

TUMOR DE MAMA EN LACTANTE MASCULINO

Daniela Alejandra López(*), Yoselyn Mariana Camacaro(*),
Guillermo Hernán Flores(**), José Domingo Lago(**)

Recibido: 14/04/2017
Aceptado: 30/07/2017

RESUMEN:

Quiste galactóforo es un aumento de volumen quístico de la glándula mamaria con secreción lechosa. Lesión benigna que ocurre en mujeres lactantes. Causa rara de aumento de volumen mamario descrita en niños, existiendo solo 32 casos publicados. Se presenta masculino de 1 año con aumento de volumen en mama izquierda de 2 meses de evolución, de 2x2 cm, redondeada, móvil, blanda, indolora, sin flogosis. Se realiza punción obteniéndose líquido blanquecino fluido, citoquímico compatible con secreción láctea. Hormonas tiroideas, LH, FSH, prolactina y progesterona sin alteraciones. Se realiza excéresis de lesión cuya biopsia reportó: Ectasia ductos mamarios con marcada hialinización de pared compatible con quiste galactóforo.

PALABRAS CLAVES: Quiste galactóforo, tumor, glandula mamaria, lactante.

Breast tumor in a male infant**SUMMARY:**

Galactophore cyst is a cystic enlargement of the mammary gland with milky fluid. Benign lesion that occurs in lactating women. Rare cause of breast enlargement described in children, with only 32 reported cases. This is a case of 1 year old male with enlargement of the left breast for 2 months, 2x2 cm, rounded, mobile, soft, painless, without phlogosis. A needle aspiration of cyst was performed obtaining whitish fluid, cytochemical compatible with milk fluid. Thyroid hormones, LH, FSH, prolactin and progesterone were normal. Excision of lesion was performed and biopsy reported: Mammary duct ectasia with marked hyalinization of wall compatible with galactophore cyst.

KEY WORDS: galactophore cyst, tumour, mammary gland, infant.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mamarias en pacientes pediátricos del sexo masculino son poco frecuentes. Las podemos dividir en cinco grandes grupos: malformaciones congénitas, problemas hormono-dependientes, infecciones, traumatismos y neoplasias (1). La mayor parte de las lesiones mamarias en edad pediátrica que se describen en la patología quirúrgica son propias de los adolescentes y consisten en nódulos benignos, como fibroadenoma y ginecomastia, con una prevalencia de 50 a 70% de todas las lesiones mamarias en esa edad (2,3).

La glándula mamaria en el recién nacido es un nódulo firme de no más de un centímetro de diámetro, la cual persiste durante el primer año de vida, e incluso puede hacerse más prominente alrededor de los seis meses e involucre lentamente, hasta hacerse muy pequeño en la edad pre-puberal. El sistema ductal de la glándula mamaria en los niños es bastante variable, desde rudimentario hasta otros con lóbulos terminales bien desarrollados (4).

La glándula mamaria en el recién nacido es capaz de secretar leche como reacción a la elevación de la prolactina (4). Si bien la actividad secretora persiste en su mayor parte durante tres a cuatro semanas, puede estar presente hasta los

siete meses, y en la literatura se reportan referencias de pacientes con secreción de leche mucho después de descender los niveles plasmáticos de prolactina (3).

El galactocele es una rara enfermedad quística mamaria, que contiene secreción de aspecto lechoso que se observa usualmente en mujeres lactantes. Esta condición es rara en niños y solo pocos casos han sido descritos (5-16).

El primer caso del galactocele fue publicado en 1880 y desde entonces solo se han publicado 32 hasta el 2016. Estos, se presentan con mayor frecuencia de manera unilateral, y solo un 30% de los casos son bilaterales, siendo la edad promedio de presentación clínica los 15 meses (6-16).

La etiología es incierta, pero la mayoría de los autores postulan que probablemente es multifactorial. Los 3 principales factores de riesgos cruciales para el desarrollo del galactocele son: estimulación previa o actual de prolactina, presencia de epitelio mamario secretor y obstrucción ductal (7,8). Otros autores sugieren que se puede desarrollar por una pequeña obstrucción quística, la cual se forma en neonatos y se mantiene silente hasta que se desencadena una reacción inflamatoria posterior a un trauma (9).

El galactocele puede ocurrir en casos de hiperprolactinemia persistente (5,15), adicionalmente, la elevación del factor 1 de crecimiento semejante a la insulina, resultante del tratamiento con hormona de crecimiento en el hipopituitarismo congénito ha sido reportada como contribuyente del crecimiento (9). Igualmente se debe tomar en cuenta administración de estrógenos o componentes estrogénicos, uso de drogas no estrogénicas como digoxina y cimetidina, hiper o

Servicio de Cirugía Pediátrica
IVSS Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro (Caracas)

* Residente servicio de cirugía pediátrica IVSS HPET.

