

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i4.10628>

Tumor ulcerado del complejo areola-pezones en una paciente adulta: distinguiendo entre lo benigno y lo maligno

Ulcerated tumor of the nipple-areolar complex in an adult patient: Distinguishing between benign and malignant disease.

Marcela Mendoza Sigala,¹ Ana Beatriz Crocker Sandoval,² José Manuel González Rayas¹

Resumen

ANTECEDENTES: Las lesiones del complejo areola-pezones son frecuentes en la atención de primer contacto y en la consulta dermatológica. Los fibromas laxos son tumoraciones frecuentes en el cuello, las axilas y las áreas intertriginosas, pero su localización en el complejo areola-pezones es extremadamente rara. Son de crecimiento lento y naturaleza benigna. Suelen aparecer en mujeres en edad reproductiva, que reciben terapia de reemplazo hormonal, con síndrome metabólico, obesidad y síndrome de ovario poliquístico.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 30 años, con antecedente de síndrome de ovario poliquístico, que manifestó una lesión en la areola de tres años de evolución. A la exploración se encontró una neoformación polipoide sobre la piel de la areola, bien delimitada y ulcerada, de 8 x 4 x 4 mm. A la dermatoscopia se observaron múltiples vasos superficiales de patrón polimorfo y zonas de ulceración sobre un fondo rosado. Sin evidencia de cambios en las mamas ni adenopatías axilares. El estudio de la biopsia por escisión reportó ulceración de la epidermis, infiltrado linfocítico difuso y un nódulo compuesto por fibras laxas de colágeno, concordante con el diagnóstico de fibroma del pezón con ulceración.

CONCLUSIONES: Este caso resalta la importancia de detectar a tiempo las lesiones malignas y de evitar el sobretratamiento de las lesiones benignas del complejo areola-pezones. Debe tenerse en cuenta al fibroma laxo ante una lesión exofítica en esta localización.

PALABRAS CLAVE: Fibroma; areola-pezones; benigno.

Abstract

BACKGROUND: Nipple-areola complex lesions are frequent both in first contact care and in dermatological consultation. Soft fibromas are tumors common in the neck, armpits, and intertriginous areas, but their location in the nipple-areolar complex is extremely rare. They are slow growing and benign in nature. Usually, they appear in women of reproductive age, on hormone replacement therapy, metabolic syndrome, obesity, and polycystic ovary syndrome.

CLINICAL CASE: A 30-year-old female patient, with a history of polycystic ovary syndrome, presented to the dermatology clinic with a lesion in the areola of three years of evolution. On examination, a well-defined and ulcerated polypoid neoformation of 8 x 4 x 4 mm on the skin of the areola was found. Dermoscopy revealed multiple superficial vessels with polymorphic pattern and areas of ulceration on a pink background. No changes in the breasts or axillary lymphadenopathies were documented.

¹ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tec de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.

² Dermatología, Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco, México.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-7737-8330>
<https://orcid.org/0000-0003-3035-6609>

Recibido: junio 2023

Aceptado: noviembre 2023

Correspondencia

Marcela Mendoza Sigala
A01566344@tec.mx

Este artículo debe citarse como: Mendoza-Sigala M, Crocker-Sandoval AB, González-Rayas JM. Tumor ulcerado del complejo areola-pezones en una paciente adulta: distinguiendo entre lo benigno y lo maligno. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (4): 533-539.

Excisional biopsy reported ulceration of the epidermis, diffuse lymphocytic infiltrate, and a nodule composed of loose collagen fibers, all consistent with the diagnosis of ulcerated nipple fibroma.

