

## Telorragia en el lactante, reporte de caso en lactante mayor de sexo masculino

### Bloody nipple discharge in infants, case report in a male toddler

Fernanda Ignacia González Vidal<sup>a</sup>, Daniela Constanza Ibáñez Salinas<sup>a</sup>, Juan Ignacio Lagos Chávez<sup>a</sup>, Sofía Catalina Klein Díaz<sup>a</sup>, Julio César Soto Barros<sup>b,c</sup>, Laura Irene Campos Cerdá<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

<sup>b</sup>Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

<sup>c</sup>Unidad de endocrinología, Servicio de Pediatría, Hospital las Higueras. Talcahuano, Chile.

Recibido: 12 de junio de 2025; Aceptado: 06 de octubre de 2025

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La telorragia en el lactante es un síntoma poco frecuente y solo se asocia a etiologías benignas como la ectasia ductal, el quiste mamario, el papiloma intraductal, fibroadenomas y mastitis, por lo que generalmente no requiere estudio invasivo ni manejo quirúrgico.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Presentamos la evolución de un lactante mayor de sexo masculino con telorragia y ectasia ductal. A partir del caso, se realiza una actualización de las etiologías más frecuentes con sus respectivas características epidemiológicas, clínicas y su manejo.

#### Resumen

La telorragia en lactantes es un síntoma poco frecuente que se asocia a causas benignas. **Objetivo:** Reportar un caso de telorragia bilateral en un lactante mayor con ginecomastia y discutir la toma de decisiones clínicas frente a este síntoma. **Caso Clínico:** Lactante de 13 meses de sexo masculino que presentó 3 episodios de telorragia bilateral, durante el mes previo a la consulta. Sin otros síntomas asociados. Se alimentó con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego continuó con lactancia materna y alimentación complementaria, hasta el día de la consulta. Sin antecedentes de exposición a disruptores endocrinos. Al examen físico destacó ginecomastia con mamas Tanner 3. A la compresión mamaria se observó salida por el pezón de sangre roja oscura a derecha y de líquido café a la izquierda. Sin alteraciones en su curva de crecimiento. La ecografía mamaria evidenció un quiste simple en la mama derecha. Los hallazgos clínicos y radiológicos fueron atribuibles a ectasia ductal. Se decidió manejo expectante y el cuadro tuvo resolución espontánea dentro de 2 meses de su inicio, sin recidiva clínica tras 9 meses de seguimiento. **Conclusiones:** La principal etiología de la telorragia en pacientes pediátricos es la ectasia ductal, pero puede también ser secundaria a quistes, papilomas intraductales, fibroadenomas y mastitis. La literatura disponible recomienda realizar un manejo expectante del cuadro con controles médicos periódicos hasta su resolución, sin necesidad de procedimientos adicionales.

#### Palabras clave:

Telorragia;  
Lactante;  
Ectasia Ductal;  
Papiloma Intraductal;  
Quiste Mamario

## Abstract

Bloody nipple discharge in infants is an infrequent clinical finding and is associated with benign etiologies. **Objective:** To report a case of bloody nipple discharge in an older infant with gynecomastia and discuss the clinical decision-making in relation to this symptom. **Clinical Case:** A 13-month-old male infant who presented with a one-month history of three episodes of bilateral bloody nipple discharge, with no other associated symptoms. He was exclusively breastfed until 6 months of age and afterwards with breastfeeding and complementary feeding until the day of consultation, without history of exposure to endocrine disruptors. Physical examination revealed gynecomastia with Tanner stage 3 of breast development. No abnormalities in his growth chart were noted. Upon breast compression, dark red blood came out of the right nipple, and brownish fluid from the left one. Breast ultrasound showed a simple cyst in the right breast. The clinical and radiological findings were attributable to ductal ectasia. An expectant management approach was adopted, and spontaneous resolution occurred within two months of onset. There was no clinical recurrence after nine months of follow-up. **Conclusions:** The most common etiology of bloody nipple discharge in pediatric patients is ductal ectasia; however, it can be secondary to breast cysts, intraductal papilloma, fibroadenomas, and mastitis. Current literature recommends an expectant management approach with follow-up until resolution, with no need for further procedures.

