

**37** Congreso  
Nacional  
CENTRO DE  
CONVENCIONES  
INTERNACIONALES

Barcelona  
22/25  
MAYO 2024

**seram**  
Sociedad Española de Radiología Médica

**FERM**  
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

**RC** | RADIOLEGS  
DE CATALUNYA

# Actualización en el manejo diagnóstico de la telorrea

María García Lorente, Andrés López Casañas, Rosa Sierra Torres, Carmen Campos Rebollo, Helena Roch Palanca, Miguel Pareja Aguado

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid



# Objetivo docente:

- Divulgar el protocolo diagnóstico actualizado de la telorrea, a propósito de varios casos en nuestro centro.



## Revisión del tema:

- La telorrea es la 3ª causa de sintomatología mamaria (después de dolor y tumoración palpable)
- Hasta el 80% de las mujeres en edad fértil refieren telorrea.
- La mayoría no presentan una lesión subyacente.
- Por ello es importante diferenciar 2 tipos de telorrea:
  - Fisiológica: lactacional
  - Patológica: galactorrea, sospechosa



## Tipos de secreciones por el pezón (Figura 1)

- **Lactacional** (secreción fisiológica)
  - Ocurre postparto, desde 6 meses hasta años después de cesar la lactancia.
  - El calostro puede darse desde el 2º trimestre.
- **Galactorrea** (secreción patológica)
  - Ocurre en pacientes que no están en periodo de postparto ni dando lactancia.
  - Es comúnmente bilateral y multiorifical. A veces unilateral
  - Aspecto amarillento, verdoso/marronáceo, grisáceo. Nunca sanguinolenta (no telorragia).
  - Causas típicas: hiperprolactinemia secundaria a fármacos o a tumoraciones hipofisarias, alteraciones endocrinas (hipotiroidismo).
- **Sospechosa** (secreción patológica)
  - Es comúnmente unilateral, uniorifical, espontánea y persistente.
  - Aspecto seroso, serosanguinolento o sanguinolento (telorragia)
  - Causas típicas: papiloma benigno intraductal, ectasia ductal y menos frecuente cáncer de mama.
  - Entre las mujeres con telorragia sin una masa palpable, el cáncer de mama está presente en el 3% de las menores de 40 años, el 10% de las de 40 a 60 años y el 32% de las mayores de 60 años.
  - Los pacientes masculinos con secreción patológica del pezón tienen una mayor incidencia de cáncer de mama que las mujeres, oscilando entre el 23% y el 57%.



## Manejo diagnóstico (Figura 2a y 2b)

- Manejo diagnóstico telorrea lactacional:
  - Prueba diagnóstica si existe telorragia mantenida >7 días. Menos de 7 días puede ser fisiológico debido a la hipervascularización mamaria en el embarazo.
- Manejo diagnóstico galactorrea:
  - Asegurarse que siguen el correcto cribado radiológico según grupo de edad y riesgo.
  - Medicamentos: antipsicóticos, metoclopramida...
  - Test de embarazo, niveles de prolactina y de TSH
- Manejo telorrea sospechosa:
  - Realizar prueba de imagen (mamografía +/- ecografía según edad y contexto):
    - >40 años → **mamografía + ecografía.**
    - Si tiene realizada una mamografía en < 6 meses o están embarazadas → **ecografía.**
    - 30-39 años → **mamografía** y si es necesario completar con ecografía.
    - <30 años → **ecografía** y si es necesario completar con mamografía si hallazgos sospechosos o antecedentes familiares de riesgo.
    - Si estas pruebas son negativas (MG, US) → **RM**, galactografía.



- La citología no ha demostrado sensibilidad ni especificidad significativa, por lo que no debe realizarse ya que no cambia el manejo diagnóstico.



