

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i1.10962>

Adenoma de pezón: sospecha diagnóstica maligna

Nipple adenoma: Malignant diagnostic suspicion.

Karen Maribel Audelo Jiménez,¹ Lucero Barreda Zaleta,² Isaías Uh Sánchez,² Guillermo Ramos Rodríguez³

ANTECEDENTES

El adenoma del pezón es un tumor mamario infrecuente de naturaleza benigna; se localiza en los conductos galactóforos, justo debajo del pezón.¹

Aparece con mayor frecuencia alrededor de los 40 y 50 años; sin embargo, hay informes de casos en niños desde los 10 años hasta adultos con 70 años.^{1,2}

Es una neoformación caracterizada por una erosión-ulceración, acompañada de secreción, así como formación de nódulos y costras. Debido a que no hay síntomas específicos en las etapas iniciales de la afección, los pacientes no le dan atención y los médicos pueden diagnosticar equívocamente.³ En primera instancia suele confundirse con la enfermedad de Paget y es difícil distinguir del papiloma intra-ductal de pezón.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años, sin antecedentes médicos relevantes. Acudió a consulta por padecer una dermatosis localizada en el pezón derecho, caracterizada por una neoformación de 4 mm en forma de úlcera, de coloración rosada, irregular, delimitada, en la superficie con costra hemática y base limpia, de aproximadamente 5-8 años de evolución asociada con prurito. **Figura 1**

¹ Médico residente del primer año de Medicina Interna, Hospital General de Zona 48, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

² Dermatólogo. Práctica privada, Ciudad de México.

³ Dermatopatólogo adscrito al servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0002-6487-6207>
<https://orcid.org/0009-0007-2575-6751>
<https://orcid.org/0000-0003-2872-9170>
<https://orcid.org/0000-0002-8797-5032>

Recibido: abril 2025

Aceptado: septiembre 2025

Correspondencia

Karen Maribel Audelo Jiménez
kamaui@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Audelo-Jiménez KM, Barreda-Zaleta L, Uh-Sánchez I, Ramos-Rodríguez G. Adenoma de pezón: sospecha diagnóstica maligna. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (1): 128-131.



Figura 1. Úlcera, de coloración rosada, irregular, delimitada del adenoma de pezón.

Previamente se diagnosticó y trató como un eccema del pezón por el ginecólogo; el ultrasonido de mama y la mastografía estaban en parámetros normales. Al no haber mejoría se refirió al dermatólogo.

El examen dermatoscópico mostró ulceración, con escama blanquecina y amarillenta, así como áreas rojas. **Figura 2**



Figura 2. Ulceración con escama blanquecina y amarillenta y áreas rojas en la región.

La biopsia incisional en huso se envió a estudio dermatopatológico que reportó epidermis con hiperplasia irregular de grado intenso, hiperorthoqueratosis laminar e hipergranulosis. En todo el espesor del estroma se observó proliferación de conductos mayores dilatados con papilas exuberantes y algunas micropapillas. Había proliferación de pequeños agregados de células ductales (adenosis) y en otros focos había hiperplasia intraductal usual. Se reconocieron células mioepiteliales que recubrían esos conductos. Había comunicación con la epidermis suprayacente, donde se observaron perlas y quistes cónicos. En la profundidad, los conductos mostraron metaplasia apocrina marcada. El estroma era edematoso, con infiltrado inflamatorio moderado, caracterizado por linfocitos, polimorfonucleares, células plasmáticas y agregados de macrófagos espumosos, sin datos de atipia. **Figura 3**

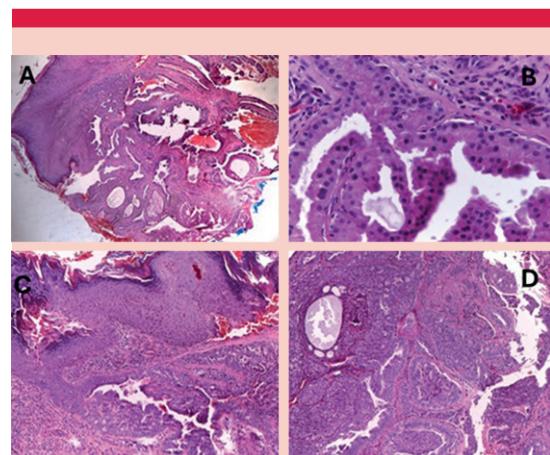


Figura 3. Biopsia incisional en huso. **A.** Neoplasia nódulo-quística profunda, conformada por conductos dilatados con papillas. Estroma abundante y fibroso. **B.** Foco de metaplasia apocrina. **C.** La neoplasia está en contacto focal con la epidermis que es hiperplásica. El estroma muestra inflamación linfoplasmocitaria. **D.** Componente sólido con hiperplasia intraductal sin atipia y adenosis.

Se estableció el diagnóstico de adenoma del pezón; se planteó tratamiento quirúrgico, pero la paciente lo rechazó.

DISCUSIÓN

Entre los primeros autores que describieron el adenoma del pezón están Haagensen y su grupo, quienes, en 1951, lo describieron como un papiloma intraductal.³ En 1972 Paget le dio el nombre de adenoma del pezón. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado dos definiciones en la clasificación de tumores de mama; en 2003 como una proliferación compacta de pequeños túbulos revestidos por células epiteliales y mioepiteliales, con o sin proliferación del componente epitelial, alrededor de los conductos colectores del pezón, y en 2012 como una proliferación epitelial benigna localizada dentro y alrededor de los conductos colectores.⁴ En 2014 la Sociedad Japonesa del Cáncer de Mama definió el adenoma del pezón como un tumor que sobreviene papilar o sólidamente en el conducto galactóforo del pezón o justo debajo de la areola.⁵

La dermatoscopia muestra unos puntos rojos en patrones lineales, radiales o semicirculares que se consideran un hallazgo característico que apoya al diagnóstico clínico-patológico para diferenciar de otras lesiones inflamatorias benignas y, en particular, malignas en el área del pezón.^{2,6,7} Los tres patrones mencionados se encontraron en la paciente del caso, lo que reforzó la valoración propuesta.

