

CASOS CLÍNICOS

Papiloma intraductal mamario gigante. A propósito de un caso clínico

M. Suárez, P.A. Doblás, E. Torres, M.A. Barber, I. Eguiluz, E.M. Valdivia de Dios, I. Aguilera, J.R. Anderica, M. Abehsera, F. de los Santos y G. Pérez-Pérez

Sección de Senología y Patología Mamaria. Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

SUMMARY

In this clinical case, we wish to demonstrate how a benign breast pathology can also end up being completely destructive, and even be confused with a mammary carcinoma. Although for this, many years of evolution are necessary. Due to information programmes and early detection of breast cancer this is not habitual today.

INTRODUCCIÓN

En este caso clínico queremos demostrar cómo las enfermedades benignas de la mama también pueden llegar a ser totalmente destructivas, e incluso llegar a confundirse con un carcinoma mamario, aunque para ello sean necesarios años de evolución, lo cual no es habitual hoy día debido a los programas de información y detección del cáncer de mama.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años, hipertensa, nuligesta y menopáusica desde los 52 años, que no había recibido terapia hormonal sustitutiva en ningún momento.

Acudió a nuestro servicio de urgencias el día 19 de febrero de 2002 por presentar un sangrado que se inició dos días antes a través de un orificio infrareolar de la mama izquierda. La paciente refirió que desde hace 12 años presentaba en esa zona un nódulo no doloroso de crecimiento lento que no ha sido estudiado por no acudir al ginecólogo, así como telorragia ocasional.

Aceptado para su publicación el 10 de septiembre de 2002.

En la exploración se objetivaba edema cutáneo de los cuadrantes internos de la mama izquierda, junto con un sangrado activo de carácter pulsátil en cantidad moderada-grave a través de un orificio infrareolar que no cedía con la compresión. Además, se observa retracción del pezón y se palpaba una masa retro e infrareolar de 6 x 8 cm. No existían adenopatías palpables y la mama contralateral era normal.

Se decidió realizar una exploración bajo anestesia en ese mismo momento, con la intención de cohibir la hemorragia y tipificar con una biopsia de la zona el tipo y la histología del nódulo.

Encontramos una cavidad anfractuosa de unos 7 cm de diámetro con sangrado activo, de bordes mamelonados y con una zona indurada blanquecina de unos 3 cm en su interior. Se realizó una limpieza de la zona con fines higiénico-hemostáticos y se envió la zona reseca a anatomía patológica, cuyo informe fue: «tejido mamario con papiloma intraductal, ectasia ductal, piel con fibrosis e inflamación crónica».

El postoperatorio se desarrolló de forma tórpida con drenaje serohemático abundante que requirió curas locales y drenajes compresivos para su resolución.

Dado que el resultado de la biopsia no era concluyente, y considerando que podría tratarse de un falso negativo, se programó a la enferma para una resección tumoral amplia el día 15 de marzo de 2002. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un papiloma intraductal.

La evolución posterior de la paciente fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

La evolución de un papiloma intraductal de la mama hasta la destrucción de parte de ésta se ha descrito en pocas ocasiones, sobre todo debido a que, hoy día, la

mujer está muy concienciada sobre las enfermedades mamarias y acude a revisión de manera temprana.

La forma más frecuente de presentación del papiloma intraductal es como una telorragia espontánea o telorrea, y normalmente es no palpable. Es la causa más frecuente de telorrea. Aunque los papilomas intraductales pueden presentarse a cualquier edad, el papiloma intraductal solitario suele aparecer en la perimenopausia, lo cual concuerda con nuestra paciente, y suele tener un tamaño aproximado de menos de 0,5 cm de diámetro¹. Sin embargo, a veces, como en este caso, nos encontramos con una destrucción del parénquima mamario que hace difícil su distinción del cáncer de mama.

En mamografía, el papiloma normalmente permanece oculto, aunque también se puede observar como un nódulo, una dilatación ductal o como microcalcificaciones inespecíficas.

