

J. P. Paredes Cotoré,  
C. Magdalena López,  
J. L. Puente Domínguez,  
J. Potel Lesquereux

# Abscesos subareolares de mama: Nuestra experiencia

## SUMMARY

*The subareolar abscess is a special type of mammary infection of a chronically recurring nature. It is not unusual and affects above all young women, constituting thereby a difficult-to-solve clinical problem.*

*The authors present a series of 43 subareolar abscesses in patients with an average of 33 years of age, in which 5 cases are males, and 2 females patients are affected bilaterally. In 29 cases, the typical local inflammatory signs of an abscess are present, and in 18 cases there exists a periareolar fistula, which constitutes the other clinical form of presentation. In 9 patients the abscess was only drained while in the other 34 it was extirpated by means of a periareolar incision. There were 9 relapses (3 after drainage and 6 after extirpation). The reoperations carried out in these cases are described. In the pus, aerobes were isolated in 27 cases, and anaerobes in 10.*

*The relationship between subareolar abscesses, retracted nipple and ductal ectasis is discussed. There does not exist any uniform criteria as to whether the abscess is due to an alteration of the ductal system or not, while the pathogenesis of the illness is still unknown.*

*Different surgical techniques exist to deal with this process, although basic practise points to the resection of the abscess and the abnormal duct responsible for it.*

Departamento de Cirugía.  
Facultad de Medicina.  
Hospital General de Galicia.  
Universidad de Santiago  
de Compostela.

Correspondencia:  
Dr. Jesús P. Paredes Cotoré.  
Avenida de La Coruña, 6, 3 A.  
15706 Santiago de Compostela  
(La Coruña).

## Palabras clave

*Absceso subareolar, Fístula periareolar, Mastitis.*

## Key words

*Subareolar abscess, Periareolar fistula, Mastitis.*

## INTRODUCCION

El absceso subareolar de mama es un tipo especial de infección mamaria que suele afectar a mujeres jóvenes sin relación con el embarazo o la lactancia.<sup>1, 2</sup> Tras el drenaje espontáneo o quirúrgico hay una fase de aparente curación que es seguida habitualmente por la recurrencia, sin que los antibióticos puedan alterar esta evolución cíclica.<sup>3</sup>

Este proceso fue descrito por primera vez por Zuska

en 1951<sup>4</sup> y se le denomina también absceso subareolar recurrente, absceso subareolar crónico, fístula mamilar o periareolar o de ducto lactífero.<sup>2</sup> La fístula corresponde, sin embargo, a una fase distinta de esta misma enfermedad, y aparece espontáneamente o tras el drenaje «convencional» del absceso.<sup>5</sup> El término «fístula mamilar» de Atkins<sup>6</sup> se refiere a un trayecto entre la piel periareolar y un ducto lactífero con secreción crónica a su través.<sup>6, 7</sup> Se ha dicho que el proceso inicial lo constituye la infección de un ducto

lactífero dilatado que se propaga a los tejidos vecinos con una patogenia y curso evolutivo análogos a los de la supuración perianal.<sup>3</sup>

La gran mayoría de los abscesos de mama que aparecen fuera de la lactancia son de tipo subareolar.<sup>2</sup> A menudo es una entidad clínica desconocida por quienes la tratan (que ni siquiera aparece en algunos tratados de cirugía de uso común), lo que conduce a un tratamiento inadecuado,<sup>2-5</sup> ya que el simple drenaje no suele ser suficiente.<sup>8</sup> En bastantes pacientes existe el antecedente de fracaso de cirugía previa.<sup>9-11</sup>

El objeto de esta revisión es presentar nuestra serie personal analizando sus características clínicas, histológicas y microbiológicas y discutir su controvertida etiopatogenia. Su relativa frecuencia y la elevada tasa de recidivas justifica, en nuestra opinión, el interés por esta enfermedad.

## MATERIAL Y METODO

Hemos revisado las historias clínicas correspondientes a las enfermas diagnosticadas de absceso de mama subareolar tratadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Galicia entre 1978 y 1988 y en la práctica quirúrgica privada.

En total hemos tratado a 43 pacientes con absceso subareolar de mama con una edad media de 33 años (intervalo: 15-62), correspondiendo 5 de los casos a varones.

Se analizan las características clínicas, el tiempo de evolución, la microbiología del pus del absceso, así como la técnica quirúrgica empleada y el resultado de la misma.

