

## CASO CLÍNICO

# Descripción de un caso de adenomatosis erosiva del pezón: tratamiento quirúrgico

Marcelo Chávez Díaz<sup>a,b,\*</sup>, Gonzalo Ziegler Rodríguez<sup>a,c</sup> y Jaime Montes Gil<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Mastología, Clínica Ziegler, Lima, Perú

<sup>b</sup> Servicio de Mastología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

<sup>c</sup> Departamento de Cirugía de Mamas y Partes blandas, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

<sup>d</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

Recibido el 21 de marzo de 2023; aceptado el 13 de junio de 2023

Disponible en Internet el 26 de julio de 2023

**PALABRAS CLAVE**  
Adenomatosis erosiva del pezón;  
Adenoma del pezón;  
Tumor benigno del pezón;  
Descripción de un caso

**Resumen** La adenomatosis erosiva es una neoplasia benigna poco frecuente que afecta al pezón. Caracterizado por erosión, telorrea, telorragia, nodularidad, prurito y eritema, ocasionando un proceso destructivo progresivo del pezón, el cual puede ser confundido con la enfermedad de Paget; motivo por el cual el conocimiento de esta enfermedad es fundamental para evitar el sobretratamiento quirúrgico. Presentamos el caso de una paciente de 35 años diagnosticada y tratada con cirugía, así como la revisión de la literatura de esta entidad.  
© 2023 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**  
Erosive adenomatosis of the nipple;  
Adenoma of the nipple;  
Benign tumor of the nipple;  
Case report

## Case report of erosive adenomatosis of the nipple: Surgical treatment

**Abstract** Erosive adenomatosis is a rare benign neoplasm that affects the nipple. Characterized by erosion, telorrhoea, telorrhagia, nodularity, pruritus and erythema, causing a progressive destructive process of the nipple, which can be confused with Paget's disease; which is why knowledge of this pathology is essential to avoid surgical overtreatment. We present the case of a 35-year-old patient diagnosed and treated with surgery, as well as a review of the literature on this entity.  
© 2023 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La adenomatosis erosiva del pezón (AEP), descrita inicialmente por Jones en 1955<sup>1,2</sup> como una neoplasia benigna poco frecuente, que se origina en el seno galactóforo del pezón, en

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [marcelochavezdiaz@gmail.com](mailto:marcelochavezdiaz@gmail.com)  
(M. Chávez Díaz).

las mujeres de edad media (cuarta y quinta década de la vida), siendo extremadamente rara su presentación en los varones y la población pediátrica<sup>3</sup>. Clínicamente caracterizada por erosión, telorrea, telorragia, nodularidad, prurito y eritema, conduciendo a un proceso destructivo progresivo del pezón<sup>4</sup>. Tiene como tratamiento la cirugía (resección local y cirugía de Mohs) con excelente pronóstico. Sin embargo, la diferenciación clínica con enfermedades malignas como la enfermedad de Paget del pezón constituyen un problema en el proceso de diagnóstico<sup>5</sup>, motivo por el cual el conocimiento de esta enfermedad es fundamental para evitar el sobretratamiento quirúrgico de las pacientes; se presenta el caso de una paciente de 35 años, así como la revisión de la literatura.

## Caso clínico

Una paciente mujer de 35 años, sin antecedentes patológicos, que presenta: induración, telorragia, eritema y ulceración del pezón derecho de un año de evolución. Recibió tratamiento médico en otra institución por ginecología y dermatología, con corticoides tópicos de forma crónica (betametasona 0,05% y clobetasol 0,05%) sin mejoría clínica. En la inspección se objetiva induración de la zona central del pezón, con ulceración y tejido friable sangrante, en aproximadamente 80% del área total del pezón (fig. 1A). No se palpan tumoraciones en la mama, ni adenopatías axilares. La mamografía y ecografía no informan alteraciones (BIRADS 1), se realizó biopsia incisional (Punch) con diámetro de 3 mm informándose «adenoma de pezón». Se realizó resección local de la lesión bajo sedación, extirpándose el pezón en su totalidad, mediante la colocación de puntos de tracción en la base y realizándose el cierre del defecto con sutura en jareta en 2 planos (fig. 1B). El estudio anatómico patológico describió: proliferación compleja de estructuras tubulares dilatadas tapizadas por una capa periférica de células cuboidales y una capa luminal de epitelio columnar, compatible con AEP (fig. 2). Actualmente presenta un año de seguimiento sin recurrencia, con un resultado estético favorable (fig. 1C).

