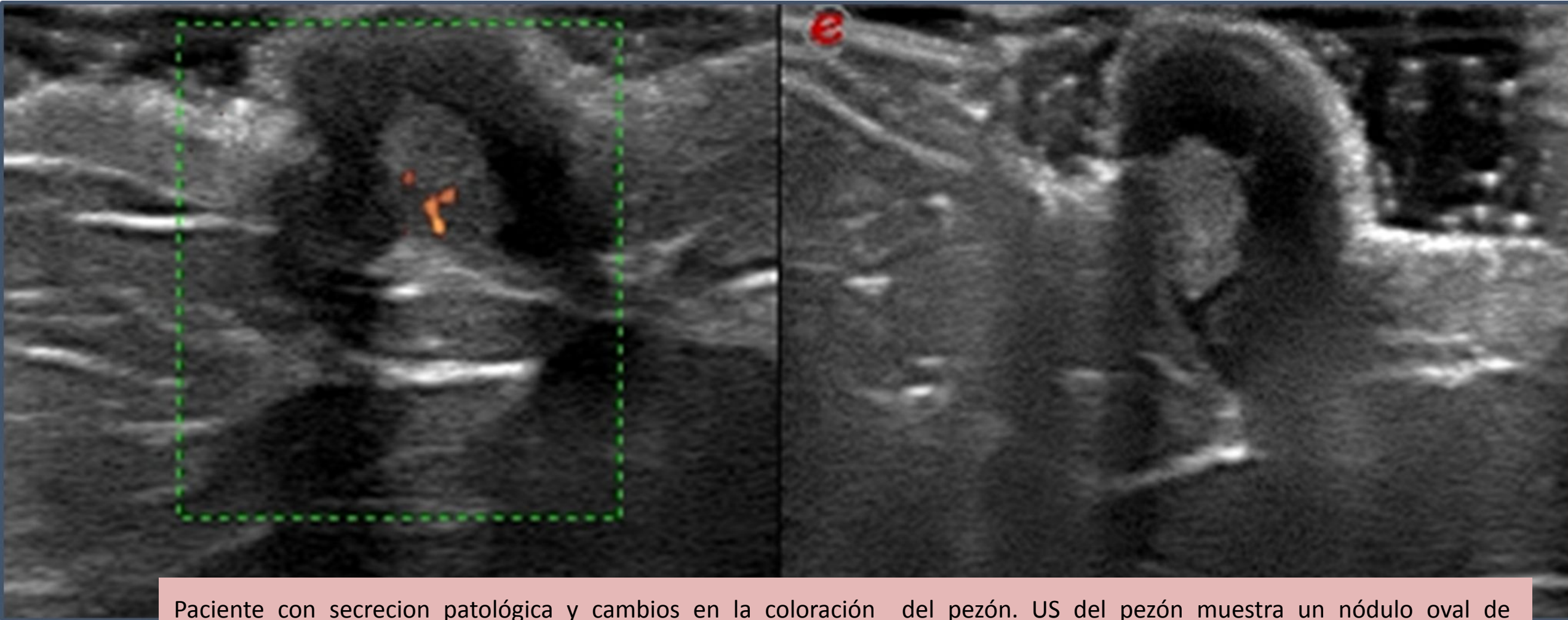


Paciente de 76 años con secreción serosa espontánea unilateral por pezón izquierdo, con mamografía sin particularidades. (A) US muestra conducto dilatado retroareolar, de paredes finas con ecos internos. Las imágenes de RM axial T2 (B), T1 (C), con contraste y ponderadas en T1 (D y E) muestran dilatación del conducto retroareolar anterior con líquido en su interior (flechas amarillas) y realce periductal (flechas verdes).

AP de biopsia radioquirúrgica: ectasia ductal con galactoforitis crónica.