## Keywords:

Bloody Nipple  
Discharge;  
Infant;  
Ductal Ectasia;  
Intraductal Papilloma;  
Breast Cyst

## Introducción

La telorragia en niños, es una entidad poco frecuente y muy alarmante para los padres, por lo mismo, ante su aparición tienden a acudir al servicio de urgencias. La principal causa de telorragia en la infancia corresponde a la ectasia ductal, una entidad benigna caracterizada por dilatación de los ductos mamarios asociado a inflamación y fibrosis periductal<sup>1</sup>. La ectasia ductal es más común en lactantes<sup>2</sup> y en el sexo masculino, con una relación 5:2 respecto al sexo femenino. La edad promedio de presentación es a los 38 meses, con un rango desde los 2 meses hasta los 13 años<sup>3</sup>. Otras etiologías que se han reportado son quistes mamarios, papilomas, fibroadenomas, tumores Filoideos y mastitis<sup>4</sup>. No se han descrito carcinomas de mama en edades preescolares, pero si en la adolescencia, como el carcinoma secretor juvenil y el tumor Filoideo<sup>2</sup>.

El estudio inicial se realiza con ecografía mamaria bilateral y en caso de que se evidencie alteraciones benignas como ectasia ductal o quistes mamarios no se requiere realizar estudio hormonal<sup>1</sup>. De no ser así, se debe solicitar estudio hormonal con niveles séricos de prolactina, estradiol y hormonas tiroideas y eventual derivación a endocrinólogo si presenta alteraciones de éstas<sup>1</sup>. En caso de sospecha de etiología infecciosa se debe realizar estudio citológico de la secreción (cultivo, tinción de Gram, conteo celular)<sup>5</sup>. En forma excepcional, dependiendo de la etiología, se deriva a cirujano<sup>1</sup>.

En relación al manejo, históricamente se realizaron toma de biopsia de tejido mamario y mastectomías en pacientes con esta entidad<sup>6</sup>, sin embargo, en la actualidad la evidencia muestra que corresponde a un cuadro autolimitado, que no requiere de procedimientos invasivos que pueden producir deformidad mamaria importante que afecte la funcionalidad y estética en un futuro<sup>1,7,8</sup>. Por tanto, el enfrentamiento de “watch and wait” es una medida justificable si el examen físico y la ecografía no demuestran ninguna lesión que determine otra conducta<sup>4</sup>.

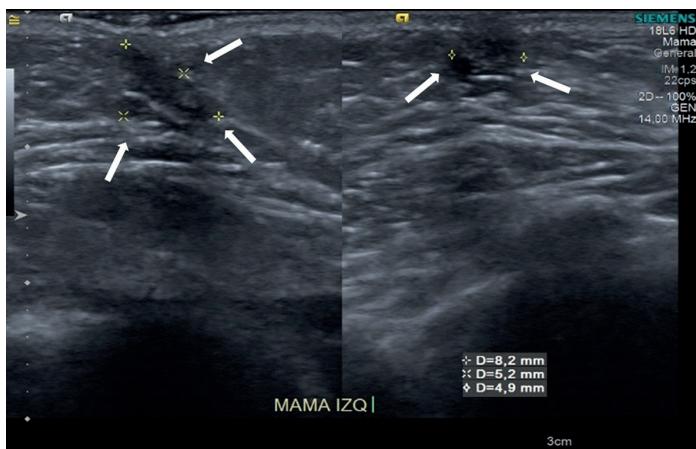
En Chile, se ha reportado un caso de telorragia en lactantes, el cuadro se presentó en un paciente de 6 meses y fue secundario a ectasia ductal<sup>9</sup>. El objetivo del presente manuscrito es reportar un caso de telorragia bilateral en un lactante mayor con ginecomastia y discutir la toma de decisiones clínicas frente a este síntoma.

