

Dr. Fuad Said Kaffati Lanza,¹
Dra. Sara Elí Arboleyda Nava,
Dr. Luis Jorge López Rosas,
Dra. Ma. Cecilia Ortiz de Iturbide,
Dr. Ramón Ponte Romero,
Dr. Julián Sánchez Cortazar,
Dr. Rafael Padilla Longoria

Papiloma intraquístico gigante periférico: Un simulador de BI-RADS V. Presentación de un paciente

RESUMEN

Los papilomas intraductales (PI) son causa frecuente de secreción serosa o sanguinolenta por el pezón.

Usualmente son diagnosticados como hallazgo incidental. En la mayoría de los casos son solitarios, normalmente se encuentran en la región subareolar dentro de un conducto galactóforo principal, pero pueden ser múltiples, siendo estos últimos predominantemente de localización periférica. Su presencia implica un riesgo de padecer cáncer de mama de una a dos veces mayor. Los PI están contenidos dentro de un conducto, extendiéndose la mayoría longitudinalmente a través de su luz. El conducto circundante puede dilatarse y formar una estructura quística originando un papiloma intraquístico, siendo esta presentación menos frecuente.

Por mastografía la mayoría no se ven, ya que están dentro del ducto. A veces se presentan como una masa lobulada bien definida; pero pueden distinguirse de otras lesiones lobuladas. Se localizan predominantemente en la región

anterior de la mama y en ocasiones, se encuentran dentro de un quiste que es el que se identifica en la mastografía. Los papilomas solitarios de los conductos principales raramente calcifican, aunque al sangrar pueden producir un conglomerado de microcalcificaciones.

Por ultrasonido, cuando son lo suficientemente grandes se identifican como masas sólidas, hipoeoicas y usualmente lobuladas dentro del conducto.

Histológicamente, son distinguidos por un centro fibrovascular que crece hacia adentro de la pared ductal en una configuración arborizante. Son lesiones de bajo riesgo, aunque ocasionalmente poblaciones de células atípicas y carcinoma *in situ* se desarrollan en un papiloma establecido y pueden coexistir.

El principal diagnóstico diferencial es con el carcinoma papilar. Ambas lesiones son clínica y macroscópicamente indistinguibles.

PALABRAS CLAVE: BI-RADS, papiloma intraductal, unidad lobulillar ductal terminal, papiloma intraquístico, carcinoma papilar.

¹Del Departamento de Imagenología del Hospital ABC Medical Center, I.A.P. Sur 136 No 116, Col. Las Américas, 01120, México, D.F.
Copias (**copies**) Dr. Fuad Said Kaffati Lanza: fskaffati@yahoo.com

Introducción

Una de las causas más frecuentes de secreción serosa o sanguinolenta por el pezón son los papilomas intraductales (PI).^{1,4} Estos son proliferaciones neoplásicas benignas que se originan en los ductos más grandes. Usualmente son solitarios, pero pueden ser múltiples.

Representan una proliferación benigna del epitelio ductal, que se proyecta en la luz del conducto y al cual están unidos por un tallo fibrovascular.^{1,2,3,7} Los papilomas solitarios normalmente se encuentran en la región subareolar, dentro de un conducto galactóforo principal y pueden crecer hasta ser detectados con los métodos de imagen y ocasionalmen-

te son palpables. Su presencia implica un riesgo de padecer cáncer de mama de una a dos veces mayor. Aunque es poco probable que estas lesiones sean “precursoras” de malignidad, su desarrollo puede indicar un epitelio inestable pre-dispuesto a la transformación maligna.^{1,2,5,6}

Antecedentes

Los papilomas intraductales están contenidos dentro de un conducto. La mayoría se extienden longitudinalmente a través de su luz y sólo se identifican en secciones microscópicas, se encuentran como un hallazgo incidental en una biopsia por alguna otra causa o pueden ser causantes de secreción serosa o sanguinolenta por el pezón.^{1,5,6,8} Muchos patólogos opinan que su aporte vascular es muy frágil, con frecuentes áreas de necrosis, infarto y sangrado (y en ocasiones calcificación, visible en mastografía). El conducto circundante puede dilatarse y formar una estructura quística originándose en estos casos un papiloma intraquístico. La diferenciación histológica de los carcinomas papilares es difícil.

