

ARTICULOS ORIGINALES

# Adenomas del pezón

Dre . Carlos Gómez Fossati, Bolívar Delgado, Alberto Estefan,  
Luis Falconi y Jorge Baldizán \*

Los adenomas del pezón son una afección mamaria infrecuente. Su interés deriva de su posible confusión clínica con una enfermedad de Paget y u posible confusión histopatológica con un carcinoma ductal de bajo grado de malignidad. Se trata de un proceso esencialmente benigno, que cura con una exéresis local. Los autores presentan 3 casos demostrativos de esta afección manifestados como lesión erosivo-costrosa del pezón, de larga evolución. Se discute su origen, en las glándulas sudoríparas del pezón o en el sector terminal de los conductos galactóforos y se describen las técnicas de exéresis local del pezón necesarias para su tratamiento, analizando las posibles consecuencias de dicha exéresis sobre la glándula mamaria subyacente.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Breast neoplasms.

En 1955, Jones (12), a propósito de 2 observaciones personales de lesiones proliferativas adenopapilares del pezón, ambas con diagnóstico clínico erróneo de Paget mamarios, revisa material histopatológico de archivo y encuentra 3 casos semejantes, que le sirven para definir una nueva entidad anatomoclínica que denomina "papilomatosis florida del pezón". Describe sus características macro y microscópicas, sugiere su origen a partir de los galactóforos superficiales y establece claramente su carácter benigno.

Posteriormente se ha puesto en evidencia la tendencia predominantemente adenomatosa de estas lesiones y desde Handley y Tackray (11) hay acuerdo casi unánime en designarlas "adenomas del pezón" o atendiendo a su aspecto clínico más saliente, "adenomatosis erosiva del mamelón" (8, 13, 17, 25).

Perzin Lattes (20) sugieren recientemente la denominación conciliatoria de "adenomas papilares del pezón", ya que si bien la proliferación adenomatosa del epitelio es dominante, casi siempre están presentes algunos focos de crecimiento papilar.

En nuestro medio, Delgado y Cassinelli comunicaron a la Sociedad de Cirugía en octu-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 25 de octubre de 1972.

\* Asistente de Clínica Quirúrgica, Docente Adscrito de Cirugía, Residente de Cirugía, Asistente de Anatomía Patológica y Médico Auxiliar.

Dirección: Benito Nardone 2324, Montevideo (Dr. Gómez Fossati).

*Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines) y Departamento de Anatomía Patológica (Prof. Dr. Alberto Mateo). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.*

bre de 1969, la primera observación nacional, sobre el tema, que ha permanecido inédita. Posteriormente hemos encontrado 2 casos adicionales presentados como lesiones erosivas limitadas del pezón.

Si bien la lesión que nos ocupa es indudablemente poco común, creemos importante su conocimiento, ya que puede simular clínicamente una enfermedad de Paget e histológicamente un carcinoma de bajo grado de malignidad, con todas las serias implicancias que tales confusiones suponen. Es por ello que hemos creído conveniente reunir las observaciones nacionales de esta afección y realizar, a propósito de ellas, una revisión completa del tema.

## CASUÍSTICA

OBSERVACIÓN Nº 1.— M. G. D. B. 33 años.

Consulta por lesión erosivo-costrosa, pruriginosa de pezón derecho, datando de un año atrás. Al examen: mamas fibroadenósicas; lesión eczematosa de pezón a derecha. Biopsia de pezón descarta se trate de un Paget.

Tratamiento tópicos local.

En febrero de 1967 se realiza una radiografía mamaria, que es normal.

En mayo de 1968, ante la persistencia de sus síntomas, se realiza una exéresis segmentaria del pezón.

Anatomía Patológica: papilomatosis florida del pezón. (Dr. Cassinelli).

Seguimiento hasta la fecha actual: sin signos de recidiva.

OBSERVACIÓN Nº 2.— J. M. de F. 58 años.

En 1972 consulta por lesión erosiva, pruriginosa de pezón izquierdo, de un año de evolución. Hace 3 meses, se suma secreción blanco-amarillenta, sangrado ocasional y dolor intermitente local.