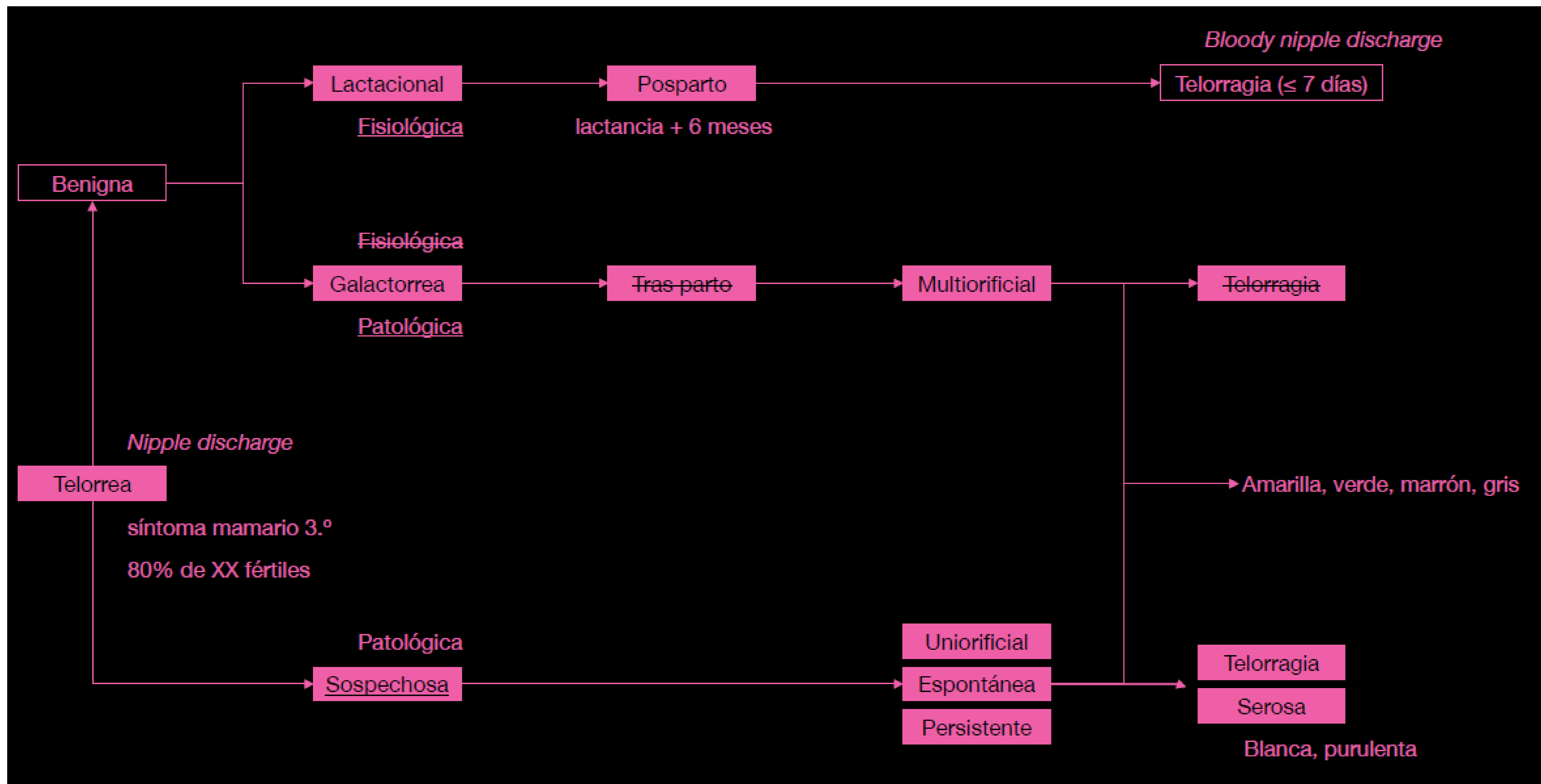


Figura 1. Tipos de secreciones mamarias y características principales



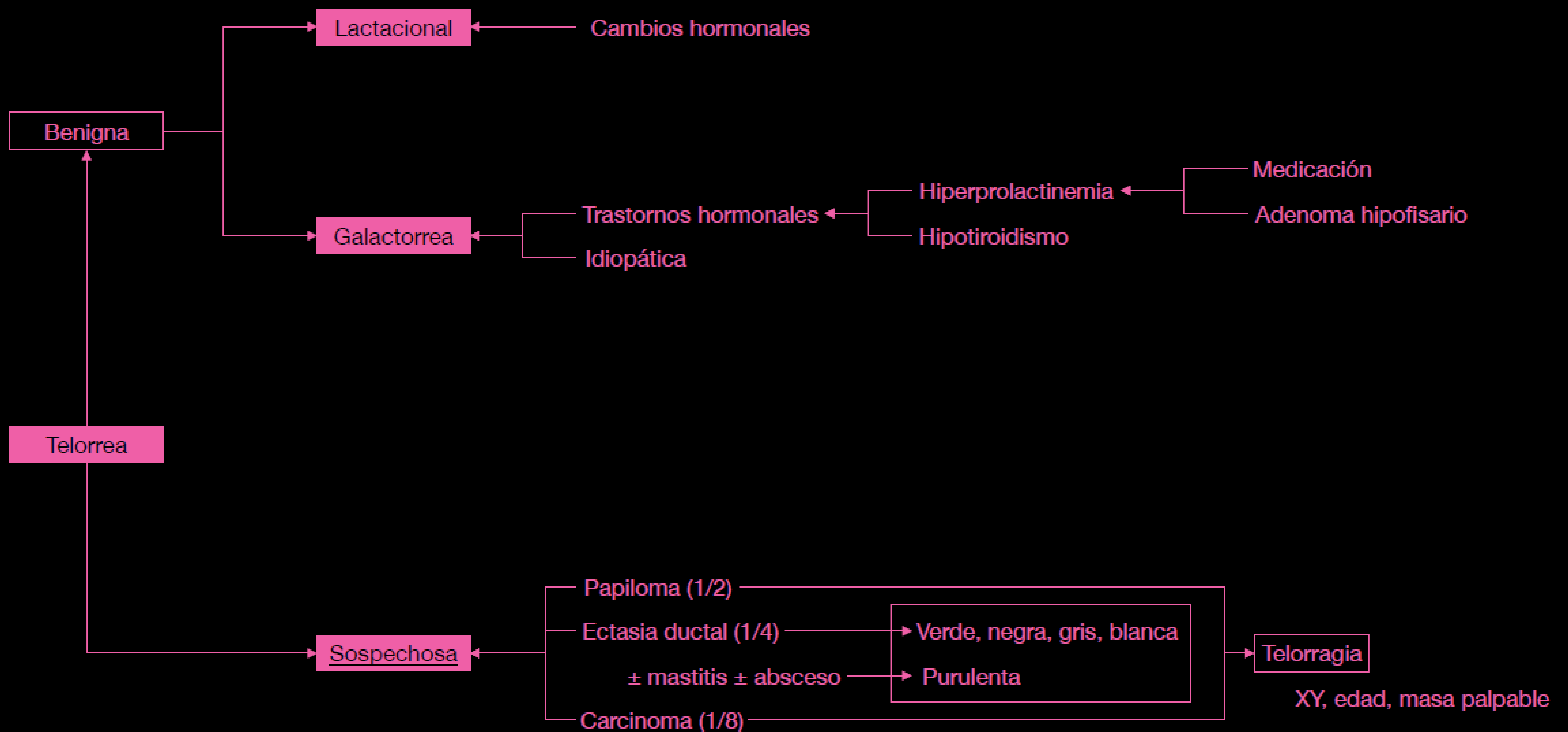
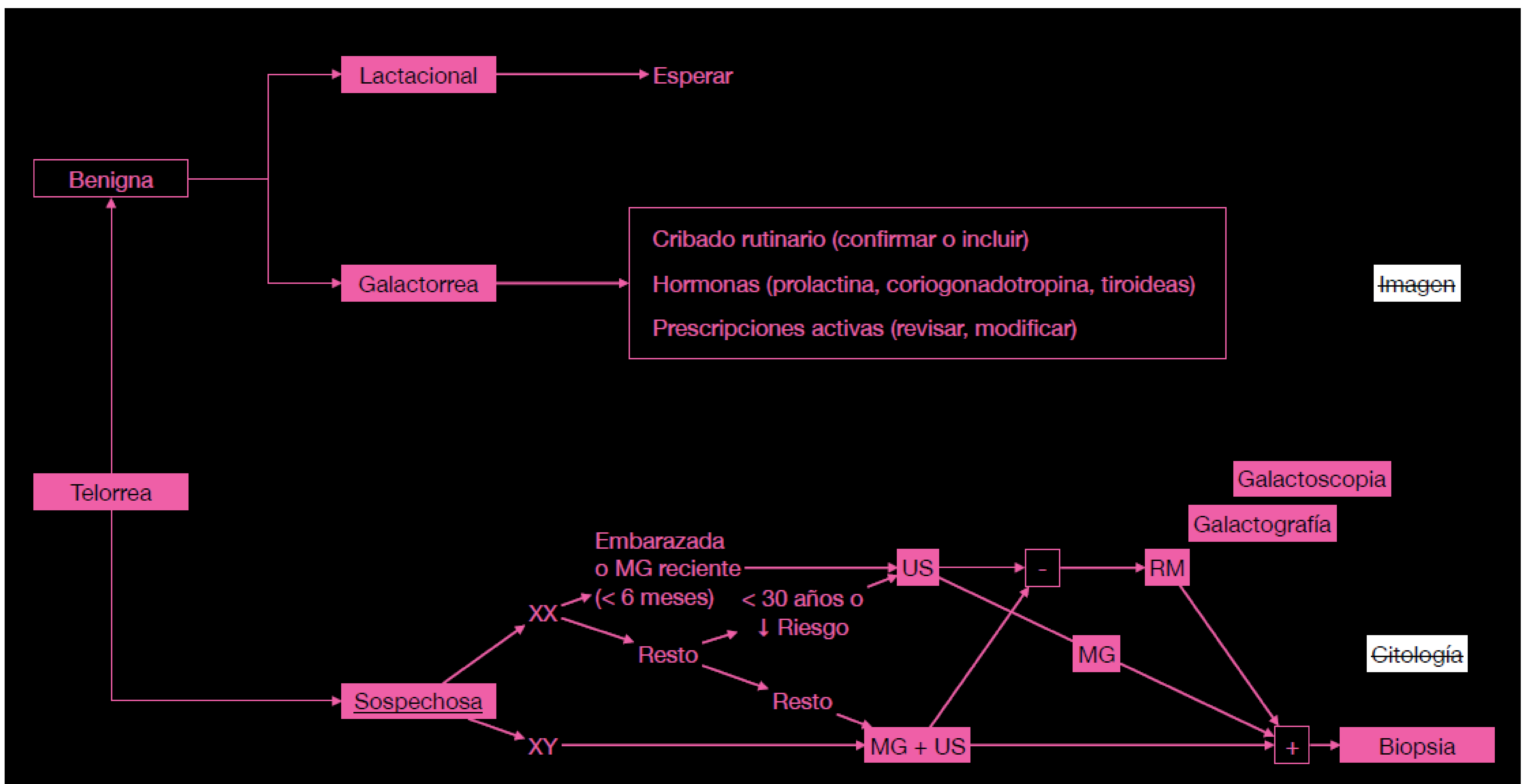


