

SECRECIÓN POR PEZÓN: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Hospital Central de Mendoza

*Guevara Noelia C.; Comadrán Peña M.
Rocío*



OBJETIVOS

- ❖ Reconocer las principales causas etiológicas de la secreción patológica por el pezón y realizar una correcta evaluación imagenológica mediante mamografía, ecografía y resonancia magnética (RMN).

INTRODUCCIÓN

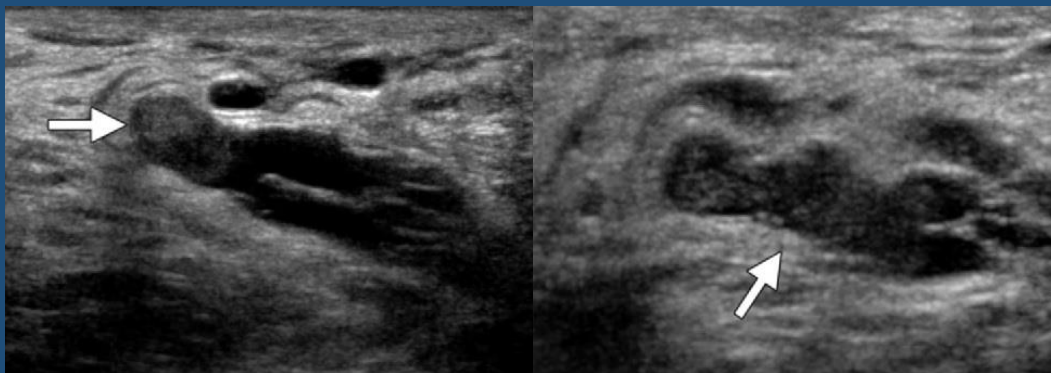
- ❖ La **secreción por pezón** es uno de los signos clínicos más frecuentes en la consulta médica después del nódulo palpable.
- ❖ Las secreciones patológicas son aquellas que se caracterizan por ser espontáneas, unilateral, uniorificial, serosa, serohemática o hemática.
- ❖ La causa más frecuente de este tipo de secreción lo constituye el papiloma intraductal, aunque en el menor de los casos lo puede manifestar un carcinoma.
- ❖ Otras causas lo constituyen la ectasia ductal y los cambios fibroquísticos.

PAPILOMA INTRADUCTAL

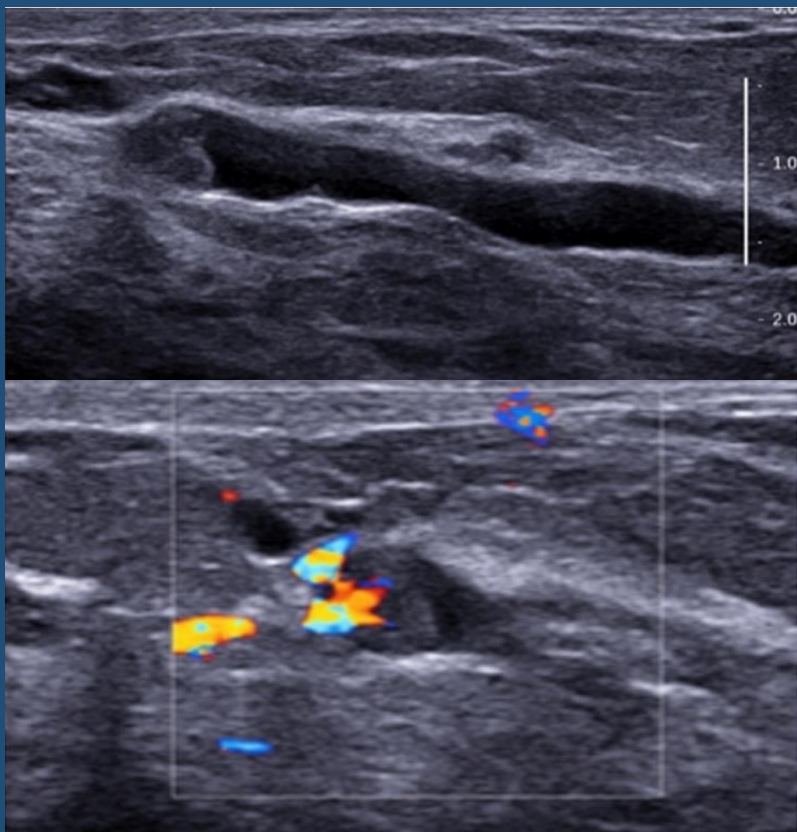
- ❖ Proliferaciones epiteliales ductales.
- ❖ Patrón arborescente.
- ❖ Tallo central fibrovascular cubierto por una doble capa epitelial y mioepitelial.
- ❖ Se ubican a unos pocos centímetros del pezón y crecen dentro del conducto, lo que generalmente produce obstrucción del mismo.
- ❖ Centrales o periféricos.



