

# PAPILOMA INTRADUCTAL DE PEZÓN EN EL VARÓN: UN CASO EXCEPCIONAL

Pablos Vidal, J.; Sainz Fernández, B.; Suárez García, N.; Rosales Goas, J.; Rodríguez Carral, P.; Correa Cabana, M.; Vives Rodríguez, E.; Díaz Tie, M.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

La **adenomatosis erosiva de pezón (AEP)** es un tumor benigno poco frecuente que presenta un reto diagnóstico por su similitud con otras lesiones malignas como la enfermedad de Paget o el carcinoma intraductal. Dentro de la rareza de esta patología, **su incidencia en el varón es excepcional**, existiendo menos de 20 casos descritos en la literatura. El estudio histopatológico es el método diagnóstico fundamental, y la cirugía el tratamiento de elección.

## CASO CLÍNICO

Varón de 76 años con antecedentes de HTA y dislipemia. Sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador con hábito enólico moderado y hemorragia subaracnoidea en 2005.

Remitido desde Atención Primaria a consulta de Dermatología en diciembre de 2021 por mastitis en mama derecha. En consulta presenta **lesión nodular de aspecto friable en pezón derecho (Fig. 1)** de 6 meses de evolución que se biopsia. Hallazgos histopatológicos compatibles con papiloma intraductal e inmunohistoquímica de p63 y CK 5/6 donde se identifican células mioepiteliales tanto en el interior de los ejes fibrovasculares como rodeando a la lesión. Valorado en Comité de Tumores de Mama, se realiza mamografía apreciando mínimo tejido retroareolar derecho compatible con **ginecomastia**. Se decide intervención quirúrgica.

Se realiza **exéresis completa del pezón y tejido mamario retroareolar derecho (Fig. 2,3,4 y 5)**.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se observa ducto muy superficial quísticamente dilatado que ulcera la superficie epidérmica. Ocupando la luz de este ducto se observa **proliferación papilar con ejes fibrovasculares revestidos por células mioepiteliales** y un componente epitelial hiperplásico formado por varias capas de células cuboidales-columnares.

En el estudio inmunohistoquímico, se observa que la celularidad mioepitelial que reviste periféricamente el ducto, al igual que los ejes papilares, es positiva con **actina músculo liso (Fig. 6)**, P63 y CK5/6. La celularidad epitelial proliferativa muestra positividad heterogénea con **citoqueratina 5/6 (Fig. 7)** y **receptores estrogénicos (Fig. 8)**. El índice de proliferación Ki-67 es del 4-6%.