Figura 2a. Manejo diagnóstico



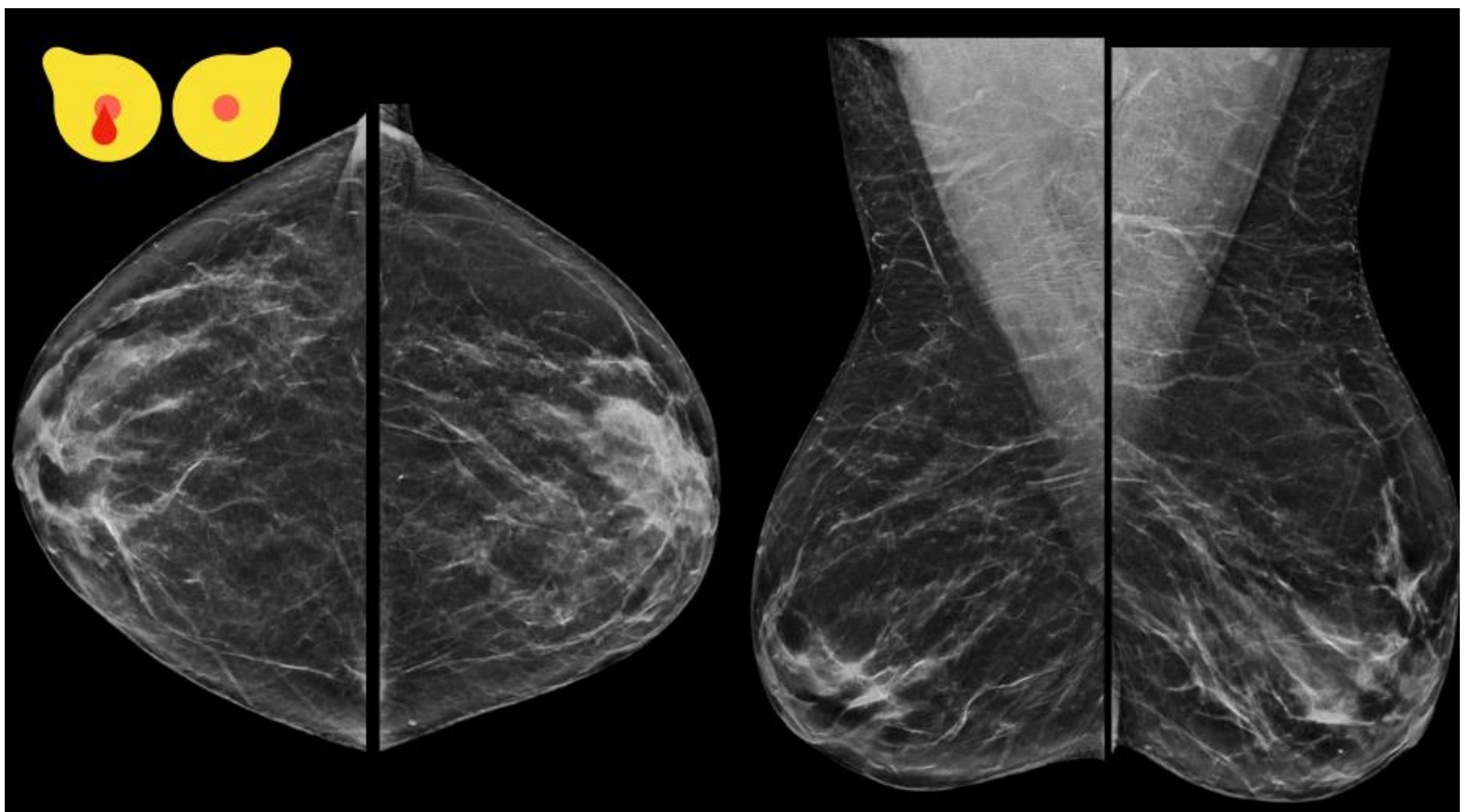


**Figura 2b.** Manejo diagnóstico radiológico



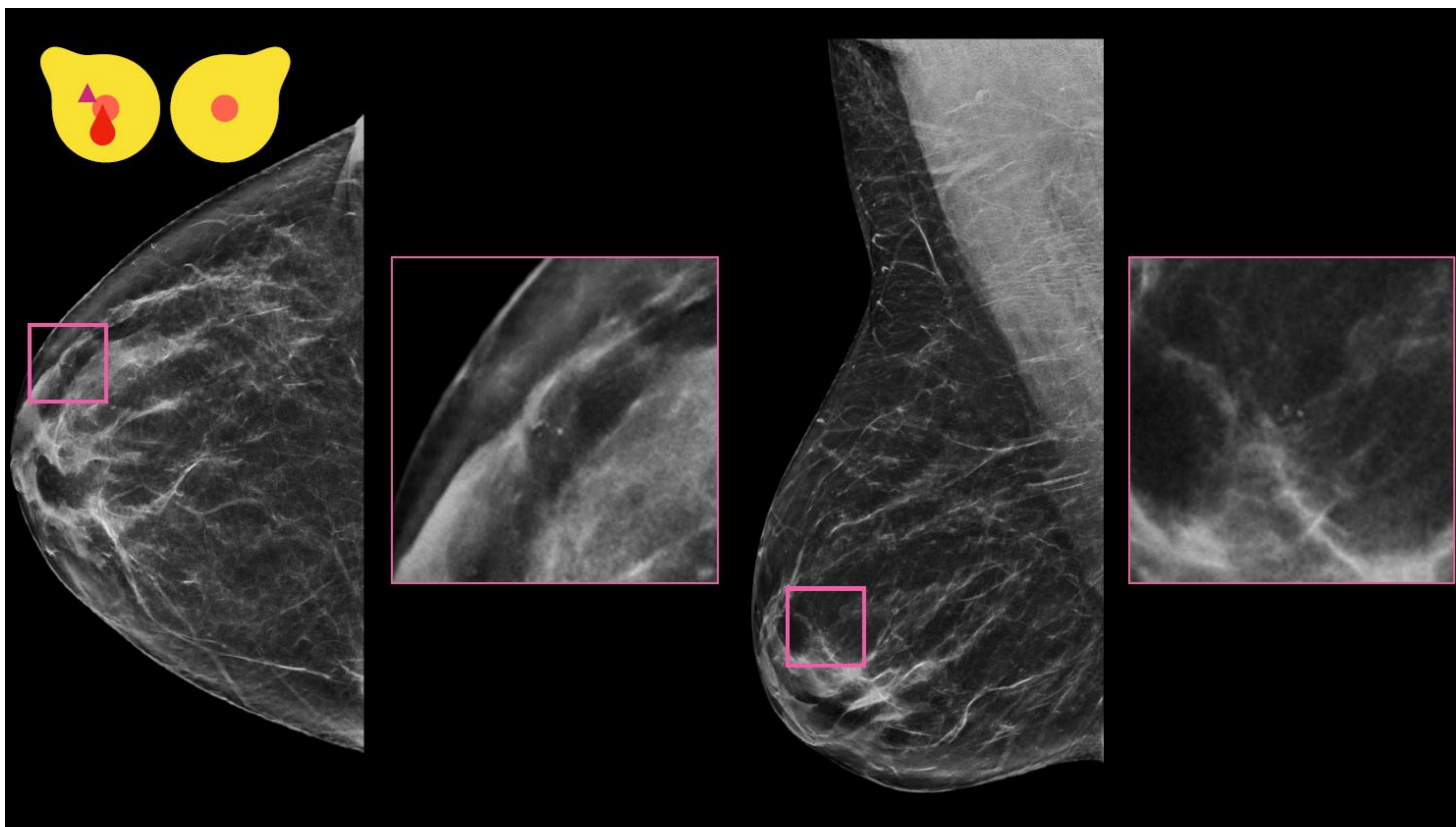
# CASO CLÍNICO

- Mujer de 37 años con telorrea verdosa derecha, uniorificial a las 11 h y a la presión desde hace 4 meses (secreción de características patológicas).
- Citología en consulta: fondo hemático y grupos epiteliales con atipia lo que sugiere telorragia microscópica.
- MANEJO: por su edad (30-39 años) se realiza mamografía bilateral →

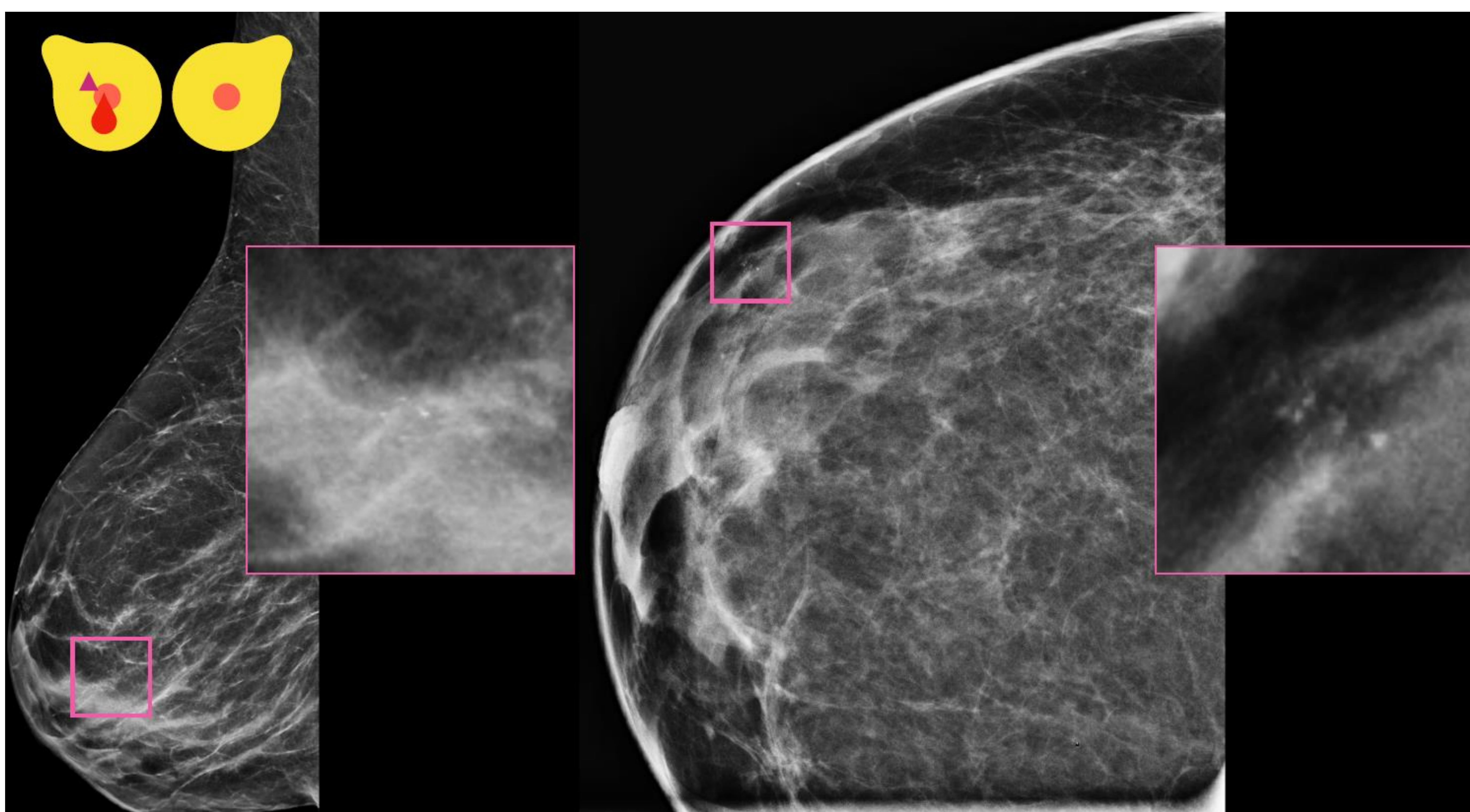


Proyecciones CC y OML: microcalcificaciones en CSE de MD y asimetría focal retroareolar en CC (asimetría simple)