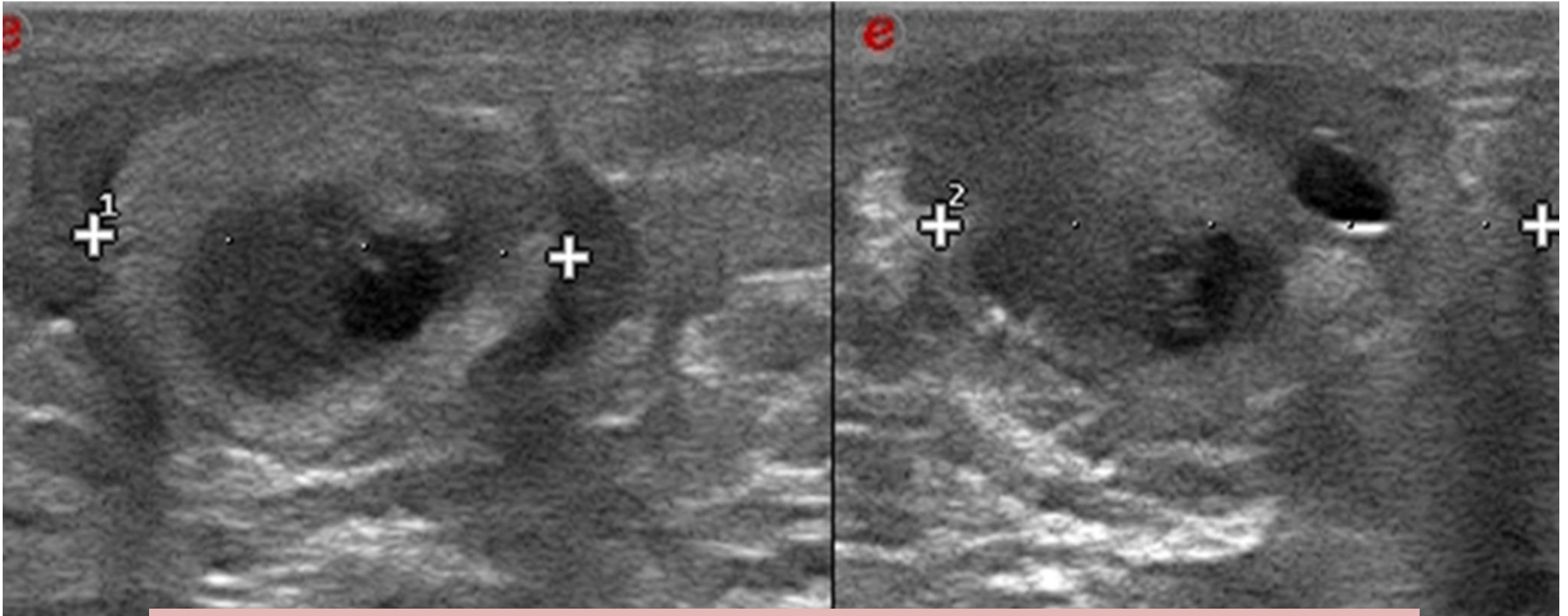


## ADENOMA DEL PEZÓN



Paciente con secreción patológica y cambios en la coloración del pezón. US del pezón muestra un nódulo oval de ecoestructura compleja con vascularización interna en Power Doppler. AP de biopsia radioquirúrgica: adenoma del pezón.

