

Telorragia en recién nacidos

- Alarma sin consecuencias graves -

Dra. Selva Lima

Ginecóloga, Instituto CLAEH, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.



Resumen: La telorragia es un hallazgo clínico infrecuente en recién nacidos y niños. Se caracteriza por un sangrado por el pezón, uni o bilateral, que puede asociarse a tumoración subareolar y elementos inflamatorios locales.

La ectasia ductal mamaria es la causa más frecuente de telorragia en niños, se describe como una dilatación de los conductos galactóforos subareolares de causa no determinada.

Se presenta de forma indistinta en ambos sexos y en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente en pocos meses lo que permite mantener una conducta expectante. En ocasiones, debido a la aparición de complicaciones puede ser necesaria la intervención quirúrgica o el inicio de tratamiento antibiótico.

Palabras clave: Telorragia, sangrado, pezón, neonato.

Abstract: *Thelorrhagia is an uncommon clinical finding in newborns and children. It is characterized by bloody nipple discharge, unilateral or bilateral, which may be associated with subareolar mass and local inflammatory elements.*

The most common cause of thelorrhagia in children is mammary duct ectasia, which is described as dilated subareolar ducts of undetermined cause.

Present in both sexes, in most cases it resolves spontaneously within a few months. This resolution allows maintaining an expectant behavior. Occasionally, due to the occurrence of complications, surgery or initiation of antibiotic treatment may be required.

Keywords: *Thelorrhagia, bloody discharge, nipple, newborn.*

Introducción

Mientras la **galactorrea** es un hecho común en recién nacidos y durante los primeros meses de vida, la **telorragia** (sangrado por el pezón) es una rara situación clínica, que habitualmente provoca mucha alarma, afortunadamente sin consecuencias severas.

Se presenta en forma espontánea con sangrado por el pezón, uni o bilateral, generalmente de escasa entidad y sin elementos fluxivos, con o sin tumoración, independiente del sexo.

La glándula mamaria del recién nacido de ambos sexos puede presentar una leve tumoración y aun galactorrea, producto de la estimulación hormonal de la madre. Esta situación se presenta con relativa frecuencia, solo requiere observación y tranquilizar a los padres, es autolimitada y desaparece espontáneamente en pocos meses.

En el caso de presentarse una telorragia en recién nacidos o lactantes de ambos sexos interesa descartar patologías, aunque prácticamente en el 99,9% de los casos es de resolución espontánea.

Existen en la literatura escasos reportes de casos, en los que la conducta varió desde la observación, a la conducta intervencionista con exéresis de la tumoración. Los casos en los que se realizó intervención quirúrgica, la histología mostró siempre la existencia de una ectasia ductal

E-mail: zaraeche@adinet.com.uy

mamaria, y en los estudios citológicos no se observaron infiltrados inflamatorios. (Ver Tabla 1 y 2)

Causas de telorragia

La causa más frecuentemente encontrada como responsable de la telorragia es la ectasia ductal de la mama. Esta dilatación de los conductos galactóforos subareolares no tiene una causa bien determinada.

Se propone que la acción hormonal materna, los estrógenos y progestágenos, inducen la proliferación del epitelio ductal y dilatación de los ductos. Esta dilatación determina distorsión del tejido circundante y acumulación de detritos intracanaliculares que determinan una reacción inflamatoria. Asimismo, dicha reacción produce una ulceración del epitelio ductal con la aparición de la hemorragia.

En niños más grandes (mayores de 1 año) puede presentarse con importante dilatación quística del ducto subareolar y proliferación estromal, que determina la presencia de una masa subareolar. En estos casos la ecografía revela la existencia de imágenes quísticas de tamaño variable. Esta situación se describe en la literatura como más frecuente en varones. La mayoría de las intervenciones quirúrgicas, en las que se realizó la exéresis de la masa quística, fueron efectuadas en esta situación clínica.

Otros hallazgos han demostrado la existencia de pequeños papilomas subareolares.