Esta entidad no debe confundirse con la papilomatosis, la cual es una forma de hiperplasia epitelial. Los papilomas solitarios generalmente se localizan en la región subareolar, mientras que los papilomas múltiples son más periféricos.^{1,2,7}

Menos frecuente es la existencia de múltiples papilomas de los conductos periféricos, cuyo origen parece ser la Unidad Lobulillar Ductal Terminal (ULDT). Estos se asocian con mayor posibilidad de cambios atípicos y carcinoma.¹

Imagen mastográfica

La mayoría no se ven, ya que están dentro del ducto y frecuentemente se extienden a lo largo del mismo sin expandirlo. A veces se presentan como una masa lobulada que suele estar bien definida; pero puede distinguirse de otras lesiones lobuladas. Los papilomas generalmente se desarrollan en conductos grandes, a unos centímetros del pezón, aunque en ocasiones pueden identificarse en el mismo. Cuando se ven, casi siempre están en la región anterior de la mama, ya que son lesiones de los conductos principales. A veces se encuentran dentro de un quiste que es el que se identifica en la mastografía.^{1,3,4,6,8} Aunque se denominan papilomas intraquísticos, realmente son porciones del ducto que contienen un papiloma y están dilatados. El origen de estos quistes es probablemente diferente de los quistes que se originan en los lóbulos. No está claro el papel que desempeña la obstrucción en la formación de estos quistes. A veces el conducto asociado al papiloma está dilatado, es poco probable que la dilatación ductal pueda justificarse sólo por la obstrucción. Dado que los conductos están casi siempre obstruidos por tapones de queratina en el pezón, la dilatación quística ductal puede ser un proceso más complejo que la simple obstrucción: posiblemente se debe a una combinación de aumento de la secreción (quizás debida al propio papiloma o a irritación ocasionada por el mismo) no contrarrestada por la reabsorción, originándose una dilatación ductal según la ley de Laplace.^{1,2,6,8}

Los papilomas solitarios de los conductos principales raramente calcifican, aunque en ocasiones pueden producir un conglomerado de microcalcificaciones. Los depósitos cálcicos en “cáscara”, con un centro radiotransparente, localizados en la región subareolar, se deben casi con seguridad a la calcificación parcial de un papiloma de conducto grande. Se piensa que el infarto con hemorragia del papiloma es la razón por lo cual producen una secreción sanguinolenta. Este proceso que según los patólogos es raro, es el que condiciona esta calcificación característica. En casos de secreción por el pezón, se puede realizar una ductografía, que revelará un defecto de repleción; pero dado que un papiloma intraductal es indistinguible de un carcinoma, es necesario recurrir a la biopsia. Ambas entidades pueden producir un defecto de llenado en la columna de contraste, extravasación u obstrucción completa al flujo retrógrado.

Cinco por ciento de los casos de secreción aislada por el pezón se deben a carcinoma, por lo que la mayoría de autores creen que hay que explorarlos quirúrgicamente.

Imagen ecográfica

Cuando los papilomas son suficientemente grandes se identifican ecográficamente como masas sólidas, hipoeoicas y normalmente lobuladas. Son lesiones intraluminales, dentro de un ducto dilatado quísticamente (papiloma intraductal intraquístico). Cuando se localizan dentro de quistes se reconoce más fácilmente su aspecto frondoso, por lo que el diagnóstico de carcinoma no se puede excluir. Cualquier lesión intraquística debe ser biopsiada.^{1,8}

A la aplicación del Doppler, presentan vascularidad intralésional semejante a la del carcinoma intraquístico, la cual corresponde al pedículo vascular del papiloma.

Histopatología

Los papilomas presentan un centro fibrovascular que crece hacia adentro de la pared ductal en una configuración arborizante. Estas ramificaciones están cubiertas por dos tipos de células, con la célula mioepitelial formando la capa interna y la célula epitelial secretora ocupando la externa. La secreción por el pezón es lo que hace a los papilomas clínicamente evidentes. El sangrado ocurre como consecuencia de la fragilidad de la delicada estructura papilar, debido a la interrupción del aporte sanguíneo que ocasiona infarto en porciones distales del papiloma. Ocasionalmente infartos leves, extensos o fibrosis de los papilomas pueden resultar en lesiones de tipo cicatriz radial.^{1,2,6,8}

El papiloma es una lesión de bajo riesgo, aunque ocasionalmente poblaciones de células atípicas y carcinoma *in situ* se desarrollan en un papiloma establecido y pueden coexistir.

