

# Papilomatosis florida (adenoma) del complejo areola-pezón

Juan Pastor Roldán Aviña, María Jesús Pérez de la Fuente, Silvia Merlo Molina, María del Valle Paredes García y Francisco Javier Torres Gómez.

*Hospital de Alta Resolución Sierra Norte (Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir), Constantina, Sevilla*

## Resumen

La papilomatosis florida (o adenoma erosivo) del complejo areola-pezón es un tumor benigno poco frecuente, que tiene su origen en los conductos galactóforos. Presentamos a una mujer de 43 años que consultó por retracción del pezón izquierdo con secreción amarillenta a través del mismo. Su médico de atención primaria solicitó mamografía que apreció nódulo circunscrito, completándose el estudio con ecografía mamaria y posteriormente biopsia con aguja gruesa (BAG) ecoguiada cuyo resultado recomendó la exéresis del nódulo (metaplasia apocrina papilar). Una vez realizada la exéresis del nódulo el diagnóstico definitivo fue papilomatosis florida sin atipia del complejo areola-pezón.

**PALABRAS CLAVE:** Papilomatosis. Adenoma. Areola. Pezón.

## Introducción

La papilomatosis florida del complejo areola-pezón es una rara entidad benigna de los conductos galactóforos<sup>1</sup>. La lesión fue descrita por Haagensen en 1.951 como papiloma intraductal benigno, también se conoce también como adenoma papilar del pezón, papilomatosis benigna del pezón o adenomatosis erosiva del pezón<sup>2</sup>. Afecta principalmente a mujeres de mediana edad (cuarta y quinta décadas de la vida) siendo su presentación clínica más común la presencia de secreción por el pezón con o sin costras, eritema y erosiones del mismo, siendo inusualmente asintomática<sup>3</sup>. Su diagnóstico es importante ya que puede clínicamente con la enfermedad de Paget e histológicamente con el adenocarcinoma de mama<sup>4</sup>. Se realiza una revisión bibliográfica y se discute el manejo diagnóstico y terapéutico.

## Caso clínico

Mujer de 43 años, con ovarios poliquísticos (intervenida de quiste en ovario derecho) como únicos antecedentes senológicos de interés que acudió a su médico de atención primaria

por haber notado hundimiento del pezón izquierdo con secreción amarillenta por el mismo y nódulo palpable. Se solicitó mamografía que mostraba tejido fibroglandular de densidad media y un nódulo circunscrito de aproximadamente 13 mm de aspecto benigno, retroareolar izquierdo, que convendría valorar mediante ecografía, categoría BI-RADS o (figuras 1 y 2), siendo remitida además a la consulta de mama de la unidad de cirugía donde se completó la historia clínica y la exploración física que apreció un nódulo retroareolar de alrededor de 1 cm con pezón hendido y algo aplanado sin lograr obtener muestra de la secreción mencionada por la paciente. Se completa el estudio con una ecografía mamaria describe un nódulo infraareolar izquierdo de aproximadamente 1 cm de diámetro con ecogenicidad heterogénea en su interior, con pequeños componentes quísticos y contornos bien delimitados (figura 3). En el mismo acto se realiza BAG del mismo por la edad de la paciente, por tratarse de un hallazgo de reciente aparición así como por los datos clínicos asociados (retracción del pezón). El resultado histopatológico es de cilindro con metaplasia apocrina papilar, recomendándose exéresis para confirmación histológica.

La paciente es intervenida de forma programada, bajo anestesia general tras haberse completado los pasos del listado de verificación quirúrgica, no precisando profilaxis antibiótica ni antitromboembólica según los protocolos de nuestro centro. Se realizó una incisión arqueada sobre el nódulo palpable retroareolar izquierdo, con apertura del tejido celular subcutá-

*Correspondencia:* Juan Pastor Roldán Aviña. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte (Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir). Calle Doctor Larrauri s/ n. 41.450 - Constantina (Sevilla). juanp.roldan.sspa@juntadeandalucia.es