CONCLUSIONS: *This case highlights the importance of early detection of malignant lesions and avoiding the overtreatment of benign lesions of the nipple-areolar complex. Clinicians must consider soft fibroma when dealing with an exophytic lesion in this location.*

KEYWORDS: *Fibroma; Nipple-areola; Benign.*

ANTECEDENTES

El pezón es un apéndice cónico de los senos que contiene ductos lactíferos que drenan los 15-20 lóbulos de la glándula mamaria y está perforado por 5 a 9 orificios donde drenan los ductos. Junto con la areola, área pigmentada alrededor del pezón, forman el complejo areola-pezón. Esta estructura está revestida por epitelio escamoso queratinizado estratificado (epidermis), que se extiende hacia el interior de los conductos del pezón, lo que explica cómo un carcinoma localizado en los conductos subareolares puede extenderse a la piel del pezón. El complejo areola-pezón también contiene numerosas terminaciones nerviosas sensoriales, fibras musculares lisas, folículos pilosebáceos y un plexo linfático subareolar, todas con capacidad de generar una lesión en esta región.¹ Este complejo areola-pezón es, por tanto, el espejo de diversas lesiones patológicas de la mama, ya sean benignas o malignas; por ejemplo, una descarga anormal a través del pezón puede sugerir lesiones como papiloma intraductal o cáncer.

Debido al incremento del conocimiento de la posible conexión de una lesión en el complejo areola-pezón con una malignidad de la mama, los tumores en esta zona pueden ser un factor de

angustia para el paciente y el clínico. Por tal razón es importante que el médico sepa diferenciar una lesión benigna de una maligna del pezón.

Las lesiones benignas de la mama y el complejo areola-pezón son mucho más frecuentes que las malignas.² Se comunica el caso de una paciente con un tumor de manifestación atípica en esta ubicación.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, con antecedente personal patológico de síndrome de ovario poliquístico desde hacía 5 años, actualmente en tratamiento satisfactorio con dieta y ejercicio. Refirió la aparición de una lesión en el pezón desde hacía 3 años, que se incrementó en tamaño, sin dolor. Mencionó haber acudido a la consulta externa con el ginecólogo un año antes, quien le indicó que era una lesión de características benignas y no recibió mayor tratamiento. Refirió el comienzo reciente de sangrado de la lesión.

A la exploración física se observó una dermatosis única en el complejo areola-pezón izquierdo, caracterizada por una neoformación polipoide

sobre la piel de la areola a las 7 horas del reloj, bien delimitada, eritematosa y ulcerada, de 8 x 4 x 4 mm. **Figura 1A**

A la dermatoscopia se evidenciaron múltiples vasos superficiales de patrón polimorfo y zonas de ulceración sobre un fondo rosado (**Figura 1B**), sin cambios en la piel adyacente de la mama ni en la mama contralateral. En la exploración clínica de la mama no se palparon masas ni adenomegalias axilares o de la región del cuello. No se solicitaron estudios de gabinete porque el ginecólogo descartó una enfermedad mamaria.

Se tomó una biopsia por escisión por punción de 4 mm, que reportó la epidermis ulcerada en su mayor parte, la dermis superior con infiltrado linfocítico difuso y la dermis reticular con un nódulo compuesto por fibras laxas de colágeno, con lo que se estableció el diagnóstico de fibroma del pezón con ulceración.

DISCUSIÓN

Los fibromas laxos son tumoraciones benignas de origen mesenquimal que pueden aparecer de manera aislada o en grandes cantidades, como

en el síndrome de Burt-Hogg-Dube.³ También se conocen como acrocordones, pólipos fibroepiteliales o papilomas cutáneos. Su localización más común es en áreas intertriginosas: cuello, axilas y región vulvovaginal. Sin embargo, también pueden encontrarse en el tronco, las extremidades, la cara y los párpados, aunque con mucho menor frecuencia. Se distinguen por manifestarse como protrusiones de la piel de crecimiento lento en forma de pápulas arrugadas o como verrugas sésiles o filiformes.

