

FÍSTULA PERIAREOLAR RECIDIVANTE. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA

ADRIANA PESCI FELTRI, MARCO A LÓPEZ TOVAR, ISABEL GARCÍA FLEURY, VINCENT GUIDA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

RESUMEN

Fístula periareolar se define como comunicación patológica anormal a través de un trayecto epitelizado entre un conducto lactífero y el límite de la areola. Descrita por primera vez de forma específica en 1952 por Zuska. El proceso inflamatorio inicia con epitelización del ducto inducido, la mayoría por sustancias tóxicas, esta teoría apoyada a que la mayoría de mujeres afectadas manifiestan hábito tabáquico. Esta epitelización condiciona acumulación de detritus en dicho trayecto que junto a secreción mamaria favorece la obstrucción y por consiguiente la sobreinfección, finalmente culmina en la búsqueda de salida de este contenido al exterior a través del sitio más débil, como lo es la región periareolar. Su tratamiento es quirúrgico, a través de la fistulectomía. Describiremos una técnica quirúrgica diseñada por uno de los autores que hemos empleado en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario de Caracas en gran número de pacientes obteniendo resultados satisfactorios.

PALABRAS CLAVE: Fístula periareolar, enfermedad de Zuska, fistulectomía, cirugía.

SUMMARY

The periareolar fistula is defined as abnormal pathological communication through a route epithelized between a lactiferous duct and the edge of the areola. It was described for the first time specifically in 1952 by Zuska. The inflammatory process begins with the epithelization of the induced duct, in the majority of the cases this theory supported that affected women most manifest the smoking habit. Is epithelization conditions at accumulation of detritus in this way favoring the obstruction with mammary secretion and therefore the superinfection, finally culminates in search of output this content to the outside through the weaker site, such as the periareolar region. The treatment is surgical, through the fistulectomy. We will describe a surgical technique designed by one of the authors of this work that we have used in the unit of breast pathology of the University Hospital of Caracas in large numbers of patients obtaining satisfactory results.

KEY WORDS: Per areolar fistula, Zuska diseases, fistulectomy, surgery.

Recibido: 27/08/2018 Revisado: 29/10/2018

Aceptado para publicación: 20/01/2019

Correspondencia: Dra. Adriana Pesci Feltri. Hospital Universitario de Caracas, UCV. Servicio de

Ginecología, piso 4. Tel: 04143327971. E-mail: apescif@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La fístula periareolar o mastitis sub-areolar recidivante, fue descrita inicialmente por Zuska en 1952, también conocida como enfermedad de Zuska. Es una afección benigna de la mama que se caracteriza por procesos inflamatorios repetitivos, abscesos sub-areolares, sin causa aparente, que típicamente drenan a través de un trayecto fistuloso en el borde de la areola ⁽¹⁾. Representa el 1 %-2 % de todos los procesos mamarios sintomáticos ⁽²⁾. Con mayor frecuencia afecta a mujeres jóvenes en edad fértil, de raza negra, en su mayoría obesas y más del 90 % de las mujeres con este diagnóstico son fumadoras, por lo que se considera que el tabaquismo es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de esta patología, porque condiciona al desarrollo de una metaplasia escamosa en uno o varios ductos mamarios, favoreciendo la obstrucción, dilatación y ruptura del mismo ⁽³⁻⁶⁾.

Para comprender la manifestación clínica de esta entidad, la cual tiene una forma de presentación aguda y crónica, es necesario entender su etiopatogenia compleja, la mayoría de las veces con una etiología a-bacteriana, contrario a lo que se pudiera pensar ⁽⁷⁾.

Clásicamente se describe una triada: ectasia ductal-galactoforitis aguda, absceso retroareolar y fístula periareolar ⁽⁸⁾. Se cree que las sustancias químicas, productos del tabaquismo tiene un efecto tóxico directo sobre los ductos mamarios, facilitando un proceso de metaplasia escamosa o epidermización a nivel de uno o varios ductos mamarios, conduciendo a la formación de tapones de queratina que obstruyen y dilatan el conducto proximal, conocido como ectasia ductal ⁽⁹⁾. Este proceso de dilatación a medida que avanza induce a su vez a un proceso inflamatorio y la ruptura del ducto y por lo tanto exposición del epitelio ductal, lo cual conduce a una inflamación local ^(10,11).

En algunas oportunidades se sobre-infecta y la paciente consulta por la presencia de una comedomastitis o un absceso periareolar. Hasta ahora se describe la fase aguda de la enfermedad. A medida que proceso inflamatorio avanza, la fuga de queratina a nivel del tejido adyacente producto de la extravasación del ducto roto, favorece el desarrollo de un trayecto fistuloso por el punto más débil: la musculatura lisa areolar, manifestándose con el drenaje de líquido claro o amarillento, fluido o espeso a través del orificio externo de la fístula; correspondiendo a la fase crónica de la enfermedad ^(12,13).

Debido a esto, la paciente por lo general con hábitos tabáquicos acentuados, consulta dependiendo de la fase de la enfermedad por dolor a nivel periareolar, acompañado de una tumoración sub-areolar y enrojecimiento. En etapa avanzada, las pacientes se quejan de la presencia de secreción a nivel periareolar e inversión del pezón en casos recidivantes productos de la cicatrización y fibrosis ⁽¹⁴⁾. En la fase inflamatoria es importante hacer diagnóstico diferencial con otros tipos de mastitis y con el carcinoma inflamatorio de la mama ⁽⁸⁾.

