

ADENOMATOSIS EROSIVA DEL PEZÓN.

REPORTE DE UN CASO

DENISE MATTAR, GABRIEL ROMERO, LUIS BETANCOURT, RICARDO PAREDES, VÍCTOR ZÉNZOLA, RAÚL LEÓN, ZULEIMA CARRERA, LUIS GONZÁLEZ

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO LUIS RAZETTI, CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

La adenomatosis erosiva del pezón es una rara entidad benigna de los ductos lactíferos del pezón. Esta enfermedad se ve en la mujer de mediana edad y puede ser asintomática o caracterizada por telorrea, prurito, eritema o nodularidad en el pezón. Esta condición fue reportada por primera vez por Jones en 1955 y desde entonces se han utilizado diferentes términos para describirla, como adenoma papilar, papilomatosis florida, adenoma o adenomatosis del pezón. La enfermedad puede imitar clínicamente e histológicamente diferentes entidades. Las más importantes son el eczema clínico y la enfermedad de Paget. Histológicamente otras condiciones benignas o malignas deben descartarse. Presentamos el caso de una paciente de 47 años de edad con una lesión eritematosa persistente en el pezón derecho, luego de numerosos tratamientos por 18 meses antes de la toma de biopsia incisional. El diagnóstico clínico era enfermedad de Paget. La histología mostró proliferación glandular adenomatosa por lo que se estableció el diagnóstico de adenomatosis erosiva del pezón. La paciente fue sometida a una resección centromamaria amplia incluyendo el pezón.

PALABRAS CLAVE: Mama, adenomatosis, adenoma papilar, papilomatosis, adenoma, pezón.

SUMMARY

Erosive adenomatosis of the nipple is a rare benign entity of the lactiferous ducts. The disease arises in middle aged women and can be asymptomatic or characterised by nipple discharge, pruritus, erythema, swelling or nodularity. The condition was first reported by Jones in 1955 and since then numerous terms have been used to describe it, such as papillary adenoma, florid papillomatosis, adenoma or adenomatosis of the nipple. Both clinically and histologically the disease can mimic different conditions. The most important ones are eczema and Paget's disease. Histologically other benign or malignant tumors must be ruled out. We present the case of a 47 year old female with an 18 month history of a non-healing erythematous lesion of the nipple. The clinical diagnosis was Paget's disease. The histology showed adenomatous, somewhat atypical glandular proliferation. The diagnosis of erosive adenomatosis of the nipple was established and a central mammary resection that included the nipple was performed.

KEY WORDS: Breast, adenomatosis, papillary adenoma, papillomatosis, adenoma, nipple.

INTRODUCCIÓN

La adenomatosis erosiva del pezón es una rara entidad benigna de los ductos lactíferos del pezón⁽¹⁾. Esta neoplasia fue reportada por primera vez bajo el nombre de papilomatosis florida de los ductos del pezón por Jones en 1955⁽²⁾. Desde ese momento, también se ha conocido como adenoma papilar

Recibido: 15/07/2005 Revisado: 20/01/2006

Aprobado para Publicación: 31/01/2006

Correspondencia. Dra. Denise Mattar Fanianos
Servicio de Patología Mamaria, Instituto Oncológico
Luis Razetti,

Calle Real de Cotiza, San José, Caracas.

Tel. (212) 242.8381 - E-mail: dmattar@cantv.net

del pezón⁽³⁾, papiloma del pezón⁽⁴⁾, adenoma del pezón⁽⁵⁻⁷⁾, y papilomatosis de los ductos subareolares⁽⁸⁾. El nombre de adenomatosis del pezón es más utilizado en la literatura actual⁽⁹⁾, este nombre describe la naturaleza erosiva de esta condición⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Esta enfermedad se observa en la mujer de mediana edad y puede ser asintomática o caracterizada por telorrea, prurito, eritema o nodularidad del pezón.

Presentamos el caso de una paciente de 47 años de edad con una lesión eritematosa persistente en el pezón derecho, luego de numerosos tratamientos antes de la toma de biopsia.

REPORTE DEL CASO

En abril de 2005, una paciente de 47 años de edad, con antecedente de primer grado de cáncer de mama, consulta al Instituto de Oncología Luis Razetti, por presentar lesión eczematosa del pezón derecho, descamativa, pruriginosa y con eritema que mejora parcialmente con medicamentos de uso tópico, de 18 meses de evolución.

En la evaluación inicial se observa el pezón derecho con signos de inflamación, descamativo y con telorrea serosa (Figura 1 y 2). Ausencia de nódulos o adenopatías axilares palpables. El resto del examen físico era normal.