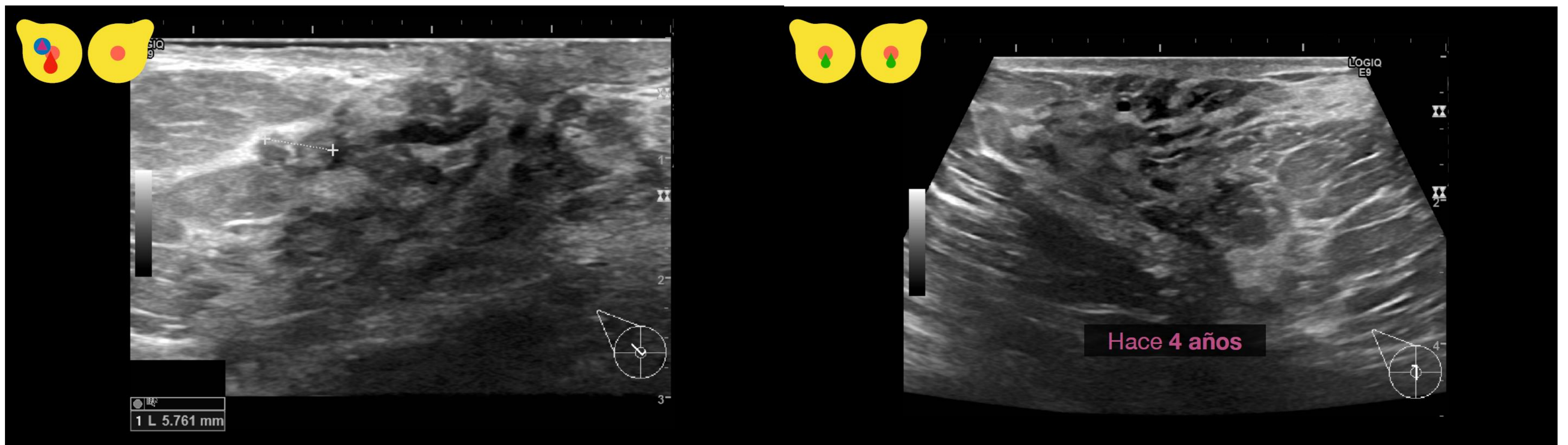
MD: Proyecciones CC y OML: microcalcificaciones en CSE



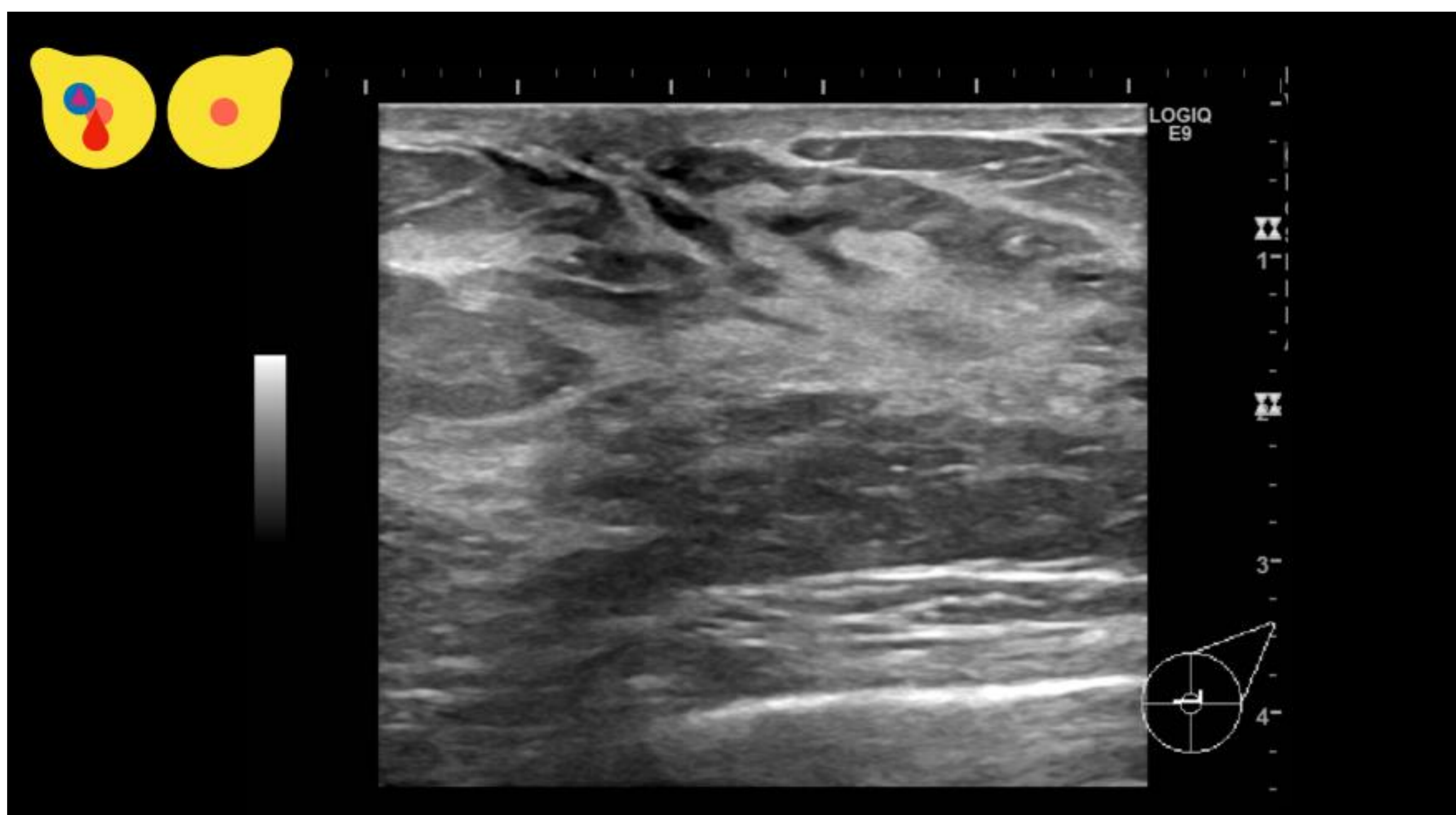
Se realizan proyecciones adicionales en lateral estricta y magnificada → Calcificaciones amorfas agrupadas (sospechosas)



- Ante los hallazgos se amplía el estudio mediante ecografía bilateral →



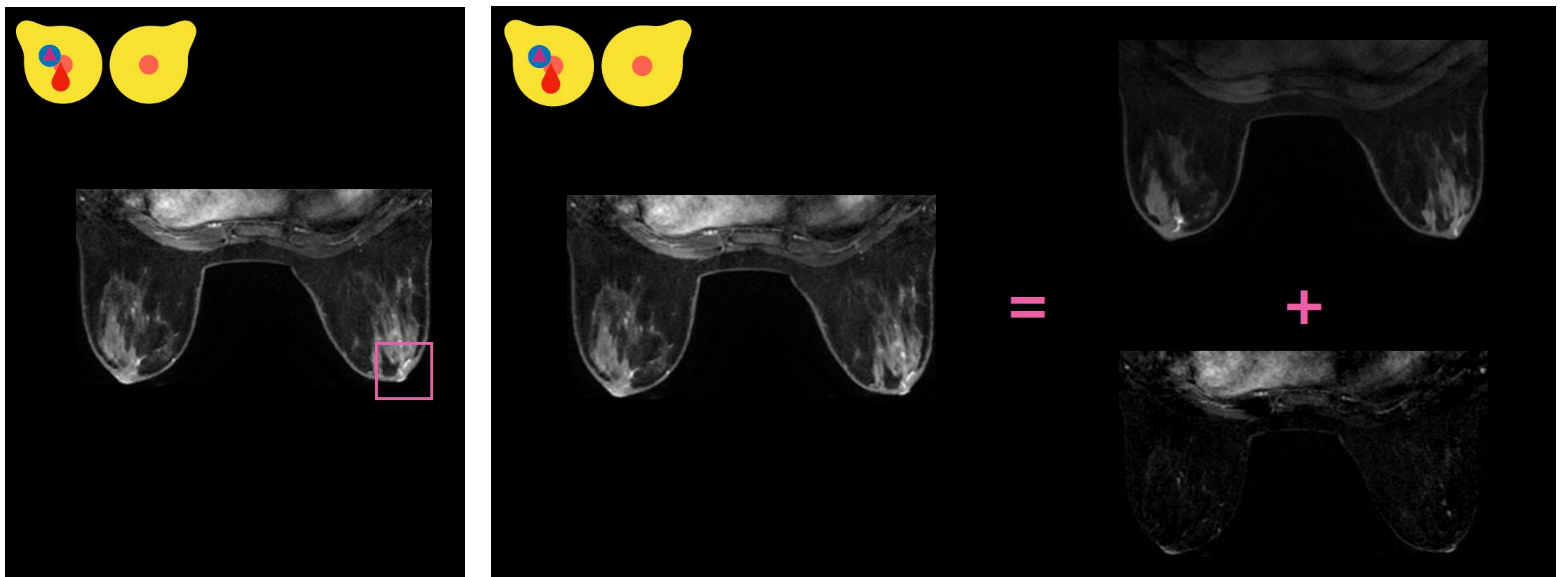
MD: ectasia ductal retroareolar con contenido intraductal hiperecogénico en el CSE (11h) y pequeños focos de mayor ecogenicidad en su interior que podrían corresponder con calcificaciones; hallazgos no presentes en la ecografía de hace 4 años.