Tabla 1. Telorragia: reporte de casos							
Caso	Edad	Sexo	Lado	Examen físico	Duración de síntomas	Cultivo	Seguimiento (duración)
Berkowitz e Inkelis	6 semanas	F	D	Mama aumentada	Días	Negativo	7,5 meses
	-	-	I	Mama aumentada	Días	Negativo	7,5 meses
Menken y Roll	3 años	F	I	Mama aumentada	1 semana	-	20 meses
Gershin y Mogilner	3 meses	F	I	Mama aumentada	-	-	6 meses
West et al.	7 meses	M	?	?	?	<i>Staphylococcus aureus</i>	12 meses
	1 año	F	I	?	?	<i>Staphylococcus aureus</i>	2 semanas
Fenster	8 meses	M	D	Normal	6 semanas	-	6 meses
	-		I	Normal	8 semanas	-	6 meses
Sigalas	7 meses	M	D	Normal	6 semanas	-	3 meses
	-		I	Normal	8 semanas	-	3 meses
Stringel et al.	5 meses	F	I	Pequeño nódulo	?	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4 meses
Weimann	8 meses	M	D	Mormal	4 meses	-	6 meses

F: Femenino, M: Masculino, D: Derecha, I: Izquierda

Adaptado de: Imamoglu M, Cay A, Reis A, Ozdemir O, Sapan L, Sarihan H. Bloody nipple discharge in children: possible etiologies and selection of appropriate therapy. *Pediatr Surg Int* 2006;22(2):158-63.

Una situación muy infrecuente en niñas es la existencia de un tumor Phyllodes, cuya característica presentación es un crecimiento rápido, siempre evolutivo.

donde se debe valorar las características del sangrado, la presencia de tumoración subareolar, y la presencia o no de elementos inflamatorios.

En la mayoría de los casos se trata de niños sanos, en los que se evidencia la telorragia y puede detectarse una tumefacción subareolar o no, generalmente sin ningún elemento sugestivo de inflamación.

Manejo clínico

El manejo clínico de la presentación de telorragia en niños implica un interrogatorio exhaustivo y el examen físico,

Somos Especialistas en Medicina Reproductiva

Massone

HMG Massone

75/150 UI de FSH +
75/150 UI de LH

Follitrin

75/150 UI de FSH

Gonacor

5000 UI de HCG

Gonadotrofinas de primer nivel mundial

Representa en Paraguay:

index s.a.c.i.

Boquerón 676 c/ Misiones
Asunción, Paraguay
Tels: 203860/1 - Fax: 213973



Tabla 2. Telorragia: reportes de casos por año (1983-2009)

Caso N°	Ref. N°	Año	Edad	Sexo	Hallazgos ecográficos	Procedimiento Invasivo	Resultado
1	2	1983	6 semanas	Femenino	-	-	9 meses después
2	2	1983	8 meses	Masculino	-	-	Perdido en seguimiento
3	5	1984	8 meses	Masculino	-	-	4 meses después
4	6	1986	7 meses	Masculino	-	-	3 meses después
5	3	1986	3 años	Masculino	-	Mastectomía / EDM	-
6	3	1986	5 meses	Femenino	-	-	3 meses después
7	4	1990	4 años	Masculino	-	Exéresis Bx / EDM	-
8	7	1992	2 años	Masculino	-	Mastectomía / EDM	-
9	8	1992	3 meses	Femenino	-	-	6 meses después
10	9	1993	3 años	Femenino	-	-	8 meses después
11	10	1996	2 años	Masculino	-	Mastectomía / EDM	-
12	11	2003	4 años	Masculino	-	Exéresis Bx / EDM	-
13	12	2003	8 meses	Masculino	EDM	-	6 meses después
14	13	2005	3 años	Masculino	EDM	-	1 mes después
15	14	2006	3 meses	Femenino	EDM	-	7 meses después
16	15	2006	4 meses	Masculino	-	-	3 meses después
17	16	2008	2 meses	Masculino	EDM	-	2 semanas desp.
18	17	2008	3 meses	Masculino	EDM	-	1 mes después
19	18	2009	7 meses	Masculino	-	-	3 meses después
20	19	2009	4 meses	Femenino	No especificado	-	Sin datos
21	20	2009	3 años	Masculino	EDM	-	5 meses después

EDM: Ectasia Ductal Mamaria.