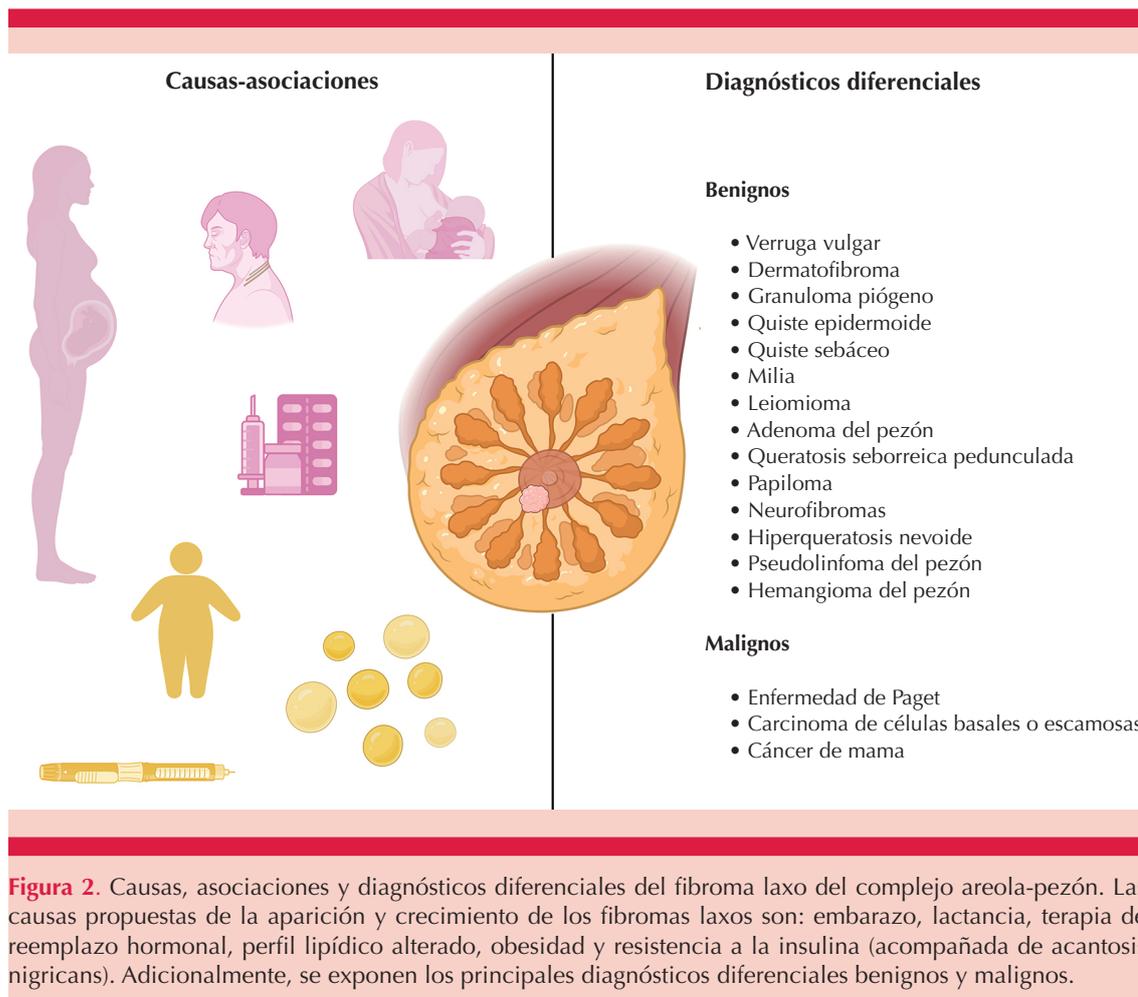
Estos tumores son hormono-sensibles, por lo que comúnmente afectan a mujeres en edad reproductiva, como la paciente del caso. Los fibromas laxos pueden incrementarse en cantidad y tamaño durante el embarazo y la lactancia y en mujeres posmenopáusicas que reciben terapia de reemplazo hormonal.³ Esto se debe a que se ha demostrado por técnicas de inmunohistoquímica que tienen expresión de receptores de estrógenos y progesterona.⁴ Aunado a la influencia hormonal, se ha documentado que los fibromas laxos se asocian positivamente con la obesidad, diabetes, síndrome metabólico y con un perfil lipídico alterado.³ Por esta razón, algunas veces pueden encontrarse acompañados de acantosis nigricans.⁵ **Figura 2**

