

## ADENOMATOSIS EROSIVA DEL PEZÓN *EROSIVE ADENOMATOSIS OF THE NIPPLE*

R E ACHENBACH \*, E H PITTARO \*\* y G F SÁNCHEZ \*\*\*

**SUMMARY** A case of erosive adenomatosis of the nipple is reported with a clinicopathologic correlation, an unusual disease that we, as dermatologists, should know since the differential diagnosis with the Paget's disease and the intraductal breast carcinoma can lead to unnecessary surgery.

**KEY WORDS:** erosive adenomatosis of the nipple, papilloma of the nipple.

**Rev Argent Dermatol 2008; 89: 208-211.**

La adenomatosis erosiva del pezón (denominación que preferimos) es una entidad benigna infrecuente, que puede prestarse a diagnósticos diferenciales con neoplasias malignas u otras benignas, por lo que se la debe conocer. Presentamos un caso recientemente estudiado en el Servicio de Dermatología de nuestro Hospital.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años derivada por su médico ginecólogo, con una mamografía normal, que consulta por una lesión exofítica en el pezón derecho, blanda, ligeramente polipoidea, de meses de evolución prácticamente asintomática. Refiere haber sufrido leve sangrado y secreción serosa luego de traumatismos, como el roce de algunas prendas o la esponja de baño (Figs 1, 2 y 3).

La biopsia escisional mostró una proliferación constituida por áreas adenomatosas y otras papilares, con proyecciones intraluminales que se comunican con la superficie cutánea. Las papilas presentan escaso tejido conjuntivo y una hiperplasia epitelial de células típicas. Las áreas adenomatosas muestran espacios glandulares, revestidos por epitelio de tipo apocrino con capa de células mioepiteliales. En algunos sectores la proliferación es densa, ofreciendo un aspecto sólido. Se observan además quistes delineados por una mezcla de epitelio escamoso y columnar (Figs 4, 5, 6 y 7). No se realizó extirpación quirúrgica agregada, dado que con la biopsia se extirpó casi toda la lesión y se halla bajo control evolutivo.

\* Profesor Regular Adjunto. Universidad de Buenos Aires. Jefe de Unidad Dermatología. Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano.

\*\* Jefe de Trabajos Prácticos. Universidad de Buenos Aires. Médico de Planta. Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano.

\*\*\* Docente Autorizada de Anatomía Patológica. Universidad de Buenos Aires. Médica Anatómo Patóloga. Servicio de Patología. Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano.

Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano.  
Av. Monroe 3551  
(1430) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
e-mail: ricardoachenbach@yahoo.com.ar



Fig 1: tumoración en pezón derecho.



Fig 2: lesión tumoral, exofítica del pezón.



Fig 2: lesión tumoral, exofítica del pezón.



Fig 3: ligeramente erosionada.

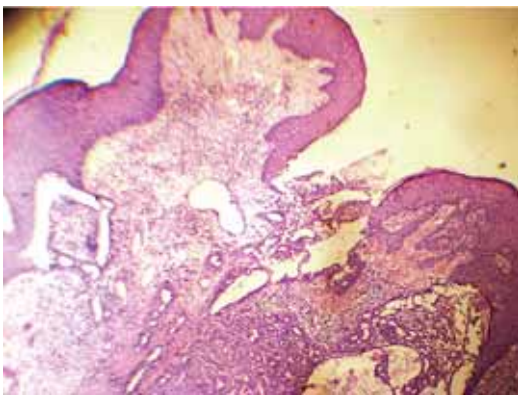


Fig 4: H&E 40X.

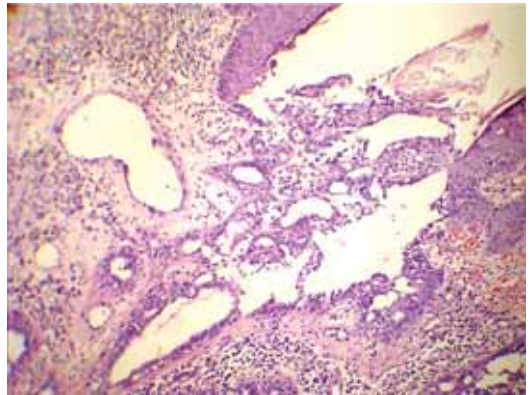


Fig 5: H&E 100X proliferación de células apocrinas con áreas glandulares.

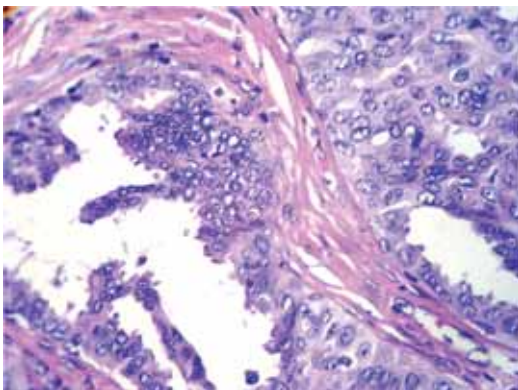


Fig 6: H&E 400X.

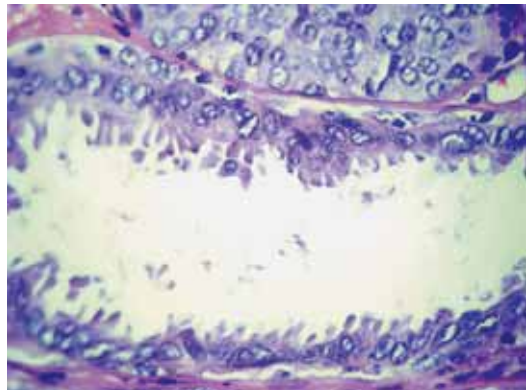


Fig 7: H&E 400X secreción por "decapitación".