MAMOGRAFÍA: nódulo oval isodenso, de margen circunscripto, que asocia engrosamiento cutáneo y leve retracción a la compresión localizada. Posteriormente, la anatomía patológica (AP) reveló la presencia de papiloma intraductal.



ECOGRAFÍA: cortes radial y anti-radial que demuestran conductos dilatados y una imagen nodular sólida intraductal.



ECOGRAFÍA: ectasia del conducto galactóforo que contiene una pequeña masa endoluminal con un pedículo vascular central sugestiva de papiloma.

Sagital T2

Sagital T1 FS con
contraste

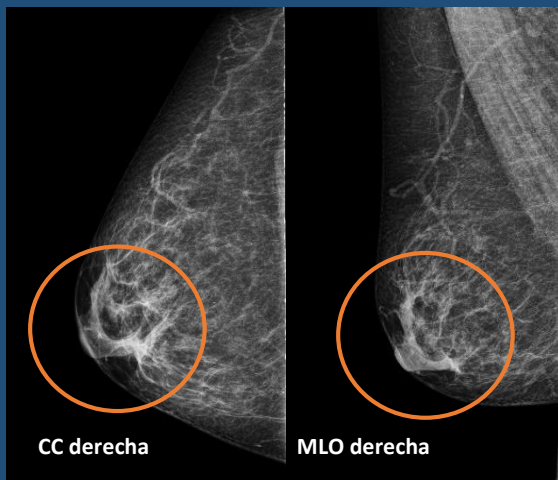
Sustracción Sagital T1



RMN: en la imagen ponderada en T1 con contraste se observa lesión ovoídea con realce, apreciándose mejor en la imagen con sustracción. En la evaluación dinámica se evidenció un lavado rápido de la lesión.

ECTASIA DUCTAL

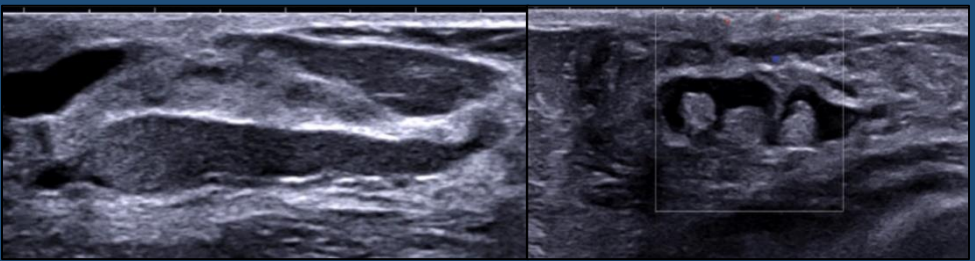
- ❖ Es una condición inflamatoria caracterizada por la dilatación de los ductos, asociado a fibrosis e inflamación crónica.
- ❖ Primariamente afecta a los ductos mayores de la región subareolar, pero a veces también afecta a los pequeños ductos segmentarios.
- ❖ En los conductos se observa acumulación de fluidos, secreciones no absorbidas, debris celular o puede visualizarse engrosamiento parietal. Además, puede identificarse fibrosis periductal en asociación con infiltrado inflamatorio.



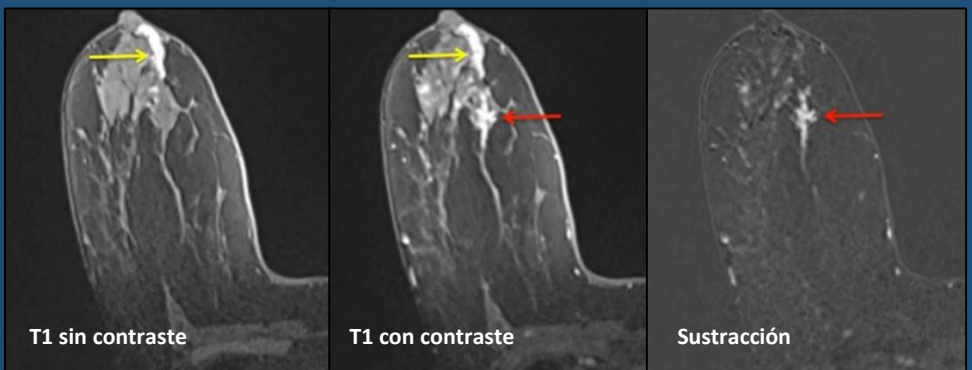
CC derecha

MLO derecha

MAMOGRAFÍA: ectasia ductal retroareolar



ECOGRAFÍA: ectasia del conducto galactóforo en la que se observa contenido ecogénico en su interior. También se puede identificar material ecodenso de aspecto nodular, sin vascularización a la aplicación Doppler color.



