



# Radiología



## 0 - Lesiones papilares de la mama: ¿qué debe saber el radiólogo?

A. García Gámez<sup>1</sup>, A. Castán Senar<sup>1</sup>, S. Cruz Ciria<sup>1</sup>, C. García Mur<sup>1</sup>, H. Esteban Cuesta<sup>1</sup> y S. Hakim Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Radiodiagnóstico; <sup>2</sup>Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

### Resumen

**Objetivo docente:** Revisar los diferentes tipos de lesiones papilares y sus principales características (incidencia, localización, clínica, anatomía patológica e importancia pronóstica). Describir sus hallazgos radiológicos en las diferentes técnicas de imagen y su diagnóstico diferencial. Manejo radiológico de las lesiones papilares.

**Revisión del tema:** Las lesiones papilares son un grupo heterogéneo de proliferaciones epiteliales, tanto benignas como malignas, que incluyen: papiloma solitario benigno, papilomatosis múltiple, papiloma atípico y carcinoma papilar. Constituyen menos del 3% de las lesiones mamarias sólidas, sin embargo suponen la causa más frecuente de telorragia en la mujer. El papiloma único central es la forma más frecuente dentro de la patología papilar. Suele presentarse como un nódulo bien delimitado de pequeño tamaño localizado en región retroareolar. Las lesiones papilares malignas incluyen el carcinoma papilar no invasivo (intraductal e intraquístico) y el carcinoma papilar infiltrante. Los hallazgos radiológicos que orientan a malignidad son: Nódulo de bordes mal definidos, con microcalcificaciones o áreas de distorsión en mamografía. Nódulos heterogéneos o masas complejas sólido-quísticas con registro Doppler en ecografía. Nódulos de margen mal definido con realce en anillo en RM. Dentro del diagnóstico diferencial destacan: la ectasia ductal, la patología quística compleja y algunas lesiones sólidas como el fibroadenoma, carcinoma ductal infiltrante, etc.

**Conclusiones:** Las lesiones papilares constituyen una entidad patológica compleja con hallazgos radiológicos inespecíficos. El diagnóstico definitivo sólo resulta posible tras la exéresis y análisis anatomopatológico de la lesión.