## Caso Clínico

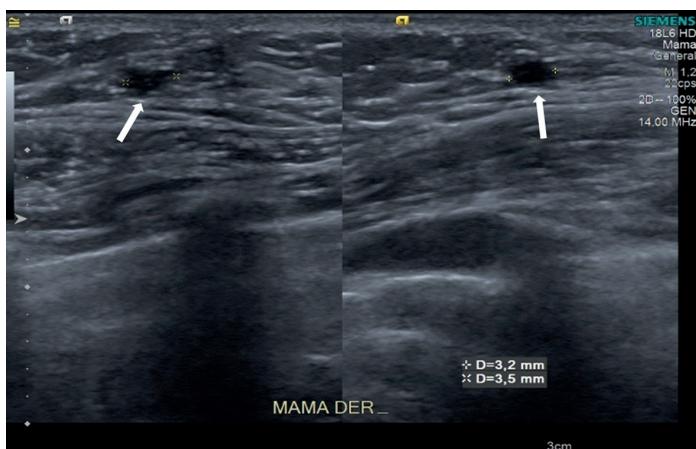
Paciente masculino de un año y un mes de edad, sin antecedentes mórbidos, que se alimentó con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con lactancia materna asociada a alimentación complementaria hasta el momento de la consulta. Acudió a la unidad de emergencia por cuadro de 1 mes de evolución, consistente de tres episodios donde se observaron manchas marrón oscuro en su ropa a la altura de los pezones, iniciando en el lado izquierdo y que luego se agregó en el derecho. Tras el último episodio, se observó salida de sangre a la compresión, lo que motivó la consulta. En la anamnesis dirigida se descartó exposición a disruptores endocrinos y antecedentes personales y familiares relevantes.



**Figura 1.** Ante la compresión de mama derecha emerge sangre y al lado izquierdo líquido marrón.



**Figura 2.** Ecografía Mamaria de mama izquierda. Se identifica tejido fibroglandular retromamario hipoeocogénico difuso, escasamente vascularizado, que mide 8 x 5 x 5 mm



**Figura 3.** Ecografía mamaria de mama derecha. Se identifica tejido fibroglandular retromamario bilateral hipoeocogénico difuso, escasamente vascularizado que mide 9 x 5 x 3 mm. Además, la presencia de pequeño quiste simple en mama derecha, que mide 3,5 mm de diámetro.

Al examen físico se encontraba en buen estado general, con ginecomastia mamas Tanner 3 no turgentes que la madre no había notado antes. A la compresión de mamas, emergió por el pezón derecho sangre roja y al lado izquierdo un líquido de color café (figura 1). El resto del examen se describió normal, sin evidencias de desarrollo puberal, sin alteraciones de la curva de crecimiento.

Para completar la evaluación etiológica se solicitó ecografía mamaria bilateral, la que evidenció tejido mamario retroareolar bilateral, con quiste simple a derecha, sin signos de malignidad (figuras 2 y 3).

Los hallazgos clínicos y radiológicos fueron atribuibles a ectasia ductal. Se decidió manejo expectante y el cuadro tuvo resolución espontánea dentro de 1 mes de su inicio, sin recidiva clínica tras 9 meses de seguimiento.

## Discusión

La telorragia es un síntoma poco frecuente, que en la mayoría de los casos se presenta en niños sanos. El 74,1% de los pacientes tienen una presentación durante el primer año de vida<sup>10</sup>. Dentro de las causas más comunes de telorragia en la infancia encontramos ectasia ductal, quiste mamario, papiloma intraductal, fibroadenomas y mastitis. Se debe considerar también dentro del diagnóstico diferencial la etiología traumática, por manipulación y secundaria a irritación del pezón por la ropa<sup>10</sup>. En adultos, tiene una asociación importante a carcinoma mamario, sin embargo, todos los casos reportados en niños se deben a procesos benignos<sup>1</sup>.