**Diagnóstico: Papiloma intraductal con hiperplasia ductal usual que respeta márgenes de resección.**

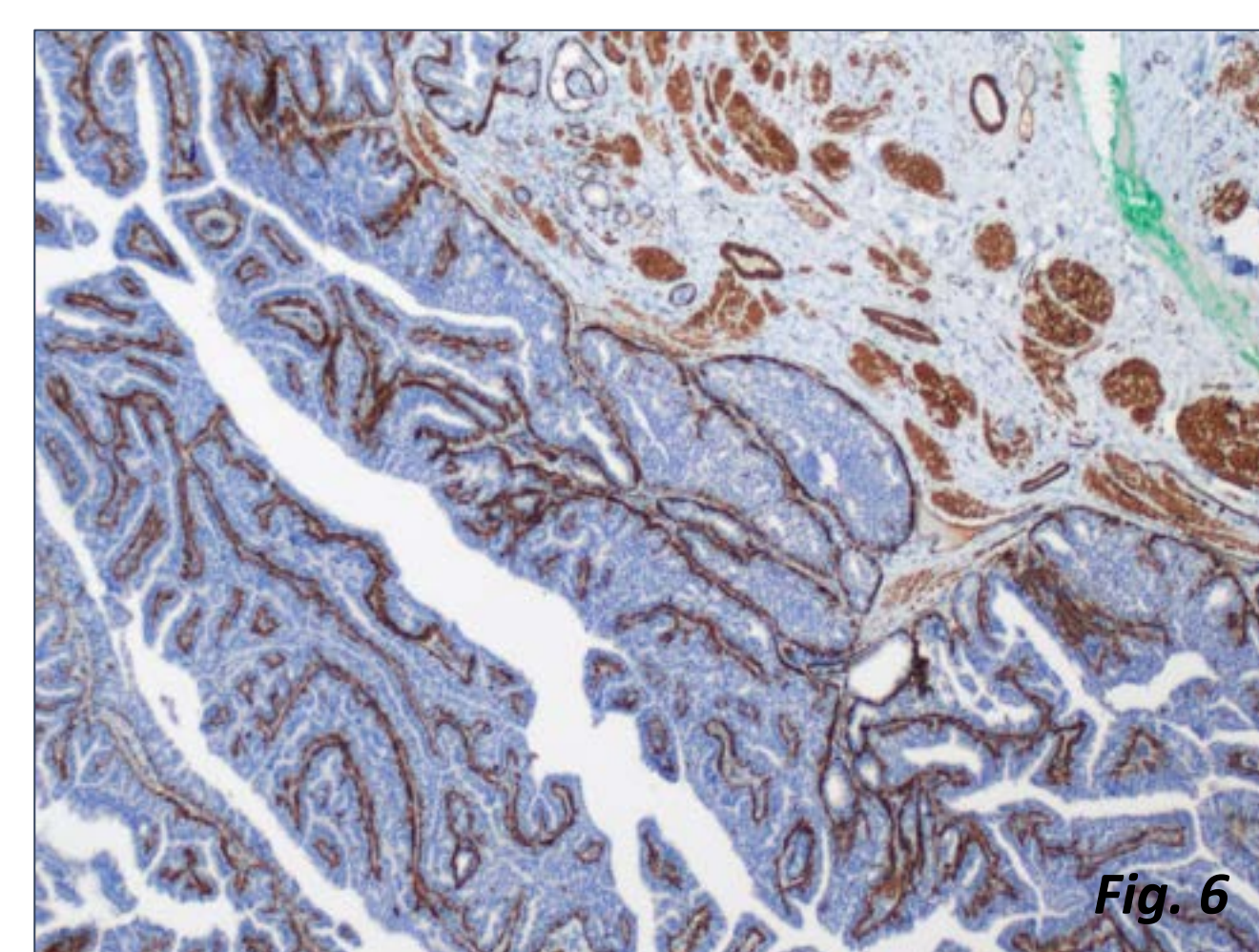


Fig. 6

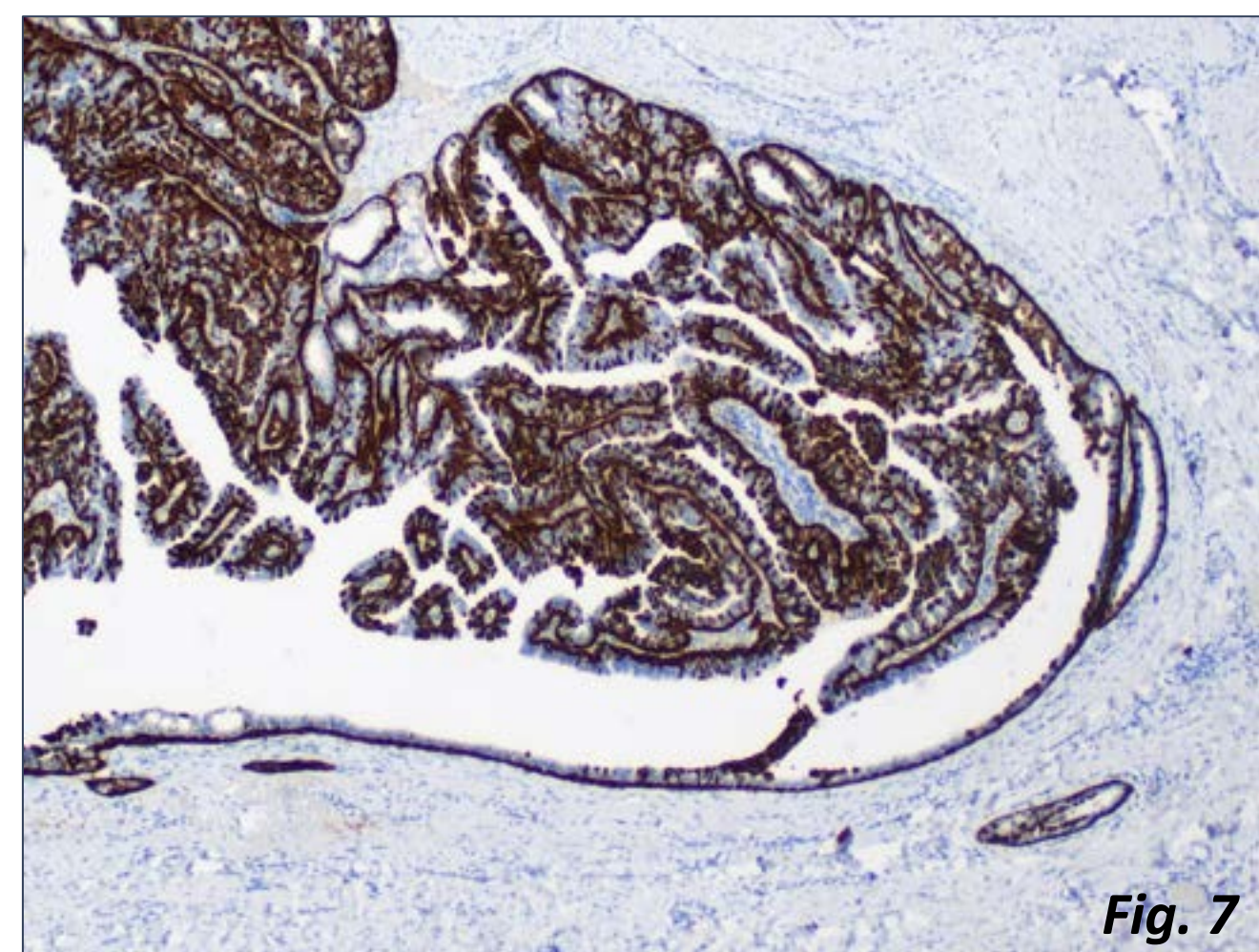


Fig. 7

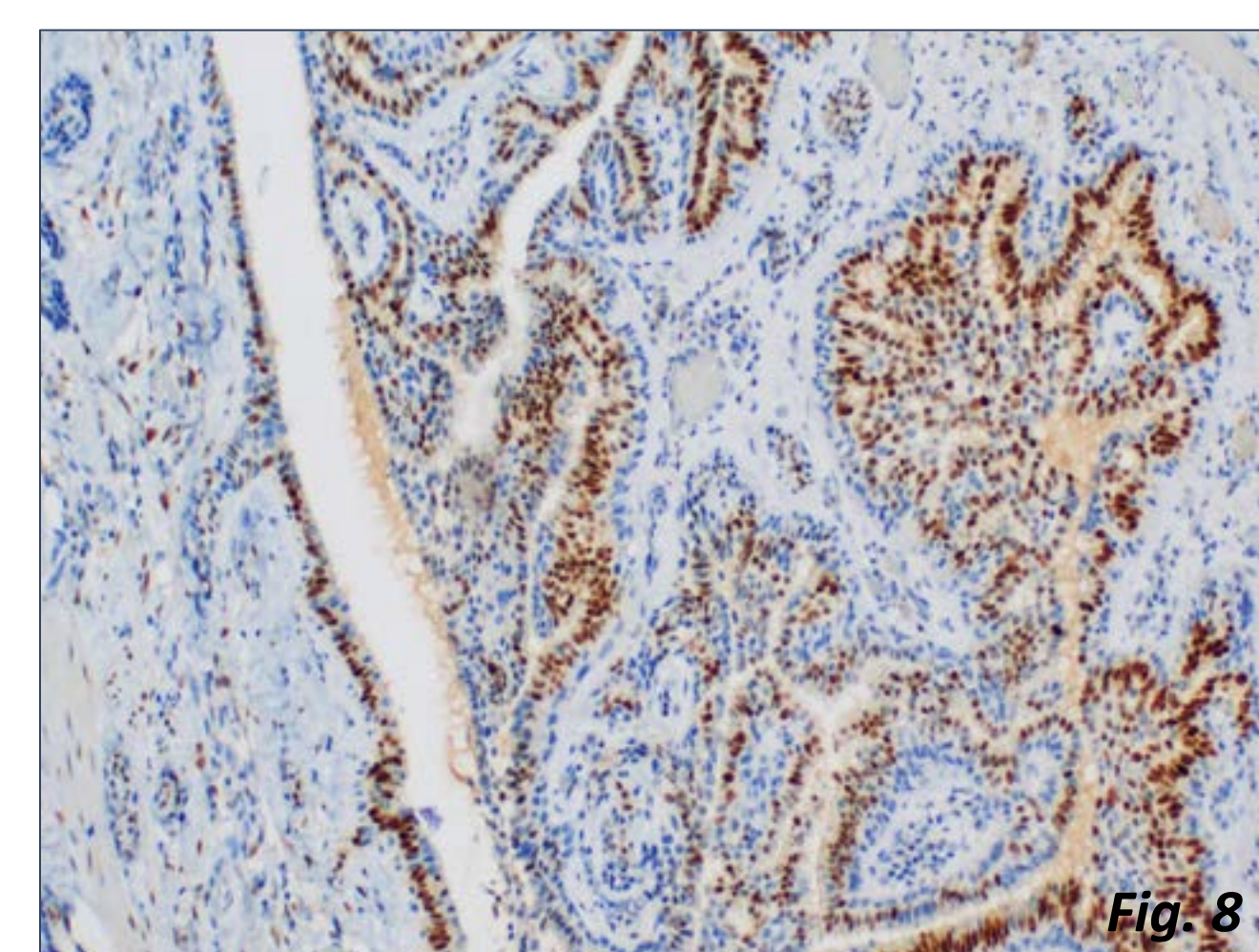


Fig. 8

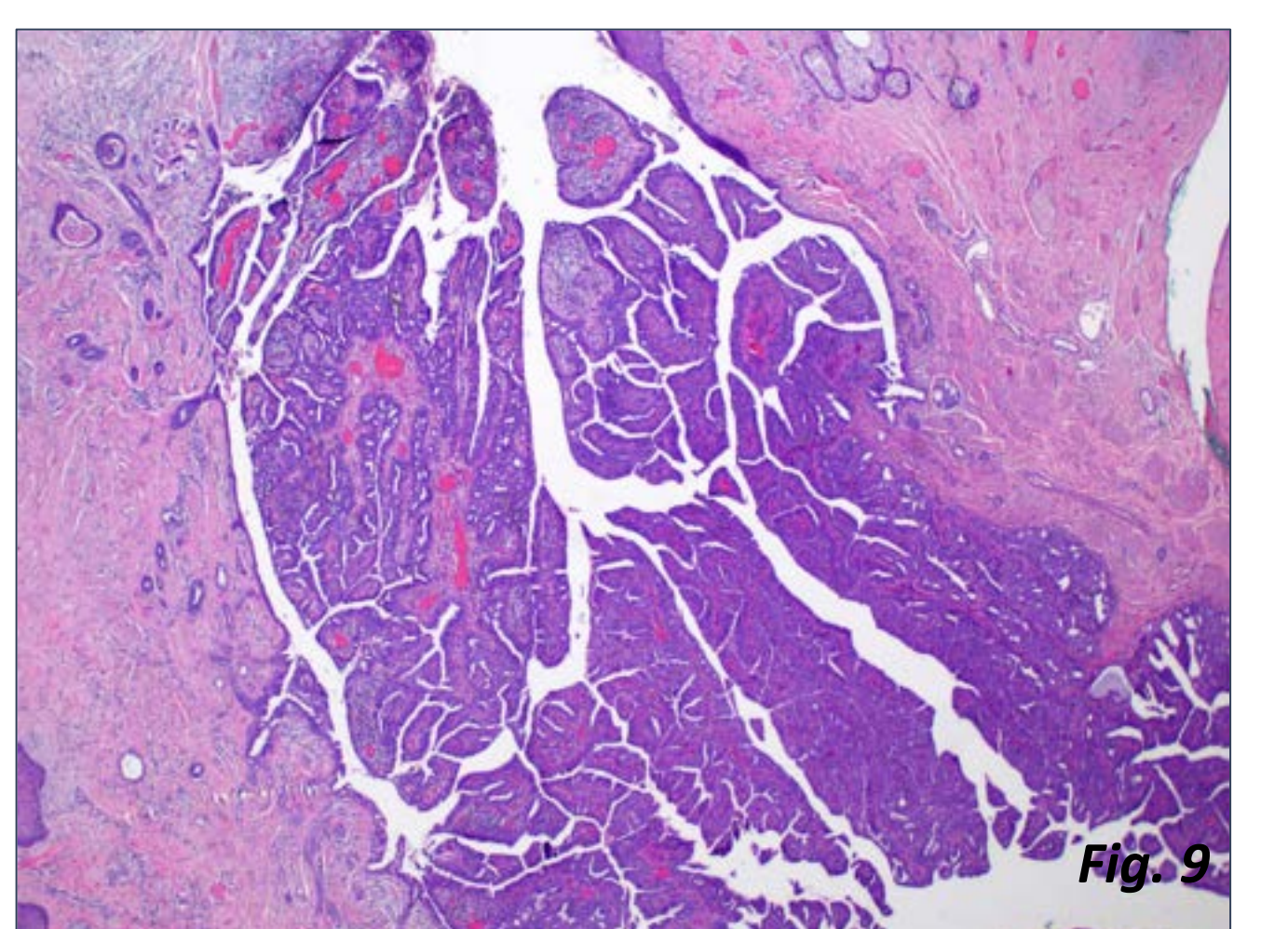


Fig. 9

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el nacimiento, el tejido mamario es idéntico en ambos sexos y se desarrolla hacia la adolescencia según la carga hormonal. La mama masculina en el adulto presenta predominio de tejido ductal a nivel subareolar, por ello **la mayoría de la patología en el varón es benigna y se encuentra debajo o en el mismo CAP.**

Existen múltiples nombres para referirse a una misma lesión, siendo el más aceptado actualmente, **adenomatosis erosiva de pezón (AEP).**

La presentación clínica es variada, siendo lo más frecuente la **lesión nodular en el varón**. Puede presentarse como lesión erosiva, eccematosa, secreción o incluso completamente asintomática.

Es imprescindible el estudio histológico, siendo la biopsia el método diagnóstico fundamental, donde veremos los ductos revestidos por una capa externa de **células mioepiteliales**.

Como conclusión, cabe destacar la infrecuencia de esta lesión en el varón y la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial con patología maligna para evitar tratamientos más agresivos.