T1 sin contraste

T1 con contraste

Sustracción

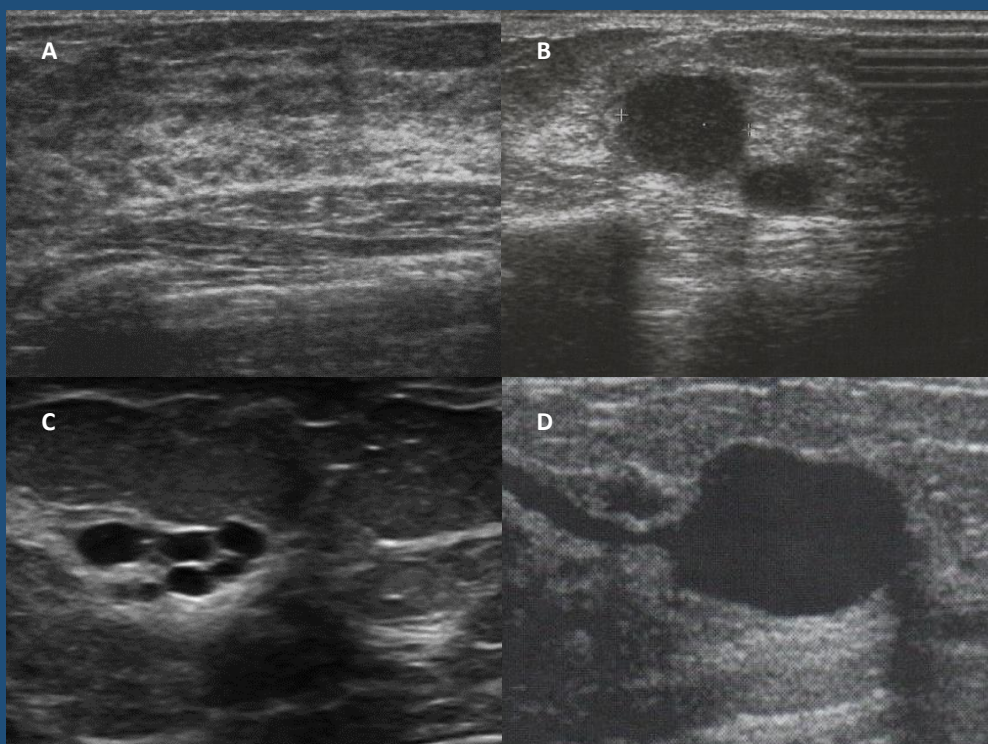
RMN: en la imagen ponderada en T1 sin contraste se observa una hiperintensidad retroareolar, posteriormente se visualiza un realce homogéneo ramificado tras la administración de gadolinio, sin identificar masa a nivel intraductal.

CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS

- ❖ Cambios no proliferativos que afectan a la unidad ductolobulillar terminal y que se caracterizan por: **formación de quistes, fibrosis y adenosis.**
- ❖ En mamografía se observan zonas densas, difusas y con imágenes nodulares. La placa fibrosa se manifiesta como una densidad focal asimétrica de márgenes mal definidos.
- ❖ El aspecto de la mama en ecografía es variable, ya que depende de la etapa y de los cambios morfológicos.
- ❖ De acuerdo al tamaño de los quistes, la mastopatía fibroquística (MFQ) se divide en:
 - **Tipo I** (pequeñas formaciones): diámetro < 5 mm.
 - **Tipo II** (medianas formaciones): entre 5 y 20 mm.
 - **Tipo III** (grandes formaciones): > 20 mm.



MAMOGRAFÍA: las proyecciones cráneo-caudales de ambas mamas demuestran una asimetría en cuadrante interno de mama derecha, con resultado benigno después de la biopsia (hiperplasia epitelial leve y fibrosis).



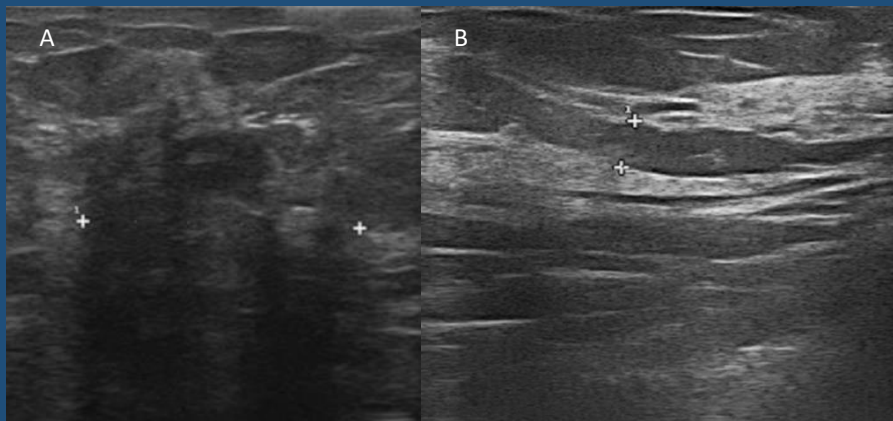
ECOGRAFÍA: A. MFQ de pequeñas formaciones.
 B. MFQ tipo II.
 C. Combinación de pequeños quistes agrupados.
 D. Imagen quística que comunica con el sistema ductal.