La ectasia ductal corresponde a la causa más frecuente. Ha recibido anteriormente los nombres de comedomastitis, granuloma de colesterol y mastitis de células plasmáticas<sup>3</sup>. Es consecuencia de una dilatación benigna y autolimitada de los conductos galactóforos subareolares, lo que causa distorsión del tejido circundante y acumulación de detritos dentro de los canalículos y la subsecuente reacción inflamatoria. Esto conduce al desarrollo progresivo de fibrosis y formación de tejido de granulación con ulceración del epitelio ductal, lo que genera el sangrado<sup>11</sup>. Su etiología no ha sido dilucidada. Se ha hipotetizado que podría ocurrir tras infecciones bacterianas o traumatismos. Mientras que para otros autores podría corresponder a una anomalía del desarrollo mamario<sup>3</sup>. En la ecografía, se puede ver como dilatación de los ductos con imágenes tubulares en dirección al pezón, quistes simples o quistes complejos tabicados. Sin embargo, la ecografía normal no descarta el diagnóstico<sup>12</sup>. El manejo de la ectasia ductal es conservador<sup>2</sup>, no requiriendo intervención, sólo controles periódicos. Se recomienda monitorización cercana cada 6 meses<sup>4</sup>. Los conductos galactóforos bloqueados pueden predisponer a infección, sin embargo, en la población pediátrica las complicaciones infecciosas son menos frecuentes y se presentan cuando las mamas son manipuladas<sup>7</sup>.

Otra etiología incluye los quistes mamarios retroareolares, los que constituyen la patología mamaria más frecuente en adolescentes peri y postpuberales. Estos son más frecuentes en el sexo femenino, pero también se han reportado casos en varones<sup>13</sup>. Tienen una etiología benigna y resolución espontánea completa. Pueden ser solitarios o múltiples y comúnmente se ubican cercano al pezón y a la areola<sup>10</sup>.

Los papilomas intraductales son otra causa de telorragia que se debe considerar sólo en pacientes postpuberales<sup>14</sup>. Es un tumor raro que se presenta como una lesión pequeña debajo de la areola y produce una secreción sanguinolenta en el pezón. Es bilateral en 25% de los casos<sup>12</sup>. Se ha reportado la resección de la glándula mamaria por vía subareolar en niños. En tanto en pacientes femeninas, la resección tumoral con márgenes libres, o cuadranectomía en lesiones más extensas, son las técnicas indicadas<sup>14</sup>.

En cuanto a los fibroadenomas, corresponden a las lesiones neoplásicas benignas más comunes en niños<sup>5</sup>. Comúnmente se presenta como una masa gomosa, no dolorosa a la palpación, encapsulada, que crece lentamente. Son tumores sensibles a estrógenos. Algunos involucionan espontáneamente, otros se mantienen creciendo lentamente y otros permanecen latentes por varios años<sup>12</sup>. Su imagen a la ultrasonografía es una masa con bordes bien definidos, hipoecogénica y homogénea<sup>10</sup>.

Adicionalmente se ha reportado mastitis como otra etiología de manera esporádica en niños, ya que es más común en adolescentes y adultos, manifestándose como secreción hemorrágica del pezón<sup>2</sup>. En caso de signos clínicos de infección donde se sospecha mastitis, se debe iniciar antibioticoterapia, considerando que el germe más frecuente es *Staphylococcus aureus*<sup>2</sup>.

El estudio inicial se realiza de acuerdo con la sospecha etiológica con ecografía mamaria, además de estudio citológico y cultivo de la secreción ante sospecha de proceso infeccioso<sup>10</sup>. Si el estudio citológico y la clínica apunta hacia una infección, esta debe ser tratada como una mastitis<sup>1</sup>. Mientras que si en la ecografía se encuentran ductos anecogénicos dilatados la principal sospecha será ectasia ductal<sup>8</sup>. En este caso corresponde monitorizar periódicamente hasta la involución de la lesión.

