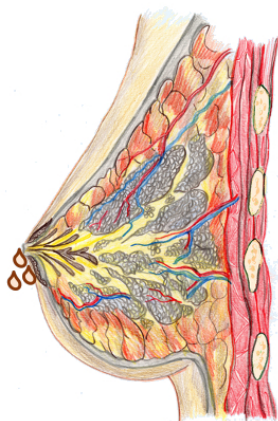




TELORREA

La telorrea o secreción por el pezón constituye un motivo frecuente de consulta en ginecología. Se estima que entre el 50 y el 80 % de las mujeres pueden presentar algún episodio a lo largo de su vida. En la mayoría de las ocasiones se relaciona con procesos fisiológicos o benignos, aunque determinadas formas de presentación pueden constituir la primera manifestación de una lesión intraductal, una lesión de alto riesgo o un cáncer de mama.[1]

El objetivo inicial consiste en diferenciar la secreción fisiológica de la denominada secreción patológica. La secreción fisiológica suele ser bilateral, multiductal y aparecer únicamente tras la expresión o manipulación del pezón. Puede ser blanca, amarillenta, verdosa, grisácea o marrón. Por el contrario, la secreción patológica suele ser espontánea, unilateral y procedente de un solo conducto. Con frecuencia es serosanguinolenta o sanguinolenta, aunque una secreción no sanguinolenta también puede requerir estudio si reúne otras características de sospecha.



CAUSAS DE TELORREA

GALACTORREA

Se define como la secreción fisiológica (no patológica del pezón) cuando no está relacionada con el embarazo o la lactancia. Suele ser blanca o transparente, aunque puede ser amarillenta, verdosa, marrón o gris, pero no sanguinolenta. Suele ser bilateral, (en ocasiones asimétrica o unilateral), y procede de múltiples conductos.

La galactorrea puede aparecer en presencia de hiperprolactinemia (ver tema correspondiente), pero también puede observarse con concentraciones normales de prolactina. Entre sus posibles causas se incluyen:

- Embarazo
- Lactancia reciente
- Prolactinomas u otras lesiones hipotalámicas o hipofisarias
- Fármacos que reducen la actividad de la dopamina



- Hipotiroidismo primario
- Insuficiencia renal
- Estimulación repetida del pezón
- Lesiones de la pared torácica
- Galactorrea idiopática

PAPILOMA

El papiloma suele ser causa de secreción uniorificial persistente y muchas veces serosanguinolenta. Es la causa más frecuente de secreción patológica. Las lesiones papilares constituyen un grupo heterogéneo. Incluyen papilomas benignos sin atipia, papilomas con atipia, carcinoma ductal in situ papilar y otras neoplasias papilares. (Abordamos más detenidamente el papiloma ductal en el tema de patología benigna de la mama).

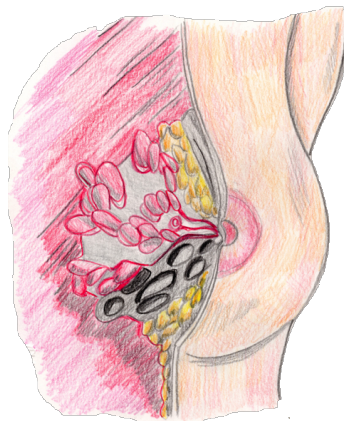
En los papilomas sin atipia, completamente evaluados y con adecuada concordancia radiopatológica, puede valorarse la vigilancia radiológica. No obstante, cuando el papiloma produce una secreción persistente, se asocia a una masa o presenta un tamaño relevante, la exéresis puede resultar razonable tanto para completar el diagnóstico como para resolver el síntoma.[2]

ECTASIA DUCTAL

consiste en la dilatación de uno o varios conductos subareolares, con acumulación de material en su interior y cambios inflamatorios periductales. Es más frecuente durante la perimenopausia y la posmenopausia, aunque puede aparecer a cualquier edad.

La secreción suele ser espesa y de color verdoso, amarillento, grisáceo o marrón. Puede proceder de un único conducto o de varios y acompañarse de dolor, engrosamiento retroareolar, retracción del pezón o episodios recurrentes de mastitis.

El manejo suele ser conservador cuando los síntomas son leves. En presencia de mastitis recurrente, secreción persistente, fístula periareolar, dolor recurrente o inflamación crónica, puede valorarse la exéresis de los conductos afectados.





INFECCIÓN

la secreción puede ser purulenta y asociarse a mastitis. (Ver tema correspondiente).

CÁNCER

la mayoría de las telorreas, incluso las clasificadas como patológicas, no se deben a cáncer. El riesgo de malignidad en pacientes con secreción patológica es variable, aproximadamente entre el 3 y el 23 %. La lesión maligna que se asocia con mayor frecuencia a la secreción por el pezón es el carcinoma ductal in situ [1,3].

La enfermedad de Paget del pezón puede manifestarse mediante secreción, sangrado, erosión, descamación, prurito o ulceración unilateral. Una lesión eccematosa persistente que afecta inicialmente al pezón y no responde al tratamiento dermatológico puede requerir biopsia cutánea.

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico de la telorrea es imprescindible una buena historia clínica. En ella debemos interrogar sobre la secreción, pero también sobre la historia de trauma reciente sobre la mama, (incluyendo una mamografía por compresión), la aparición reciente de amenorrea u otros síntomas de hipogonadismo (sofocos, sequedad vaginal), y el uso de medicamentos, (muchos pueden elevar la prolactina).

