

Papilomatosis Múltiple. Entidad precursora del Cáncer de Mama.

Elena Puerta Polo, Ernesto Hernando Almudi., Jose Ramón Oliver Guillén, Cristina Vallejo Bernad, Estefanía Laviano Martín, Helga Kristina Kalviainen, Carmen Casamayor Franco. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Caso Clínico:

Se presenta el caso clínico de una paciente de 38 años que presentaba un nódulo palpable de unos 2 cm de diámetro en la región de los intercuadrantes externos de la mama izquierda. Se realizó una Ecografía mamaria, donde se hallaron 3 nódulos de 16, 10 y 10mm. La biopsia con aguja gruesa (BAG) del nódulo de mayor tamaño mostró un carcinoma papilar intraquístico. Se realizó una Resonancia Magnética Nuclear (RMN), que informó de un carcinoma papilar intraquístico T2N0M0 asociado a papilomatosis múltiple, que en conjunto supone un área de 8x4x4cm. Se realizó una cirugía conservadora de la mama izquierda junto con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), siendo ésta negativa. Debido a la afectación de los márgenes de resección se realizó posteriormente mastectomía ahorradora de piel y reconstrucción inmediata con expansor. Posteriormente, se realizó recambio del mismo por una prótesis y mastopexia derecha. La paciente presentó buena evolución tras las intervenciones, encontrándose actualmente libre de enfermedad.

Discusión:

Las lesiones papilares malignas de la mama incluyen el carcinoma ductal *in situ* que tiene como origen un papiloma, carcinoma intraquístico o encapsulado, carcinoma papilar sólido y carcinoma papilar invasivo. Habitualmente los papilomas asocian adenosis e hiperplasia ductal.

Se define la PM como la presencia de al menos cinco papilomas dentro de un segmento de tejido mamario o de su presencia en al menos dos bloques consecutivos de la pieza quirúrgica. La localización más frecuente es periférica y se suele presentar como nódulo o masa palpable en pacientes jóvenes (edad media 55 años).

Se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de mama. Con frecuencia asocian hiperplasia ductal atípica, carcinomas *in situ* (26-40%) o carcinomas ductales infiltrantes (4,3%).

Están indicadas para el diagnóstico radiológico la realización de ecografía mamaria, mamografía, ductografía y RMN. Esta última además ofrece información acerca del área afecta, lo que ayuda a planificar la posterior intervención. Sin embargo, la confirmación diagnóstica es anatomopatológica.

Actualmente no hay consenso respecto al tratamiento de la PM sin lesión maligna demostrada por biopsia, pudiéndose llevar a cabo observación y seguimiento. Sin embargo, el riesgo de presentar una neoplasia hace recomendable el tratamiento quirúrgico de estas lesiones, junto con un seguimiento clínico y radiológico.

Conclusiones:

El diagnóstico de sospecha se establece con los datos clínicos y radiológicos. La confirmación diagnóstica es anatomopatológica. Con frecuencia se asocia a la presencia de lesiones premalignas y se considera un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma papilar invasivo, por lo que resección quirúrgica es el tratamiento de elección.