El material para estudio histopatológico procedió de dos tipos de lesión: fístula periareolar y absceso crónico sin fístula. En el primer caso se introduce una sonda fina por el orificio externo de la fístula, consiguiéndose en algunos casos que emerja por el pezón. Extirpando todo el trayecto fistuloso con la sonda como guía se obtiene una buena muestra para su estudio detallado. Cuando se trata de un absceso crónico el cirujano extirpa la totalidad de los conductos galactóforos con un pequeño cono de tejido mamario subyacente en bloque. Con un hilo de seda se marca la salida de los conductos y se realizan cortes seriados de la totalidad de la pieza. Todos los especímenes quirúrgicos fueron sometidos a estudio anatomopatológico mediante su inclusión en parafina y tinción con H-E, tricrómico de Gallego y Van Gieson, describiéndose

TABLA I

### CLINICA

Dolor y signos inflamatorios .....	29
Fístula periareolar .....	18
Secreción purulenta por pezón .....	5
Tumor mamario .....	8
Pezón invertido .....	6

los hallazgos histológicos, y en particular la posible relación entre el absceso y alteraciones del sistema ductal.

Se estudió también el material obtenido mediante la punción aspirativa con aguja fina del absceso. En la fase aguda empleamos la anestesia local porque la punción es muy dolorosa, mientras que el absceso crónico es menos doloroso y no siempre precisa anestesia.

## RESULTADOS

La historia clínica ha tenido habitualmente una larga evolución (media de 13 meses) y se caracteriza fundamentalmente por dolor y signos inflamatorios locales en la región subareolar (en 29 casos) y fístula con secreción crónica periareolar (18 casos). En 13 pacientes existía el antecedente de absceso subareolar previo a nuestra primera consulta. Los síntomas de nuestros pacientes se resumen en la tabla I. En 2 enfermas la afectación era bilateral.

En 18 casos se asociaron antibióticos (ampicilina, cloxacilina, amoxicilina-ácido clavulánico y clindamicina). La cirugía consistió en el drenaje simple del absceso en 9 pacientes, frente a 34 en los que se realizó la extirpación del mismo según la técnica de Haagenzen, en la que mediante una incisión circumareolar se levanta un colgajo de areola y se expone la base del pezón, extirpando el absceso y la fibrosis que lo rodea, así como el ducto responsable que aparece dilatado. En 3 varones se resecó además la areola y el pezón. Habitualmente dejamos un drenaje aspirativo 24-48 horas para evacuar las posibles colecciones serohemáticas.

El absceso recidivó en 9 pacientes: en 3, tras el drenaje simple, y en 6, tras la extirpación del absceso. De estos últimos uno se resolvió espontáneamente y otro con antibioticoterapia. Todos los demás precisaron reintervención (tabla II).

TABLA II  
REINTERVENCIONES

Nuevo drenaje .....	1
Drenaje tras extirpación .....	1
Extirpación tras drenaje .....	2
Reextirpación .....	3

El cultivo del pus fue negativo en 4 casos, identificándose aerobios en 27 enfermos y anaerobios en 10 (tabla III).

El examen citológico varía según la situación clínica en que nos encontremos: 1) Absceso en fase aguda: se obtiene pus cremoso, siempre en poca cantidad, observándose un típico exudado inflamatorio con leucocitos polimorfonucleares y células mononucleoides. 2) Absceso en fase crónica: se observan células inflamatorias con predominio de linfocitos y macrófagos, y ocasionalmente células escamosas anucleadas. 3) Fístula periareolar: en su secreción aparecen numerosas células de revestimiento cutáneo superficial, restos de queratina y material necrótico.

En el examen histopatológico hay que distinguir igualmente dos formas de presentación (fig. 1). En la fístula periareolar se ve un trayecto con abundante material necrótico dentro de su luz y restos celulares muy alterados. Las paredes del trayecto están formadas por tejido de granulación con algún mínimo foco abscesificado y bien delimitado. No hemos encontrado ninguna relación entre la fístula y las glándulas sebáceas de la areola. Sólo de forma ocasional es posible observar el origen profundo de la fístula en un seno galactofórico y la transformación del epitelio de revestimiento de aquél en escamoso, pero esto no lo hemos visto en todos los casos. Tampoco hemos apreciado

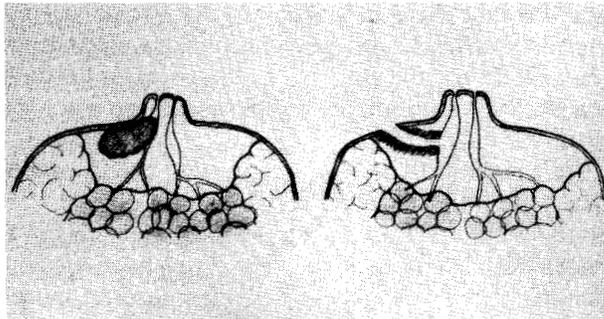


Fig. 1. Esquema que representa las dos formas anatómicas de esta enfermedad. A la izquierda, el absceso subareolar. A la derecha, la fístula periareolar.

