

Galactocele mantecoso

Dr. Ciro Ferreira,
Dr. Martín Harretche.

Hemos visto un caso clínico correspondiente a un galactocele en etapa mantecosa, sabiendo que es una entidad rara. El diagnóstico presuntivo se puede establecer por los caracteres clínicos y antecedentes de lactancia; pero el diagnóstico de certeza se realiza con la mamografía. El tratamiento debe ser la extirpación quirúrgica.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Breast Diseases.*

SUMMARY: Galactocele.

We have found a clinical case corresponding to a galactocele, knowing this is a rare occurrence. The presumptive diagnosis may be established through the clinical characteristics and the lactation background; but the confirmed diagnosis is made by mammography.

The treatment must be surgical extirpation.

RESUMÉ: Galactocèle Gras.

Nous avons vu un cas clinique correspondant a un galactocèle en étape grasse, sachant qu'il s'agit d'une entité peu fréquente. Le diagnostic présontif peut être établi para les caractères cliniques et les antécédents d'allaitement, mais le diagnostic certain s'effectue avec la mammographie.

Le traitement doit être l'extirpation chirurgicale.

*Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi),
Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.*

INTRODUCCION

El galactocele mantecoso es una entidad cuyo diagnóstico es relativamente simple si se tienen en cuenta sus caracteres clínicos y radiológicos^(1, 12).

Motiva nuestra presentación la rareza del cuadro clínico y el hecho de que en nuestro medio⁽⁹⁾ se tiene gran experiencia en su diagnóstico.

CASUISTICA

Paciente de 28 años, mujer.

MC — Tumoraación mamaria.

EA — Tumoraación mamaria que aparece a los 16 meses de cursar proceso inflamatorio de mama derecha que retrocedió totalmente con tratamiento médico; coincidente con la lactancia. Consulta 2 meses después.

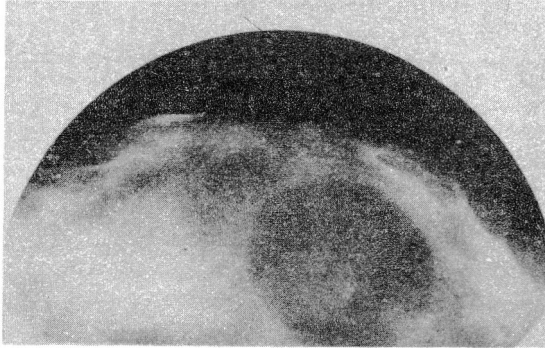
Examen. Tumoraación ubicada en cuadrante súpero-interno de mama derecha, aproximadamente a 3 cm del pezón, de límites precisos, de 2 cm de diámetro, forma ovoidea, superficie lisa, consistencia firme, indolora. Expresión mamaria negativa. No existen fenómenos fluxivos ni retracción.

Paraclínica. La mamografía efectuada muestra: a nivel del sector súpero-interno de la mama derecha, nódulo redondeado, radiolúcido, de 2 cm de diámetro, con los caracteres de un galactocele a contenido mantecoso. (Fig. 1).

Operación. Anestesia general. Incisión radiada sobre la tumoraación. Existe gran dificultad en el acto operatorio para localizar la tumefacción con maniobras de palpación, a través del parénquima mamario. Guiados por los datos de la mamografía se procede a realizar resección cuneiforme de la zona sospechosa, inci-

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Asistente Interino y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Grecia 3545, Montevideo. (Dr. M. Harretche).

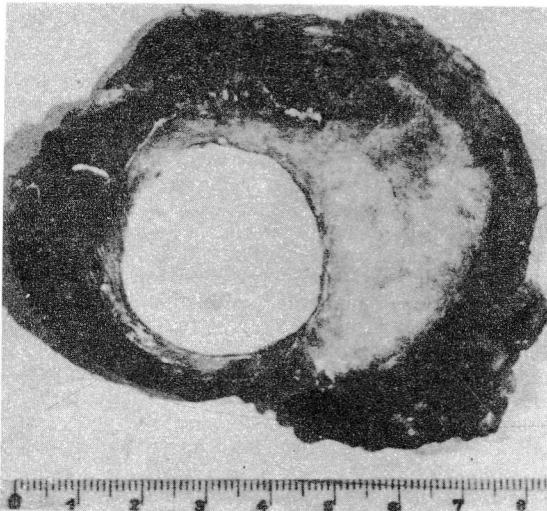


diendo en forma accidental la cápsula, por donde se vierte contenido mantecoso.

Evolución. Buena.

Anatomía Patológica. Macroscopia: tumor quístico generalmente unilocular, cuyo tamaño oscila entre 1 y 8 cm; al corte presenta pared externa formada por condensación del estroma y tejido conjuntivo de neoformación. Puede tener una cubierta epitelial interna y/o tejido de granulación con áreas de necrosis; contenido lácteo o similar a manteca. (Fig. 2).

Microscopia: el sector interno revestido de epitelio o no, al que sigue una cápsula conjuntiva con células gigantes y cristales de colesterolina.



COMENTARIOS

El galactocele es una entidad sumamente rara a desarrollo casi exclusivo durante la lactancia, o estrechamente vinculada a la

misma⁽¹⁴⁾. Billroth afirmó que nunca vio un caso. Schultz encontró 57 casos. Cincuenta de ellos fueron reunidos antes de 1897.