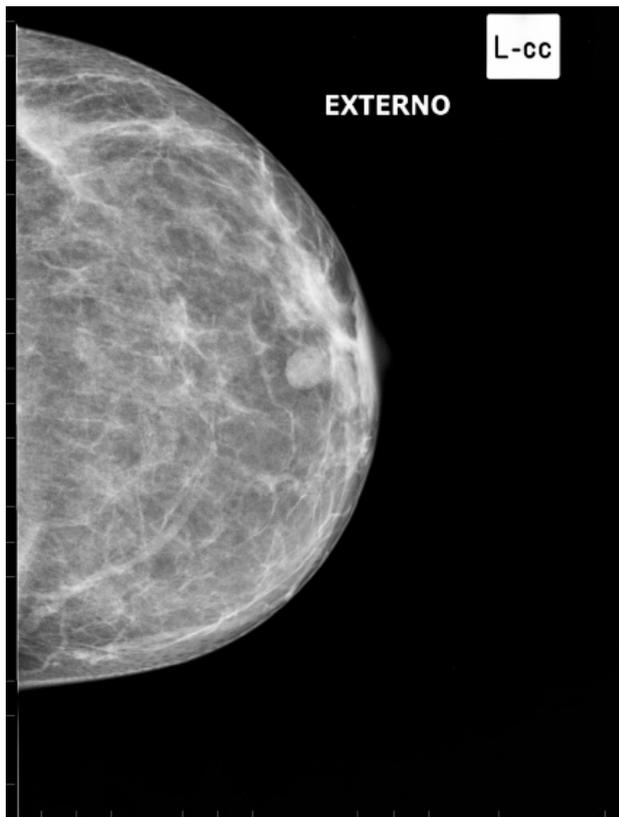


Figura 1. Mamografía izquierda. Proyección cráneo-caudal.



Figura 2. Mamografía izquierda. Proyección oblicua medio-lateral.

neo que facilita la localización digital del nódulo que es muy móvil por lo que para facilitar su exéresis de referencia con un punto de seda 3/0 procediendo a la extirpación en su totalidad del nódulo. Se realiza cierre de la glándula mamaria y del tejido celular subcutáneo con puntos de polyglactin 910 n° 2/0 y 3/0 respectivamente, suturando la piel con puntos sueltos de polipropileno n° 4/0. El postoperatorio cursó sin incidencias, encontrándose la paciente asintomática tras la intervención. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de papilomatosis florida sin atipia del complejo areola-pezones.

### Discusión

La papilomatosis florida del complejo areola-pezones es una rara entidad que aparece como resultados de la proliferación de los conductos galactóforos terminales del pezón y del tejido subareolar<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico suele presentarse en mujeres entre la cuarta y quinta décadas de la vida, existiendo casos aislados en niños, varones, o de presentación bilateral<sup>2</sup>.

Los síntomas son variables siendo el más frecuente la presencia de un nódulo, seguido de la erosión y de la secreción del pezón<sup>2</sup>.

El diagnóstico diferencial hay que establecerlo principalmente en relación a la enfermedad de Paget y el adeno-

carcinoma de mama. Por ello son mandatorias las pruebas de imagen tradicionales (mamografía y ecografía mamaria) siendo imprescindible un diagnóstico histopatológico previo al planteamiento quirúrgico. En dicho estudio suele aparecer una proliferación endofítica de estructuras tubulares circulares que pueden adoptar un patrón adenomatoso o un patrón papilomatoso, aunque lo más común es que exista una superposición de ambos<sup>5</sup>.

El tratamiento de elección es la exéresis local, con resección parcial o completa del pezón dependiendo del tamaño del tumor<sup>3</sup>. En nuestro caso seguimos las recomendaciones de Fuiji que propone la escisión local al tratarse de una lesión completamente benigna<sup>6</sup>.

### Bibliografía

1. 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(2): 115-9. Disponible en: [http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So798-05822006000200009&lng=es](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So798-05822006000200009&lng=es).
2. Lobato JL, Moreno J, Martínez J, Arriba T, Andía D, López M. Adenoma de pezón: a propósito de un caso. Clin Invest Gin Obst. 2014. 41(2):89-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.02.010>.



Figura 3. Ecografía mamaria izquierda. Región infraareolar.

3. Vicuña C, Escalaya G, Junco ML, Chian C. Adenomatosis erosiva del pezón: reporte de un caso. *Folia Dermatol Peru*. 2.012. 23(1): 21-4. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol23\\_n1/pdf/ao4vol23n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol23_n1/pdf/ao4vol23n1.pdf)
4. Paricio JF, Del Agua C, Revenga F, Adenomatosis erosiva del pezón. *Actas Dermosifiliogr*. 2.000. 91: 412-5. Disponible en: <http://actasdermo.org/es/adenomatosis-erosiva-del-pezon/articulo/10017231/>
5. Monteagudo B, De las Heras C, Aguilera C, Used MM, García JA, Álvarez JM et al. Adenomatosis erosiva del pezón. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2.008. 36(5): 244-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2008/mco85e.pdf>
6. Fuiji T, Yajima R, Morita H, Yamaguchi S, Tsutsumi S, Asao T, Kuwano H. Adenoma of the nipple projecting about of the nipple: curative resection without excision of the nipple. *World J Surg Oncol*. 2.014. 12: 91. Disponible en: <http://www.wsjo.com/content/12/1/91>.