TABLA III  
MICROBIOLOGIA

<b>Aerobios</b> .....	<b>27</b>
<i>Estafilococo epidermidis</i> .....	9
<i>Estafilococo aureus</i> .....	4
<i>Streptococo faecalis</i> .....	3
<i>Proteus mirabilis</i> .....	2
<i>Corynebacterium sp.</i> .....	2
<i>Difteroides</i> .....	1
<i>Alcaligenes faecalis</i> .....	1
<i>Streptococo viridans</i> .....	1
<i>Enterobacter aerogenes</i> .....	1
<i>Cocos gram +</i> .....	3
<b>Anaerobios</b> .....	<b>10</b>
<i>Peptococo sp.</i> .....	5
<i>Peptoestreptococo sp.</i> .....	2
<i>Bacteroides fragilis</i> .....	2
<i>Cocos gram +</i> .....	1

de manera constante el tapón de queratina obstruyendo el orificio terminal del seno (fig. 2).

En las 25 pacientes en que no había fístula se encontró en la región subareolar un nódulo duro que histológicamente está formado por varios focos de necrosis central rodeada por varias capas de células inflamatorias (linfocitos, histiocitos y células plasmáticas). Estos focos rodean a los glactóforos terminales, o incluso a senos lactíferos, sin lesionarlos. La luz está libre y su pared no muestra alteraciones hícticas de ningún tipo (fig. 3).

## DISCUSION

Se ha dicho que el absceso subareolar es una enfermedad rara,<sup>2,10,11</sup> pero en realidad es más frecuente

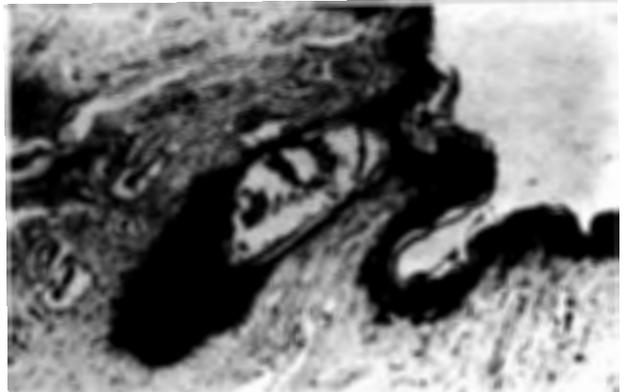


Fig. 2. Absceso subareolar fistulizado con metaplasia maligna del epitelio de revestimiento (H-E 50 x).



Fig. 3. Absceso subareolar sin fístula (H-E 100 x).

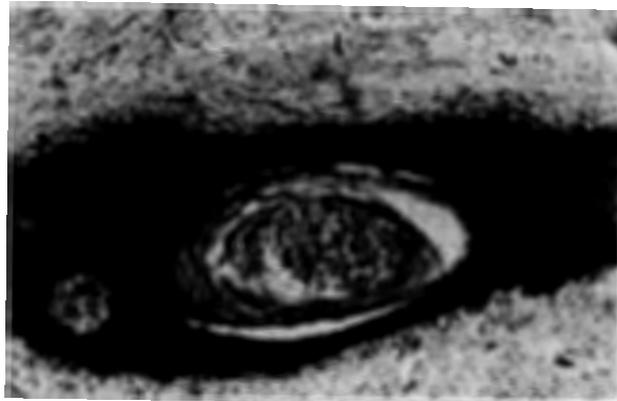


Fig. 4. Obstrucción de un galactóforo por restos de queratina con transformación del epitelio cúbico en escamoso (H-E 70 x).

de lo que se piensa porque muchos casos no son adecuadamente diagnosticados.<sup>6,7</sup>

Esta enfermedad es más habitual en mujeres jóvenes,<sup>11,12</sup> siendo la edad media en nuestra serie de 33 años, pero puede afectar a cualquier edad y a ambos sexos,<sup>4</sup> y así 5 de nuestros casos corresponden a varones.