En cuanto a la histología, los fibromas laxos con frecuencia se manifiestan como lesiones polipoideas (sésiles o pediculadas). En su centro se encuentra un núcleo de tejido fibroso laxo con una cantidad incrementada de vasos dilatados y, ocasionalmente, tejido adiposo. El epitelio es de tipo escamoso queratinizado (epidermis) y puede exhibir áreas de acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis.⁶ No existen anexos cutáneos.^{7,8}

A la inspección por dermatoscopia suele encontrarse una superficie arrugada en forma de coliflor con vasos punteados superficiales ocasionales. Muy raramente, la lesión puede verse ulcerada y sangrante por la fricción con la tela del sostén, como en la paciente del caso.⁹ Esto



Figura 1. Fibroma laxo del complejo areola-pezones. **A.** Mama izquierda en la que se aprecia una neoformación polipoide ulcerada en la piel de la areola a las 7 del reloj. **B.** Evaluación por dermatoscopia que muestra múltiples vasos superficiales de patrón polimorfo y zonas de ulceración sobre un fondo rosado.



complica el diagnóstico porque se pierde el aspecto clásico del fibroma y alarma significativamente a la paciente.

Los fibromas laxos del complejo areola-pezones son lesiones muy raras: hasta la fecha se conocen menos de 10 casos.⁶ Pueden aparecer en la infancia y adolescencia o en la edad adulta. Son tumores benignos de crecimiento lento, por lo que la mayoría de los pacientes acuden a consulta años después del inicio de la lesión. En la paciente del caso el diagnóstico se retrasó alrededor de tres años.

Suelen ser más frecuentes en pacientes con síndrome de ovario poliquístico debido a la resistencia a la insulina, síndrome metabólico y alteraciones hormonales propias del cuadro. En la paciente del caso se considera que el síndrome de ovario poliquístico jugó un papel preponderante en la aparición de la lesión.

Debido a que el síndrome de ovario poliquístico es una enfermedad altamente prevalente en la población general, consideramos que los dermatólogos, ginecólogos y médicos de primer contacto deben estar al tanto de que estas pa-

cientes pueden manifestar fibromas fuera de su localización habitual.^{10,11}

A la inspección por dermatoscopia suele encontrarse una superficie arrugada en forma de coliflor con vasos punteados superficiales ocasionales.

Algunas pacientes suspenden el aseo del pezón por miedo a traumatizar la lesión. Esto puede dar origen a una coloración negruzca de la tumoración y dermatitis neglecta.¹² Los principales diagnósticos diferenciales benignos a tener en cuenta son: verruga viral por VPH tipos 6 y 11, pólipo anexial, neurofibroma, leiomioma, milia, adenoma siringomatoso del pezón, hiperqueratosis nevoide, hemangioma y pseudolinfoma del pezón.^{2,7,12} En cambio, los diagnósticos diferenciales malignos incluyen desde enfermedad de Paget, carcinoma de células basales o escamosas hasta cáncer de mama con afectación del pezón.³

El **Cuadro 1** resume las características que permiten sospechar que una lesión es de na-

turalidad maligna. Debido a que los fibromas laxos son tumoraciones benignas y se localizan en la superficie de la areola y pezón, el proceso diagnóstico más frecuente consiste en tomar una biopsia escisión, como se llevó a cabo en la paciente del caso. De confirmarse el diagnóstico de fibroma laxo por histopatología, este procedimiento se considera curativo.