Adaptado de: Ji Yeon Seo et al. Bloody nipple discharge in an infant. Korean Journal of pediatrics. 2010;53(10):917-20.

El cultivo de la secreción del pezón permite descartar un compromiso infeccioso. De existir éste, se debe en la mayoría de los casos a la contaminación con *Staphylococcus aureus*. El tratamiento con antibióticos adecuado y oportuno resuelve la situación sin secuelas.

La ecografía mamaria permite detectar la ectasia ductal en la mayoría de los casos.

En los casos que presentan tumefacción retroareolar, la determinación hormonal en plasma de estradiol, progesterona, y prolactina se justifica fundamentalmente para descartar un compromiso del eje hipotálamo-hipofisario (H-H-O).

Tratamiento

Una vez realizada la evaluación mediante las medidas relatadas, cabe adoptar una conducta expectante ya que esta situación retrocede espontáneamente en un tiempo variable, por lo que no se justifica ningún tipo de intervención quirúrgica.

La exéresis se desaconseja ya que podría dejar secuelas como distorsión y disfunción del tejido mamario que se manifestarán en la evolución del desarrollo mamario, como se han descrito en aquellas situaciones donde se adoptó esta conducta sobre todo si son niñas.

El seguimiento debe ser clínico y ecográfico, en forma periódica, hasta la desaparición del síntoma. Importa detectar una posible sobreinfección valorando las características de la secreción y la presencia o ausencia de un proceso fluxivo.

Si la infección apareciera como complicación, debe iniciarse el tratamiento con antibióticos que cubra al *Staphylococcus aureus*, germen frecuentemente involucrado en lesiones próximas a la piel, como se expresó anteriormente.

No debe masajearse ni manipular el área afectada, ello favorecería la ulceración del epitelio ductal con reaparición o incremento del sangrado y riesgo de contaminación microbiana.

Artículo recibido: 07/2012

Aprobado para publicar: 01/2013

Bibliografía Consultada

- Arzu Pampal, MD, Aytac Gokoz, MD, Tansu Sipahi, MD, Handan Dogan, MD, Ayca Torel Ergur, MD. Bloody Nipple Discharge in 2 Infants with Interesting Cytologic Findings of Extramedullary Hematopoiesis and Hemophagocytosis. J Pediatr Hematol Oncol. April 2012;3(34):229-231.
- Djilas-Ivanovic D, Boban J, Katanic D, Ivkovic-Kapic T, Lucic MA. Bilateral bloody nipple discharge in a male infant: sonographic findings and proposed diagnostic approach. J Pediatr Endocrinol Metab. 2012;25(1-2):163-4.
- Hideyuki Ujite, MD; Masashi Akiyama, MD, PhD; Rinko Osawa, MD; Satoru Shida, MD, PhD; Satoru Aoyagi, MD, PhD; Horoshi Shimizu, MD, PhD. Bloody Nipple Discharge in an Infant. Archives of dermatology .2009;145(9):1068-1069.
- Imamoglu M, Cay A, Reis A, Ozdemir O, Sapan L, Sarihan H. Bloody nipple discharge in children: possible etiologies and selection of appropriate therapy. Pediatr Surg Int 2006 Feb;22(2):158-63.
- J. González González, M.J. Carbonero Celis, I. Juguera Rodríguez. Ductectasy. Two cases report. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «Virgen Macarena». Sevilla Acta pediátrica 2011;69(3):143-44.
- Ji Yeon Seo et al. Bloody nipple discharge in an infant. Korean Journal of Pediatrics. 2010;53(10):917-20.
- McKierman et al. Histology of breast development in early life. Arch Dis Child. 1988;63:136-39.
- Ratna Tan et al. Does bloody nipple discharge occur during normal breast development in infancy?. Pediatrics Int. 2010;52:825-84.
- Weimann E. Clinical management of nipple discharge in neonates and children. J Paediatr Child Health. 2003 Mar;39(2):155-6.

Leche Crecimiento,
ahora también
en 200 ml.



Ahora en dos presentaciones:
Tetra Square y 200 ml.

Vida Sana
TREBOL

Seguinos en f lacteostrebol

Cooperativa
Chortitzer
www.chortitzer.com.py