El examen físico también es muy importante. Puede intentarse reproducir la secreción mediante una presión suave desde la periferia hacia la base de la areola. La imposibilidad de reproducir la secreción durante la exploración no excluye una lesión intraductal. Tampoco suele resultar conveniente insistir de forma repetida, ya que la manipulación puede traumatizar el pezón.

GALACTORREA (SECRECIÓN FISIOLÓGICA)

ante una secreción láctea, bilateral y multiductal, el estudio puede orientarse inicialmente hacia una causa endocrina, farmacológica o sistémica. Puede ser razonable solicitar:

- Test de embarazo
- Prolactina
- TSH
- Función renal
- Otras determinaciones según la historia clínica

La prolactina puede obtenerse en cualquier momento del día y no es imprescindible que la paciente esté en ayunas. Una hiperprolactinemia persistente puede justificar la revisión de los medicamentos, la exclusión de hipotiroidismo y, en situaciones seleccionadas, una resonancia magnética hipofisaria. (Ver tema de hiperprolactinemia).

La galactorrea con prolactina normal, sin amenorrea, infertilidad, hipogonadismo ni otros datos clínicos relevantes, suele presentar una



evolución benigna. Puede recomendarse evitar la manipulación frecuente del pezón. Si el síntoma resulta especialmente molesto, el manejo puede individualizarse.

TELORREA PATOLÓGICA

Si la secreción es unilateral, sanguinolenta o se asocia con una masa o lesiones cutáneas, debemos solicitar una prueba de imagen. La edad es uno de los factores que condicionan tanto el riesgo de malignidad como la selección de la prueba inicial:

- <30 años: la ecografía dirigida suele ser la primera prueba.
- 30-39 años: pueden emplearse la ecografía, la mamografía diagnóstica o la tomosíntesis, según el riesgo individual, la densidad mamaria y los protocolos locales. Con frecuencia ambas técnicas aportan información complementaria.
- >40 años: suele realizarse mamografía diagnóstica o tomosíntesis, generalmente acompañada de una ecografía dirigida de la región retroareolar y del trayecto ductal.
- Varones: la secreción por el pezón es infrecuente y presenta una asociación proporcionalmente mayor con el cáncer de mama. En el varón adulto suele plantearse mamografía diagnóstica o tomosíntesis, complementada con ecografía...

Puede considerarse la realización de una resonancia magnética con contraste cuando la ecografía y la mamografía o tomosíntesis no identifican la causa y la secreción patológica persiste. La resonancia presenta una elevada sensibilidad pero una elevada tasa de falsos positivos.[4]

Existen otros estudios como la galactografía o la ductoscopia, pero no están disponibles en todos los centros. Ambos requieren poder reproducir la secreción del pezón en el examen físico para poder canular el conducto afectado.

La citología de la secreción no ha demostrado utilidad, ya que presenta una baja sensibilidad. Por tanto, no debería sustituir a las pruebas de imagen ni a la biopsia de las lesiones.[5]

Las lesiones visibles por técnicas de imagen suelen requerir biopsia o exéresis.

SECRECIÓN PATOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA

EL 20% de las embarazadas tienen secreción con sangre al final de la gestación o en la lactancia. Esto es aún más común los primeros días de la lactancia. Esto se debe al aumento de la vascularización, se asume que es benigno y no requiere tratamiento. Sin embargo, si el problema persiste está indicada la realización de una ecografía. No existe contraindicación para que el lactante consuma la leche que tenga algo de sangre.



TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la causa identificada y de la intensidad de los síntomas. La galactorrea con prolactina normal y escasa repercusión clínica suele manejarse de forma expectante. La galactorrea asociada a hiperprolactinemia puede tratarse mediante la corrección de la causa, la revisión de los fármacos responsables o la utilización de agonistas dopaminérgicos cuando estén indicados, (ver tema de “Hiperprolactinemia”).

Analizamos con más detalle el tratamiento de la ectasia, la infección y el papiloma en el capítulo de “patología benigna de la mama”. El cáncer de mama también lo comentamos por separado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanford MF, Slanetz PJ, Lewin AA, Baskies AM, Bozzuto L, Branton SA, et al. ACR Appropriateness Criteria® evaluation of nipple discharge: 2022 update. J Am Coll Radiol. 2022;19(11 Suppl):S304-S318.
2. American Society of Breast Surgeons. Resource guide: surgical management of benign or high-risk lesions. Columbia: American Society of Breast Surgeons; 2024.
3. Pitarch M, Alcantara R, Comerma L, Vázquez de Las Heras I, Azcona J, Wiedemann A, et al. An update on multimodal imaging strategies for nipple discharge: from detection to decision. Insights Imaging. 2025;16:70.
4. 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(1120):20201013.
5. Jiwa N, Kumar S, Gandhewar R, Chauhan H, Nagarajan V, Wright C, et al. Diagnostic accuracy of nipple discharge fluid cytology: a meta-analysis and systematic review of the literature. Ann Surg Oncol. 2022;29(3):1774-86.
6. Makineli S, van Wijnbergen JWM, Vriens MR, van Diest PJ, Witkamp AJ. Role of duct excision surgery in the treatment of pathological nipple discharge and detection of breast carcinoma: systematic review. BJS Open. 2023;7(4):zrad066.
7. Peterson MS, Heller SL, Moy L, Gao Y. Breast imaging and intervention during pregnancy and lactation. Radiographics. 2023;43(10):e230014.
8. Gupta D, Mendelson EB, Karst I. Nipple discharge: current clinical and imaging evaluation. AJR Am J Roentgenol. 2021;216(2):330-9.