Figura 3

CONCLUSIONES

El fibroma laxo es una tumoración benigna común, fácilmente reconocible por médicos especialistas y de atención primaria. Sin embargo, cuando afecta el complejo areola-pezón puede confundirse con una gran variedad de padecimientos benignos y malignos. Es importante tenerlo en mente como una alternativa diagnóstica al tratar pacientes con lesiones en este sitio, sobre todo en mujeres en edad reproductiva, que reciben terapia de reemplazo hormonal, con alteraciones metabólicas o síndrome de ovario poliquístico.

Cuadro 1. Características que sugieren benignidad o malignidad de una lesión del complejo areola-pezón (continúa en la siguiente página)

Parámetro	Benigno	Maligno
Edad	La incidencia aumenta durante la segunda década de la vida y tiene su pico en la cuarta y quinta décadas	La incidencia continúa aumentando después de la menopausia
Tiempo de inicio	Usualmente largo	Usualmente corto
Retracción del pezón	Central, simétrico, en forma de ranura de monedas	Inversión de todo el pezón con distorsión de la areola
Manifestación bilateral	Posible	Improbable
Metástasis a nódulos linfáticos	Imposible por definición	Probable
Masa subyacente de la mama a la exploración física	Poco probable	Probable
Prurito	Probable	Probable
Dolor	Ocasional o por traumatismo	Poco probable o en estadios avanzados
Descarga serosanguinolenta del pezón	Probable	Probable

Cuadro 1. Características que sugieren benignidad o malignidad de una lesión del complejo areola-pezón (continuación)

Parámetro	Benigno	Maligno
Cambios inflamatorios de la piel de la mama: eritema, erosión-ulceración	Probable	Más probable
Ulceración o sangrado de la lesión	Probable	Probable
Crecimiento de los ganglios axilares	Probable	Probable
Calcificaciones del pezón o de la mama en mamografía	Probable	Probable
Detección por ultrasonido de dilatación de uno o más segmentos ductales subareolares que se extienden 3 cm o más dentro del seno	Improbable	Probable
Hallazgos por resonancia magnética de asimetría bilateral o reforzamiento del complejo areola-pezón, temprano, tardío o persistente, con una masa retroareolar	Improbable	Probable

Elaboración propia con información de las referencias 1, 2, 3 y 5.