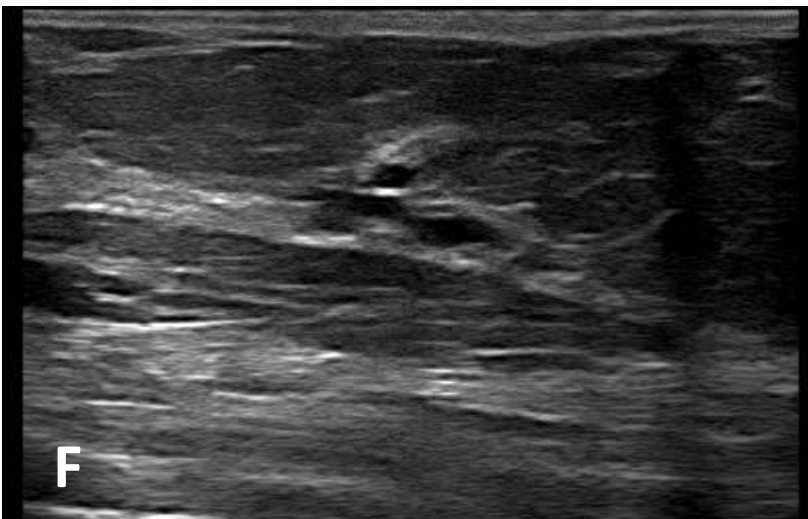
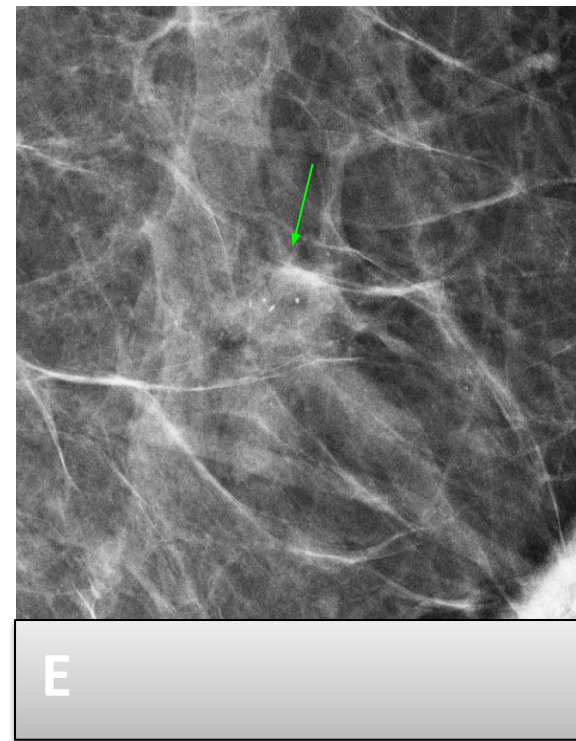
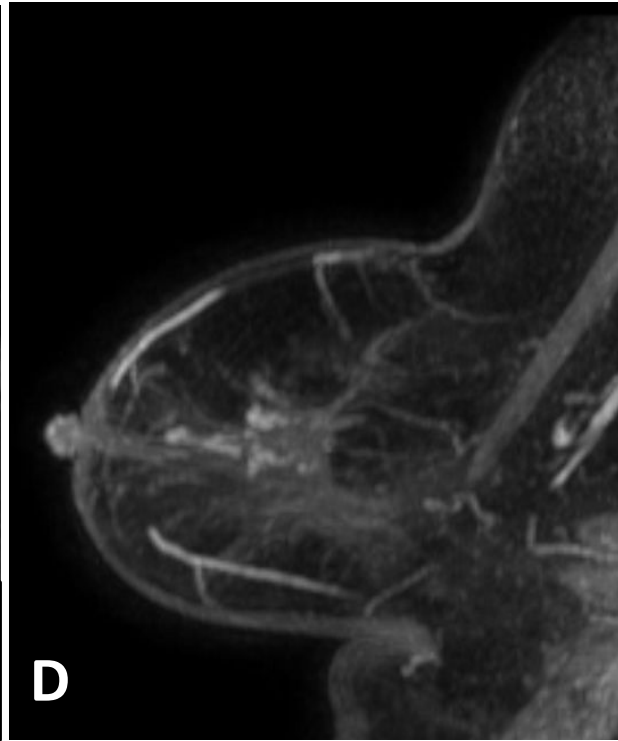
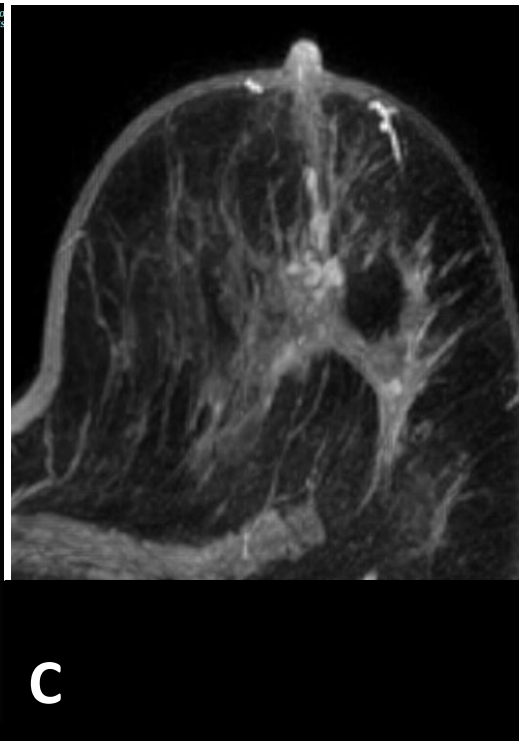
## ABSCESO RETROAREOLAR



