



Revista Peruana de Ginecología y

Obstetricia

ISSN: 2304-5124

[spong@terra.com.pe](mailto:spong@terra.com.pe)

Sociedad Peruana de Obstetricia y

Ginecología

Perú

Carrasco, Amparo; Navarro, Lidia; Tarrazó, María; Balanzá, Reyes

Síndrome de las tuberías oxidadas: reporte de caso

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 62, núm. 3, 2016, pp. 295-297

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323448377012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# CASO CLÍNICO

## SÍNDROME DE LAS TUBERÍAS OXIDADAS: REPORTE DE CASO

Amparo Carrasco<sup>1</sup>, Lidia Navarro<sup>2</sup>, María Tarrazó<sup>1</sup>, Reyes Balanzá<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Adjunto Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Doctor Peset. Valencia.

<sup>2</sup> Adjunto Servicio Radiología. Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva. Valencia.

<sup>3</sup> Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Doctor Peset. Valencia.

Todos los autores del presente manuscrito declaramos que el material contenido no ha sido publicado previamente ni remitido a otra revista biomédica.

Para la realización de dicho manuscrito se obtuvo tanto el consentimiento de la institución como de la paciente incluida en el mismo estudio.

No existen conflictos de interés.

Artículo recibido el 6 de mayo de 2016 y aceptado para publicación el 12 de junio de 2016.

Correspondencia:  
Dra. A. Carrasco Catena  
Servicio de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Doctor Peset.  
Avenida Gaspar Aguilar 90. 46017  
Valencia.

 amparocarrascocatena@gmail.com

### RESUMEN

La telorragia bilateral o secreción sanguinolenta a través del pezón es un signo alarmante, pero durante el embarazo y la lactancia puede ser totalmente benigna. Es necesario un diagnóstico diferencial cuidadoso y evitar las intervenciones quirúrgicas, a menos que se descubra una causa subyacente de la misma. Este cuadro clínico es conocido como síndrome de las tuberías oxidadas o *Rusty-Pipe syndrome*. Se presenta el caso de una primigesta de 30 años que presentó telorragia bilateral tras un parto eutóxico a las 40 semanas, en el Hospital Dr. Peset de Valencia, España.

**Palabras clave:** Síndrome de las Tuberías Oxidadas; Rusty-pipe Syndrome; Telorragia bilateral; Lactancia.

### RUSTY-PIPE SYNDROME: CASE REPORT

#### ABSTRACT

Bilateral thelorrhagia or bloody discharge from the nipple is an alarm symptom, but it can be benign during pregnancy and breastfeeding. A careful differential diagnosis is required and surgical interventions should be avoided unless an underlying cause is discovered. This clinical condition is known as rusty-pipe syndrome. We report the case of a 30-year-old primiparous woman who presented with bilateral thelorrhagia after eutocic delivery at 40 weeks in the Dr. Peset Hospital, Valencia (Spain).

**Keywords:** Rusty-pipe Syndrome; Thelorrhagia, Bloody; Breastfeeding.



## INTRODUCCIÓN

El síndrome de las ‘tuberías oxidadas’ es un síndrome raro, con poca bibliografía al respecto, pero de carácter indoloro, benigno, generalmente bilateral y autolimitado. Es más frecuente en pacientes primíparas y suele aparecer al final del embarazo o al inicio de la lactancia. El origen es incierto, pero se asocia con la rotura de vasos capilares o bien con la proliferación exagerada del tejido mamario<sup>(1)</sup>. Tiene una duración limitada, resolviéndose dentro de la primera semana del inicio de la lactancia<sup>(2)</sup>, no siendo motivo para suspender la lactancia. Presentamos el caso de una paciente con síndrome de las tuberías oxidadas de inicio inmediato tras el parto.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, sin antecedentes de interés, gestante de 40 semanas que ingresó en fase activa de parto en el paritorio de nuestro hospital. A la hora del parto eutócico de un varón de 3 140 g, la paciente comenzó con secreción sanguinolenta a través del pezón de forma bilateral. Ante la falta de experiencia en este cuadro, se inició estudio y se realizaron pruebas complementarias. La paciente no presentaba mastalgia ni ingurgitación mamaria. La exploración descartó la posibilidad de traumatismos, presencia de masas o tumoraciones mamarias y grietas o fisuras a nivel de los pezones. A la palpación de ambas mamas se producía la salida franca de sangre.