** Adjunto servicio de cirugía pediátrica IVSS HPET, miembro SVCP

hipotiroidismo, tumores testiculares o adrenales, tumores secretores de hormona de crecimiento y síndrome de exceso de aromatasa (hiperestrogenismo familiar). (12,14)

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imágenes. En el ecosonograma de partes blandas se evidencia una colección fluida bien definida en el espacio subcutáneo o una masa compleja, el componente líquido es hipocóico, y el graso hiperecico, la apariencia resultante es de un quiste complejo. También se ha descrito el uso de resonancia magnética nuclear donde se evidencia realce solo de la pared y septos; y mamografía evidenciándose un nivel líquido-graso pero estos últimos son muy poco usados en pacientes pediátricos (17,18). La aspiración del quiste puede ser usada como medida diagnóstica y terapéutica (6). El diagnóstico diferencial incluye ginecomastias, hemangiomas, ectasia ductal, mastitis hipertróficas y malformaciones linfáticas (17,6).

El tratamiento del galactocele es quirúrgico mediante una incisión infraareolar y simple excéresis de la lesión a través del mismo, es curativo en la mayoría de los pacientes (6).

CASO CLINICO

Se presenta caso de lactante mayor masculino de 1 año de edad con antecedente de hidrocefalia congénita, cuya madre refiere inicio de enfermedad actual a los 8 meses de edad cuando presenta aumento de volumen progresivo en mama izquierda. Madre niega antecedentes familiares de importancia y refiere diagnóstico prenatal a las 12 semanas de síndrome de Dandy Walker ameritando derivación ventrículo peritoneal a los 2 meses de edad. Al examen físico se evidencia Cabeza: aumento de volumen en región craneal a predominio de diámetro anteroposterior, circunferencia cefálica 53 cm, cicatriz eutrófica en región occipital. Mama: aumento de volumen en mama izquierda de 2 x 2 cm, redondeada, móvil, de consistencia blanda, no adherido a planos profundos, sin signos de flogosis. Abdomen: blando, se palpa en superficie subcutánea de hemiabdomen derecho, catéter de derivación ventrículo peritoneal, deprimible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal.

Se solicitan laboratorios que reporta: TSH: 4,2 uUI/ml, T3 total: 1,71 ng/ml, T4 total: 9,6 µg/dl, prolactina: 12,5 ng/ml, LH: <0,2000 mUI/ml, FSH: 0,80 mUI/ml, progesterona: 0,26 ng/ml, 17 hidroxiprogesterona: 0,3 ng/ml.

Se realiza punción de lesión quística de mama izquierda

obteniéndose: Secreción de aspecto lechoso, blanquecino, fluido (figura 1). Se envía muestra para citoquímico reportando: glucosa: 23 mg/dl, colesterol: 9 mg/dl, LDH: 403 U/L, densidad: 1.040, reacción: alcalina, color: blanco (lechoso), aspecto (antes de centrifugar): turbio, aspecto (después de centrifugar): con sobrenadante lipídico, examen directo gotas de grasas grandes, medianas y pequeñas muy abundantes, células 0-1 xcp, hematíes 0 xcp, leucocitos 0 xcp, no se observaron bacterias, compatible con secreción láctea.

Hallazgos operatorios: Lesión quística de 2 x 2 cm aproximadamente en mama izquierda, aproximadamente 5 cc de secreción blanquecina (láctea). (Figuras 2)

Procedimiento: incisión infraareolar, excéresis de la lesión y se envía muestra para estudio anatomopatológico. (Figura 3)

En la biopsia enviada a anatomía patológica se obtuvo el siguiente resultado: Descripción macroscópica: segmento de 2 x 1 cm de diámetro, blanco nacarado, irregular de aspecto membranoso; al corte es de aspecto fibroadiposo homogéneo de consistencia blanda. Diagnóstico microscópico: ectasia de ductos mamarios con marcada hialinización de la pared sin evidencia de malignidad.

Actualmente paciente valorado por consulta externa, con evolución clínica satisfactoria sin recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

El galactocele es una rara enfermedad quística mamaria, que contiene secreción de aspecto lechoso que se observa usualmente en mujeres lactantes. Esta condición es rara en niños y solo pocos casos han sido descritos (5); cómo podemos evidenciar por el hecho de que no hay publicadas revisiones estadísticas amplias, solo reportes de no más de dos casos como lo hace el grupo de Vlahovic y colaboradores en el año 2012. De este grupo, se presentan con mayor frecuencia de manera unilateral, y solo 30% de los casos son bilaterales, siendo la edad promedio de presentación clínica los 15 meses (6-16). El caso presentado coincide con la unilateralidad y el grupo etario.