En menopausia desde los 48 años. Antecedentes de 7 partos, con lactancias normales

Al examen: erosión de cuadrante superointerno de pezón y parte vecina de aréola de 4 x 5 mm, bordes anfractuados, fondo granuloso rojizo, no secretante, no infiltrado. No hay tumor subyacente. Parénquima mamario normal. Axilas libres. Radiografía mamaria normal.

En abril de 1972 se realiza biopsia del proceso, que se informa (Dr. Falconi) como adenoma del pezón.

El 27 de abril de 1972 se realiza exéresis de pezón y parte de aréola.

Anatomía patológica: adenoma del pezón; resección completa; no hay elementos de malignidad.

Seguimiento postoperatorio: sin signos de recidiva ni otros trastornos mamarios, hasta los 12 meses y medio de operada.

**OBSERVACIÓN N° 3.**— M. D. de L. 48 años.

Desde un año antes de la consulta (1972), nota secreción serosanguinolenta por el pezón derecho en los períodos menstruales. Antecedentes de tres partos con lactancias normales.

Al examen: lesión erosiva de pezón derecho de 2 x 4 mm, de fondo rojizo, no secretante y base no indurada.

Exéresis total del pezón.

Anatomía patológica: adenoma del pezón; exéresis completa; sin elementos de malignidad (Dr. L. Falconi).

Seguimiento postoperatorio: hasta los 10 meses de operada, sin lesión residual o elementos de recidiva. Mama subyacente normal.

## COMENTARIO

Los adenomas del pezón se incluyen dentro de las afecciones poco frecuentes de la mama. Nichols (19) revisando retrospectivamente el material histopatológico de archivo de la Clínica Mayo entre 1910 y 1956, es decir en 46 años de actividad, encuentra sólo 16 casos. Handley y Tackray (11) reúnen 9 observaciones en Inglaterra hasta 1962. Robert y colaboradores (23) encuentran sólo 5 casos en una revisión de 10 años. Taylor y Robertson (26), del Instituto de Patología de las F.F.A.A. de Washington, reúnen 29 casos hasta 1965. Haagensen (9) describe 19 casos personales en 1971. Finalmente, Perzin y Lattes (20) reúnen 65 observaciones en su reciente comunicación, de las que 14 habían sido referidas con anterioridad por otros autores.

Es de señalar, que en gran parte de los primeros trabajos sobre el tema, el diagnóstico se hizo por revisión retrospectiva de casos, luego de la publicación princeps de Jones (12) que definiera la afección. Esto hace pensar que su poca frecuencia se debe, en parte por lo menos, a desconocimiento de la misma (23). A partir de mediados de la década del 60, las observaciones publicadas se multiplican y en la actualidad sobrepasan largamente el centenar. En nuestro medio por su parte, hemos hallado tres, en un corto período de tiempo.

Si bien es una afección francamente predominante de la mama femenina —todos nuestros casos son en mujeres— existen algunas observaciones de la afección en hombres (2, 15, 17, 22, 24, 26), que no alcanzan al 5 % del total publicado.

Se han observado a todas las edades: hay un caso referido por Miller y Bernier (17), de Quebec, en una niña de 9 años y casos de hasta 87 años en la extensa serie de Taylor (26). La edad promedio oscila sin embargo entre los 35 y 45 años (46 años para nuestros casos), es decir, es francamente inferior a la de la máxima prevalencia de la enfermedad de Paget, con la que habitualmente se la confunde (1).

Mandelbaum (16) comunica recientemente un caso de incidencia familiar (madre e hija con

idéntica lesión) y sugiere que en ésta, como en otras afecciones benignas de la mama, las influencias genéticas pudieran ser importantes. Con todo, ello es evidentemente excepcional.

Perzin (20) señala la incidencia relativamente alta en mujeres nulíparas, comprobada en su extensa serie, pero no abre opinión sobre el significado de este hallazgo. Dos de nuestros casos por el contrario, tenían antecedentes de multiparidad.