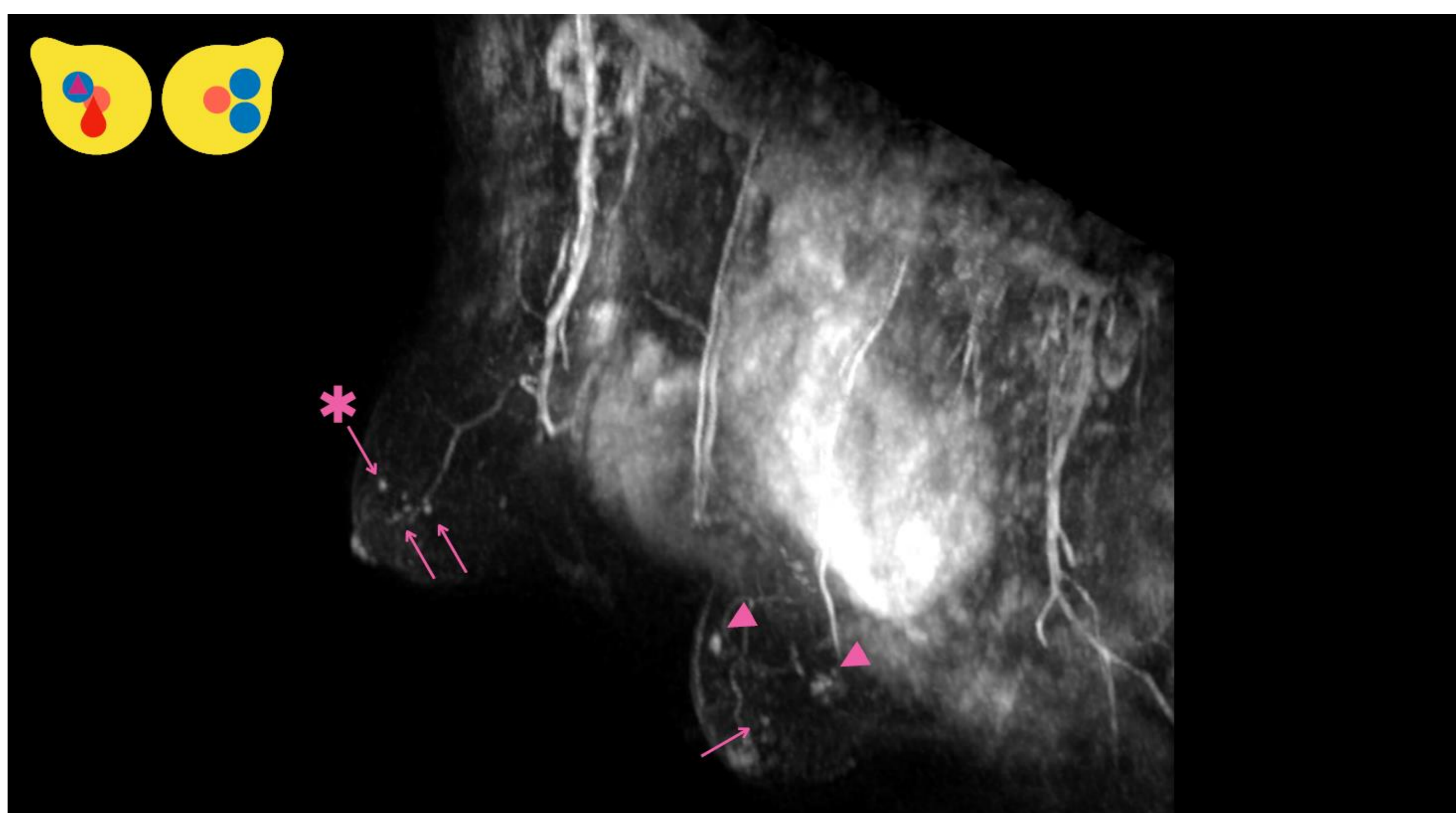
MI: ectasia ductal retroareolar, por lo que la asimetría focal de la mamografía se interpreta como benigna.



- Ante los hallazgos se amplía el estudio mediante RM →

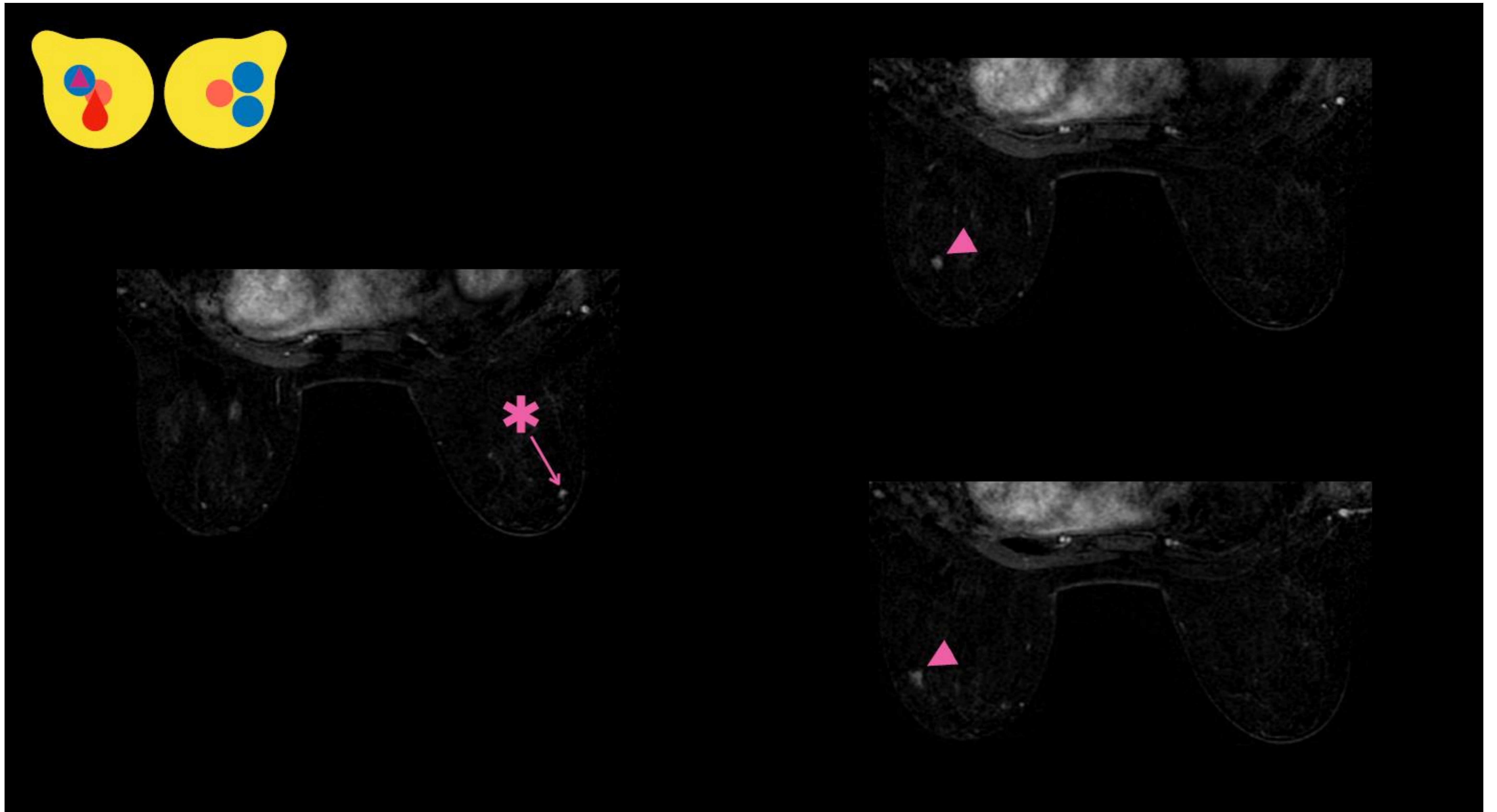


AXIAL T1 FATSAT SIN Y CON CIV: ectasia ductal bilateral con contenido hiperintenso que tras el CIV no muestra realce en la secuencia con sustracción postcontraste (esquina inferior derecha) se confirma que no existe realce → sugiere contenido proteináceo por secreciones.