## COMENTARIO

Esta neoplasia apocrina benigna ha recibido múltiples denominaciones: adenoma intraductal benigno (1951) <sup>1</sup>, papilomatosis florida de los conductos del pezón (1955) <sup>2</sup>, adenoma del pezón <sup>3</sup>, adenomatosis superficial papilar <sup>4</sup>, papilomatosis subareolar del pezón, adenoma papilar del pezón <sup>5</sup>, adenoma del conducto del pezón y adenomatosis erosiva del pezón (1959) <sup>7,8</sup>. Esta última es la que tal vez sea la más conocida por el dermatólogo.

Es una patología infrecuente, en 1965 se comunicó el primer caso en un hombre <sup>9</sup>; suele ser diagnosticada luego de meses o años de su inicio, predomina en mujeres perimenopáusicas y se presenta como una lesión tumoral en el pezón, más o menos firme, en general unilateral, aunque hay casos en ambas mamas y mamas supernumerarias; el crecimiento es lento y puede acompañarse de secreción, sangrado y erosión del tumor, especialmente si es exofítico. Tanto el prurito como el dolor son variables, y de existir, son leves <sup>10</sup>.

En una revisión de 15 casos de Brownstein, Phelps y Magnin la edad media al momento del diagnóstico fue de 43 años y el tiempo transcurrido hasta el momento del diagnóstico varió de dos meses a diez años. Los diagnósticos clínicos más frecuentes son la enfermedad de Paget, dermatitis y carcinoma de mama intraductal <sup>11</sup>.

Al examen histopatológico se observa una proliferación benigna con diferenciación apocrina, usualmente endofítica con forma de "V", compuesta de estructuras pequeñas sólidas y/o tubulares, con un epitelio mayormente ductal-apocrino pero también glandular apocrino, en continuidad con el infundíbulo en un estroma fibroso. Los túbulos se extienden hacia la dermis mezclados con fascículos de músculo liso, característicos del pezón, la luz de los mismos puede estar vacía o con material de secreción apocrina o mucinosa granular. Algunos túbulos se dividen y en ocasiones se los observa dilatados,

casi quísticos; si se efectúan cortes semiseriados la conexión de algunos túbulos con el infundíbulo se confirma. Las células epiteliales que delimitan algunos túbulos muestran secreción por "decapitación", otras son ductales apocrinas. El citoplasma de las células apocrinas puede contener gránulos prominentes, las áreas sólidas semejan a las células epiteliales ductales apocrinas. El estroma, en general fibrótico separa las estructuras sólidas de los túmulos.

El diagnóstico diferencial con el siringocistoadenoma papilífero tiene como clave que en este último, predominan las estructuras quísticas invaginadas con cúmulos de células glandulares apocrinas, que protuyen la luz <sup>12</sup>.

El tratamiento es en general quirúrgico con cirugía convencional o micrográfica de Mohs, aunque se han comunicado casos con crioterapia de buen resultado <sup>13</sup>. Lo importante es reconocer la entidad para evitar mastectomías innecesarias, dado que con una correcta correlación clínico-patológica el diagnóstico no ofrece grandes dificultades y la curación es la regla. La diferenciación con la enfermedad de Paget mamaria y el carcinoma de mama es sencilla, sólo teniendo en cuenta la adenomatosis erosiva del pezón y efectuando una biopsia que ofrezca un espécimen de tejido suficiente.

## RESUMEN

Comunicamos un caso de adenomatosis erosiva del pezón con correlación clínico-patológica, patología infrecuente y que debemos conocer para evitar cirugías agresivas innecesarias, dado que se presta al diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget y el carcinoma de mama intraductal.

## PALABRAS CLAVE

Adenomatosis erosiva del pezón, papiloma del pezón.

## REFERENCIAS

- 1) Haagensen CD, Stout AP y Phillips JS. The papillary neoplasms of the breast: benign intraductal papilloma. *Ann Surg* 1951; 133: 18-36.
- 2) Jones DB. Florid papillomatosis of the nipple ducts. *Cancer* 1955; 8: 315-319.
- 3) Handley RS y Thackray AC. Adenoma of the nipple. *Br J Cancer* 1962; 16: 187-194.
- 4) Taylor HB y Robertson AG. Adenomas of the nipple. *Cancer* 1965; 18: 995-1002.
- 5) Perzin KH y Lattes R. Papillary adenoma of the nipple. A clinicopathologic study. *Cancer* 1972; 29: 996-1009.
- 6) Nichols FC, Dockerty MB y Judd ES. Florid papillomatosis of the nipple. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 107: 474-480.
- 7) Le Gal Y, Gross CM y Bader P. Adenomatose erosive du mamelon. *Ann Anat Pathol* 1969; 4: 292-304.
- 8) Millar G y Bernier L. Adenomatose erosive du mamelon. *Can J Surg* 1965; 8: 261-266.
- 9) Shapiro L y Karpas CM. Florid papillomatosis of the nipple. First reported case in a male. *Am J Clin Pathol* 1965; 44: 155-159.
- 10) Whitaker-Worth DL, Carlone V, Susser WS y col. Dermatologic diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 733-751.
- 11) Brownstein MH, Phelps RG y Magnin, PH. Papillary adenoma of the nipple: Analysis of fifteen new cases. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 707-715.
- 12) Ackerman AB y Boer A. Histopathologic Diagnosis of Adnexal Epithelial Neoplasms. Atlas and Text. Ardor Scribendi. New York. 2008; 136.
- 13) Kuflik EG. Erosive adenomatosis of the nipple treated with cryosurgery. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 270-271.