Prácticamente siempre la lesión es unilateral, habiendo sólo 2 casos de lesiones bilaterales citados en la literatura (1, 11). En general en el momento de la consulta lleva varios meses e incluso años de evolución. Una observación de Evans y Woodward (6) consultó a los 18 años de su lesión, sin progresión ostensible de la misma. Todos nuestros casos tenían más de un año de sintomatología.

El motivo de consulta es habitualmente ardor, dolor, prurito o corrimiento patológico serohemático por el pezón, que en algunos casos —como en nuestra observación N° 3— pueden tener cambios periódicos en relación al ciclo menstrual (1, 6). De existir una lactancia intercurrente, la sintomatología suele exacerbarse notoriamente (11).

Al examen, el pezón afectado presenta una o varias de las siguientes características:

- puede estar agrandado, globalmente o en un sector, que aparece entonces como un nódulo prominente;
- puede estar indurado, aunque la base de implantación se muestra característicamente libre de infiltración y la lesión suele ser móvil sobre los tejidos subyacentes;
- puede mostrarse también: eritematoso, fisurado, eczematoso o ulcerado.

La disposición más frecuente es la de un nódulo poco saliente, ulcerado en su centro, ulceración ésta que suele ser pequeña, de no más de 4 a 6 mm de diámetro, de bordes netos, planos y fondo granulante con un aspecto muy característico que algunos autores comparan con la superficie de una frambuesa dándole valor diagnóstico (1).

La lesión puede involucrar todo el pezón o parte de él, y salvo excepciones, no invade la aréola. En nuestra observación N° 2, comprobamos una discreta participación de la aréola yuxtamamilar. Nunca se palpa tumor mamario subyacente salvo coincidencia con otra lesión independiente. Es frecuente la asociación con fibroadenosis mamaria (observación N° 1) y con otras formas de enfermedad fibroquistica (1, 20), seguramente por la alta incidencia de las mismas a la edad en que se ven los adenomas del pezón.

Todas estas características hacen muy difícil el diagnóstico clínico diferencial con la enfermedad de Paget y explica por qué muchos de estos pacientes, sobre todo cuando la entidad no estaba claramente definida, fueron tratados como tales, por procedimientos quirúrgicos mutilantes. La confusión se plantea, no para las formas avanzadas del Paget, que ocupan pezón y aréola, eczematiformes, costrosas, secas, bien limitadas, sino sobre todo con

las formas iniciales, circunscriptas al pezón que se presentan en general como pequeña lesión erosivo-costrosa ubicada junto a los poros galactofóricos (23).

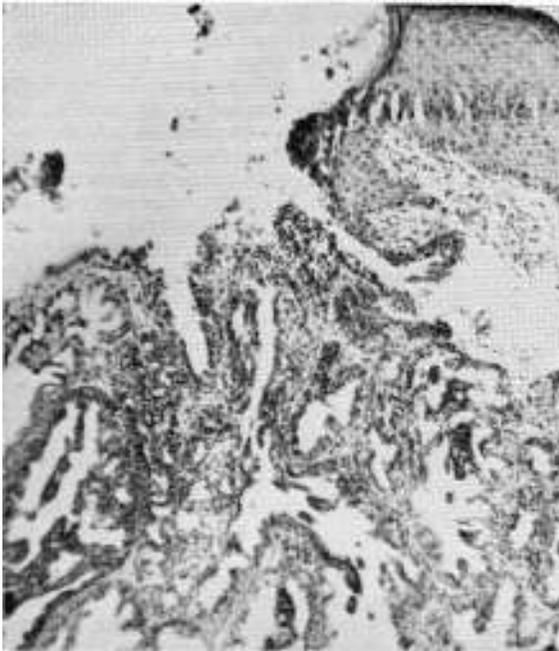


FIG. 1.— Aspecto topográfico del pezón con el adenoma papilífero aflorando a la superficie cutánea.



FIG. 2.— Revestimiento epidérmico del pezón, estroma con el tumor y contorno infiltrativo de éste.