RECONSTRUCCIÓN 3D DE LA SECUENCIA DE SUSTRACCIÓN POSTCIV: varios focos de realce (<5 mm) dispersos y bilaterales (flechas). Por localización uno de ellos (\*) en el CSE de la MD podría corresponder a la lesión intraductal. En el CSE de la MI se identifican 2 nódulos (cabeza de flecha)





AXIAL SUSTRACCIÓN POSTCIV: foco de realce en la MD (\* y flecha) que podría corresponder a la lesión intraductal y los 2 nódulos en la MI (cabezas de flecha) con disposición central.



# RESUMEN DE HALLAZGOS

## DESCRIPCIÓN →

Mujer 37 años

Mama derecha a las 11 h:

- Telorrea sospechosa
- Ectasia ductal con contenido intraductal ecogénico de 5 mm con calcificaciones sospechosas

RM:

- Focos de realce dispersos y bilaterales
- 2 nódulos en mama izquierda

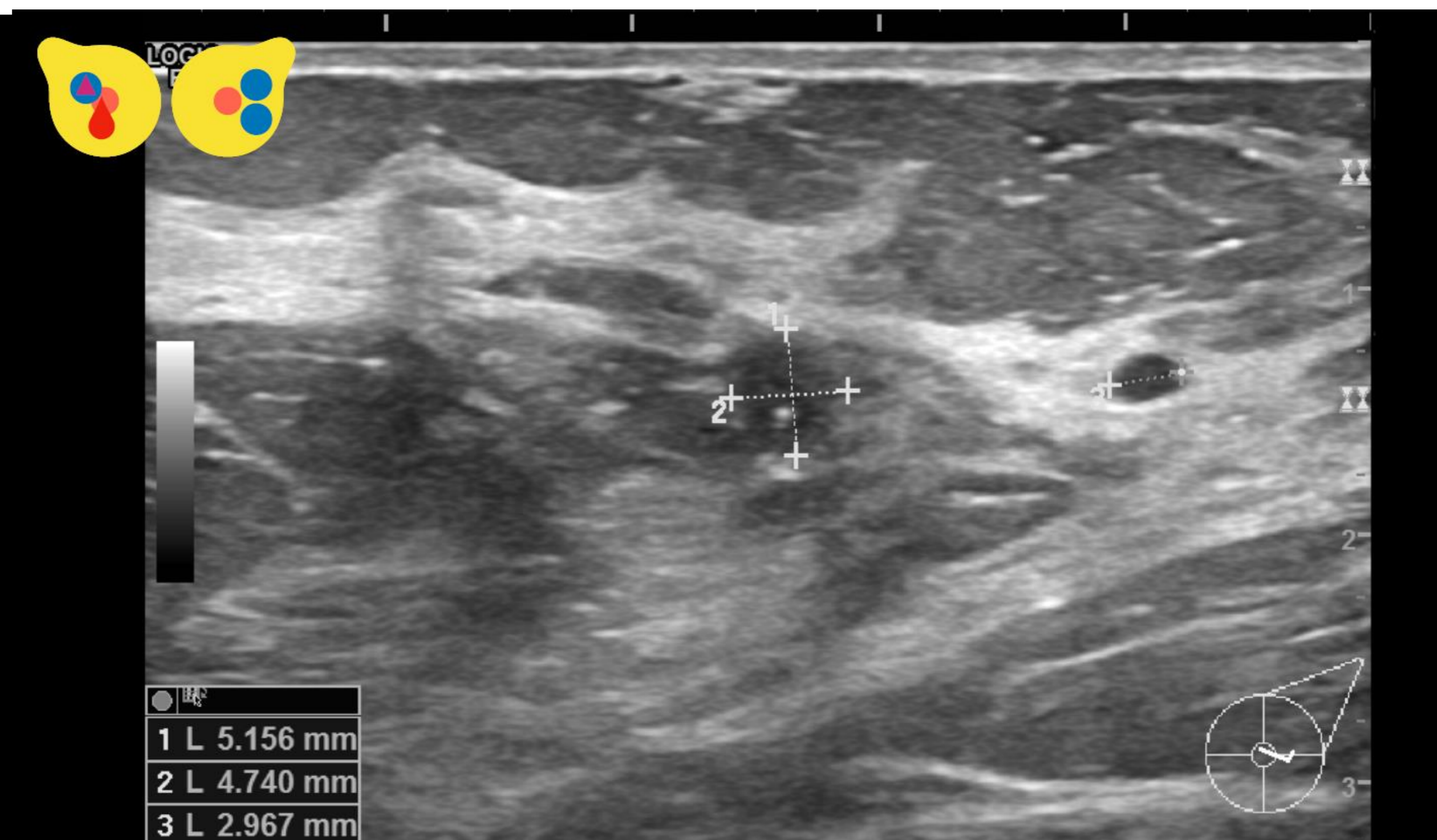
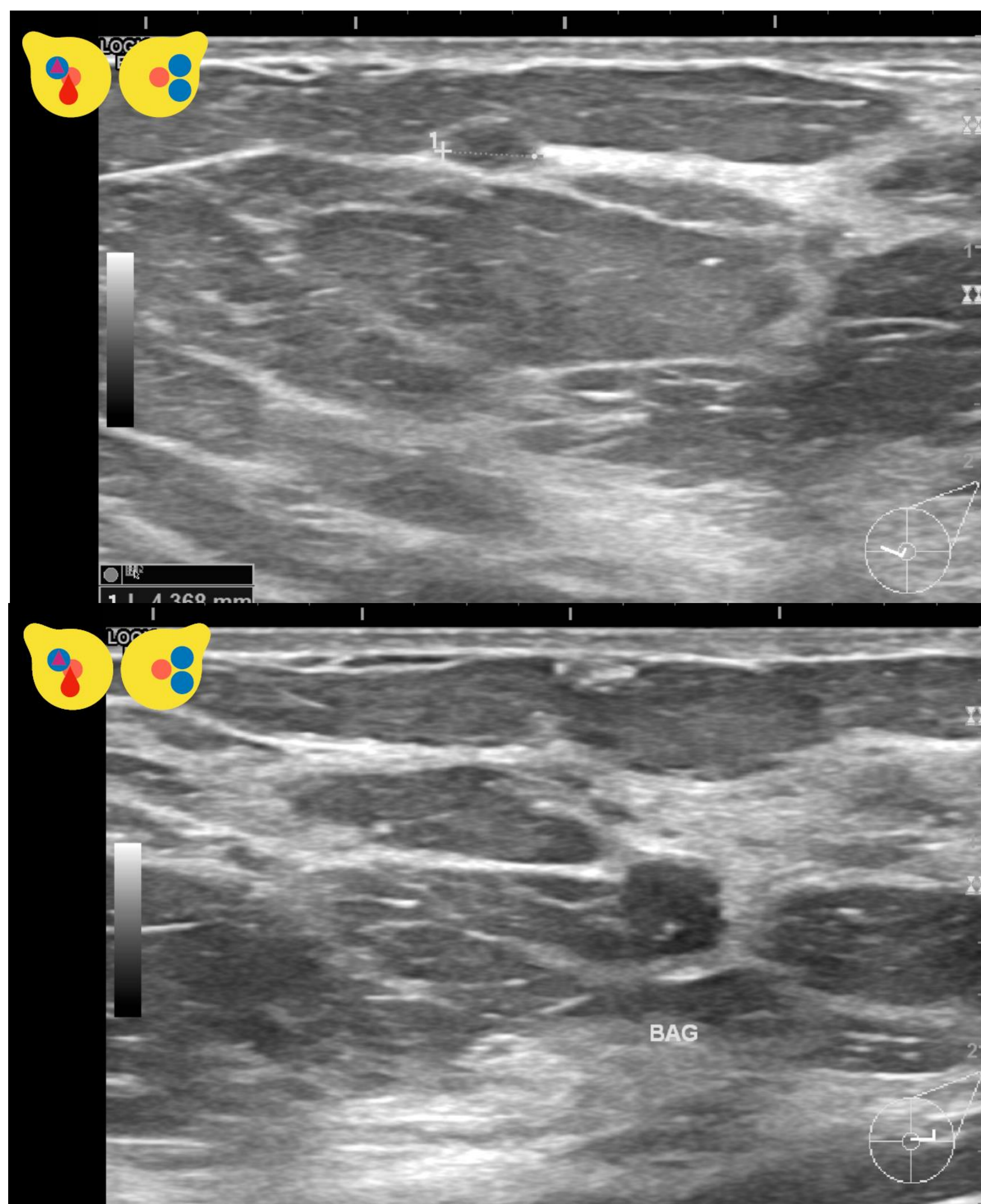
Citología con células epiteliales con atipias