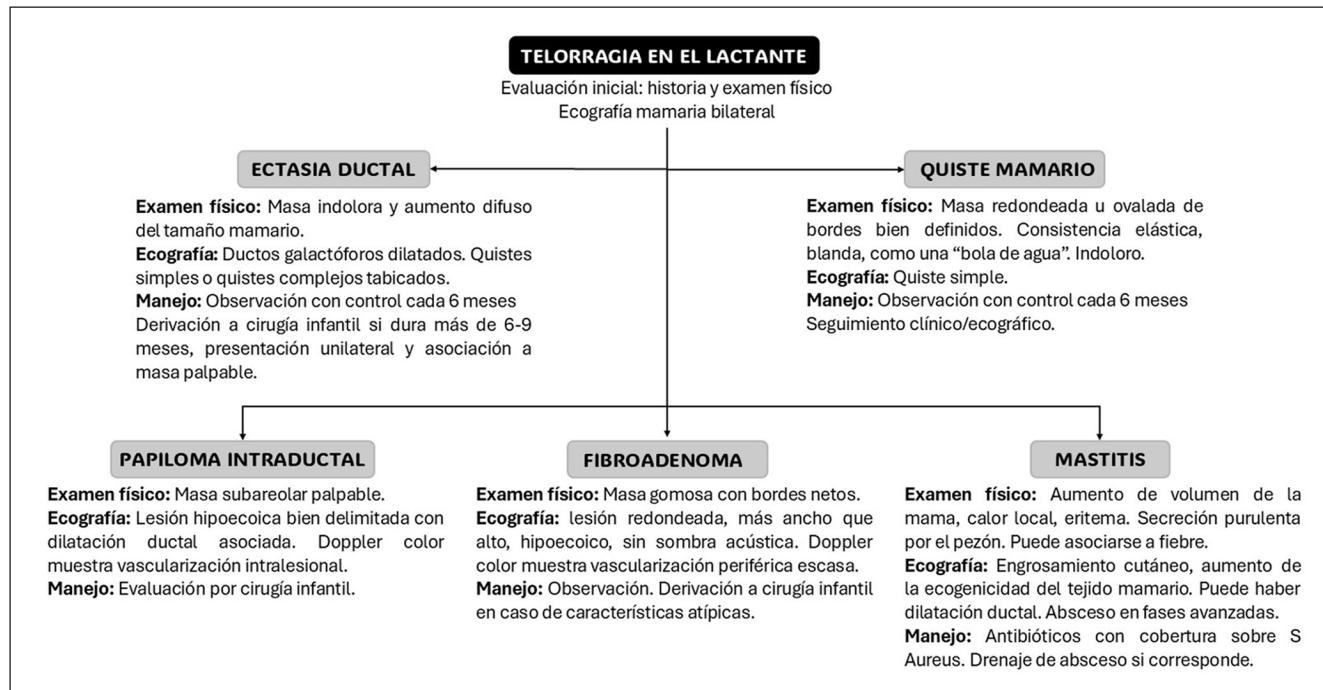
No se recomienda realizar procedimientos invasivos, sin embargo, en caso de que la descarga sea unilateral, espontánea, persistente y acompañada de una masa palpable, se podría considerar. Además, algunos autores recomiendan que, si la telorragia no cede luego de 6 a 9 meses, considerar derivación a cirujano pediátrico independiente de los demás hallazgos<sup>1</sup>. De lo contrario, sólo se recomienda el seguimiento hasta resolución espontánea<sup>5</sup>.

En nuestro paciente el cuadro se resolvió en un mes; y tras nueve meses de seguimiento clínico, no ha recidivado. Si bien se describió en la ecografía un quiste mamario derecho, considerando la epidemiología, las características clínicas, la bilateralidad del cuadro y que en la ectasia ductal puede encontrarse ecográficamente la presencia de quistes mamarios, el diagnóstico más probable del caso presentado es una ectasia ductal. El diagnóstico certero se podría hacer con biopsia, sin embargo, como hemos mencionado, no es necesaria ya que no modifica la conducta clínica.