La posible confusión con dermatitis de contacto o atópicas, en general no se plantea por el carácter bilateral de estas lesiones (25).

Los estudios mamográficos simples son normales (23). Los estudios contrastados de los galactóforos pueden mostrar ligera dilatación en los ductos correspondientes a la lesión (15).

Desde el punto de vista histopatológico, los adenomas del pezón se caracterizan por una proliferación circunscripta, no encapsulada, desarrollada hacia el estroma del pezón (1, 14). (Fig. 1 y 2).

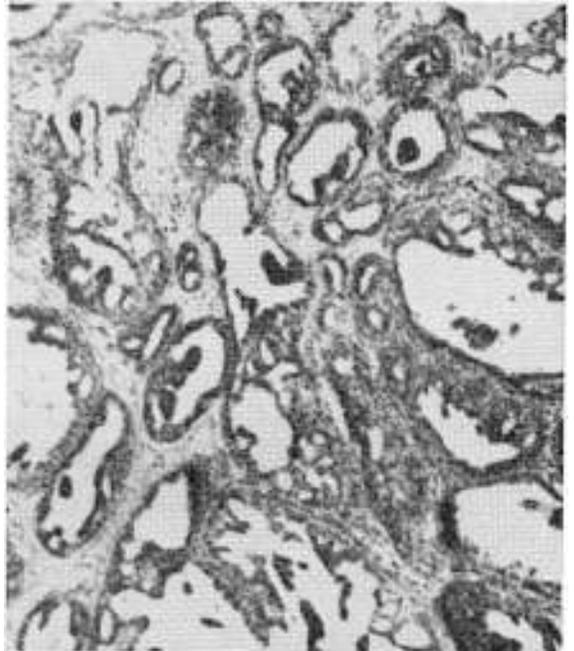


FIG. 3.— Constitución tubular glanduliforme, microquistica y papilar con células cilíndricas altas, de similar aspecto de los adenomas papilíferos de origen sudoríparo.

Microscópicamente tienen una arquitectura glanduliforme, microquistica, papilar y en nidos sólidos, en proporción diversa según los casos. Las cavidades, cualquiera sea su forma, tienen un revestimiento epitelial en 2<sup>o</sup> capas: la interna cilíndrica y la externa cúbica o aplanada, de posible origen mioepitelial (Fig. 3).

Cuando comunican con la superficie epidérmica —que es hiperplásica y acantósica— se observa claramente el tránsito del epitelio malpighiano al cilíndrico a nivel de orificios generalmente amplios. El epitelio malpighiano puede deslizarse en grado variable hacia la profundidad y a su vez el epitelio cilíndrico puede revestir toda el área umbilicada de la lesión.

Si hay figuras papilares, pueden ubicarse en las cavidades proliferantes del proceso o en conductos galactóforos incluidos o lateralmente desplazados en el área lesional. Pero son crecimientos papilares de poca significación.

No hay atipismo citológico ostensible y hay pocas mitosis.

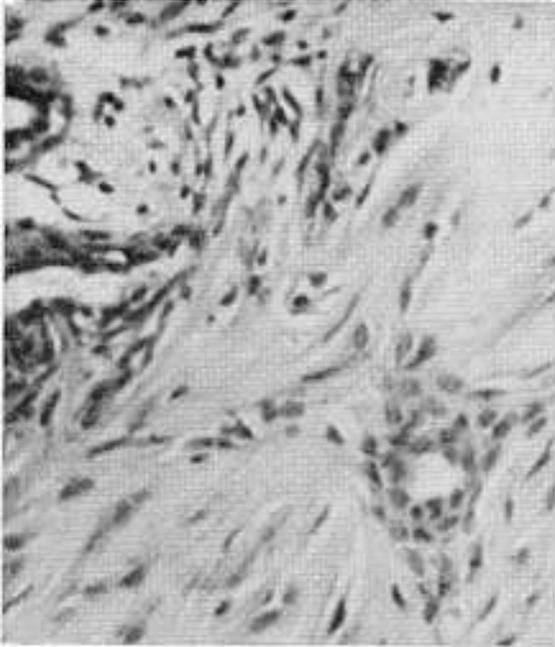


FIG. 4.— Contorno profundo del adenoma papilífero. Cordones epiteliales sólidos en medio de un estroma escleroso, pasibles de ser confundidos con un adenocarcinoma infiltrante.