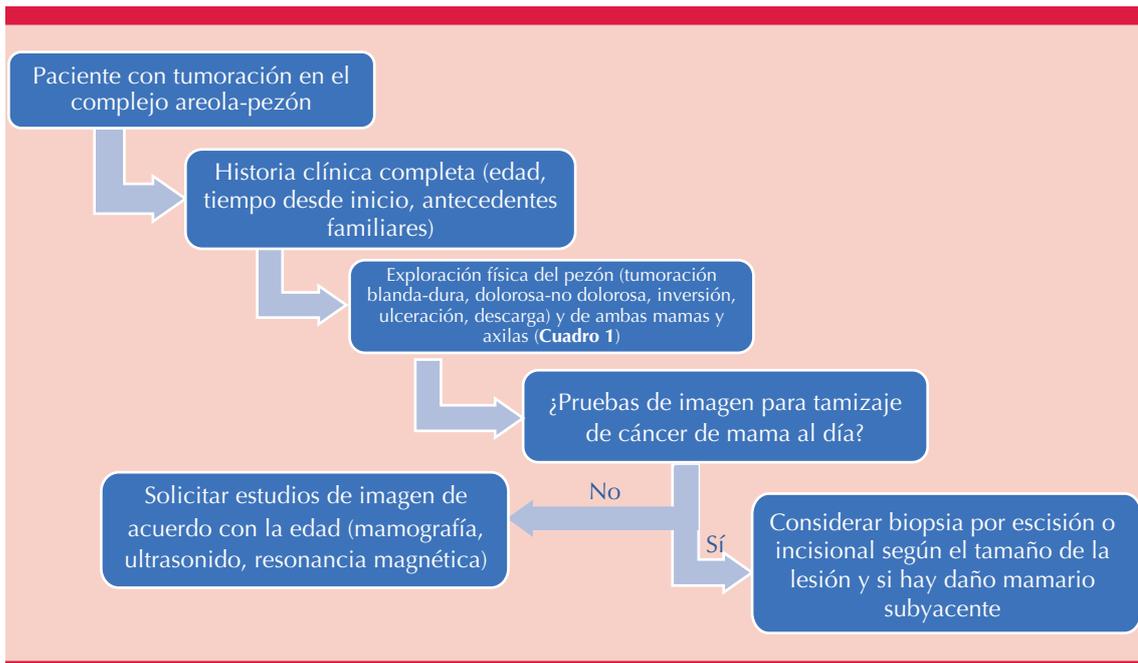


Figura 3. Algoritmo sugerido para el proceso diagnóstico de una neoformación en el complejo areola-pezón. Se prioriza la detección rápida de lesiones malignas y se evita el sobret ratamiento de neoformaciones benignas. Elaboración propia con información de las referencias 1, 2, 3 y 5.

REFERENCIAS

1. Del Riego J, Pitarch M, Codina C, et al. Multimodality approach to the nipple-areolar complex: a pictorial review and diagnostic algorithm. *Insights Imaging* 2020; 11 (1): 89. <https://doi.org.10.1186/s13244-020-00896-1>
2. Spyropoulou GA, Pavlidis L, Trakatelli M, et al. Rare benign tumours of the nipple. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29 (1): 7-13. <https://doi.org.10.1111/jdv.12623>
3. Im B, Park WJ, Kim SW, et al. Imaging findings of soft fibroma of the nipple: Two case reports. *J Korean Soc Radiol* 2018; 79 (3):123. <https://doi.org.10.3348/jksr.2018.79.3.123>
4. Avsar AF, Islek E, Yildirim M, et al. A rare clinical presentation of giant bilateral labial fibroepithelial stromal polyps in patient with psoriasis disease. *Case Rep Obstet Gynecol* 2016; 2016: 1-3. <https://doi.org.10.1155/2016/7942365>
5. Sari R, Akman A, Alpsoy E, Balci MK. The metabolic profile in patients with skin tags. *Clin Exp Med* 2010; 10 (3): 193-197. <https://doi.org.10.1007/s10238-009-0086-5>
6. Banga V, Jain S. Fibroepithelial polyp (Acrochordon) of breast nipple— A rare clinical presentation. *ACHR* 2022; 7 (1): 54-56. <https://doi.org.10.18231/j.achr.2022.010>
7. Costa AL, Betloch I, Pérez-Crespo M, et al. Mammary skin tag in a 2-year-old girl: A long-lasting adnexal polyp of neonatal skin? *Pediatr Dermatol* 2009; 26 (5): 618-620. <https://doi.org.10.1111/j.1525-1470.2009.00998.x>
8. Belli AK, Somuncu E, Aydogan T, et al. Fibroepithelial polyp of the nipple in a woman. *Breast J* 2013; 19 (1): 111-112. <https://doi.org.10.1111/tbj.12063>
9. Walls SP, Akinboboye O, Opoku I, Da Silva RC. Large fibroepithelial stromal polyp of the breast nipple. *Cureus* 2022. <https://doi.org.10.7759/cureus.26397>
10. Yamaguchi T. A soft fibroma of the nipple. *Clinical Case Reports* 2022; 10 (10). <https://doi.org.10.1002/ccr3.6498>
11. Yucumá D, Téllez Beltrán DF, et al. Soft fibroma of the nipple: Clinical and histopathological characteristics. *Rev Senol Patol Mamar* 2021; 34 (1): 60-61. <https://doi.org.10.1016/j.senol.2020.07.012>
12. Verma S. Giant fibroepithelial polyp of the nipple with dermatitis neglecta. *J Cutan Aesthet Surg* 2022; 15 (2): 204. https://doi.org.10.4103/JCAS.JCAS_131_21

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**. Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