A la luz de esta revisión proponemos un fluograma de enfrentamiento diagnóstico y de manejo (figura 4).

## Conclusiones

La telorragia en la infancia es un síntoma que puede llegar a ser alarmante tanto para padres como para médicos tratantes, sin embargo, en la mayoría de los casos su etiología es benigna y tiene un curso autolimitado. La principal etiología es la ectasia ductal. El estudio inicial corresponde a ecografía mamaria y el manejo es expectante, con controles periódicos hasta la resolución completa del cuadro.



**Figura 4.** Esquema ilustrativo del estudio de la telorragia en la infancia, las características principales de las etiologías más comunes y su manejo.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Kelly VM, Arif K, Ralston S, Greger N, Scott S. Bloody nipple discharge in an infant and a proposed diagnostic approach. *Pediatrics*. 2006;117(4):e814-6. doi:10.1542/peds.2005-0794.
2. Ascaso Matamata ÁM, Amiguet Biain M, Morales Ferruz R, Sobrevia Elfaú MT, González García G. Ectasia ductal mamaria, una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(6):e782-4. doi:10.5546/aap.2018.e782.
3. McHoney M, Munro F, MacKinlay G. Mammary duct ectasia in children: report of a short series and review of the literature. *Early Hum Dev*. 2011;87(8):527-30. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.05.005.
4. Hamsen S, Mayatepek E, Klee D, Meissner T. Bloody nipple discharge (BND) in an 8 months old girl and a 9 months old male – rational diagnostic approach. *Klin Padiatr*. 2010;222(2):79-83. doi:10.1055/s-0029-1234075.
5. Bada Bosch I, Cerdá Berrocal J, López Varela MC, Peláez Mata D, del Cañizo López A, Fanjul Gómez M, et al. Telorragia: revisión de la literatura a propósito de dos casos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2022;24:e147-e155.
6. Kitahara S, Wakabayashi M, Shiba T, et al. Mammary duct ectasia in children presenting with bloody nipple discharge: a case in a pubertal girl. *J Pediatr Surg*. 2001 Jun;36(6):E1-2. doi:10.1053/jpsu.2001.23944.
7. Vico Marín I, Almazán Fernández de Bobadilla MV. Ectasia ductal: diferentes formas de expresión según la edad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2025;27(105):59-65. doi:10.60147/65a2e5f2.
8. Aydin R, Baris S, Veysel A. Detection of duct ectasia of mammary gland by ultrasonography in a neonate with bloody nipple discharge. *Pediatr Neonatol*. 2014;55(3):228-30. doi:10.1016/j.pedneo.2012.11.006.
9. Zegpi MS, Downey C, Vial-Letelier V. Ectasia ductal mamaria en niños, a propósito de un caso clínico. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(4):287-90. doi:10.1016/j.rchipe.2015.07.012.

10. De Praeter C, De Coen K, Vanneste K, Vanhaesebrouck P. Unilateral bloody nipple discharge in a two-month-old male. *Eur J Pediatr.* 2008;167(4):457-9. doi:10.1007/s00431-007-0482-3
11. Affranchino P. Telorragia en el lactante por ectasia ductal: consideraciones acerca de dos casos. *Arch Argent Pediatr.* 2013;111(6):e152-5. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n6a18.pdf>
12. Greydanus D, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care.* 2006;33(2):455-502. doi: 10.1016/j.pop.2006.02.010.
13. Horvath E, Pinochet M, Huneeus A, et al. Quistes retroareolares en adolescentes: aspectos clínicos y ultrasonográficos. *Rev Chil Radiol.* 2007;13(3):122-6. doi: 10.4067/S0717-93082007000300004.
14. González CC, Romero-Manteola EJ. Papiloma intraductal metacrónico en un niño: caso clínico. *Arch Argent Pediatr.* 2015;113(6):e314-6. doi:10.5546/aap.2015.e314.