Suelen haber zonas de esclerosis intensa hialinizada, atrapando y deformando las cavidades epiteliales tumorales dispersas, simulando a veces el contorno infiltrante de un carcinoma (Fig. 4).

El principal problema de diagnóstico histológico es distinguir el adenoma del pezón del adenocarcinoma ductal bien diferenciado o de bajo grado de malignidad. La existencia constante de 2 tipos celulares en los adenomas, frente a la relativa uniformidad y coherencia de las células epiteliales en las neoplasias, serían el elemento más claro para diferenciarlos (1).

La interpretación histológica de esta lesión ha variado considerablemente y se discute si es un verdadero neoplasma o debe ser incluido entre los errores congénitos de la formación tisular o hamartomas (1, 11).

Jones (12) lo interpretó como una proliferación papilomatosa del epitelio galactofórico en su porción terminal. Handley y Tackray (11) plantearon por primera vez la posibilidad de que se tratara de un adenoma sudoríparo, basados sobre todo en las similitudes histológicas con dichos tumores en otras localizaciones.

Shapiro y Karpas (24) señalan las grandes semejanzas del proceso con el siringocistoadenoma papilífero (o nevus de Warthe), lesión derivada con seguridad de las glándulas sudoríparas apócrinas, que reproduce una proliferación de estructuras tubulares recubiertas por 2 hileras de células epiteliales muy semejantes a los adenomas del pezón. Realizan un estudio del pezón de mujeres sin patología local, demostrando la factibilidad, pero a su vez la

excepcionalidad de la existencia de elementos glandulares sudoríparas apócrinos en el mismo (un caso en 9 estudiados). Piensan que se trate de un tumor derivado de los ductos galactóforos, sobre todo por el hallazgo ocasional dentro de las estructuras ductales del mismo, de acúmulos de células espumosas que se ven con frecuencia en lesiones mamarias, pero no en lesiones de origen sudoríparo.

Otros autores (7, 20, 28) niegan la existencia de glándulas sudoríparas en el pezón.

Perzin y Lattes (20) estudiando sistemáticamente los pezones de todas las piezas de mastectomía, encuentran 14 casos asintomáticos, en las etapas iniciales de su crecimiento y creen reconocer en ellos un origen ductal, a partir de los senos galactofóricos. Afirman que la aparente similitud con procesos originados en las glándulas sudoríparas no debe extrañar, ya que la glándula mamaria y sus ductos son en realidad glándulas sudoríparas modificadas.

Vakil y Sirsat (28) apoyados en comunicación de Willis, de 1963, sugieren una vinculación patogénica con las glándulas areolares de Montgomery, que se encuentran a veces en el pezón y ocupan una posición intermedia entre las glándulas sudoríparas y mamaria.

Estudios de microscopía electrónica realizados por Carter y col. (3) en uno de sus 2 casos, le permiten evidenciar diferencias ultraestructurales con los adenomas sudoríparas.

Es posible, que esta disparidad de criterios se deba en definitiva a que, bajo una misma denominación, se incluyan 2 lesiones histológicamente indistinguibles: una derivada de los galactóforos y otra de estructuras apócrinas. Varios autores plantean esta posibilidad (3, 5, 24) y sugieren, que tal vez en el futuro, estudios histoquímicos y enzimáticos sobre cortes frescos, podrían ayudar a definir la patogénesis con exactitud (24).

El tratamiento de los adenomas del pezón ha variado con el tiempo.

Hasta comienzos de la década del 60, en que se definieron claramente las características anatómicas de esta afección, la mayor parte de los casos habían sido innecesariamente tratados por procedimientos de exéresis mutilantes [mastectomías simples o radicales (8, 18, 19)].

