

## NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Cambios con respecto a versión previa:

- Modificación a formato nuevo.
- Papel de la biopsia con aguja gruesa (BAG) y biopsia asistida por vacío (BAV) en el diagnóstico y tratamiento.
- Diagnóstico diferencial de los procesos papilares.

## INDICE

1. Concepto.
2. Clasificación.
3. Clínica.
4. Diagnóstico.
5. Tratamiento.
6. Diagnóstico diferencial de lesiones papilares.

## 1. CONCEPTO

El papiloma intraductal es un tipo de tumor fibrovascular polipoide, cubierto de epitelio ductal sin atipias que se origina en los grandes conductos galactóforos. Aparece en las 3-4ª década de la vida y son la causa más frecuente de telorrea o secreción hemática por el pezón. Representan el 1,5% de la patología mamaria.

## 2. CLASIFICACIÓN

Se clasifican en:

- **Papiloma único:** suelen medir entre 4-5mm, se observan con más frecuencia en mujeres de entre 30-50 años y se localizan cercanos al pezón. Es considerado una lesión benigna.
- **Papilomas múltiples:** suelen aparecer en pacientes más jóvenes, se asocian a menor telorrea y suelen ser periféricos y bilaterales. Tienen potencial de malignización.

## 3. CLÍNICA

Cursan con la siguiente clínica:

- Secreción hemática, serosa o serohemática por el pezón, generalmente espontánea, unilateral y uniorificial. Presente hasta en el 80% de los casos.
- Sensación de plenitud bajo el pezón aliviada con la salida del contenido.
- A la exploración lo habitual es no palpar ninguna tumoración, al ser de escasos milímetros y de consistencia blanda. Es conveniente hacer presión con un dedo alrededor de la areola para localizar el punto a cuya presión fluye sangre y localizar así la zona donde se encuentra el papiloma.

#### 4. DIAGNÓSTICO

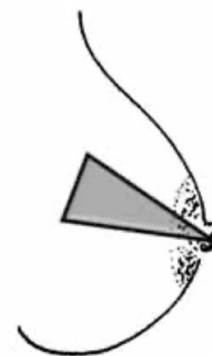
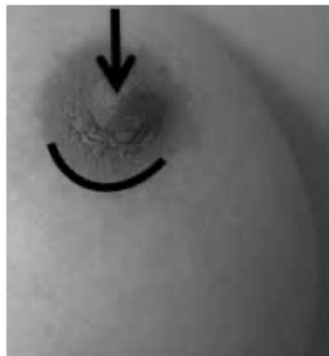
Los métodos diagnósticos disponibles son los siguientes:

- **Mamografía y/o ecografía:** son imprescindibles ante la aparición de telorrea unilateral y uniorifical para descartar la presencia de malignidad. La **prueba de elección** es la **ecografía**.
- **Biopsia Asistida por Vacío (BAV):** está indicada si la lesión es visible por ecografía y sintomática. Se realiza de forma ecoguiada y se recomienda dejar un marcador metálico por si apareciera algún hallazgo patológico inesperado y hubiera que volver a intervenir para completar cirugía. El objetivo principal es diagnóstico, pero si la lesión se extirpa en su totalidad y el resultado es concordante con benignidad se considera también terapéutico.
- **Biopsia con Aguja Gruesa (BAG):** utilidad diagnóstica.
- **Citología** (opcional): se extraen muestras de la secreción por expresión de la mama y se extiende en un porta. Se puede observar la presencia de histiocitos, leucocitos y células ductales.
- **Galactografía** (menos utilizada hoy en día): es la impresión en una placa radiográfica después de la inyección de contraste en un galactóforo o a través del pezón. La imagen típica que se obtiene es la falta de repleción del conducto por la obstrucción debido a la presencia del papiloma. Si no se puede identificar el orificio de salida de la secreción puede ser difícil la inyección del contraste. Puede servir para marcar la lesión con un marcador o un arpón y así facilitar la extirpación quirúrgica.
- **Ductoscopia** (no disponible en nuestro centro): visualización directa endoscópica del conducto, especial utilidad tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.
- **Biopsia escisional (estudio histológico):** imprescindible para el diagnóstico de certeza y en muchos casos, tratamiento definitivo. El papiloma intraductal es difícil de diferenciar del carcinoma papilar, especialmente en un corte congelado.

#### 5. TRATAMIENTO

Dos vías de tratamiento en casos de papilomas únicos.

- **Tratamiento quirúrgico.** Al ser la mayoría de las lesiones no palpables, hay que marcarlos previamente con semilla o arpón. Se debe realizar una incisión areolar amplia y extirpar un fragmento de mama que incluya el conducto galactóforo afecto (forma de cuña retroareolar).



## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Papiloma intraductal

- **Tratamiento con Biopsia Asistida por Vacío (BAV):** extirpación percutánea de papilomas intraductales únicos y de pequeño tamaño.

### Otras consideraciones:

En casos de papilomas múltiples se requiere de una exéresis amplia.

En pacientes asintomáticas con hallazgo incidental de una lesión única se puede considerar el seguimiento en lugar de la cirugía.

El índice de recidiva de los papilomas se calcula en un 10% y la frecuencia de malignización en un 5,2%, esto último está relacionado con la presencia de atipias de las células epiteliales en la biopsia.

## 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES PAPILARES

Los procesos papilares se clasifican en:

- Papiloma o papilomatosis intraductal como una lesión epitelial homogénea con grados variables de hiperplasia intraductal **sin** atipia.
- Papiloma atípico cuando la lesión papilar muestra áreas de neoplasia ductal intraepitelial tipo 1 con atipia nuclear grado 1 en menos de un tercio de la lesión.
- Carcinoma papilar intraductal cuando se encuentra neoplasia ductal intraepitelial tipo 1, 2 o 3 en al menos un tercio, pero en menos del 90% de la extensión de la lesión.

## 7. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Concordancia entre diagnóstico clínico con pieza definitiva de AP	% concordancia	Diraya	>90%
Concordancia entre diagnóstico con pruebas radiológicas con pieza definitiva de AP	% concordancia	Diraya	>90%

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. (2019). *Manual de práctica clínica en senología*. SESPM. <https://sespm.es>

Autores	Dra. Pérez Herrezuelo, Dra. Bravo Shuira		
Fecha elaboración	08/05/2025	Vigencia	08/05/2028