CARCINOMA DUCTAL

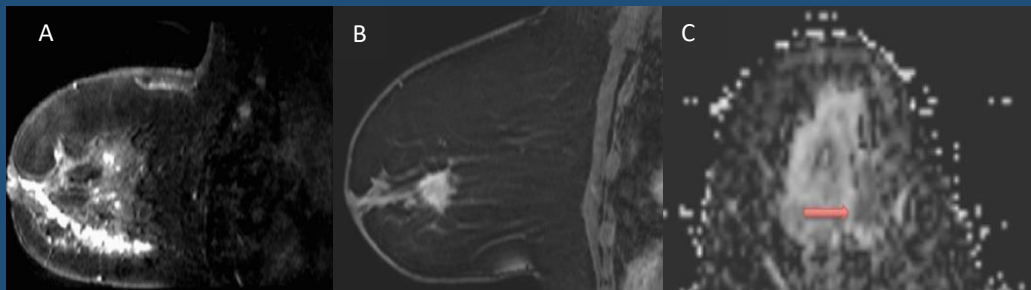
- ❖ La secreción por pezón puede ser la presentación de todos los tipos de carcinoma.
- ❖ El tipo más común es el carcinoma ductal (CD), que al generarse dentro de un conducto, se manifiesta por secreción unilateral de tipo sanguinolento, serosanguinolento, seroso o verdoso.
- ❖ En hasta el 50% de los casos de carcinoma intraductal, los hallazgos en mamografía son lesiones de alta densidad acompañado de calcificaciones.
- ❖ El otro tipo de carcinoma que se caracteriza por secreción patológica es el carcinoma lobulillar infiltrante (CL).
- ❖ La diferencia entre el CD y el CL estriba en su patrón de crecimiento, ya que este último presenta un crecimiento difuso.



MAMOGRAFÍA: A. microcalcificaciones de distribución lineal. La biopsia reveló un carcinoma ductal in situ
 B. distorsión en la UCS de mama izquierda con retracción del pezón asociado. AP: carcinoma lobulillar infiltrante.



ECOGRAFÍA: A. área pseudonodular hipoecoica con sombra acústica sospechosa de malignidad. B. Dilatación ductal irregular con una lesión hipoecoica intraductal.



RMN: A. realce de la lesión intraductal tras la administración de contraste paramagnético. B y C. reconstrucción MIP sagital se observa un nódulo de morfología irregular de contornos imprecisos, con signos de restricción en el mapa ADC.

CONCLUSIÓN

- ❖ La función del médico especialista es conocer el manejo diagnóstico de la secreción por pezón, permitiendo mediante los distintos métodos de imágenes determinar la localización y extensión de la lesión, así como su probable naturaleza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paula IB, Campos AM. Breast imaging in patients with nipple discharge. *Radiol Bras.* 2017 Nov/Dez;50(6):383–388.
2. I. Espallargas Giménez, M. Irureta, R. Alcantara, F. Plancarte, J. Martinez, A. M. Rodriguez-Arana. Pictorial review and diagnostic management of nipple discharge. *ECR 2018.* C-2315.
3. Toma S. Omofoye, MD, Marion E. Scoggins, MD, and Basak E. Dogan, MD. Imaging Approach to Nipple Masses: What a Radiologist Should Know. *Contemporary Diagnostic Radiology.* Vol. 38, N° 25. Dec. 15,2015.
4. N. Lippa, G. Hurtevent-Labrot, S. Ferron, M. Boisserie-Lacroix Nipple discharge: The role of imaging. *Diagnostic and Interventional Imaging* (2015) 96, 1017—1032.
5. Diana M. Ferris-James, MD, PhD Elaine Iuanow, MD • Tejas S. Mehta, MD. Imaging Approaches to Diagnosis and Management of Common Ductal Abnormalities. *RadioGraphics* 2012; 32:1009–1030
6. M. Florea, A. R. Chiorean, R. A. Roman. Imaging spectrum of breast focal fibrocystic changes: mammography, conventional ultrasound, elastography and MRI appearances; pathology correlations and differential diagnosis. *ECR 2014.* C-1237.