Paciente con secreción patológica por pezón, eritema y masa retroareolar.  
US: muestra un nódulo oval de ecoestructura compleja en la región retroareolar.

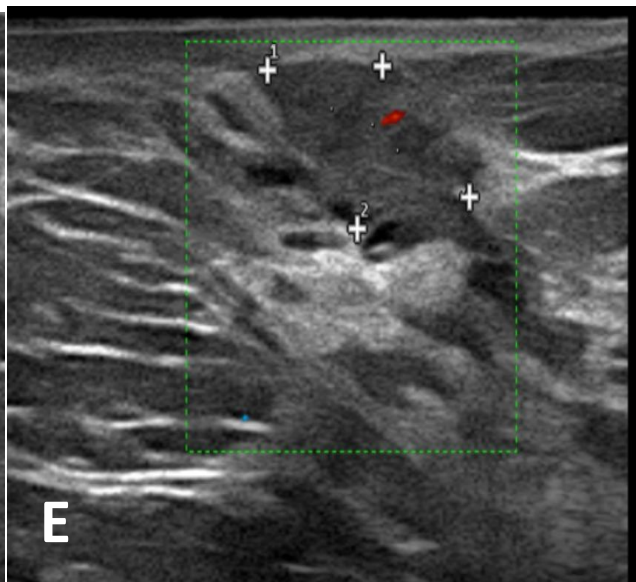