El estudio citológico y los cultivos extraídos de la secreción fueron negativos. Se realizó ecografía de control descartando la posibilidad de tumoraciones o papilomatosis. El recién nacido fue ingresado en la unidad de neonatos por regurgitación, hiperbilirrubinemia y pérdida de peso. En todo momento se mantuvo la lactancia materna. A los tres días, la secreción comenzó a aclararse y a los cuatro días era totalmente normal (figuras 1-4). El recién nacido y la paciente fueron dados de alta al cuarto día. El seguimiento durante el puerperio fue completamente anodino.

## DISCUSIÓN

La secreción sanguinolenta o telorragia bilateral durante la lactancia puede estar causada por diversos factores, como grietas en los pezones, mastitis, traumatismos o congestión vascular<sup>(3)</sup>.

FIGURA 1. PRIMER DÍA DE EXTRACCIÓN.



FIGURA 2. SEGUNDO DÍA DE EXTRACCIÓN.



FIGURA 3. TERCER DÍA DE EXTRACCIÓN.



FIGURA 4. CUARTO DÍA DE EXTRACCIÓN.



Estos cuadros clínicos suelen cursar con dolor y pueden ser unilaterales o bilaterales. El diagnóstico se realiza mediante la inspección de ambas mamas y las pruebas complementarias. Los enfermedades más graves a descartar son la enfermedad fibroquística y el papiloma ductal. La papilomatosis es la causa más común de telorra-



gia bilateral; suele ser unilateral y proceder de un único conducto<sup>(3,4)</sup>. Cursa sin dolor y no se asocia con masa palpable. La enfermedad fibroquística consiste en pequeñas tumoraciones palpables en ambas mamas y mastalgia<sup>(4)</sup>.

El síndrome de las tuberías oxidadas o *Rusty-Pipe syndrome* es un cuadro fisiológico que se caracteriza por la secreción sanguinolenta bilateral, transitoria e indolora de las mamas<sup>(5)</sup>. Está descrito a partir del tercer trimestre de la gestación, aunque es más frecuente su aparición al inicio de la lactancia. Este cuadro clínico es debido al rápido incremento de la vascularización de las mamas a base de capilares más finos y delicados<sup>(6)</sup>. De modo que, cuando el bebé inicia la succión se produce una presión negativa dentro de los conductos galactóforos lo que provoca la rotura y descamación de los capilares que los envuelven con la consiguiente salida de sangre a través de los pezones<sup>(7)</sup>. Es más común en primíparas y se trata de un cuadro autolimitado que desaparece dentro de la primera semana del inicio de la lactancia<sup>(2)</sup>. Es necesario realizar un exhaustivo examen de las mamas descartando posibles tumoraciones. El análisis citológico y los cultivos de la secreción son negativos. Las pruebas de imagen serán solicitadas en aquellos casos en que persista la secreción durante más de una semana o se sospeche causa subyacente, siendo las recomendadas la ecografía y la galactografía. Las intervenciones quirúrgicas deben de ser evitadas si no existe causa subyacente. Si el recién nacido tolera bien la secreción, no debe recomendarse la inhibición sistemática de la lactancia.

En conclusión, el síndrome de las tuberías oxidadas o *Rusty-Pipe Syndrome* es una condición fisiológica autolimitada. El conocimiento por parte del personal médico y de enfermería de este cuadro clínico es esencial para realizar un manejo adecuado, evitando investigaciones innecesarias y disipando la ansiedad en las madres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahued JR, Fernández C, Bailón R. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2<sup>a</sup> edición. México. 2003:678.
2. Marianne N. Great expectations: the essential guide to breastfeeding. New York. 2009:32.
3. Lawrence RA. Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession, 4th ed. St Louis: Mosby, 1994:473- 540.
4. Saunders CM, Baun M. The breast. En: Russell RCG, Williams NS, Bulstrode CJK, eds. Bailey and Love's Short Practice of Surgery. 23rd ed. London: Arnold, 2000:749-72.
5. Virdi VS, Goraya JS, Khadwal. Rusty-Pipe Syndrome. Indian Pediatrics. 2001;38:931-2.
6. Sabate JM, Clotet M, Torrubia S, Gomez A, Guerrero R, de las Heras P, Lerma E. Radiologic evaluation of breast disorders related to pregnancy and lactation. Radiographics. 2007 Oct;27 Suppl 1:S101-24. doi.org/10.1148/rg.27si075505.
7. Kline TS, Lash SR. Nipple secretion in pregnancy. A cytologic and histologic study. Am J Clin Pathol. 1962;37:626-32. Doi. org/10.1053/ctrv.2001.0234.