## Discusión

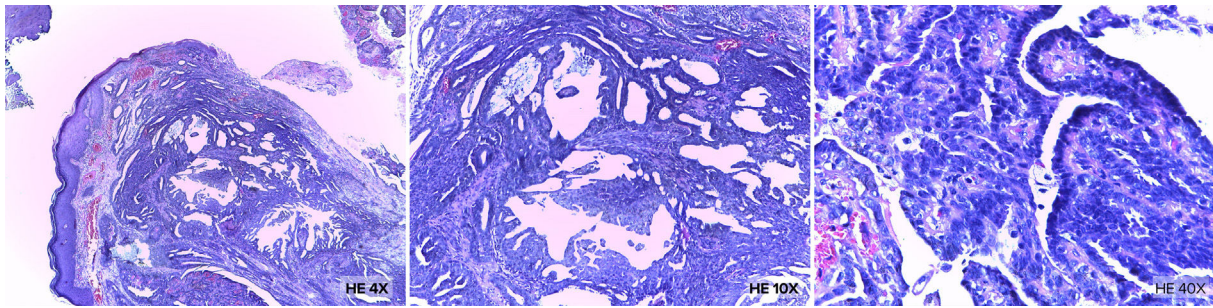
La AEP es una entidad poco frecuente, que ha recibido distintas denominaciones: adenoma intraductal benigno, papilomatosis florida de los conductos del pezón, adenoma del pezón, adenomatosis superficial papilar, papilomatosis

sub aréolar del pezón, adenoma papilar del pezón<sup>6,7</sup>; caracterizado por síntomas diversos como secreción (79%), erosión (50%), nódulo (47%), hipersensibilidad o prurito (29%), edema (12%) y eritema (9%)<sup>8</sup>, los estudios de imágenes como la mamografía y la ecografía suelen ser poco sensibles al tratarse de lesiones periféricas y pequeñas<sup>9</sup>. Según la bibliografía revisada las principales entidades a considerar en el diagnóstico diferencial serían: la enfermedad de Paget, la cual se presenta en los pacientes en la sexta década de la vida<sup>10</sup>, de forma más frecuente unilateral con una lesión eczematoide, placas eritematosas, ulceración y destrucción del pezón con extensión a la aréola<sup>11</sup>; también se debe considerar como diagnósticos diferenciales el eccema de pezón, dermatitis crónicas de contacto, sífilis primaria, infección por virus de herpes, impétigo o neoplasias malignas cutáneas. En nuestro caso consideramos prioritario realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget, tomando en cuenta que la paciente recibió tratamiento en otra institución con corticoides tópicos de forma crónica, con el diagnóstico presuntivo de eccema sin mejoría clínica. Lo cual resalta la necesidad de tener un diagnóstico preciso para plantear un tratamiento apropiado. Debido a la difícil tarea de diferenciar clínicamente estas lesiones, el estudio anatomopatológico es la piedra angular en el diagnóstico. El estudio citológico es de ayuda para diferenciar un tumor benigno de uno maligno, presentando en la AEP células epiteliales sin necrosis ni figuras mitóticas<sup>12</sup>. Sin embargo el diagnóstico definitivo debe basarse en la evaluación histológica: con la tinción de hematoxilina eosina en tejido parafinado, en el cual se muestra una proliferación epitelial glandular con una doble capa de células que erosiona la epidermis, presenta protrusión papilar, que puede llenar la luz del epitelio glandular; en la dermis se observa un infiltrado de células plasmáticas o mononucleares que suele estar presente alrededor de la proliferación y la membrana basal se encuentra indemne<sup>13</sup>. El estudio inmunohistoquímico puede complementar el diagnóstico, marcando intensamente el anticuerpo antiactina en las células mioepiteliales, en la periferia de las estructuras ductales, lo que facilita el diagnóstico diferencial con el carcinoma bien diferenciado<sup>14</sup>. En el presente caso, el estudio de la biopsia *punch* permitió el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget, encontrándose los cambios histológicos mencionados anteriormente en ausencia de células de Paget.

El tratamiento clásico de la AEP es la escisión completa de la lesión, lo cual puede obtenerse mediante la



**Figura 1** A) Pre operatorio, B) intra Operatorio, C) post operatorio (la flecha indica la cicatriz post operatoria).



**Figura 2** Histología tinción hematoxilina eosina aumentos 4X, 10X y 40X (de izquierda a derecha).

resección completa o parcial del pezón, también se describen técnicas de cirugía micrográfica de Mohs, así como técnica de criocirugía empleadas en especial en los pacientes en edades de lactancia, en los que se busca preservar en lo posible la mayor parte del pezón, con buenos resultados<sup>15</sup>. En nuestro caso la toma de decisión de tratamiento quirúrgico se basó en: la extensión de la lesión (80% del área del pezón), paridad satisfecha, sin deseo genésico (con método de anticoncepción quirúrgico). Posterior al tratamiento se sugiere un seguimiento regular, con examen físico y estudio de mamografía anual para prevenir la recurrencia local, la cual se ve incrementada en los pacientes con resecciones parciales de las lesiones.