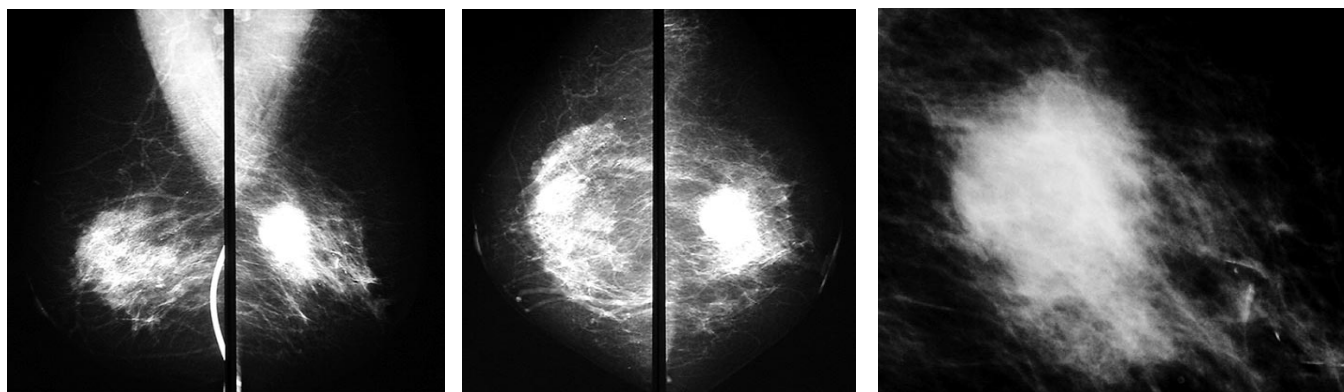
El principal diagnóstico diferencial es con el carcinoma papilar. Ambas lesiones son clínica y macroscópicamente indistinguibles y el diagnóstico depende principalmente de la correlación clínica, imagenológica e histopatológica.

Presentación de la paciente

Femenino de 77 años, que ingresó para marcaje de microcalcificaciones de mama derecha por estereotaxia. Presenta además tumoración en CSE izquierdo, con bordes mal definidos, sin calcificaciones asociadas, catalogada como BIRADS V. Presentó secreción serosa por el pezón izquierdo seis meses previo a su ingreso en una ocasión, asociada a nódulo palpable, doloroso, que no mostró cambios hasta su ingreso. E.F. de mama: Nódulo en CSE izquierdo, móvil, ligeramente doloroso, con cambios en la coloración de la piel. Adenomegalias negativas.

Abstract

Intraductal papillomas are a common cause of nipple discharge. The diagnosis is usually incidental. In most cases papillomas are solitary lesions localized in the subareolar region inside a principal duct. Occasionally they can appear as multiple lesions found in the periphery ducts. Its presence indicates a higher risk of 1 to 2 times of developing breast cancer than a woman with no pathology. Intraductal papillomas are localized inside the duct, and extend throughout the lumen longitudinally. The rest of the duct may dilate and form a cystic structure which ori-



Figuras No. 1a, 1b, 1c. Mastografía: Proyecciones oblicua medio-lateral, cefalo-caudal izquierdas y magnificación del cuadrante superior y externo donde se observa tumoración de bordes lobulados, mal definidos, sin retracción del tejido adyacente ni calcificaciones asociadas. Se demuestra un ganglio axilar de características benignas.

Mastografía digital y US de mama con presencia de tumoración de bordes mal definidos, oscurecidos por el tejido adyacente, sin retracción del tejido mamario ni calcificaciones asociadas, localizada en CSE izquierdo. Ganglios axilares de aspecto normal. (Figs. 1a, 1b, 1c).

El US mostró lesión sólida intraquística, que desplaza el tejido adyacente y que a la aplicación de Doppler color muestra flujo intralesional, de 20x17mm de diámetro en CSE izquierdo. No se demostró ectasia ductal distal. Región axilar izquierda con presencia de ganglio de aspecto normal. Esta lesión fue extirpada quirúrgicamente, con diagnóstico histopatológico de PI intraquístico. (Fig 2a, 2b, 2c, 2d).

Conclusión

Los PI son lesiones raras y generalmente son hallazgos incidentales, cuando se realiza una biopsia por otra patología. La presentación intraquística es poco frecuente y aún menor las lesiones mayores de un centímetro; los PI periféricos son múltiples y se presentan con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, mientras que los solitarios son más comunes en mujeres peri o posmenopáusicas. Sus hallazgos radiológicos tanto por mastografía como por ultrasonido, son indistinguibles del carcinoma papilar intraquístico; por ende, la necesidad de corroboración histopatológica. (Fig 3).