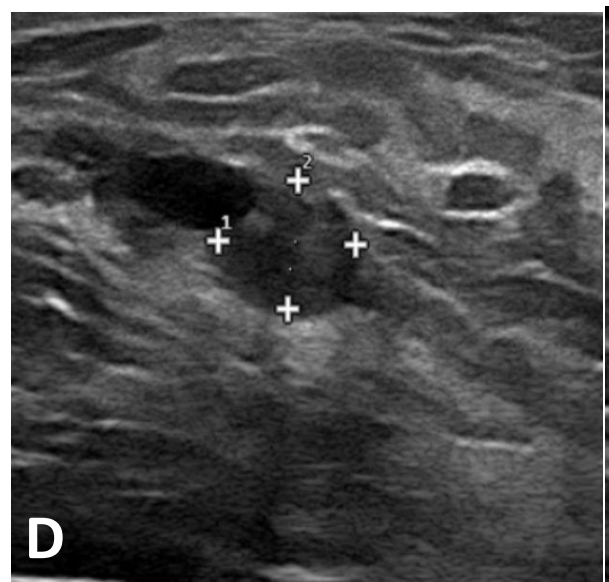
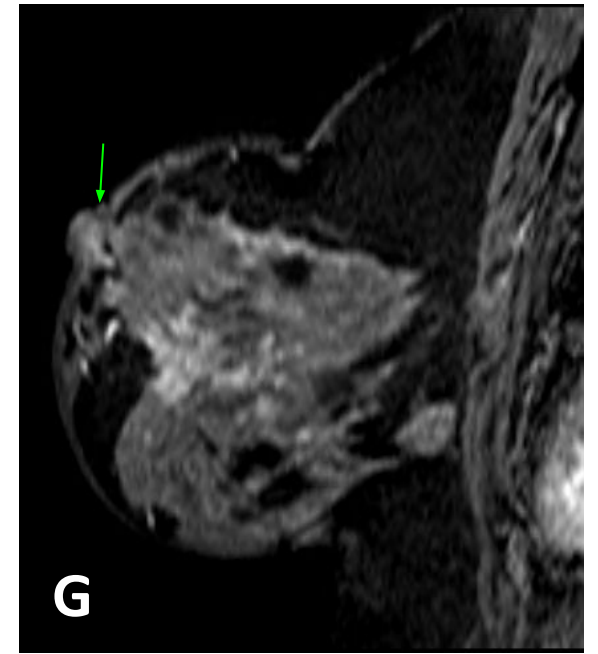
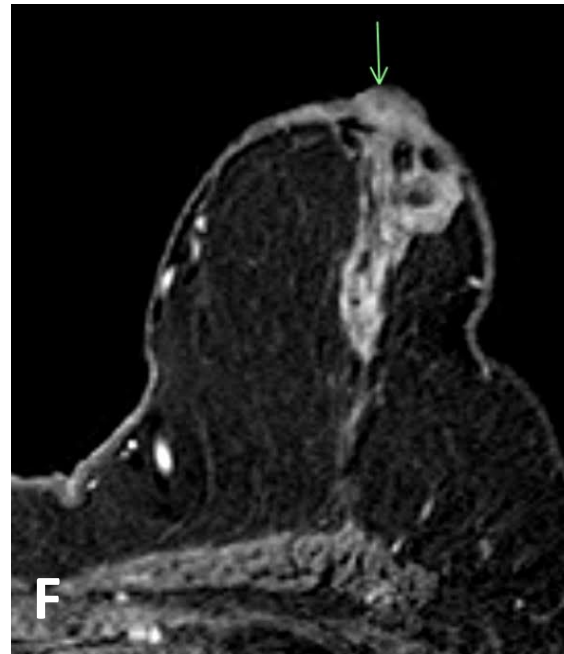
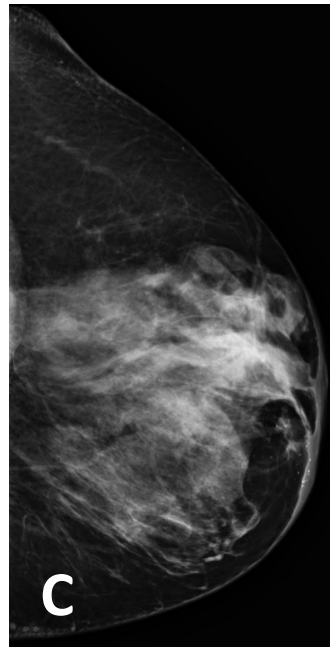
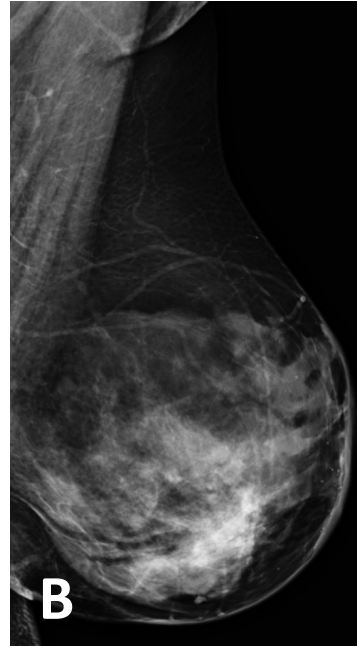