## Conclusión

La AEP es una entidad poco frecuente que afecta al pezón, forma parte de las lesiones benignas que afectan esta estructura, cuyo diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget, mediante el estudio histológico, es imprescindible. Esto nos permitirá realizar cirugías de resección precisas, con resultado y pronóstico favorable, así como conservar la estética mamaria y función en algunos casos del pezón, evitando el sobretratamiento quirúrgico.

## Reponsabilidades éticas

Se ha realizado el reporte de un caso clínico, de una paciente tratada en una Unidad de Mastología, manteniéndose en confidencialidad los datos de identificación de la paciente, siendo aprobado para su publicación por el Comité Ético de Investigación de la institución. Los autores declaran que han obtenido el consentimiento del paciente para la publicación de este artículo.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Autoría

Todos los autores participaron en la concepción, diseño del trabajo, redacción e interpretación de los resultados, para la realización del manuscrito.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradezco a mi querida esposa y familia por motivarme en el camino de la investigación científica.

## Bibliografía

1. Spohn GP, Trotter SC, Tozbikian G, Povoski SP. Nipple adenoma in a female patient presenting with persistent erythema of the right nipple skin: case report, review of the literature, clinical implications, and relevancy to health care providers who evaluate and treat patients with dermatologic conditions of the breast skin. *BMC Dermatol*. 2016;16:1–4. <https://doi.org/10.1186/s12895-016-0041-6>.
2. Qiao J, Zhou S, Fang H. An ulcer on the nipple. *BMJ*. 2018;360:50–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5850>.
3. Gu X, Wang G, Wu R, Jia H. Erosive adenomatosis of the nipple in a man. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2015;81:68–70. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.148581>.
4. Miyahara M, Saito T, Kaketani K, Suzuki K, Kuwahara A, Shimoda K. Adenoma of the nipple. *Surg Today*. 1992;22:368–70.
5. Ying S, Fang H, Qiao J. Erosive adenomatosis of the nipple: a clinical diagnostic challenge. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13:587–90. <https://doi.org/10.2147/CCID.S260534>.
6. Haagensen CD, Stout AP, Phillips JS. The papillary neoplasms of the breast. I. Benign intraductal papilloma. *Ann Surg*. 1951;133(1):18–36. <https://doi.org/10.1097/0000658-195101000-00002>.
7. Taylor HB, Robertson AG. Adenomas of the nipple. *Cancer*. 1965;18:995–1002.
8. Montemarano AD, Sau P, James WD. Superficial papillary adenomatosis of the nipple: a case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33:871–5.
9. Lobato M, Moreno D, Martinez U, Arriba O, Andia O. Adenoma de pezón: a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst*. 2014;41(2):89–91.
10. Lopes Filho LL, Lopes IMRS, Lopes LRS, Enokihara MMSS, Michalany AO, Matsunaga N. Mammary and extramammary Paget's disease. *An Bras Dermatol*. 2015;90(2):225–31. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153189>.
11. Ooi PS, Draman N, Yusoff SSM, Zain WZW, Ganasagan D, Chua HH. Mammary Paget's disease of the nipple: relatively common but still unknown to many. *Korean J Fam Med*. 2019;40(4):269–72. <https://doi.org/10.4082/kjfm.17.0143>.
12. Lee HJ, Chung KY. Erosive adenomatosis of the nipple: conservation of nipple by Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(4):578–80. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.122752>.

13. Miladi S, Bahloul E, Charfi S, Masmoudi A, Boudawara T, Turki H. Adénomatose érosive du mamelon [Erosive adenomatosis of the nipple]. *Ann Dermatol Venereol*. 2020;147(3):236–8. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2019.11.002>.
14. Matos M, Maruani A, Renjard L, Body G, Lorette G. Une lésion érosive du mamelon [An erosive lesion of the nipple]. *Ann Dermatol Venereol*. 2006;133(12):1015–6. [https://doi.org/10.1016/s0151-9638\(06\)71092-4](https://doi.org/10.1016/s0151-9638(06)71092-4).
15. Kuflik EG. Erosive adenomatosis of the nipple treated with cryosurgery. *J Am Acad Dermatol*. 1998;38:270–1. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(98\)70248-8](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(98)70248-8).