

Carta al Director



Localizador web
Artículo 41.225

Uso del sedal en el tratamiento de la galactoforitis crónica supurativa recidivante

Sr. Director:

La galactoforitis crónica supurativa recidivante es un proceso que se observa en mujeres en la edad media de la vida, sin relación con el ciclo menstrual, embarazo o lactancia, caracterizado por una inflamación crónica del complejo areola-pezones.

El cuadro clínico más frecuente es la aparición de una pequeña tumoración superficial en el complejo areola-pezones, con características inflamatorias, generalmente fluctuante, que no suele acompañarse de fiebre ni de alteración del estado general. La umbilicación del pezón, congénita o adquirida, está presente en la mayoría de los casos.

Se admite como sustrato anatómico de esta entidad la sustitución del epitelio cilíndrico, normal a nivel ductal retroareolar, por epitelio escamoso queratinizante. La descamación de la capa córnea de este epitelio en la luz del conducto lo dilata y obstruye, lo que propicia la infección en dicha zona y la subsiguiente aparición de un absceso¹, o bien hace que se comporte como un quiste de inclusión epidérmica². Aunque puede tratarse de una anomalía congénita, la nicotina favorece la aparición de metaplasia escamosa en el conducto galactóforo³, siendo mayor la incidencia de galactoforitis crónica supurativa recidivante en mujeres que consumen más de 10 cigarrillos al día⁴.

El tratamiento médico no es efectivo, y el drenaje, espontáneo o quirúrgico, se resuelve en una fístula que mejora el proceso local y cierra pasados unos días. El cierre de la fístula determina la aparición de un nuevo episodio de inflamación y fistulización, recidivando la lesión una y otra vez; de tal forma que el absceso inicial se transforma en una fístula crónica con agudizaciones recidivantes. Esta evolución, hasta la realización del tratamiento definitivo, es característica de la entidad que nos ocupa⁵.

El tratamiento quirúrgico definitivo consiste en la exéresis del trayecto, previa cateterización del mismo con una sonda lagrimal, sutura del lecho de fistulectomía más plastiaeversión del pezón. La resección debe realizarse pasada la fase inflamatoria aguda y debe incluir el orificio de drenaje, el trayecto fistuloso y, sobre todo, el poro galactóforo afectado.

Nosotros realizamos, en el primer episodio, el bloqueo anestésico del complejo areola-pezones y evacuamos la colección mediante punción con bránula de silicona del número 14. Con una sonda lagrimal, partiendo del galactóforo afectado, se cateteriza el trayecto exteriorizándola

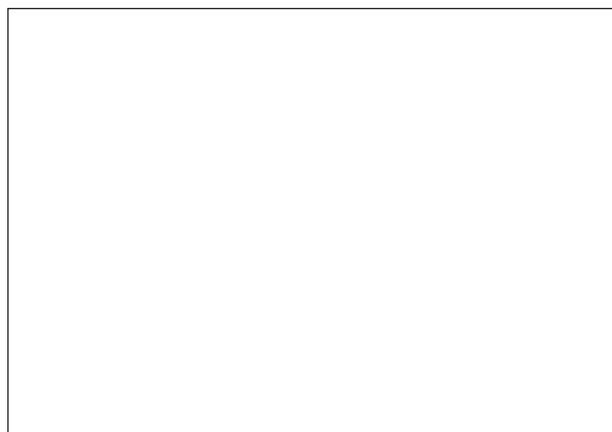


Fig. 1. Absceso mamario en el límite areolar. Asa de silicona que, a través del galactóforo afectado, atraviesa el absceso y se exterioriza por el límite areolar a modo de sedal.

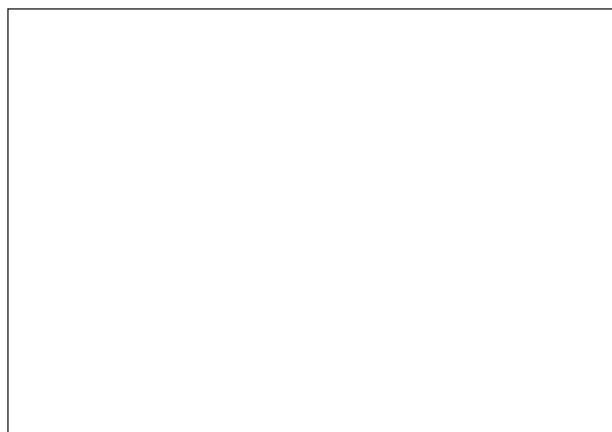


Fig. 2. Absceso resuelto. Trayecto fistuloso bien delimitado por el sedal.

por el orificio de punción del absceso. Utilizando la sonda como pasahilos alojamos un asa de silicona en todo el trayecto cateterizado a modo de sedal de drenaje (fig. 1). Este recurso es habitual en la primera fase del tratamiento de determinadas fístulas perianales agudas, entidad esta con la que ya ha sido comparada la galactoforitis crónica supurativa recidivante⁶.

El uso del sedal permite la remisión del proceso inflamatorio agudo tras el primer drenaje, al evitar el cierre temprano de la fístula y la subsiguiente reagudización del proceso, que requeriría nuevo drenaje; secuencia que puede repetirse varias veces antes de poder realizar el tratamiento definitivo.

La banda de drenaje define aproximadamente a las 6 u 8 semanas, en todo su recorrido, un trayecto fistuloso, plenamente delimitado y fibroso (fig. 2). Estas características permiten que la realización del tratamiento quirúrgico definitivo, ya comentado, con el que estamos totalmente de acuerdo, sea más segura y requiera menor remoción de tejido mamario perifistuloso; ambas circunstancias disminuyen el número de recidivas y hacen posi-

ble que el resultado estético sea mucho mejor que con el tratamiento convencional.

Los buenos resultados obtenidos con esta sistemática en los tres últimos casos de galactoforitis crónica supurativa recidivante habidos en nuestro servicio nos han animado a realizar esta comunicación a modo de estudio preliminar.

Diego Ramírez, Pedro Medina, Andrés Gallardo, Susana Mezquita, Javier Sánchez y Rafael Rosado

Servicio de Cirugía General (Dr. R. Rosado).
Hospital del SAS. Huércal-Overa. Almería.

Bibliografía

1. Patey DH. Pathology and treatment of mammary duct fistula. *Lancet* 1958;2:871-3.
2. Prats M. La fistulización periareolar recidivante. *Barcelona Quirúrgica* 1977;21:39-43.
3. Salmon RJ. Abcès recidivants du sein: rôle du tabac. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;25:242-3.
4. Brundred NJ, Douer MS, Coley S, Morrison JM. Breast abscesses and cigarette smoking. *Br J Surg* 1992;79:58-9.
5. Ara C, Fernández-Cid A, Navarro B, Salas F, Piera J, Viñas L, et al. Procesos mamarios inflamatorios. En: Fernández-Cid A, et al, editores. *Mastología*. 2.^a ed. Barcelona: Masson, S.A., 2000; p. 277-98.
6. Atkins HJB. Mammary fistula. *BMJ* 1955;2:1473-4.