En la mamografía y el ultrasonido mamario se observa una condición fibroepitelial de predominio fibroquístico, sin alteraciones (Figura 3).

Se decide tomar biopsia incisional del pezón, cuyo resultado reportó adenoma ductal del pezón y se instaura tratamiento tópico con esteroides. Se toma nueva biopsia, cuyo resultado reportó adenoma del pezón asociado a papilomatosis intraductal. En vista de persistir lesión sin mejoría clínica con tratamiento médico, se decide realizar resección centromamaria incluyendo el pezón con preservación de areola



Figura 1 y 2. Fotografía del pezón derecho con signos de inflamación, descamativo y con telorrea serosa.



Figura 3. Mamografía donde se observa una condición fibroepitelial de predominio fibroquístico, sin alteraciones.

(Figura 4 y 5). En el examen de la pieza macroscópicamente no se observó un nódulo dominante, y microscópicamente existía una proliferación compleja de estructuras tubulares dilatadas e irregulares que estaban tapizadas por una capa periférica de células cuboidales y una capa luminal de epitelio columnar. En vista de estos hallazgos, se concluyó como adenoma ductal del pezón con ulceración superficial focal e inflamación (Figura 6). A pesar de haber obtenido un resultado estético adecuado, se espera cicatrización adecuada para reconstrucción del complejo areola-pezón.



Figura 4 y 5. Resección centromamaria incluyendo el pezón con preservación de areola.

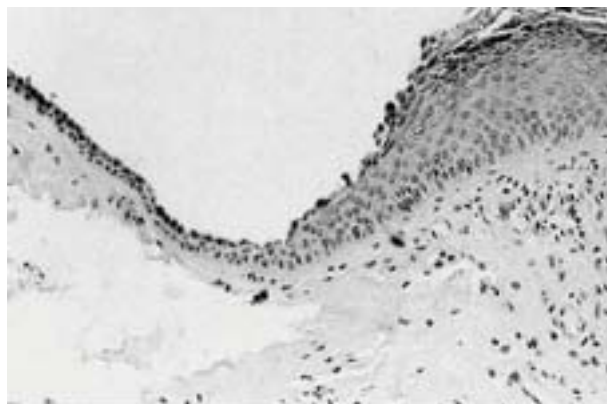


Figura 6. Los hallazgos microscópicos fueron: proliferación compleja de estructuras tubulares dilatadas e irregulares tapizadas por una capa periférica de células cuboidales y una capa luminal de epitelio columnar.

DISCUSIÓN

La adenomatosis erosiva del pezón es una rara entidad resultado de la proliferación de los ductos lactíferos terminales del pezón y del tejido subareolar⁽¹⁾.

La mayor incidencia de adenoma del pezón es en mujeres entre la 4^{ta} y 5^{ta} década de la vida, raramente también se presenta en hombres. El adenoma erosivo del pezón puede ser asintomático; el síntoma más común es la telorrea serosa o telorragia del pezón afectado, y en las mujeres puede aumentar antes de la menstruación. Los síntomas pueden estar presentes por muchos años antes de la presentación⁽¹³⁾. En su etapa temprana, el pezón se observa erosionado, inflamado, eritematoso y resquebrajado y los síntomas pueden incluir prurito, dolor y ardor. En esta etapa es clínicamente indiferenciable de la enfermedad de Paget de la mama⁽¹⁾.

En una fase tardía, cuando el pezón muestra un engrosamiento nodular firme, duro o elástico; la diferenciación de la enfermedad de Paget es

fácil⁽¹⁾. De todas maneras, en muchos casos la lesión no es palpable⁽¹³⁾. Generalmente no hay linfadenopatía axilar asociada.

El examen histológico de la lesión reseca es diagnóstico y muestra una lesión circunscrita, no encapsulada. Se observa una proliferación compleja de estructuras tubulares dilatadas e irregulares que se extienden hacia abajo desde la epidermis y están alineadas por una capa doble de epitelio; similares a aquellas vistas en el adenoma tubular apocrino⁽¹⁾.

Las estructuras tubulares están tapizadas por una capa periférica de células cuboidales y una capa luminal recubierta de epitelio columnar que en algunas áreas muestran proyecciones papilares en el borde luminal. Esta proliferación celular puede ser tan pronunciada hasta llenar el lumen. En otras áreas, hay células desprendidas, parcialmente necróticas en la luz del túbulo. En algunas lesiones, hay considerable acantosis de la epidermis, con extensión del epitelio escamoso hacia algunas de las estructuras ductales superficiales. No se observa atipia celular; de todas maneras, se pueden encontrar mitosis⁽¹⁴⁾.