En términos histológicos, las lesiones consisten en pequeños adenomas ductales con una estructura epitelial y bicapa mioepitelial.¹

Se observan como una entidad tumoral extremadamente diversa, mostrando los siguientes patrones de crecimiento.² **Cuadro 1**

A pesar de que el adenoma de pezón tiene una variedad de características histológicas, es po-

Cuadro 1. Clasificación de los patrones de crecimiento del adenoma de pezón

- I. **Patrón de papilomatosis esclerosante:** casi siempre indistinguible del papiloma esclerosante
- II. **Patrón de papilomatosis:** hiperplasia papilar florida del epitelio ductal
- III. **Patrón de adenosis:** hiperplasia mioepitelial evidente
- IV. **Patrón proliferativo mixto:** compuesto por tres patrones (metaplasia de conductos, metaplasia apocrina y acantosis del epitelio)

sible diferenciarlo de la enfermedad de Paget; esta última muestra una estructura bicapa del epitelio y mioepitelio. Asimismo, se observan unidades formadoras de células apocrinas y demás particularidades, incluida la localización del tumor.¹

Para diferenciar las lesiones erosivas de la enfermedad de Paget fue importante descartar las células de Paget en el estudio histopatológico, debido a que la discriminación clínica es difícil porque los síntomas son extremadamente similares.² En la paciente del caso con la biopsia se obtuvo el diagnóstico de adenoma de pezón, pero hay ocasiones en las que se tiene la duda o se requiere complementar la precisión del diagnóstico, para lo que se cuenta con la inmunohistoquímica y marcadores mioepiteliales que se utilizan con frecuencia: p63, h-Caldesmon, calponina 1, α-actina de músculo liso, CK5/6 y CD10; la positividad de al menos dos marcadores es suficiente para el diagnóstico.^{8,9}

Se ha encontrado una asociación del 3.6% de los adenomas papilares con carcinoma, a menudo ectópicos. El seguimiento más prolongado del que se tiene registro es de una mujer japonesa con adenoma de pezón de 24 años de duración, se detectó a los 52 años mediante biopsia y se continuó la observación hasta los 76 años, dando continuidad con examen radiológico preoperatorio y con una resección areola-pezón; al practicar el estudio patológico se descartaron hallazgos malignos. Aparte de este caso se des-

conoce el riesgo de carcinogénesis y el momento exacto de cancerización de los adenomas del pezón.^{9,10}

La tumorectomía combinada con biopsia es la primera opción de tratamiento, debido a la dificultad de distinguir histológicamente lesiones benignas de malignas. El diagnóstico erróneo ha generado que se practiquen mastectomías innecesarias, por lo que es pertinente una búsqueda preoperatoria adecuada.^{1,11}

DECLARACIONES

Uso de IA

Los autores declaran no haber hecho uso de IA.

REFERENCIAS

1. Ono S, Tanaka M, Yoshinaga Y, et al. A case of giant nipple adenoma. Case Surg Rep 2024; 10: 70. <https://doi.org/10.1186/s40792-024-01869-y>
2. Ishihara A, Koyama H, Uemori A, et al. Fine-needle aspiration cytology of a nipple adenoma. J Jpn Soc Clin Cytol 1990; 29 (3): 434-438. <https://doi.org/10.5795/jjssc.29.434>
3. Wang C, Wang X, Ma R. Diagnosis and surgical treatment of nipple adenoma. ANZ J Surg 2015; 85 (6): 444-447. <https://doi.org/10.1111/ans.12744>
4. Di Bonito M, Cantile M, Collina F, et al. Adenoma of the nipple: a clinicopathological report of 13 cases. Oncol Lett 2014; 7: 1839-1842. <https://doi.org/10.3892/ol.2014.2000>
5. Fujii T, Yajima R, Morita H, et al. Adenoma of the nipple projecting out of the nipple: curative resection without excision of the nipple. World J Surg Oncol 2014; 12: 91. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-91>
6. Mendez F, Uriarte R, Vega M, et al. Case for diagnosis: Unilateral nodule on the nipple – erosive adenomatosis of the nipple. An Bras Dermatol 2023; 98 (6): 847-849. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.09.014>
7. Quintana M, Pérez N, Fernández M, et al. Adenoma of the nipple: a mimic of breast malignancy. Dermatol Online J 2021; 27 (5): 14. <https://doi.org/10.5070/D327553621>
8. Batistatou A, Stefanou D, Arkoumani E, et al. The usefulness of p63 as a marker of breast myoepithelial cells. In Vivo 2003; 17 (6): 573-6.
9. Dewar R, Fadare O, Gilmore H, et al. Best practices in diagnostic immunohistochemistry: myoepithelial markers in breast pathology. Arch Pathol Lab Med 2011; 135 (4): 422-429. <https://doi.org/10.5858/2010-0336-CP.1>
10. Yorita K, Hokimoto N. A case of nipple adenoma with long-term follow-up without malignancy. Cureus 2024; 16 (9): e68578. <https://doi.org/10.7759/cureus.68578>
11. Ansari M, Taghizadeh F, Ehsani A. Dermoscopy of nipple adenoma. Clin Case Rep 2020; 8: 3253-3255. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3398>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.