

## CASOS CLÍNICOS

### Adenomatosis erosiva del pezón

**Resumen.**—La adenomatosis erosiva del pezón es una tumoración benigna, infrecuente, del pezón, originada a partir de los conductos lactíferos del mismo. Presenta una histología característica y requiere un tratamiento, habitualmente quirúrgico, conservador. Su reconocimiento es fundamental para evitar tratamientos quirúrgicos innecesariamente agresivos. Presentamos un caso típico en una mujer de 82 años de edad, revisando la literatura, especialmente en lo que se refiere a su no infrecuente asociación con el carcinoma de mama.

**Palabras clave:** Adenomatosis erosiva del pezón. Adenoma papilar del pezón. Carcinoma de mama.

JUAN FRANCISCO PARICIO RUBIO\*  
CELIA DEL AGUA ARIAS\*\*  
FRANCISCO REVENGA ARRANZ\*  
\* Unidad de Dermatología.  
\*\* Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital del Insalud de Soria.

*Correspondencia:*

JUAN FRANCISCO PARICIO RUBIO. Unidad de Dermatología. Hospital del Insalud de Soria. Paseo Santa Bárbara, s/n. 42004 Soria.

Aceptado el 8 de mayo de 2000.

#### INTRODUCCIÓN

La adenomatosis erosiva del pezón es un tumor benigno poco frecuente que se origina a partir de los conductos lactíferos del mismo. Su reconocimiento es importante, dado que puede confundirse con procesos malignos como la enfermedad de Paget o el adenocarcinoma de mama, lo que puede llevar a tratamientos quirúrgicos innecesariamente agresivos. Las referencias bibliográficas sobre esta entidad son escasas en la literatura española (1-5), razón por la que presentamos este caso, repasando brevemente las características de este tumor.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 82 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y depre-

sión, en tratamiento con furosemida, potasio, nifedipina y ácido acetilsalicílico, consultó por una lesión localizada en pezón izquierdo de unos 2 años de evolución. La paciente no refería dolor, prurito o hemorragia. La exploración mostraba una pequeña tumoración rojo-violácea, brillante, indurada, erosionada, de unos 5 mm de diámetro (Fig. 1).

Se realizó una biopsia, que mostró a nivel dérmico una proliferación de estructuras tubulares y quísticas, algunas con proyecciones papilares en su interior (Fig. 2). Dichas cavidades estaban tapizadas por una capa luminal, constituida por células cuboideas o cilíndricas, con núcleos ovalados y monomorfos y citoplasma eosinófilo, observándose áreas con secreción por decapitación. Externamente a dicha capa luminal se observa



FIG. 1.—Tumoración de unos 5 mm localizada a nivel del pezón.

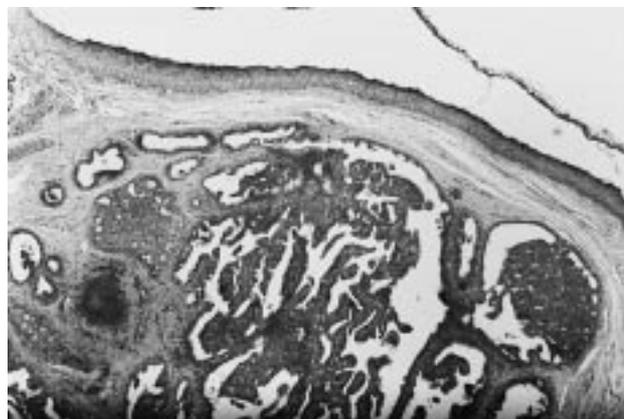


FIG. 2.—Proliferación ductal localizada por debajo de la epidermis, constituida por ductos dilatados con estructuras papilares en su interior.