La revisión de los casos publicados y el control alejado de los mismos, demuestran categóricamente que se trata de una afección benigna. Existen ya observaciones de hasta 20 años de evolución (19) y salvo un caso de Burdick (2) de interpretación discutible, no se ha señalado nunca una transformación maligna.

En cambio existen casos de recidiva local, por exéresis incompleta de la lesión, que han curado con una resección completa (20, 26).

El tratamiento aconsejado es por lo tanto la extirpación local del pezón y areola, por alguna de las técnicas descritas para ello (21). Handley y Tackray (11) aconsejan incluir una cuña mamaria subyacente, para facilitar el cierre del defecto. La resección local del tumor por exéresis parcial del pezón puede realizarse en los casos de lesiones muy limitadas (como en nuestra observación Nº 1) aunque hay

autores que la desaconsejan por el riesgo de recidivas (1). Goldman (7) y Perzin (20) aconsejan —criterio que compartimos— adecuar la exéresis al tamaño del tumor, lo que puede comportar o no, la resección total del pezón.

Cabe plantearse qué consecuencias desfavorables puede condicionar la exéresis total del sector terminal de la canalización excretora de la mama, sobre todo a la luz de algunas experiencias que supongan la posibilidad de una mayor incidencia de cánceres mamarios en las enfermas tratadas con este procedimiento. En realidad tal suposición, basada en trabajos experimentales sobre ratas a las que se les ocluidan los galactóforos por cauterización del pezón, no es trasladable al hombre (4). La experiencia ha demostrado, a través de miles de casos operados (10,27) por técnicas semejantes —sobre todo por papilomatosis intra-ductales— que tal eventualidad no se da.

En las personas jóvenes, operadas en edad genital activa, el inicio de la lactancia puede condicionar —si se ha resecado el pezón— una dolorosa ingurgitación mamaria, que es preciso frenar mediante tratamientos locales y hormonales bien realizados, desde el mismo momento del parto (11). Algunos autores han aconsejado en estas circunstancias (mujer joven con posibilidad de embarazarse) previa confirmación categórica de que se trata de un adenoma del pezón por biopsia, una conducta expectante, difiriendo la exéresis quirúrgica para después de la última lactancia (6,11). La dificultad muchas veces existente, de descartar por el examen de una biopsia-parte la presencia de un carcinoma ductal, hacen poco aconsejable, creemos, este proceder.

## RÉSUMÉ

### Adénomes du mamelon.

Les adénomes du mamelon sont une affection mammaire peu fréquente. Ils sont intéressants car cliniquement ils peuvent être confondus avec une maladie de Paget et histopathologiquement avec un carcinome ductal d'un faible degré de malignité. Il s'agit d'un processus essentiellement bénin qui se guérit par exérèse locale. Les auteurs présentent 3 cas démonstratifs de cette affection se présentant comme lésion érosive-croûteuse du mamelon à longue évolution.

Discussion sur l'origine de cette affection: soit dans les glandes sudoripares du mamelon ou dans le secteur terminal des conduits galactophores. Description des techniques d'exérèse locale du mamelon qu'implique le traitement avec analyse des conséquences possibles de cette exérèse sur la glande mammaire subjacente.

## SUMMARY

### Adenoma of the nipple.

Nipple adenomas are an uncommon mammary disease. Its interest lies in its possible clinical confusion with Paget's disease and its possible histopathologic confusion with a ductal carcinoma of a low degree of malignity. It is an essentially benign process, which heals with local excision. The authors present 3 cases of this disease developed as erosive crustous lesions of the nipple, of a long-term evolution.