El proceso se inicia como una inflamación circunscrita en la región periareolar que va progresando hasta formar un absceso con sus típicos signos clínicos.<sup>1,3,12</sup> El absceso suele ser tratado mediante drenaje quirúrgico, pero de no ser así se abre de forma espontánea, con lo que se resuelve, aunque sólo aparentemente, ya que al cabo de un cierto tiempo reaparece el cuadro clínico igual que al comienzo,<sup>1-3</sup> repitiéndose este ciclo cada pocos meses durante años.<sup>1,6,7</sup> A veces tras el drenaje espontáneo persiste un pequeño orificio en el borde de la areola por el que se emite secreción purulenta de forma crónica,<sup>2,13</sup> pudiendo cerrarse intermitentemente.<sup>1</sup> En esta fase puede conseguirse que un estilete introducido por el orificio periareolar salga por el pezón.<sup>7</sup> En 18 de nuestras enfermas existía esta fístula periareolar.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el quiste sebáceo subareolar infectado y con la infección crónica de un tubérculo de Montgomery, pero en ambos procesos los trayectos fistulosos son ciegos.<sup>12</sup>

Para la mayoría de los autores el absceso subareolar no tiene relación con el embarazo ni con la lactancia,<sup>2,4,12</sup> aunque Chaudhury<sup>11</sup> lo asocia con una lactancia prolongada por los traumatismos repetidos que la succión produce en el pezón. Con frecuencia las pacientes tienen pezones invertidos,<sup>2,3,7,9</sup> lo cual se po-

dría deber según Maier<sup>10</sup> a la fibrosis subareolar y no ser la causa, sino una consecuencia del absceso. Es también habitual el antecedente de una lactancia difícil,<sup>7</sup> pero esto no es constante.<sup>5</sup> Chaudhury<sup>11</sup> refiere la afectación más frecuente de los cuadrantes inferiores de la areola, pero no hemos encontrado diferencias al respecto en nuestras pacientes. La afectación puede ser bilateral como en 2 de nuestros casos.<sup>3</sup>

Al examinar el material obtenido por punción aspirativa con aguja fina se observan típicamente numerosas células escamosas.<sup>4</sup> En nuestros casos no hemos visto tales células con tanta frecuencia como la señalada en la literatura.

Los senos lactíferos, que son las porciones terminales de los conductos colectores de la mama, están normalmente revestidos por dos capas de epitelio cuboide. Se extienden a lo largo del pezón y terminan en una porción dilatada llamada ampolla tapizada por epitelio escamoso que se abre en la superficie del pezón.<sup>1,2,12</sup> En el absceso subareolar el seno lactífero aparece muy dilatado y obstruido por queratina y secreción y revestido por epitelio escamoso estratificado (metaplasia escamosa).<sup>1,2,11,12</sup> El trayecto de la fístula mamilar está tapizado por epitelio escamoso o por tejido de granulación.<sup>3,7</sup>

La patogénesis de esta enfermedad no se conoce bien.<sup>4</sup> Se ha relacionado con la ectasia ductal<sup>3,7,12</sup> y con la metaplasia escamosa del seno lactífero.<sup>4,14</sup> El hecho inicial sería la obstrucción de un seno lactífero por alteraciones congénitas como los pezones invertidos, o por el embarazo o la lactancia (fases en que los productos de descamación epitelial son particularmente aptos para provocar tal obstrucción).<sup>6</sup> Se acumula

entonces queratina, secreción..., que se infecta secundariamente con gérmenes comensales de la piel y presentes en el ducto.<sup>3,15</sup> El pus rompe la pared ductal y forma un absceso en el tejido subareolar vecino.<sup>2</sup> En la figura 4 mostramos la obstrucción de un galactóforo por restos de queratina en una mujer de 32 años operada por cáncer de mama en la que nunca se presentó un absceso subareolar. Por ello creemos que la obstrucción del ducto en sí misma no es la responsable de esta entidad.