# SECRECIÓN PATOLÓGICA POR PEZÓN : CDIS



Paciente de 76 años con secreción sanguinolenta uniporo por pezón izquierdo (H12) con mamografía inicial y ecografía categorizadas BIRADS 2. (A-B) C-D) La RM secuencias con sustracción en T1 axial y sagital de la mama izquierda muestran un realce lineal no masa en la región retroareolar (H12). E) Second look mamográfico muestra un grupo de microcalcificaciones finas pleomórficas, acorde al hallazgo en RM (flecha verde). F) Second look ecográfico: conductos irregulares y tortuosos en h12 a 3 cm del complejo areola pezón. AP: biopsia percutánea y radioquirúrgica: CDIS.

# SECRECIÓN PATOLÓGICA POR PEZÓN: ENFERMEDAD DE PAGET



A) Paciente de 49 años con excoriación superficial del pezón izquierdo y secreción patológica por pezón. B.C) Mamografía, incidencias MLO Y CC muestran calcificaciones finas pleomórficas de distribución segmentaria. D,E) Ecografía mama izquierda muestra nódulo oval, intraductal con márgenes circunscritos en la región retroareolar y otro nódulo oval que rodea un conducto con señal Doppler positiva en su interior en h3. F,G) Las imágenes de RM con sustracción axial (F) y sagital (G) con contraste en T1 de la mama izquierda evidencian: realce segmentario no masa heterogéneo en la región retroareolar en contacto con el pezón (flechas verdes). Biopsia percutánea y mastectomía: enfermedad de Paget del pezón asociado a CDIS extenso.

## CONCLUSIONES

La RM con contraste debe ser considerada una herramienta más del algoritmo diagnóstico cuando la mamografía y la ecografía son negativas.

En pacientes con hallazgos de sospecha en RM debe realizarse second look mamográfico y ecográfico e indicar la biopsia percutánea.

La cirugía ya no es considerada la mejor opción terapéutica, en estos pacientes, principalmente si la lesión se encuentra a una distancia significativa del complejo areola pezón.



## BIBLIOGRAFÍA

- Matthew F. Sanford, MD Priscilla J. Slanetz, MD, MPH, Alana A. Lewin, MD. ACR Appropriateness Criteria Evaluation of Nipple Discharge: 2022 Update. American College of Radiology 1546-1440/22. [doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.020](https://doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.020)
- Max K.H. Yam, Helen HL Chau, MBChB et al. Unusual Radiological Features of a Breast Cancer Patient Presenting with Nipple Discharge in Hong Kong. Science Direct. Radiology Case Reports 16 (2021) 748–752. [doi.org/10.1016/j.radcr.2020.12.007](https://doi.org/10.1016/j.radcr.2020.12.007)
- Naziya Samreen, Laura Madsen, Celin Chako, Samantha Heller, Panzironi G, Pediconi F, Sardanelli F. Nipple discharge: The state of the art. BJR Open 2018; 1: 20180016. [doi.org/10.1259/bjro.20180016](https://doi.org/10.1259/bjro.20180016)
- Paula IB, Campos AM, Adriene Moraes Campos. Breast imaging in patients with nipple discharge. Radiologia Brasileira. 2017 Nov/Dez;50(6):383–388. [doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0103](https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0103)
- Younjung Choi, Sun MI Kim, Mijung Jang, Bo La Yun. The Value of Adding Ductography to Ultrasonography for the Evaluation of Pathologic Nipple Discharge in Women with Negative Mammography. Korean J Radiol 2022;23(9):866-877. [doi.org/10.3348/kjr.2021.0850](https://doi.org/10.3348/kjr.2021.0850)
- Samreen N, Madsen LB, Chacko C, Heller SL. Magnetic resonance imaging in the evaluation of pathologic nipple discharge: indications and imaging findings. Br J Radiol 2021; 94: 20201013. [doi.org/10.1259/bjr.20201013](https://doi.org/10.1259/bjr.20201013)