## MANEJO A SEGUIR →

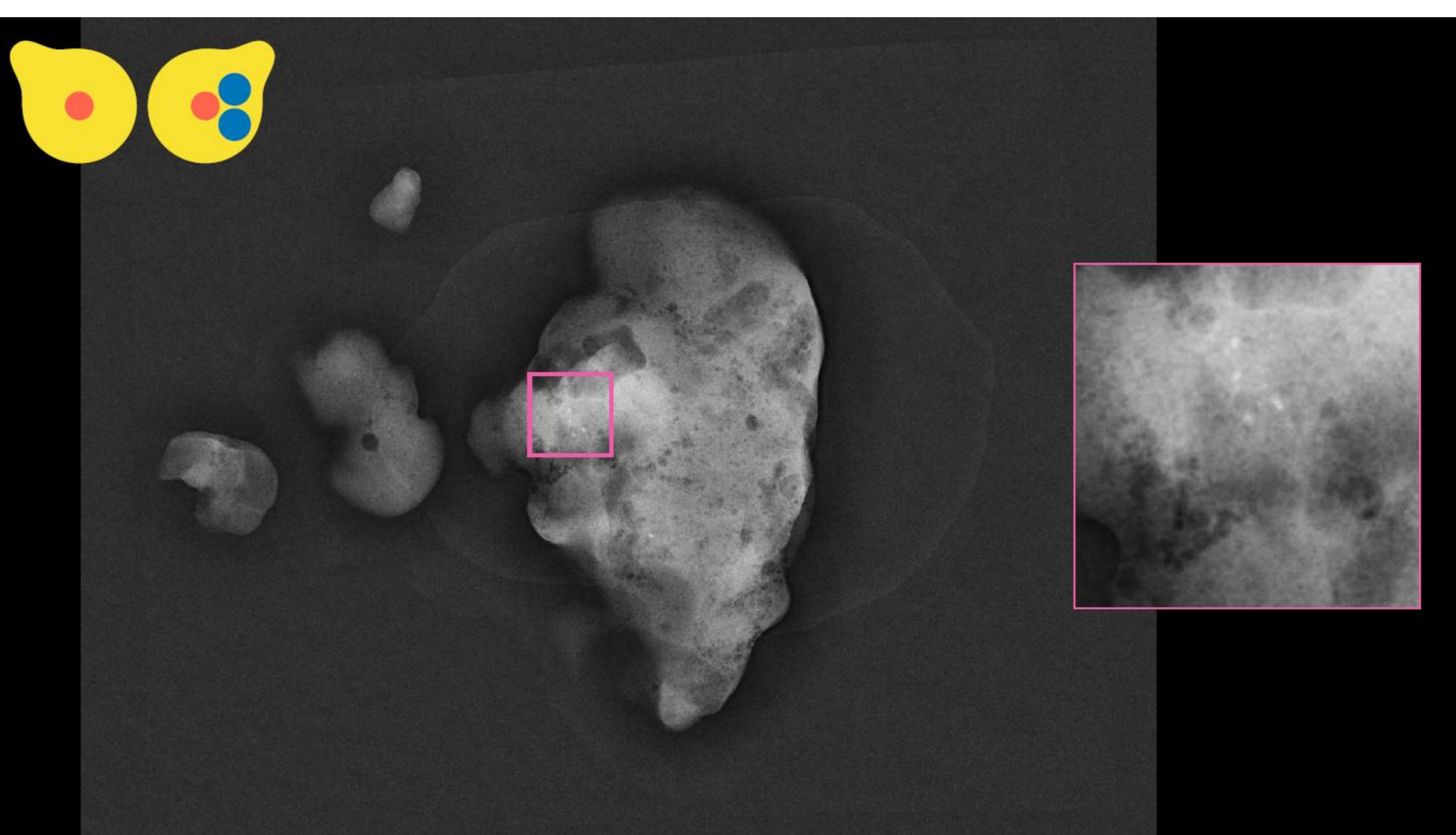
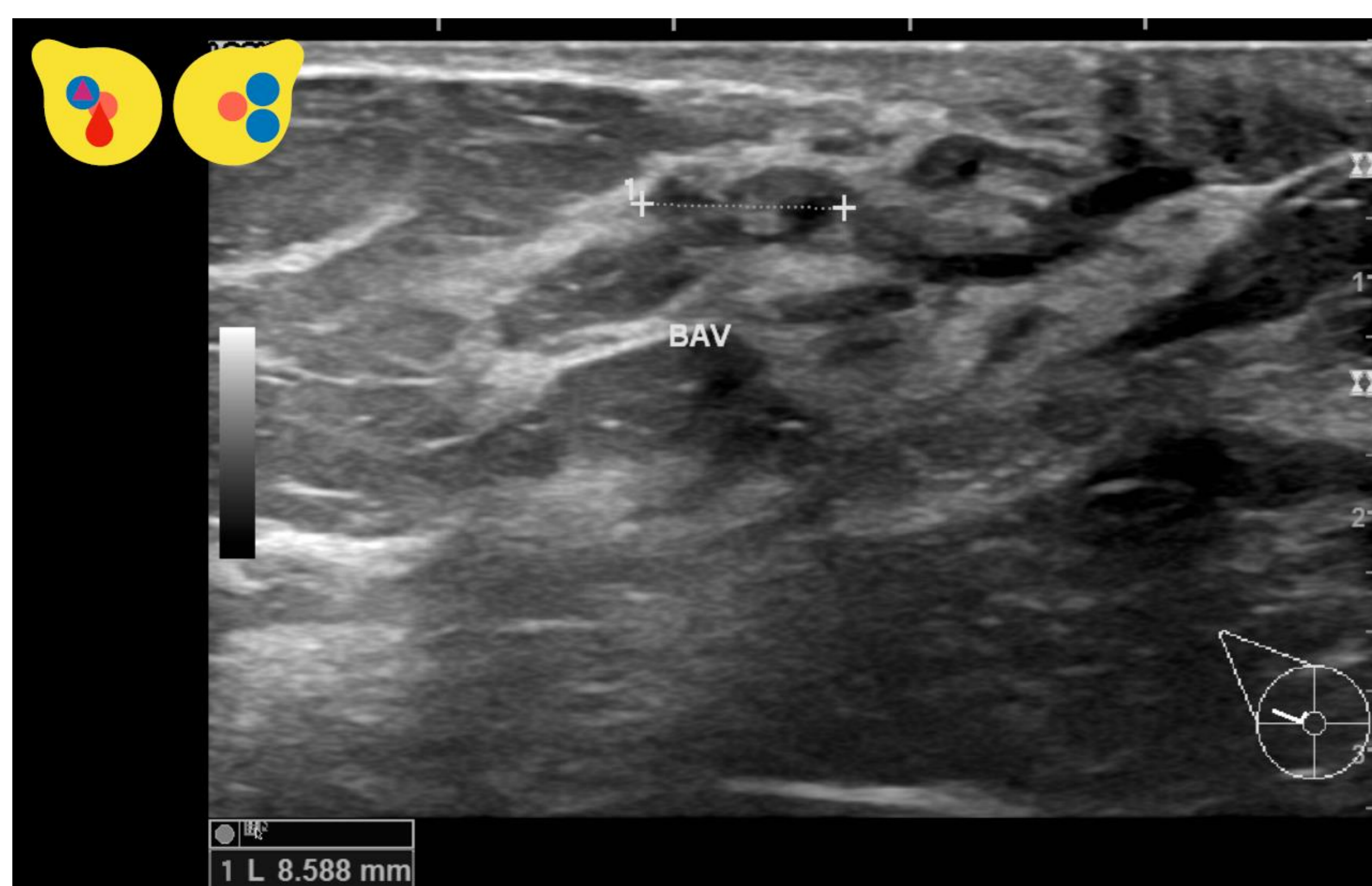
Ecografía de la MI para localizar los 2 nódulos +/- biopsia