Según otros autores el absceso subareolar y la ectasia ductal son 2 entidades diferentes y no necesariamente relacionadas.<sup>10</sup> De todos modos es discutido en la literatura el papel de la metaplasia escamosa, que para unos es fundamental,<sup>2</sup> mientras que otros no la han encontrado.<sup>11</sup> Caswell,<sup>9</sup> Maier<sup>10</sup> y Lambert<sup>13</sup> no hallaron comunicación entre el absceso periareolar y el seno lactífero. Esto ocurrió en nuestros 25 casos sin fístula. Quizá el origen podría estar en las glándulas subepidérmicas de la areola<sup>10,13</sup> (que tampoco hemos hallado en nuestros casos) o en los folículos pilosebáceos,<sup>8</sup> siendo la metaplasia el resultado y no la causa del absceso.<sup>5</sup>

En el pus se han aislado aerobios como el estafilococo coagulasa negativo,<sup>15</sup> y sobre todo anaerobios<sup>16-18</sup> como el bacteroides,<sup>15,19-21</sup> peptoestreptococo y propionibacterium,<sup>15</sup> que llegan a ser dos veces más frecuentes que los aerobios.<sup>15</sup> Para algunos los anaerobios constituyen la etiología básica del proceso, justificándose la ausencia de anaerobios por las condiciones inadecuadas de la recogida de la muestra de pus.<sup>18,20</sup> Este tipo de gérmenes se hallan en orofaringe, vagina...,<sup>15,16,20,21</sup> lo que sugiere como posible mecanismo de infección la contaminación oral del pezón<sup>15,17,21</sup> o la manipulación quirúrgica ginecológica.<sup>22</sup> En nuestra experiencia el estafilococo ha sido el germen más frecuente. Hay que señalar, sin embargo, que entre los casos más recientes de nuestra serie se identificaron anaerobios en 10 enfermas, probablemente debido a la mejora en las condiciones de recolección y transporte del pus al laboratorio y a solicitar específicamente la detección de anaerobios.

El tratamiento del absceso subareolar es quirúrgico, habiéndose descrito diferentes técnicas.<sup>3</sup> La administración de antibióticos como único tratamiento o complementando la cirugía es controvertida.<sup>5,18</sup> La asociación de un anaerobio (clindamicina o metronidazol) y cloxacilina o amoxicilina-ácido clavulánico parece la pauta más adecuada.<sup>18</sup> Rosenthal<sup>5</sup> aconseja la pun-

ción aspirativa del pus y la antibioticoterapia acudiendo a la cirugía tras 2 recurrencias. Se ha empleado también el danazol (gestágeno de síntesis derivado de la noretisterona), pero sin resultados todavía concluyentes.<sup>23</sup>

En la fase aguda está indicado el drenaje simple, pero sólo como medida temporal, ya que tras él la frecuencia de recidiva es muy elevada.<sup>1,3,4,6,8,12</sup> Superada la fase aguda se hará el tratamiento quirúrgico definitivo<sup>1,2,12</sup> que algunos autores recomiendan bajo anestesia general.<sup>1,14</sup> Se practica la extirpación del absceso mediante la técnica de Haagensen antes descrita.<sup>1,2,12</sup> Si el ducto dilatado no se ve claramente deben extirparse todos los ductos mayores bajo el pezón<sup>1,14,18</sup> resecaando un cono de tejido mamario subareolar de 2 centímetros.<sup>14</sup> No es infrecuente que todavía aparezca pus en el centro de esta zona, en cuyo caso Golinger<sup>14</sup> deja un drenaje y Maier<sup>10</sup> y Chaudhury<sup>11</sup> asocian antibióticos. Después se sutura sólo la piel cuidadosamente. Johnsen<sup>2</sup> coloca una sutura en bolsa de tabaco en la base del pezón para evertirlo, pero esto es habitualmente innecesario.<sup>13</sup>

En caso de fístula mamilar se intentará su canalización mediante un estilete que se exterioriza por un orificio del pezón<sup>2,6,10,11</sup> practicando una incisión radial alrededor de la fístula extirpándola junto al absceso, fibrosis y ducto afecto.<sup>4,6,9,11,14</sup> Unos autores suturan los bordes de la herida,<sup>9,11</sup> mientras que otros la dejan abierta permitiendo su cicatrización por segunda intención con buen resultado cosmético.<sup>2,6,8</sup>

En nuestra serie el drenaje se practicó sólo en 9 enfermas, frente a 34 extirpaciones, que es la técnica preferible empleando siempre la vía circumareolar y resecaando un cono de tejido subareolar.

Aunque las recidivas se han atribuido a un tratamiento incorrecto,<sup>8</sup> en nuestra opinión esto no siempre es así, y tras resecciones aparentemente radicales tuvimos recidivas en 6 enfermas.