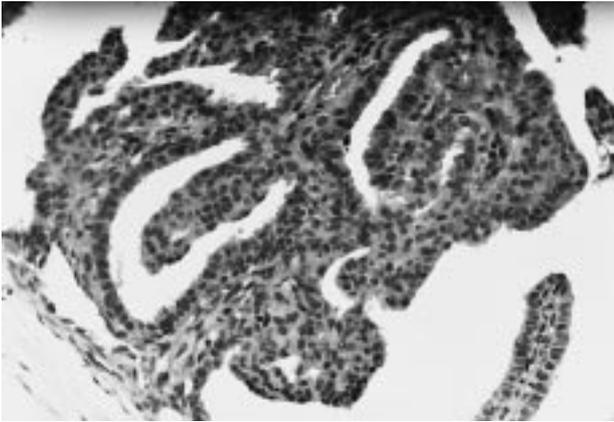


FIG. 3.—Las estructuras glandulares están tapizadas por un doble epitelio: columnar luminal y mioepitelial periférico. Detalle de la secreción por decapitación.

en ocasiones una segunda capa constituida por células cúbicas o aplanadas, con los núcleos dispuestos en sentido perpendicular a los de las células luminales (Fig. 3). No existían atipias y el estroma era muy escaso. La epidermis no mostraba alteraciones de interés.

Con el diagnóstico de adenoma papilar, o adenomatosis erosiva del pezón, se realizó la exéresis quirúrgica completa de la lesión.

## DISCUSIÓN

La adenomatosis erosiva del pezón (AEP) fue descrita por primera vez por Gecschickter en 1945 en una mamografía sobre enfermedades de la mama (6), si bien la mayoría de autores atribuyen su descripción original a Haagensen y cols. en 1951 con el nombre de papiloma intraductal benigna (7). Jones lo denominó en 1955 papilomatosis florida de los conductos del pezón (8), mientras que, debido a su carácter habitualmente erosivo, Le Gal y cols. acuñaron en 1959 el término adenomatosis erosiva del pezón (9), término más empleado en la literatura. También se le designa con los siguientes nombres: papilomatosis florida del pezón (10-12), adenoma papilar del pezón (13, 14), adenomatosis papilar superficial del pezón (15, 16), adenoma del pezón (17), papilomatosis subareolar, papilomatosis benigna del pezón. Observamos que exista cierta confusión en su denominación, aunque el término adenomatosis erosiva del pezón, pese a no ser probablemente el más adecuado, es el usualmente empleado.

Es un tumor poco frecuente, aunque no excepcional. Una revisión de 1995 de la literatura inglesa recogió 174 casos (16), mientras una revisión previa de la literatura médica recopiló 358 pacientes (18). En laboratorios de dermatología su frecuencia se halla entre un caso por cada 40.000 biopsias cutáneas (13) y un caso por cada 7.586 biopsias (18).

La AEP ocurre fundamentalmente en mujeres de edad media, con el pico de máxima incidencia en la quinta década (16), si bien se han descrito al menos 13 casos en varones (18) y dos casos en niñas (19, 20). Su presentación clínica es variable, pudiendo presentarse en forma de lesión erosiva o costrosa, tumefacción, induración, nódulo palpable, tumor pediculado o sésil, a nivel del pezón, sin predominio por ninguna mama. Puede haber exudación serosa y hemorragia. Debe descartarse que el carácter erosivo está ausente con bastante frecuencia. La lesión suele ser asintomática, aunque puede haber prurito, sensación de quemazón y, muy raramente, dolor (14). Hay casos curiosos de AEP bilateral (21) y sobre pezón accesorio (22).

La AEP se considera habitualmente un tumor benigno y no precanceroso (14, 23). Se han publicado al menos 32 casos de coexistencia de AEP y carcinoma de mama en la misma mama (24, 25), de los cuales en 22 casos ambas lesiones estaban separadas, por lo que probablemente la asociación fuera casual, mientras en 10 casos el carcinoma estaba adyacente o sobre la AEP, sugiriendo un posible origen del carcinoma a partir de la AEP. En concreto, Rosen publicó cuatro casos: dos mujeres con carcinoma ductal infiltrante sobre AEP con patrón de papilomatosis más enfermedad de Paget y otro caso de carcinoma intraductal sobre AEP con patrón papilomatoso (10). Asimismo cita otros cuatro casos de carcinoma sobre AEP, tres en mujeres (26, 27) y uno en un varón (28), si bien en uno de los casos se evidenció un adenocarcinoma de mama metastásico, pero no se detectó su origen en ninguna de las dos mamas (27). Jones publicó dos casos de mujeres con carcinoma ductal infiltrante adyacente a AEP; en uno de los casos la AEP mostraba una marcada atipia (25).