BAV de la lesión de la MD





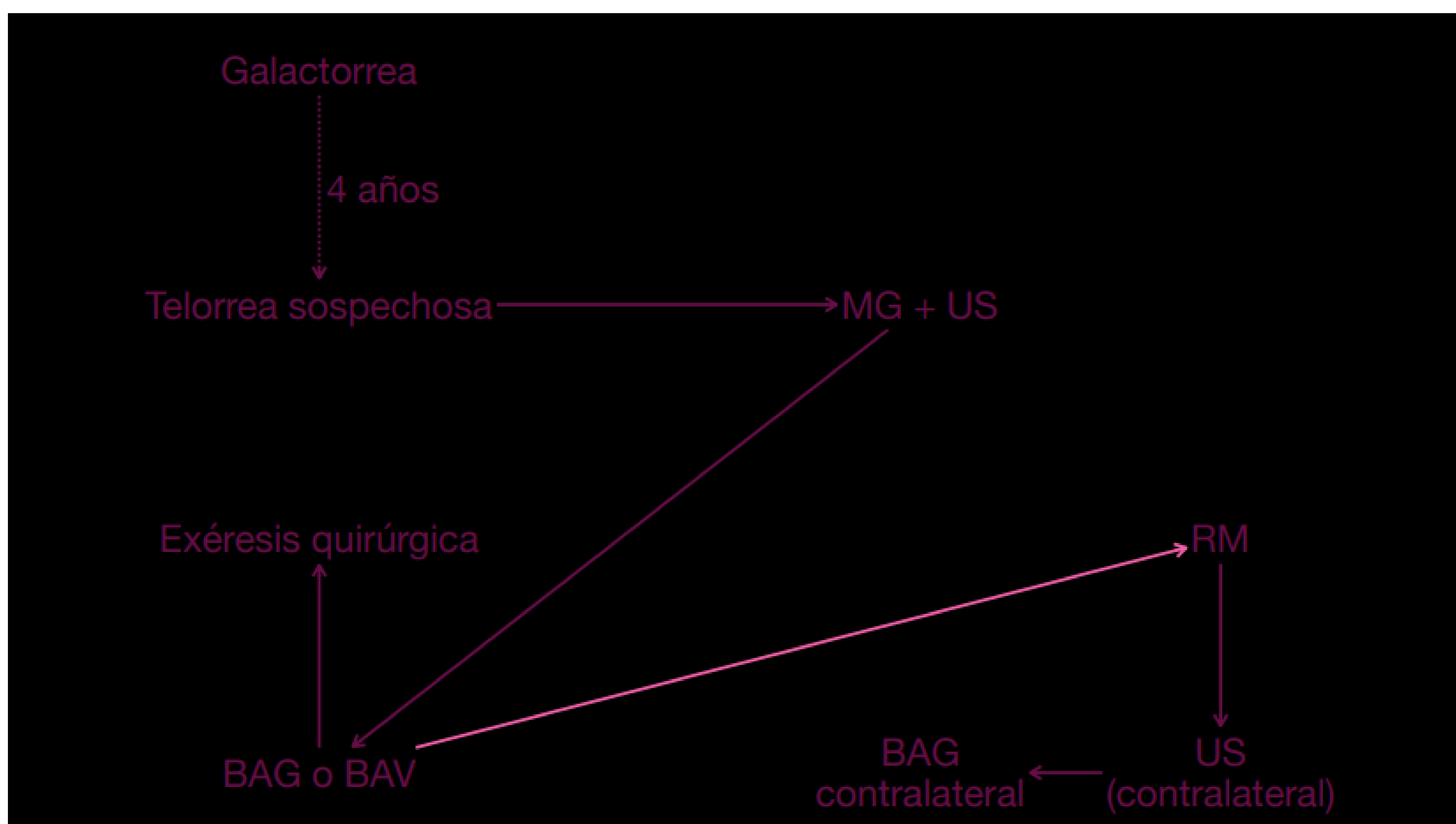
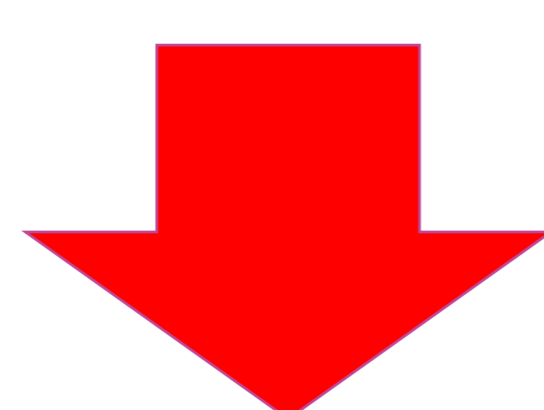
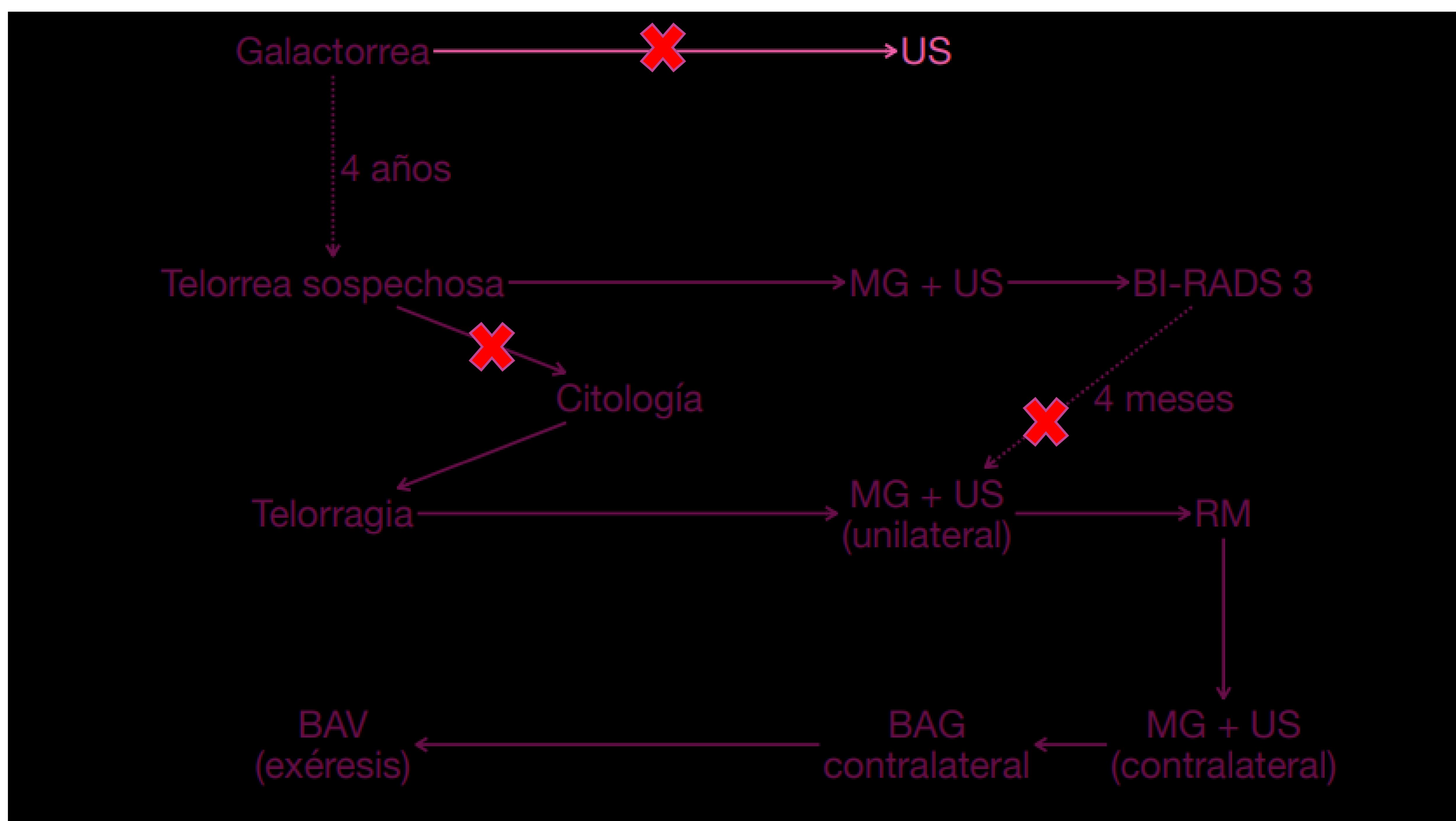
Se localizan los 2 nódulos en la MI mediante ecografía y se realiza BAG



Se realiza BAV de la lesión intraductal en CSE MD obteniendo en la muestra de AP → Cilindro retroareolar derecho con un papiloma intraductal con focos de adenosis y esclerosis de la pared con atrapamiento ductal y calcificaciones epiteliales. Sin signos de malignidad en el material remitido.

**DIAGNÓSTICO** → Papiloma intraductal (múltiple)







## Conclusión:

- No se realizarán pruebas de imagen en casos de telorrea no sospechosas salvo las que le correspondan por cribado rutinario según su grupo de riesgo.
- La citología no cambia el manejo diagnóstico.
- En embarazadas, pacientes con mamografía reciente negativa o mujeres menores de 30 años sin factores de riesgo aumentado, la prueba de elección será una ecografía mamaria bilateral. En caso de ser positiva, opcionalmente, se podrá realizar una mamografía antes de la biopsia.
- En el resto de pacientes, incluyendo varones, se empieza el estudio con mamografía bilateral, seguido de ecografía bilateral.
- En caso de resultados negativos en las pruebas mencionadas, la RM demuestra una mayor sensibilidad y especificidad que la galactografía.



# Bibliografía:

1. Vavolizza RD, Dengel LT. Management of nipple discharge. Surg Clin North Am [Internet]. 2022;102(6):1077–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2022.06.006>
2. Tierney SN. Intraductal papillomas. Surg Clin North Am [Internet]. 2022;102(6):965–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2022.08.011>
3. Inicio - Red de Programas de Cribado de Cáncer [Internet]. Red de Programas de Cribado de Cáncer. Red de Programas de Cribado de Cáncer; 2021 [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.cribadocancer.com>