En ecografía, un papiloma puede ser una masa intraductal sólida y homogénea hipoecogénica dentro de un conducto dilatado. La galactografía revelará un defecto de relleno intraluminal, con dilatación ductal, extravasación de contraste o completa obstrucción²⁻⁵. Ésta puede ayudar a localizar la lesión para la biopsia y también revelar otras lesiones.

Anatomopatológicamente, un papiloma es una proliferación benigna del epitelio ductal que protruye en la luz ductal⁶.

La papilomatosis florida está compuesta por un corazón fibrovascular cubierto por células ductales mioepiteliales y epiteliales⁷. Los papilomas solitarios normalmente se encuentran situados dentro de los conductos mayores subareolares. La papilomatosis múltiple afecta a varios conductos periféricos y se origina en las unidades lobulillares terminales; asimismo, a menudo se asocia con hiperplasia epitelial atípica⁸⁻¹⁰.

Mientras el papiloma solitario no se asocia con un riesgo aumentado para padecer cáncer de mama ni suele recaer, la papilomatosis múltiple a menudo se asocia con hiperplasia epitelial atípica y hasta en un 40% de los casos con cáncer de mama¹¹⁻¹³.

Como las causas benignas de defecto de relleno son indistinguibles del cáncer en la galactografía, se requiere una biopsia para establecer el diagnóstico¹³⁻¹⁶.

RESUMEN

Describimos en este artículo un interesante caso de papiloma gigante debido a su larga evolución, el cual es difícil de encontrar hoy día gracias a la elevada información sobre las enfermedades de la mama.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gadd MA. Benign disorders: papillary lesions. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, editors. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; p. 42.
2. Cardenosa G, Eklund GW. Benign papillary neoplasms of the breast: mammographic findings. *Radiology* 1991;181:751-5.
3. Piccoli CW, Feig SA, Vala MA. Breast imaging case of the day. *RadioGraphics* 1998;18:783-6.
4. Pisano ED, Braeuning MP, Burke E. Case 8: solitary intraductal papiloma. *Radiology* 1999;210:795-8.
5. Woods ER, Helvie MA, Ikeda DM, Mandell SH, Chapel KL, Adler DD. Solitary breast papilloma: comparison of mammographic, galactographic, and pathologic findings. *ARJ* 1992;159:487-91.
6. Kalisher L, Rickert RR, Sharo RJ. Solitary peripheral papilloma of the breast: a radiologic-pathologic correlation of a benign lesion that may mimic breast cancer on mammography. *ARJ* 1998;171:605-9.
7. Propeck P, Collins J, Kelcz F, Roggensack G. Intraductal papilloma of the breast: sonographic and mammographic findings. *Radiologist* 2002;9:47-54.
8. Carter D. Intraductal papillary tumors of the breast. *Cancer* 1977;39:1689-92.
9. Prance S, Dutta S, Campbell L, Jones PA, Lee DM. Mode of presentation and outcome in patients with multiple intraductal papilloma. *Br J Surg* 2001;88:32.
10. Pastolero GC, Bowler L. Intraductal papilloma associated with carcinoma of the breast. *Histopathology* 1997;31:488-90.
11. Yeh ED, Keel SB, Slanetz PJ. Intraductal papilloma of the breast. *AJR* 1999;173:936.
12. Page DL, Simpson JF. Benign, high-risk and premalignant lesions of the breast. Philadelphia: Saunders; 1991; p. 113-31.
13. Miller L, Tyler W, Maroon M, Miller OF. Erosive adenomatosis of the nipple: a benign imitator of malignant breast diseases. *Cutis* 1997;59:91-2.
14. Nomomura A, Kimura A, Mizukami Y, Nakamura S, Ohmura K, Watanabe Y, et al. Secretory carcinoma of the breast with juvenile papillomatosis in a 12-year-old girl. A case report. *Acta Cytol* 1995;39:569-76.
15. Mussurakis S, Carleton PJ, Turnbull LW. Case report: MR imaging of juvenile papillomatosis of the breast. *Br J Radiol* 1996;69:867-70.
16. Farid MK, Sarma HN, Ramesh K, Al Futuri O, Visveswara RN. Giant juvenile papillomatosis of the breast: report of two cases. *East Afr Med J* 1997;74:116-7.