El diagnóstico de la fístula periareolar se hace por simple inspección y a través de la canalización del trayecto, el cual va desde el borde periareolar hasta el ducto afectado. El ultrasonido mamario, puede revelar la presencia de colecciones sub-areolar coexistentes ⁽¹⁵⁾.

En cuanto al tratamiento de esta entidad debe estar dirigido según la etapa del diagnóstico. En esta revisión nos enfocaremos en el tratamiento de la fístula recidivante, el cual es quirúrgico.

MÉTODO

A continuación describiremos una técnica original que hemos puesto en práctica en nuestras pacientes con diagnóstico de fístula periareolar recidivante, con resultados óptimos no solo en

lo que respecta a la identificación y extirpación completa del trayecto fistuloso, sino también al buen resultado cosmético. Esta técnica fue desarrollada y descrita por la Dra. Adriana Pesci Feltri.

La paciente en posición decúbito supino, previa asepsia y antisepsia; se identifica el orificio externo de la fístula, el cual la mayoría de las veces se encuentra a nivel periareolar, debido a que es el punto más débil de la región areolar dado por la musculatura lisa. Una vez identificado, con la ayuda de un yelco de 14G (el fiador protegido por el catéter) se canaliza desde el orificio externo hacia el pezón o precisamente hacia el ducto mamario afectado (Figura 1). Este paso debe ser sin ejercer tanta tracción y evitar canalizar una falsa vía del trayecto fistuloso. Una vez que se constata la salida del yelco a través del ducto mamario, se retira lentamente el fiador dejando solo el catéter canalizando el trayecto. El siguiente paso es cerrar en forma de una letra "O" el catéter, uniendo la punta del mismo con su cono. Esto evitará la salida accidental del



Figura 1. Canalización del trayecto fistuloso con yelco 14G.

mismo. Posteriormente se procede a realizar la fistulectomía propiamente dicha, resecando una elipse que involucre la guía del catéter, desde el pezón involucrando el ducto afectado avanzando en radial por la areola y 1 cm por fuera del orificio externo de la fístula. En profundidad debe ser 1 cm debajo de la guía del catéter (Figura 2). Finalmente, luego del control de hemostasia se toman puntos sub-cuticulares con sutura reabsorbible, preferiblemente poliglactina 910, 4-0 o 5-0, puntos separados a nivel de piel de la mama y areola (Figura 3). Finalmente se toman puntos separados con sutura no reabsorbible 5-0 - 6-0 para el cierre de piel y pezón (Figura 4). Podemos concluir que el resultado cosmético es favorable con esta técnica, además de ser un procedimiento exitoso (Figura 5).



Figura 2. Fistulectomía.



Figura 3. Puntos cardinales sub-cuticulares. Sutura absorbible poligactina 910.



Figura 4. Cierre de piel. Sutura no absorbible 5 cero-6 cero.



A



B

Figura 5. **A.** Posoperatorio inmediato. **B.** Posoperatorio tardío.

REFERENCIAS

1. Gollapalli V, Liao J, Dudakovic A, Sugg SL, ScottConner CE, Weigel RJ. Risk factors for development and recurrence of primary breast abscesses. *J Am Coll Surg.* 2010;211(1):41-48.
2. Dixon JM. Periductal mastitis/duct ectasia. *World J Surg.* 1989;13:715-720.
3. Benson EA. Management of breast abscesses. *World J Surg.* 1989;13(6):753-756.
4. Zuska Hastalýđý, Olgu Sunumu. Zuska's Disease: A Case Report. *Erciyes Týp Dergisi (Erciyes Medical Journal).* 2009;31(3):261-263.

5. Estevinho S, Karakus G, Fiel J, Nogueira M. Zuska's disease: Just a woman's illness. *J Case Rep Images Gynecol Obstet*. 2016;2:35-38.
6. Kumar V, Cotran RS, Robbins S. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ª edición. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.
7. Hernández G, Gómez A, Paredes R, editores. Lesiones Benignas de la Mama. Venezuela: Editorial Médica Panamericana; 2012.
8. Sierra García A, Piñero A, Illana J. Cirugía de la mama. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Sección de la mama. España: Editorial ARÁN; 2006.
9. Meguid MM, Oler A, Numann PJ, Khan S. Pathogenesis-based treatment of recurring subareolar breast abscesses. *Surgery*. 1995;118(4):775-782.
10. Passora ME, Broughan TA, Sebek BA, Esselstyn CB Jr. Lactiferous fistula. *J Am Coll Surg*. 1994;178(1):29-32.
11. Donegan WL. Common benign conditions of the breast. En: Donegan WL, Spratt JS, editores. *Cancer of the Breast*. 5ª edición. San Luis: Saunders; 2002.p.67110-67114.
12. Kasales CJ, Han B, Smith JS Jr, Chetlen AL, Kaneda HJ, Shereef S. Non-puerperal mastitis and sub-areolar abscess of the breast. *AJR Am J Roentgenol*. 2014;202:W133-139.
13. Berná-Serna JD, Berná-Mestre JD. Follicular occlusion due to hyperkeratosis: A new hypothesis on the pathogenesis of mamillary fistula. *Med Hypotheses*. 2010;75:553-554.
14. Manual de práctica clínica en Senología 2015. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. 3ª edición. Disponible en: URL: <https://www.sespm.es/archivos/MANUAL-SESPM-2015.pdf>
15. Trop I, Dugas A, David J, El Khoury M, Boileau JF, Larouche N, et al. Breast abscesses: Evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up. *Radiographics*. 2011;31(6):1683-1689.