Its origin in the sweat glands of the nipple or in the terminal sector of the nipple ducts is discussed, and the techniques of local excision of the nipple, necessary for its treatment, are described. The possible consequences of such excision on the underlying mammary gland are analyzed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGDAHL L, BERGMAN F, RAIS O and WESTLING P. Bilateral adenoma of nipple. Report of a case. *Acta Chir Scand*, 137: 583, 1971.
2. BURDICK C, RINEHART RM, MATSUMOTO T, O'CONNELL TJ and HEISTERKAMP CN. Nipple adenoma and Paget's disease in a man. *Arch Surg*, 91: 835, 1965.
3. CARTER DC, GILL W and FRASER JD. Adenoma of the nipple. *J Roy Coll Surg Edinb*, 15: 88, 1970.
4. DAVIS HH. Effects on the breast of removal of the nipple or severing of the ducts. *Arch Surg*, 58: 790, 1949.
5. DOCTOR VM and SIRSAT MV. Florid papillomatosis (adenoma) and other benign tumours of the nipple and areola. *Br J Cancer*, 25: 1, 1971.
6. EVANS DDE and WOODWARD W. Adenoma of a nipple. *Med J Aust*, 2: 712, 1963.
7. GOLDMAN RI and COOPERMAN H. Adenoma of the nipple. A benign lesion simulating carcinoma clinically and pathologically. *Am J Surg*, 119: 322, 1970.
8. GROS CM, LE GAL Y et BADER P. L'adénomatose érosive du mamelon. *Presse Méd*, 67: 615, 1959.
9. HAAGENSEN CD. Diseases of the breast. Philadelphia. Saunders. 2nd. Ed 1971
10. HADFIELD J. Excision of the major duct system for benign disease of the breast. *Br J Surg*, 47: 472, 1960.
11. HANDLEY RS and TACKRAY AC. Adenoma of nipple. *Br J Cancer*, 16: 187, 1962.
12. JONES DB. Florid papillomatosis of the nipple ducts. *Cancer*, 8: 35, 1955.
13. LE GAL Y, GROS CM et BADER P. L'adénomatose érosive du mamelon. *Ann Anat Pathol (Paris)*, 4: 292, 1959.
14. Mc DIVITT RW, STEWART FW, BERG JW. Tumors of the Breast. (2nd. Series). Bethesda. Armed Forces Institute of Pathology. 1969.
15. MAILLARD GF, HESSLER C, RUEDI B et DELACRÉTAZ J. Adénome intragalactophorique du mamelon chez un homme. *Schweiz Med Wochenschr*, 100: 751, 1970.
16. MANDELBAUM I. Familial florid papillomatosis of the nipple. *Ann Surg*, 175: 254, 1972.
17. MILLER G et BERNIER L. Adénomatose érosive du mamelon. *Can J Surg*, 8: 262, 1965.
18. MOULONGUET P. Papillomatose bourgeonnante du mamelon. *Mém Acad Chir* 86: 458, 1960.
19. NICHOLS FC, DOCKERTY MB and JUDD ES. Florid papillomatosis of nipple. *Surg Gynecol Obstet* 107: 474, 1958.
20. PERZIN KH and LATTES R. Papillary adenoma of the nipple (Florid papillomatosis, Adenoma, Adenomatosis). A clinicopathologic study. *Cancer* 29: 996, 1972.
21. PRZYBORA L, WOJNEROWICZ C. Brodawczakowatec rozrostowa Jonesa brodawki sutkowej (Papillomatosis florida Jonesi mamillae). *Nowotwory* 8: 83, 1958.
22. RICHARDS AT, JAFFE A and HUNT JA. Adenoma of the nipple in a male. *S Afr Med J* 47: 581, 1973.
23. ROBERT H, DE BRUX J et WINAVER D. La papillomatose bénigne du mamelon. *Presse Méd* 71: 2713, 1963.
24. SHAPIRO L and KARPAS CM. Florid papillomatosis of the nipple. *Am J Clin Pathol* 44: 155, 1965.
25. SMITH EJ, KRON SD and GROSS PR. Erosive adenomatosis of the nipple. *Arch Dermatol* 102: 330, 1970.
26. TAYLOR HB and ROBERTSON AG. Adenoma of the nipple. *Cancer* 18: 995, 1965.
27. URBAN JA. Excision of the major duct system of the breast. *Cancer* 16: 516, 1963.
28. VAKIL VV and SIRSAT MV. An unusual lesion of the nipple of the breast. *Indian J Pathol Bacteriol* 8: 72, 1965.