

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumoración mamaria en un adolescente

Breast Mass in an Adolescent Boy

Caso clínico

Un varón, sano, de 13 años presentaba una lesión inflamatoria en la aréola izquierda de 3 semanas de evolución aproximadamente. En la exploración física, se palpaba una placa indurada en el área retroauricular de la mama izquierda que drenaba un material purulento bajo presión (fig. 1). El estudio bacteriológico del material drenado demostró la presencia de *Staphylococcus aureus* sensible a amoxicilina-clavulánico. Para la confirmación del diagnóstico se efectuó un estudio ecográfico mamario bilateral identificándose una ginecomastia en ambas mamas

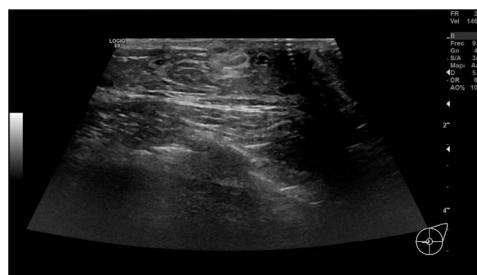


Figura 2

acompañadas de pequeñas lesiones quísticas en el lado izquierdo (fig. 2). En la aréola izquierda, en situación medial al pezón, se identifica una glándula de Montgomery con cambios inflamatorios, sin colecciones drenables durante la exploración.

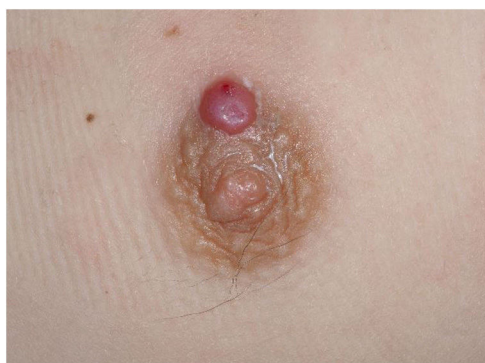


Figura 1

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Quiste de Montgomery o quiste retroareolar.

Evolución y tratamiento

El cuadro clínico se resolvió tras tratarse con betametasona 0,5 mg/g y gentamicina 1 mg/g tópica durante 10 días.

Comentario

Los quistes de Montgomery son una entidad poco frecuente en los adolescentes del sexo femenino y, más infrecuentemente, en el varón. Su incidencia real es desconocida y la literatura publicada es escasa.

La obstrucción y la dilatación del tubérculo de Montgomery, una glándula sebácea íntimamente relacionada con la porción terminal del conducto lactífero, es la causa de la formación del quiste¹. Se han propuesto diferentes hipótesis sobre el mecanismo de obstrucción y dilatación de estos ductos. Entre ellos se encuentran una absorción inefectiva de las secreciones, una metaplasia escamosa de la superficie del conducto, una dilatación autoinmune primaria del conducto o una relajación del músculo areolar inducida hormonalmente².

Su presentación clínica puede ser sintomática o asintomática. La forma sintomática es más común, presentándose como una masa retroareolar inflamatoria asociada a dolor y eritema. Pueden ser tanto unilaterales como bilaterales, hasta en un 50%, y ocasionalmente pueden ir asociados a una secreción serosa, lechosa o marronácea del pezón^{3,4}.

La técnica de elección, tanto para su diagnóstico como para su seguimiento, es la ecografía mamaria. La lesión se observa como un quiste anecoico o hipoecoico ovalado de paredes finas de entre 2 y 20 mm. En ocasiones, más frecuentemente en aquellos inflamados, pueden presentar niveles o septos y un incremento de la vascularización periférica, lo que se observa mediante la técnica Doppler^{4,5}.

Es importante el diagnóstico diferencial del quiste de Montgomery con un absceso retroareolar. Los abscesos suelen ser más fluctuantes o indurados al tacto y asocian clínica sistémica con una mayor probabilidad. En cuanto a la evolución, los abscesos deben ser drenados para su resolución, mientras que los quistes de Montgomery tienen un curso benigno, con una respuesta buena al tratamiento antibiótico y antiinflamatorio^{2,4}. Aun así, se debe tener en cuenta, a pesar de ser poco común, que un quiste retroareolar puede

evolucionar a un absceso². Otro diagnóstico diferencial que se debe tener en cuenta es con un linfangioma, debido a la apariencia azulada de la masa retroareolar⁵.

El tratamiento del paciente suele ser ambulatorio con antibióticos orales, amoxicilina/clavulánico, y antiinflamatorios no esteroideos, para aquellos quistes inflamados⁵. Su incisión y drenaje no están recomendados debido a la buena evolución con el tratamiento adecuado. El drenaje debería quedar reservado para aquellos quistes que no responden al tratamiento y evolucionan a abscesos o aquellos en lo que la ecografía sugiera malignidad^{1,4}. Para los quistes retroareolares sintomáticos, debería realizarse un seguimiento a los 7 días de iniciar el tratamiento para confirmar su disminución de tamaño o su resolución. Los quistes asintomáticos suelen resolverse espontáneamente, aunque también se recomienda un seguimiento ecográfico⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Elsedfy H. A clinical approach to benign breast lesions in female adolescents. *Acta Biomed.* 2017;88:214–21.
2. Wallace D, Sian A, Carne A, Irvine TE. Diagnosis and management of retroareolar cysts in adolescents: A case report. *J Surg Case Reports.* 2013, 2013rjt052–rjt052:.
3. Almuhanha AF, Almuhanha AF, Alzuabi RS, Alshamlan RA, Almarhoon FH. Cyst of Montgomery: An uncommon adolescent breast lump. *J Fam Community Med.* 2020;27:138–41.
4. Del Riego J, Pitarch M, Codina C, Nebot L, Andreu F, Aparicio O, et al. Multimodality approach to the nipple-areolar complex: A pictorial review and diagnostic algorithm. *Insights Imaging.* 2020;11:1–27.
5. Huneeus A, Schilling A, Horvath E, Pinochet M, Carrasco O. Retroareolar cysts in the adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16:45–9.

A. Morelló Vicente^{a,*}, A. Elizalde Pérez^b y A. España^a

^a *Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*

^b *Departamento de Radiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amorellovic@unav.es

(A. Morelló Vicente).