Dada la altísima incidencia del cáncer de mama y el escaso número de casos de desarrollo de cáncer de mama sobre AEP, el significado de esta asociación es difícil de interpretar estadísticamente. Es difícil determinar si la AEP es un factor de riesgo para el desarrollo del carcinoma de mama o si tiene un carácter premaligno (25). Diversos autores no consideran significativa la asociación entre AEP y carcinoma de mama, estimando que la probabilidad de desarrollo de cáncer de mama en pacientes con AEP es similar a la de la población general (15, 19).

La histología de la AEP se caracteriza por una proliferación, no encapsulada, a nivel dérmico, de estructuras tubulares irregulares, con una doble capa de células epiteliales característica: una capa externa de células mioepiteliales cuboidales y una capa luminal de células cilíndricas (23), que pueden mostrar proyecciones secretoras en su borde luminal. Dentro de algunos túbulos se observan proyecciones papilares que pueden ser muy pronunciadas y ocupar casi toda la luz (29). Los túbulos pueden estar ocupados por un material eosinofílico, aparentemente secretado por las

células luminales. Pueden encontrarse quistes superficiales de queratina. No suele existir atipia citológica. La epidermis puede mostrar hiperqueratosis y acantosis. Se describen habitualmente dos patrones: uno adenomatoso y otro papilomatoso, teniendo la mayoría de los casos características mixtas (19). Rosen revisa histológicamente 49 casos, encontrando los siguientes patrones de crecimiento: papilomatosis esclerosante, 19 casos; papilomatosis, 12; adenosis, tres, y mixto: 17 (10).

El diagnóstico diferencial se plantea desde un punto de vista clínico, fundamentalmente con la enfermedad de Paget, eccema atópico y de contacto del pezón, y con tumores benignos del pezón como el leiomioma. A nivel histológico, el diagnóstico diferencial se plantea con tumores apocrinos benignos como el siringocistoadenoma papilífero y el hidradenoma papilífero (13), si bien sus características clínicas y localización suelen ser diferentes; con el infrecuente adenoma siringomatoso de pezón (30) y con el adenocarcinoma de mama de bajo grado de malignidad, del que se diferencia fundamentalmente por la ausencia de atipia citológica, los dos tipos de células del epitelio tubular, la papilomatosis intraductal (16), la simetría, buena delimitación y la localización superficial en el tejido subareolar (31).

El tratamiento de elección es la excisión local, con resección parcial o completa del pezón, dependiendo del tamaño del tumor. Hay descritos casos tratados con mastectomía, generalmente por diagnóstico incorrecto del carcinoma (10), procedimiento que no debe realizarse en ningún caso. Se han comunicado buenos resultados con criocirugía, mediante técnica de «spray», con aplicación durante 45 segundos y doble ciclo congelación-descongelación, con buenos resultados cosméticos y ausencia de recidiva tras 7 años (32). También se ha empleado cirugía micrográfica de Mohs para minimizar el defecto quirúrgico en una zona anatómica con importancia cosmética y funcional como es el pezón (33).

**Abstract.**—Erosive adenomatosis of the nipple is a benign, infrequent, nipple tumor, originated from the lactiferous ducts. It has a characteristic histopathology and requires a conservative treatment, usually surgical. Its recognition is important to avoid an unnecessary radical surgical treatment. We report a typical case in an 82-year-old woman and review the literature, particularly that concerning to the non infrequent association of that lesion to breast carcinoma.

*Paricio Rubio JF, Del Aguas Arias C, Revenga Arranz F. Erosive adenomatosis of the nipple. Actas Dermosifiliograf 2000;91:412-415.*

