



P-554 - ADENOMATOSIS EROSIVA DE PEZÓN EN EL VARÓN: UNO ENTRE UN MILLÓN

Pablos Vidal, Jorge; Sainz Fernández, Borja; Suárez García, Nerea; Rosales Goas, Jesús; Rodríguez Carral, Paula; Correa Cabana, Manuel; Vives Rodríguez, Eulalia; Díaz Tie, Manuel

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.

Resumen

Introducción: 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 lo infrecuente 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. Presentamos un caso de papiloma intraductal en varón, con debut como lesión nodular en pezón derecho.

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 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.

Discusión: 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. Descrita por primera vez como papiloma intraductal benigno de pezón en 1951 por Haagensen *et al.*, existen múltiples nombres para referirse a una misma lesión (adenoma de pezón, adenoma papilar, papilomatosis florida, papilomatosis benigna, papilomatosis ductal subareolar, adenomatosis papilar superficial), 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. El diagnóstico por imagen no es de gran utilidad, ya que en muchas ocasiones es imposible diferenciarlo de lesiones malignas. Las pruebas más utilizadas son la mamografía y la galactografía. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con el carcinoma

ductal infiltrante, la enfermedad de Paget o el adenocarcinoma de pezón. Descartar estas patologías evita diagnósticos erróneos y por lo tanto tratamientos agresivos innecesarios. Es imprescindible el estudio histológico, siendo la biopsia el método diagnóstico fundamental, donde veremos los ductos revestidos por una capa externa de células mioepiteliales. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del pezón, aunque existen autores que defienden utilizar criocirugía, cirugía micrográfica de Mohs o incluso seguimiento sin exéresis. 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.