La etiología es incierta (8). Sin embargo hay que tomar en cuenta factores endocrinos asociados los cuales pueden desencadenarlo como son la hiperprolactinemia persistente y el hipopituitarismo congénito (5,9,15). Igualmente se debe



Figura 1

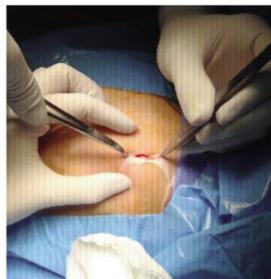


Figura 2



Figura 3

tomar en cuenta administración de estrógenos o componentes estrogénicos, uso de drogas no estrogénicas como digoxina y cimetidina, hiper o hipotiroidismo, tumores testiculares o adrenales, tumores secretores de hormona de crecimiento y síndrome de exceso de aromatasa (hiperestrogenismo familiar). (12,14). Patologías asociadas que se ponen de manifiesto en los trabajos de Güven y colaboradores del 2013, Vlahovic en publicaciones del 2012 y 2015, Kumar y colaboradores del 2011, Lau y colaboradores del 2016. En este caso el paciente no presenta ninguno de los factores endocrinos asociados, se le realizó pruebas hormonales los cuales resultados negativos, por lo que la etiología de la lesión permanece incierta. Solo el 20 % de los casos descritos en la literatura poseen patologías asociadas. (6,9,12,15)

El diagnóstico se realiza mediante examen físico, ecsonograma o intraoperatorio. (6-16). En solo 2 casos se realizó aspiración de la lesión como método diagnóstico y terapéutico (6). En el presente caso inicialmente se realizó aspiración del quiste obteniendo secreción de aspecto lechoso fluido, el cual fue comprobado mediante citológico. (6,9,12,15)

El tratamiento final en 30 de los 32 casos descritos fue excéresis de la lesión (6-16). Este paciente fue llevado a mesa operatoria en donde se realiza excéresis del quiste mediante una incisión infraareolar semejante a los otros casos descritos en la literatura y se confirma diagnóstico mediante biopsia de la lesión.

El primer caso del galactocele fue publicado en 1880 y desde entonces solo se han publicado 32 hasta el 2016 (6-16), siendo este caso el número 33 descrito en el mundo.

Actualmente no se han descrito casos de esta patología en Venezuela, por lo cual este sería el primer caso descrito en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Velasco A, Toro J, López E, Perez M, Valencia P. Patología mamaria en niños: casuística de tres hospitales pediátricos de concentración. *Patología*. 2010; 48(3):160-168.
2. Greydanus D, Marytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care*. 2006; 33:455-502.
3. Umanah IN, Akhiwu W, Ojo OS. Breast tumors of adolescents in an African population. *Afr J Paediatr Surg*. 2010; 7:78-80.
4. Rostion C, Giugliano C, Jáuregui L, Gómez M. Ginecomastia en niños: Tratamiento quirúrgico. *Acta Médica*. 2007; 1(1):41-47
5. Tomasi P, Fanciulli G, Casti T, Delitala G. Persistent hyperprolactinemia and bilateral galactocele in a male infant. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2009.
6. Vlahovic A, Djuricic S, Todorovk S, Djukic M, Milanovic D Galactocele in male infants: report of two cases and review of the literature. *Eur J of Pediatr Surg*. 2012; 22(3):246-50.
7. Pérez A, Dutra R, Sabino L. Galactocele: An unusual case of breast enlargement in children. *J Pediatr Surg*. 2009; 44(7):1-3.
8. Saray A, Aydin O, Ozer C, Tamer L. Galactocele: a rare cause of breast enlargement in an infant. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 108(4):972-75.
9. Rahman N, Davenport M, Buchanan E. Galactocele in a male infant with congenital hypopituitarism. *Pediatr Endocrinol Metab*. 2004; 17(10):1451-53
10. Doneray H, Ozkan B, Erdogan F. Bilateral galactocele in a male infant. *Turk Med Sci*. 2008; 38:481-83.
11. Kumar S, Makwana N, Lester R, Chizo J. An unusual case of bilateral galactocoele in a male infant. *Arch Dis Child* 2011;96:1087.
12. Güven A, Hancili S. Bilateral galactocele in a male infant with Down syndrome and congenital hypothyroidism. *Pediatrics International*. 2013;55: 116–118.
13. Vlahovi A, Djuri S, Todorovi S. Unilateral galactocele in a male infant. *Vojnosanit Pregl*. 2015; 72(2): 188–191.
14. Jabari M. Galactocele: A rare case of breast enlargement among children. *Curr Pediatr Res*. 2015; 19(1): 33-35.
15. Lau C, Wong K, Tam P. Galactocele in a Male Infant with Transient Hyperprolactinaemia: An Extremely Rare Cause of Breast Enlargement in Children. *Case Reports in Pediatrics* Volume 2016, Article ID 9487616, 3 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9487616>.
16. Beisti A, Fuertes C, Zozaya E, Moreno N, Llorente M. Galactocele: tumor mamario en un varón prepuberal. *Acta Pediatr Esp*. 2016;74(9):214-216.
17. Welch S, Babcock D, Ballard E. Sonography of pediatric male breast masses: gynecomastia and beyond. *Pediatr Radiol*. 2004; 34(12):952-57.
18. Chung E, Cube R, Hall G, González C, Stocker T, et al. Breast Masses in Children and Adolescents: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2009; 29:907–931.