



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Adenoma de pezón: a propósito de un caso

J.L. Lobato Miguelez*, J. Moreno Domingo, J. Martinez Urruzola, T. Arriba Olivenza, D. Andia Ortiz y M. López Valverde

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Recibido el 13 de septiembre de 2012; aceptado el 17 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Adenoma;
Pezón;
Papilomatosis

KEYWORDS

Adenoma;
Nipple;
Papillomatosis

Resumen El adenoma de pezón es un tumor benigno poco frecuente de la mujer de mediana edad.

Presentamos el caso de un adenoma de pezón y describimos los aspectos clínicos, los procedimientos diagnósticos y el tratamiento.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Adenoma of the nipple: Report of a case

Abstract Adenoma of the nipple is an uncommon benign neoplasm occurring in middle-aged women.

We present a case of adenoma of the nipple and describe the clinical features, diagnostic procedures and therapy.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El adenoma de pezón es una entidad rara que se origina en los ductos del pezón y que clínicamente se manifiesta por telorrea, prurito, eritema, erosión o nodularidad, pudiendo también ser asintomático. Aunque la lesión fue ya descrita por Haagensen en 1951 con el nombre de papiloma intraductal benigno, también se la conoce como adenoma papilar del pezón, papilomatosis benigna del pezón, papilomatosis florida de los ductos del pezón, adenomatosis erosiva del

pezón, etc. Es un proceso benigno que clínica e histológicamente se puede confundir con otras enfermedades más serias llevando a tratamientos mutilantes innecesarios. Presentamos el caso de una paciente de 46 años con una lesión erosiva en el pezón izquierdo de varios meses de evolución.

Caso clínico

Paciente de 46 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés enviada a nuestra unidad por presentar una erosión en el pezón izquierdo de 3 meses de evolución no acompañada de dolor ni prurito ni secreción. A la exploración se observa una ulceración de unos 5 mm en el pezón izquierdo (**fig. 1**), siendo normales la palpación mamaria y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lobatomiguelezjl@yahoo.es
(J.L. Lobato Miguelez).



Figura 1 Ulceración en pezón izquierdo.

axilar. Los estudios de imagen (mamografía y ecografía) no revelaron alteraciones patológicas.

Se realizó una biopsia de la lesión con un *punch* cutáneo que informó de adenoma de pezón.

Con este diagnóstico se practicó una resección centro-mamaria que incluyó el pezón con preservación de la aréola (fig. 2).

El análisis anatomopatológico del espécimen quirúrgico reveló una proliferación compleja de estructuras tubulares dilatadas tapizadas por una capa periférica de células cuboidales y una capa luminal de epitelio columnar (fig. 3).

La evolución postoperatoria fue normal presentando un aceptable resultado estético en la primera revisión (fig. 4).

Discusión

El adenoma de pezón es un raro tumor benigno que se origina en los conductos galactóforos a un nivel próximo a su desembocadura en el pezón. Aunque esta lesión fue descrita ya por Haagensen et al. en 1951¹ con el nombre de papiloma intra-ductal benigno del pezón, ha sido rebautizada con diversos nombres haciendo referencia a las distintas características clínicas y anatomopatológicas de la entidad², siendo el término «adenomatosis erosiva del pezón», acuñado por Le Gal et al. en 1959³, el que más partidarios tiene en la actualidad.



Figura 2 Aspecto postoperatorio inmediato.

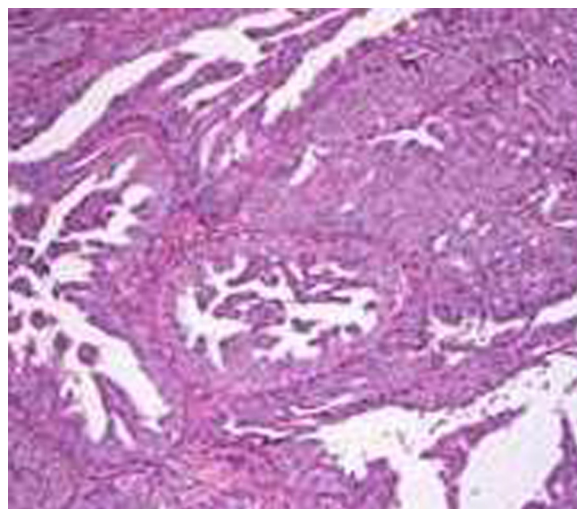


Figura 3 Aspecto microscópico.

Es un tumor poco frecuente cuya máxima incidencia se da en mujeres entre 40 y 60 años, siendo excepcional en hombres.