## RESUMEN

El absceso subareolar es un tipo especial de infección mamaria que sigue un curso crónico recidivante. No es infrecuente, y afectando sobre todo a mujeres jóvenes constituye un problema clínico de difícil solución.

Los autores presentan una serie de 43 abscesos subareolares, con edad media de 33 años, en la que 5

casos corresponden a varones, existiendo afectación bilateral en 2 enfermas. En 29 casos se presentan los signos inflamatorios locales típicos de un absceso y en 18 existe una fístula periareolar que constituye la otra forma clínica de presentación. En 9 pacientes sólo se drenó el absceso, mientras que en las restantes 34 se extirpó a través de una incisión periareolar. Hubo 9 recidivas (3 tras drenaje y 6 tras extirpación). Se describen las reintervenciones practicadas en estos casos. En el pus se aislaron aerobios en 27 casos y anaerobios en 10.

Se discute la relación entre absceso subareolar, el pezón invertido y la ectasia ductal. No existe criterio uniforme sobre si el absceso se debe o no a una alteración del sistema ductal, desconociéndose la patogenia de la enfermedad.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para tratar este proceso, pero lo fundamental es la resección del absceso y del ducto anormal responsable de aquél.

#### REFERENCIAS

1. Haagensen CD. Diseases of the breast. 3rd ed. Philadelphia. WB Saunders Company, 1986; pp 386-8.
2. Johnsen C. Recurring subareolar abscess. Acta Chir Scand 1976; 142: 393-4.
3. Editorial. Mamillary fistula. The Lancet 1986; 2 (8504): 438-9.
4. Galbum LI, Oertel YC. Subareolar abscess of the breast: Diagnosis by fine-needle aspiration. Am J Clin Pathol 1983; 80 (4): 496-9.
5. Rosenthal LJ, Greenfield DS, Lesnick GJ. Breast abscess. Management in subareolar and peripheral disease. N Y State J Med 1981; 81 (2): 182-3.
6. Atkins HJB. Mamillary fistula. Br Med J 1955; 17: 1473-4.
7. Hadfield GJ. The pathological lesions underlying discharges from the nipple in women. Ann R Col Surg Eng 1969; 44: 323-33.
8. Watt-Boolsen S, Rasmussen NR, Blichert-Toft M. Primary periareolar abscess in the nonlactating breast: Risk of recurrence. Am J Surg 1987; 153: 571-3.
9. Caswell HT, Burnett WE. Chronic recurrent breast abscess secondary to inversion of the nipple. Surg Gynecol Obstet 1956; 102: 439-42.
10. Maier WP, Berger A, Derrick BM. Periareolar abscess in the nonlactating breast. Am J Surg 1982; 144: 359-61.
11. Chaudhury A, Ghosh AK. Periareolar breast abscess in women. J Indian Med Assoc 1980; 75 (11-12): 217-20.
12. Uriburu JV. La mama. 2 ed. Buenos Aires. Libreros López 1977; pp 363-4.
13. Lambert ME, Betts CD, Sellwood RA. Mamillary fistula. Br J Surg 1986; 73: 367-8.
14. Golinger RC, O'Neal BJ. Mastitis and mammary duct disease. Arch Surg 1982; 117: 1027-9.
15. Walker AP, Edmiston CE, Krepel CJ, Condon RE. A prospective study of the microflora of nonpuerperal breast abscess. Arch Surg 1988; 123: 908-11.
16. Leach RD, Phillips I, Eykyn SJ, Corrin B. Anaerobic subareolar breast abscess. The Lancet 1979; 2: 35-7.
17. Sturm AW, Sikken PJH. Anaerobic curved rods in breast abscess. The Lancet 1984; 2 (8413): 1216.
18. Scholefield JH, Duncan JL, Rogers K. Review of a hospital experience of breast abscesses. Br J Surg 1987; 74: 469-70.
19. Pearson HE. Bacteroides in areolar breast abscesses. Surg Gynecol Obstet 1967; 125: 800-2.
20. Hale JE, Perinpanayagam RM, Smith G. Bacteroides: An unusual cause of breast abscess. The Lancet 1976; 2: 70-1.
21. Perinpanayagam RM, Hale JE. Bacteroides species in subareolar breast abscess. The Lancet 1979; 1 (8113): 437.
22. Leach RD, Eykyn SJ, Phillips I. Vaginal manipulation and anaerobic breast abscess. Br Med J 1981; 282: 610-1.
23. Grajower MM, Sas N. Danazol therapy for periareolar abscess. N Engl J Med 1986; 314 (14): 923.