R. Leborgne (comunicación personal) refiere 20 casos de galactocele mantecoso.

Respecto a la etiopatogenia no existe unanimidad de criterios. La mayoría de los autores están de acuerdo en que al inicio existe dilatación de un conducto excretor, siendo más rara la dilatación de más de un conducto⁽¹¹⁾.

Se citan como factores causales:

Geschickter⁽³⁾ en una serie de 9 casos encontró un proceso infeccioso intracanalicular en 6; compresión externa ejercida por neoplasia benigna (fibroadenoma) que aumentó de tamaño en la lactancia en 1 caso; en los 2 restantes no se pudo determinar la causa.

Para Klose y Sebening⁽⁸⁾ la obstrucción del galactóforo sería secundaria a una mastitis aguda.

Haagensen⁽⁵⁾ le da importancia a la interrupción brusca de una lactancia bien establecida.

Otros invocan como causa un traumatismo de entidad durante la lactancia, el cual determinaría la ruptura de un galactóforo y extravasación láctea al intersticio, con formación del galactocele.

Finalmente Lecène⁽¹⁰⁾ sostiene que es erróneo considerarlo como un quiste de retención, ya que sería un absceso crónico de la mama con leche y pus que aparece durante la lactación, donde puede producirse la ulceración de un galactóforo en la cavidad abcedual.

Lo cierto es que a pesar de la disparidad de criterios etiopatogénicos y variantes anatomopatológicas, el galactocele es una entidad de caracteres quísticos, y donde según el momento evolutivo su contenido será lactescente (galactocele lácteo), o similar a manteca (galactocele mantecoso) como en el caso de nuestra enferma.

En el primer estadio se presenta a la mamografía como un nódulo circunscripto y opaco. En el segundo en cambio es translúcido a los RX dado la baja densidad del contenido butírico. Tendría en cambio menor importancia la determinación de si las paredes son de un verdadero quiste o un absceso crónico.

En la mayoría de los casos la consulta es motivada por hallazgo casual de una tumoración mamaria^(2, 6) que aparece estrecha-

mente vinculada a la lactancia, en un plazo que por lo general no va más allá de los 3 años⁽¹⁴⁾, si bien se han descrito casos aparecidos durante el embarazo y uno que fue detectado 10 años después del mismo. Típicamente se describe como renitente y fluctuante, aunque son caracteres que pueden faltar. Es habitualmente indoloro y sin fenómenos inflamatorios actuales.

El diagnóstico es fácil cuando la compresión determina secreción láctea por el pezón, o puede dejarse la impresión del dedo al comprimirlo. Si bien por la clínica elucubramos un diagnóstico presuntivo, son la mamografía simple y eventual punción-aspiración los exámenes complementarios que establecen un diagnóstico prácticamente seguro.

La ecografía puede ser un método diagnóstico de gran utilidad sobre el que no tenemos experiencia.

El diagnóstico diferencial es dable plantearlo con procesos benignos (quiste único palpable de la enfermedad fibroquística, fibroadenomas, etc.), o maligno (cáncer circunscripto), por la clínica^(13, 47). El estudio radiológico permite el diagnóstico de galactoccele mantecoso, puesto que éste aparece desde el punto de vista mamográfico como un tumor circunscripto, translúcido; a diferencia de los citados que son radioopacos.

La evolución habitual es hacia la persistencia sin mayores cambios. Raramente puede evolucionar a la ruptura en el intersticio provocando una reacción pericanalicular similar a la mastitis a células plasmáticas. El avena-

miento espontáneo al exterior y fistulización periareolar, puede ser otra de las evoluciones, siendo excepcional la transformación neoplásica.

Se han propuesto como tratamiento la punción aspiración pero creemos como la mayoría de los autores que el tratamiento ideal y definitivo es la extirpación quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENZADON J.: Galactoccele Sem. Méd. 107: 116, 1955.
2. DUPLAY S., ROCHARD E., DEMOULIN R., STERN W.: Diagnóstico Quirúrgico. 11ª ed. Barcelona, Salvat, 1949.
3. GESCHICKTER C.: Enfermedades de la mama. 2ª ed. Buenos Aires, Fragua, 1954.
4. GUILERA L.: Enfermedades de la Mama. Barcelona, Salvat, 1955.
5. HAAGENSEN C.: Abnormalities of the breast Growth secretion and lactation, phlpsilogic origin in Disease of the Breast. 2ª ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1971.
6. HAMILTON B.: Semlología Quirúrgica, 3ª ed. Barcelona, Toray, 1929.
7. KENNEDY A.: Breast cancer: treatment. En: Saner, F.D.: The Breast, Baltimore, Williams & Wilkins, 1950.
8. KLOSE H., SEBENING W.: Cirugía de la glándula mamaria. En: Kirschner M., Normand J.: Cirugía, Barcelona, Labon, 1945, V. 5.
9. LEBORGNE R.; Infrequent Conditions. En: The breast in roetgen diagnosis. Montevideo, Impresora Uruguayana, 1953.
10. LECENE P., LERICHE R.: Therapeutique chirurgicale. Paris, Masson, 1926, V. 2.
11. ROBBINS S.: Glándula mamaria. Patología estructural y funcional. México, Interamericana, 1945.
12. SABISTON E.: Mama. En: Tratado de patología quirúrgica. 10ª ed, México, Interamericana, 1974.
13. SCOTT W.: The function of the breast, En: Saner F., The breast. Baltimore, Williams & Wilkins, 1950.
14. URIBURU J.: Lactancia, cuidado y complicaciones. En: La Mama, 2ª ed, Buenos Aires, López, 1977.