El principal dilema en el diagnóstico de adenoma del pezón es la similitud clínica a la apariencia eczematosa de la enfermedad de Paget y la similitud histológica al adenocarcinoma invasivo bien diferenciado y a tumores de las glándulas sudoríparas⁽¹³⁾.

La adenomatosis erosiva del pezón se debe diferenciar del carcinoma intraductal, que muestra células cuboidales más grandes y atipicidad nuclear.

El hidradenoma papilífero, en contraste con la adenomatosis erosiva del pezón, no muestra conexión de las estructuras tubulares con la epidermis superficial⁽¹⁾.

En el pasado, el error en el diagnóstico conducía a mastectomías innecesarias^(6,7,15-17). Para evitar realizar cirugías mutilantes, es necesaria una muestra de biopsia adecuada y el examen por un patólogo experimentado antes de la terapia para asegurarnos de la correcta histología⁽¹⁾.

El tratamiento de esta condición benigna incluye resección local de la lesión completa. Generalmente, se realiza tumorectomía simple, que implica la resección del pezón completo o parcial del complejo areola-pezón y el tejido subyacente afecto, o la resección centro mamaria incluyendo el pezón. Las recidivas locales son asumidas como el resultado de una resección quirúrgica incompleta⁽³⁾. Si el tumor es reconocido tempranamente, el pezón puede preservarse con criocirugía o con cirugía micrográfica de Mohs, que han sido reportados como opciones terapéuticas efectivas, que aseguran márgenes adecuados de resección mientras conservan tejido⁽¹⁸⁾.

REFERENCIAS

1. Lowe J, Sengemann R. Cutaneous Lesions of the Nipple and Areola. *Problems in General Surgery*. 2003;20:35-41.
2. Jones DB. Florid papillomatosis of the nipple ducts. *Cancer*. 1955;8(2):315-319.
3. Perzin KH, Lattes R. Papillary adenoma of the nipple (florid papillomatosis, adenoma, adenomatosis). A clinicopathologic study. *Cancer*. 1972;29(4):996-1009.
4. Haagensen CD, Stout AP, Phillips JS. The papillary neoplasms of the breast. I. Benign intraductal papilloma. *Ann Surg*. 1951;133(1):18-36.
5. Goldman RL, Cooperman H. Adenoma of the nipple: A

- benign lesion simulating carcinoma clinically and pathologically. *Am J Surg.* 1970;119(3):322-325.
6. Handley RS, Thackray AC. Adenoma of nipple. *Br J Cancer.* 1962;16:187-194.
 7. Taylor HB, Robertson AG. Adenomas of the nipple. *Cancer.* 1965;18:995-1002.
 8. McDivitt RW, Stewart FW, Berg JW. *Atlas of Tumor Pathology: Tumors of the Breast. 2nd Series Fascicle 2.* Washington (D.C.): Armed Forces Institute of Pathology. 1968.
 9. Bourlond J, Bourlond-Reinert L. Erosive adenomatosis of the nipple. *Dermatology.* 1992;185(4):319-324.
 10. Le Gal Y, Gros CM, Bader P. Adenomatose erosive du mamelon. *Anat Pathol (Paris).* 1959;4(2):292-304.
 11. Pierard G. Paget's disease or erosive adenomatosis of the nipple? *Dermatologica.* 1990;180(1):55.
 12. Smith EJ, Kron SD, Gross PR. Erosive adenomatosis of the nipple. *Arch Dermatol.* 1970;102(3):330-332.
 13. Brownstein MH, Phelps RG, Magnin PH. Papillary adenoma of the nipple: Analysis of fifteen new cases. *J Am Acad Dermatol.* 1985;12(4):707-715.
 14. Miller L, Tyler W, Maroon M, Miller OF 3rd. Erosive adenomatosis of the nipple: A benign imitator of malignant breast disease. *Cutis.* 1997;59(2):91-92.
 15. Higginbotham LH, Mikhail GR. Erosive adenomatosis of the nipple. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12(5):514-516.
 16. Nichols FC, Dockerty MB, Judd ES. Florid papillomatosis of nipple. *Surg Gynecol Obstet.* 1958;107(4):474-480.
 17. 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(2):87-101.
 18. Van Mierlo PL, Geelen GM, Neumann HA. Mohs micrographic surgery for an erosive adenomatosis of the nipple. *Dermatol Surg.* 1998;24(6):681-683.