La presentación clínica es variable: nódulo, erosión, telorragia, prurito, dolor, etc. En la serie de 14 casos de Miyahara et al.⁴, el síntoma más frecuente fue la presencia de un nódulo o induración presente en el 80% de las pacientes, seguido de la erosión y la secreción.

El aspecto anatomopatológico es el de una lesión circunscrita, aunque no encapsulada, formada por estructuras tubulares dilatadas tapizadas por una doble capa de células epiteliales. En cuanto a su naturaleza histológica, el adenoma de pezón se considera una lesión benigna no precancerosa; a este respecto, en el pasado existió cierta controversia por la publicación de varios casos de coexistencia de adenoma de pezón y carcinoma en la misma mama, sin embargo, en la actualidad no se considera significativa esta asociación, estimando que la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama en pacientes con adenoma de pezón es similar a la de la población general⁵.

Respecto al diagnóstico diferencial, la apariencia ecematososa de la lesión hizo que en el pasado se confundiera



Figura 4 Aspecto a las 2 semanas de la cirugía.

frecuentemente con la enfermedad de Paget. Ejemplo de ello es la recopilación de Nichols et al.⁶ de 16 casos tratados con mastectomía radical por diagnóstico erróneo de enfermedad de Paget o carcinoma ductal.

Las pruebas de imagen suelen ser poco resolutivas al tratarse de lesiones periféricas, por lo que la mamografía y la ecografía no resultan útiles. Además, el examen citológico de las muestras obtenidas por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) pueden mostrar cierto grado de atipia y ser interpretadas erróneamente como citología positiva para carcinoma ductal. Esto hace que la biopsia se convierta en el método fundamental, tanto para diagnosticar esta enfermedad como para excluir los rarísimos tumores malignos de esta localización⁷. Además de la enfermedad de Paget y el adenocarcinoma de pezón, habrá que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial el adenoma siringomatoso de las glándulas sudoríparas y los rarísimos carcinomas apocrinos y de células basales⁸.

En cuanto al tratamiento, la mayor parte de los autores son partidarios de la escisión local de la lesión, lo cual condicionará la resección completa o parcial del pezón en función del tamaño de la lesión. Las recidivas locales hay que interpretarlas como el resultado de una resección quirúrgica incompleta. En el caso de tumores pequeños, algunos autores han conseguido buenos resultados con criocirugía preservando completamente el pezón^{9,10}.

Finalmente, cabe destacar que el pezón es una estructura histológica compleja que puede ser asiento tanto de lesiones benignas como malignas y queremos destacar la importancia de la biopsia para el diagnóstico correcto, evitando tanto diferir el diagnóstico de una lesión neoplásica

como utilizar tratamientos mutilantes innecesarios ante una lesión benigna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Haagensen CD, Stout AP, Phillips JS. The papillary neoplasms of the breast: benign intraductal papilloma. *Ann Surg.* 1951;133:18–36.
2. Paricio JF, del Agua C, Revenga F. Adenomatosis erosiva del pezón. *Actas Dermosifiliogr.* 2000;91:412–5.
3. le Gal Y, Gros CM, Bader P. Adenomatosis erosive du mamelon. *Ann Anat Pathol.* 1959;4:292–304.
4. Miyahara M, Saito T, Kaketani K, Suzuki K, Kuwahara A, Shimoda K, et al. Adenoma of the nipple. *Surg Today.* 1992;22:368–70.
5. Albers SE, Barnard M, Thorner P, Krafchik BR. Erosive adenomatosis of the nipple in an eight-year-old girl. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40:834–7.
6. Nichols FC, Dockerty MB, Judd ES. Florid papillomatosis of nipple. *Surg Gynecol Obstet.* 1958;107:471–80.
7. Herrera V, Albarran J, Fernández A, Montes I, Capocéfalo M, Gadea C, et al. Adenocarcinoma de pezón: a propósito de un caso. *Rev Venez Oncol.* 2010;22:51–6.
8. Gupta C, Sheth D, Snower DP. Primary basal cell carcinoma of the nipple. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:792–3.
9. Mattar D, Romero G, Betancourt L, Paredes R, Zénzola V, León R, et al. Adenomatosis erosiva del pezón. Reporte de un caso. *Rev Venez Oncol.* 2006;18:115–9.
10. Kijima Y, Matsukita S, Yoshinaka H, Owaki T, Aikou T. Adenoma of the nipple: report of a case. *Breast Cancer.* 2006;13:95–9.