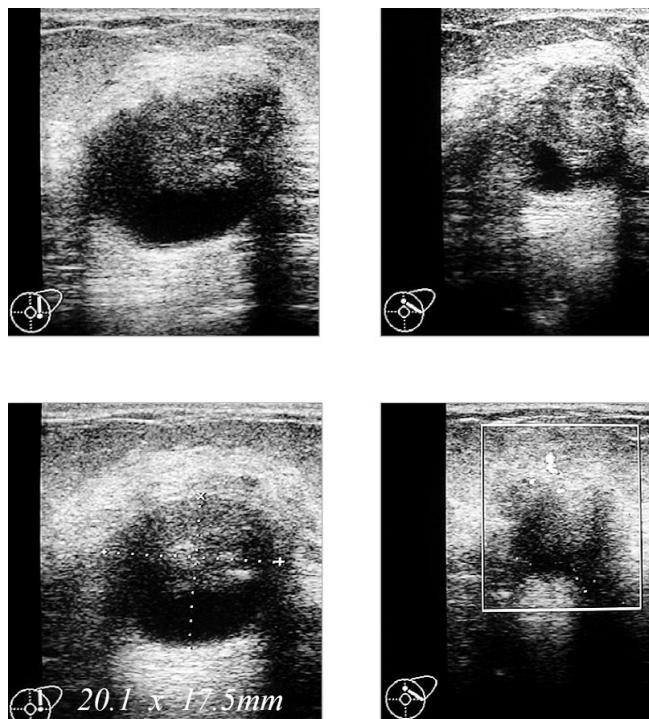


Figura No. 2. Ultrasonido: Se demuestra lesión quística, con un componente sólido, irregular, heterogénea, que desplaza el tejido adyacente. A la aplicación del Doppler muestra importante vascularidad intralesional que podría corresponder con el pedículo vascular del papiloma. No se demuestra dilatación de ductos adyacentes.

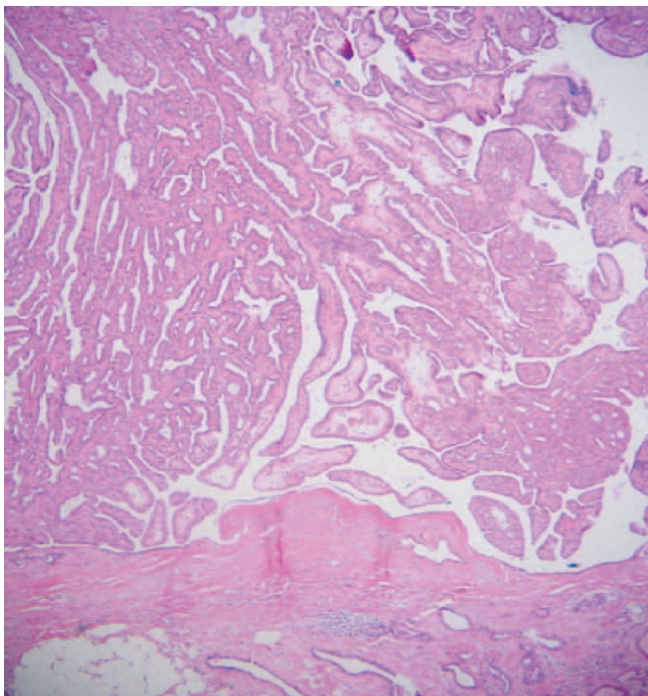


Figura No. 3. Histopatología: Papiloma Intraquistico. Proliferación epitelial en monocapa, papiliforme, que reviste ejes fibrovasculares bien definidos

ginates an intracystic papilloma which is a less frequent presentation.

By mammography, the vast majority are not visualized because the papilloma is inside the duct. Occasionally they will appear as a well defined, lobulated mass that can be differentiated from other lobulated masses. Its location is predominantly in the anterior portion of the breast and sometimes are found inside a cyst which is identified by mammography. Solitary papillomas of the principal ducts rarely calcify, although after bleeding calcifications may be visualized.

When they are big enough to be seen by ultrasound, a solid, hypoechoic and usually lobulated mass will be seen inside a duct. They are considered low risk lesions, although atypical cells or carcinoma in situ may develop from a papilloma and they may coexist.

By histology, a fibrovascular center is visualized which grows inward with a tree-like configuration. The principal differential diagnosis is with papillary carcinoma. Both lesions are clinically and mammographically indistinguishable. The diagnosis then depends on the clinical, imaging and pathological correlation.

Referencias

1. Solorzano CC MD, Middleton LP MD. Treatment and outcome of patients with intracystic papillary carcinoma of the breast. *American Journal of Surgery* 2002; 4:184.
2. Falkenberg SS MD, FACOG, FACS Nipple Discharge. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2002; 1:29.
3. Guenin MA MD. Benign Intraductal Papilloma: Diagnosis and Removal at Stereotactic Vacuum - assisted Directional Biopsy Guided by Galactography. *Radiology* 2001;218: 576 - 579.
4. Kopans DB MD. *La Mama en Imagen*. Marban 2ed., 1999; 516-521.
5. Neinstein LS MD. Breast disease in adolescents and young women. *Pediatric Clinics of North America* 1999; 3: 46.
6. Yeh ED, Keel SB; Slanetz PJ. Intraductal papilloma of the breast. *American Journal of Roentgenology* 1999; 4: 936.
7. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL: Robbins pathologic basis of the disease. 5th edition. Philadelphia, W.B. Saunders, 1994; 1099.
8. Cardenosa G, Eklund GW. Benign papillary neoplasms of the breast: mammographic findings. *Radiology* 1991; 181: 751-755.