**Key words:** Erosive adenomatosis of the nipple. Papillary adenoma of the nipple. Breast carcinoma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fortea JM, Aliaga A, Marquina A, Oliver V, Amorrortu J. Adenomatosis del pezón. *Actas Dermosifilogr* 1975;66: 51-8.
2. Sánchez Pedreño P, Rivera F, Ortega Y, González Campora R, Galera Davidson H. Adenoma de pezón. Revisión clinicopatológica de 16 observaciones. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984;12:123-7.
3. Lázaro Ochaitia P. Lesión erosiva del pezón. *Piel* 1986;1:259-60.
4. Rojo Sánchez S, López Bran E, Suárez Fernández R, De Eusebio Murillo E. Adenomatosis erosiva del pezón. *Piel* 1995;10:232-4.
5. Calb IL, Lewandowski MG, Woscoff A. Adenoma papilar del pezón. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1992;20:61-7.
6. Gecschickter CF. *Diseases of the breast*, 2.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1945:367-75.
7. Haagensen CD, Stout AP, Phillips JS. The papillary neoplasms of the breast: benign intraductal papilloma. *Ann Surg* 1951;133:18-36.
8. Jones DV. Florid papillomatosis of the nipple duct. *Cancer* 1955;8:315-9.
9. Le Gal Y, Gros CM, Bader P. Adenomatosis erosive du mamelon. *Ann Anat Pathol* 1959;4:292-304.
10. Rosen PP, Caicco JA. Florid papillomatosis of the nipple: a study of 51 patients including nine with mammary carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1986;10:87-101.
11. Nichols FC, Dockerty MB, Judds ES. Florid papillomatosis of the nipple. *Surg Gynecol Obstet* 1958;107:471-80.
12. Waldo ED, Sidhy GS, Hu AW. Florid papillomatosis of male nipple after diethylbestrol therapy. *Arch Pathol* 1975;99: 364-6.
13. Brownstein MH, Phelps RG, Magnin PH. Papillary adenoma of the nipple: analysis of fifteen new cases. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:707-15.
14. Perzin KH, Lattes R. Papillary adenoma of the nipple (florid papillomatosis, adenoma, adenomatosis): a clinicopathologic study. *Cancer* 1972;29:996-1009.
15. Moulin G. Superficial papillary adenomatosis of the nipple. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:133.
16. Montemarano AD, Sau P, James WD. Superficial papillary adenomatosis of the nipple. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:871-5.
17. Pinto RG, Mandreker S. Fine needle aspiration cytology of adenoma of the nipple. A case report. *Acta Cytol* 1996; 40:789-91.
18. Moulin G, Darbon P, Balme B, Flappart L. Adénomatose érosive du mamelon. A propos de 10 cas avec étude histochimique. *Ann Dermatol Venereol* 1990;117:537-45.
19. 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.
20. Miller G, Bemier L. Adenomatose erosive du mamellon. *Canad J Surg* 1965;8:261-6.
21. Bergdahl L, Bergman F, Rais O, Westling P. Bilateral adenoma of the nipple. *Acta Chir Scand* 1971;137:583-6.
22. Doctor VM, Sirsat MV. Florid papillomatosis (adenoma) and other benign tumours of the nipple and areolar. *Br J Cancer* 1971;25:1-9.

23. Miller L, Tyler W, Maron M, Miller OF. Erosive adenomatosis of the nipple: a benign imitator of malignant breast disease. *Cutis* 1997;59:91-2.
24. Rosen PP, Oberman HA. Tumors of the mammary gland. En: Rosai J. Atlas of tumor pathology, 3rd series. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1993:78-87.
25. Jones MW, Tavassoli FA. Coexistence of nipple duct adenoma and breast carcinoma: a clinicopathologic study of five cases and review of the literature. *Mod Pathol* 1995; 8:633-6.
26. Bhagavan BS, Patchefsky A, Koss LG. Floris subareolar duct papillomatosis nipple adenoma and mammary carcinoma: report of three cases. *Hum Pathol* 1973;4:289.
27. Gudjonsdottir A, Hagerstrand L, Ostberg G. Adenoma of the nipple with carcinomatous development. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1971;79:676-80.
28. Burdick C, Rinhart RM, Matsumoto T, O'Connell Y, Heisterkamp CW. Nipple duct adenoma and Paget's disease in a man. *Arch Surg* 1965;91:835.
29. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopatología de la piel*, 7.ª ed. Buenos Aires: Inter-Médica, 1991:567-8.
30. Toyoshima O, Kanou M, Kintaya N, Miyashita M, Shigematsu S, Sano J. Syringomatous adenoma of the nipple: report of a case. *Surg Today* 1998;28:1196-9.
31. Olivares Ramos M, Piqué Durán E, Requena Caballero L. Seudomalignidades cutáneas (II): simuladores de adenocarcinoma. *Piel* 1994;9:29-37.
32. Kuflik EG. Erosive adenomatosis of the nipple treated with cryosurgery. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:270-1.
33. Van Mierlo PL, Geelen GM, Neumann HA. Mohs micrographic surgery for an erosive adenomatosis of the nipple. *Dermatol Surg* 1998;24:681-3.