

Fibroadenoma gigante de mama de tipo juvenil y adulto

J. L. Puente Domínguez*,
 J. P. Paredes Cotore**,
 F. Barreiro Morandeira**,
 M. García García**,
 M. Cainzos
 Fernández***,
 F. Rodríguez-Segade
 Villamarín**,
 J. Potel Lesquereux*

SUMMARY

Giant fibrous adenoma of the breast is a relatively unknown entity which is often diagnosed as cystosarcoma phyllodes. It affects both young women and adults alike. The object of this paper is to present the group series treated by the authors, which consisted of 14 patients aged between 17 and 62 (average 29.5).

The most noteworthy feature is the lengthy evolution of the symptoms, of which the main one is a large, painless mammary tumour. Treatment consists of the simple removal of the tumour. In order to consider a fibrous adenoma as giant we have taken a minimum diameter of 6 centimeters.

The histological structure of this type of fibro-adenoma is discussed, which according to various sources is similar to that of the common fibro-adenoma. The discriminatory diagnosis must be made with the cystosarcoma phyllodes, although in many cases it is very difficult to establish the exact nature of the lesion.

Palabras clave

Fibroadenoma gigante, Mama, Cistosarcoma phyllodes.

Key words

Giant fibrous adenoma, Mama, Cystosarcoma phyllodes.

* Catedrático.
 ** Adjunto clínico.
 *** Profesor titular.
 Servicio de Cirugía General y del
 Aparato Digestivo.
 Hospital General de Galicia.
 Facultad de Medicina.
 Universidad de Santiago de
 Compostela.

Dr. J. P. Paredes Cotore.
 Avda. de La Coruña, 6, 3-A.
 15706 Santiago de Compostela
 (La Coruña).

INTRODUCCION

El fibroadenoma gigante o masivo de mama es poco conocido porque a menudo pasa desapercibido al ser diagnosticado de cistosarcoma phyllodes.¹

Su estudio nos parece interesante por el diagnóstico diferencial con el mencionado cistosarcoma phyllodes, y por su presentación no sólo en adolescentes, sino también en mujeres adultas.

El objeto de este trabajo es presentar nuestra serie personal y analizar sus características histológicas para conocer si es una entidad clinicopatológica propia como refieren algunos autores.²

MATERIAL Y METODOS

Se han revisado las historias clínicas correspondientes a fibroadenoma gigante de mama tratadas por uno

de los autores a lo largo de 30 años de ejercicio profesional, pertenecientes al hospital Clínico de Santiago y a la clínica privada.

El diagnóstico se ha basado en la historia clínica, exploración física, punción-citología con aguja fina y examen histológico de la tumoración. La mamografía, considerando la corta edad de varias pacientes, no fue practicada en todos los casos.

RESULTADOS

Esta serie comprende un total de 14 pacientes, con una edad media de 29,5 años (intervalo 17-62). El tiempo medio de evolución antes de la consulta ha sido de 4,5 años, con un intervalo de 15 días y 20 años (tabla I).

En todas las enfermas el síntoma principal lo constituye la presencia de una tumoración en la mama, que

TABLA I
DATOS CLINICOS

Edad	Diámetro (cm)	Evolución
21	7 x 6	1 año
25	8 x 7	Meses
36	10 x 6	15 años
62	6 x 4	Años
20	8 x 6	Meses
50	20 x 15	1 año
19	6 x 5	2 meses
38	10 x 10	1 mes
33	7 x 6	1 año
31	7 x 4	20 meses
17	8 x 5	20 años
17	7 x 4	2 años
23	6 x 5	2 semanas
21	7 x 5	5 años



Fig. 1. Xerografía (proyección lateral) en la que se aprecia una masa uniformemente densa, de contornos bien dibujados, formada por 2 grandes nódulos y otros más pequeños. El diagnóstico es de tumoración benigna.

habitualmente es descubierta por la propia paciente, y que suele ser indolora (13 casos). En 1 caso el tumor era doloroso y en 7 hubo crecimiento relativamente rápido.

En la exploración física existía una tumoración mamaria bien delimitada, redondeada y móvil dentro de la glándula. La mamografía (fig. 1) y la punción-citología con aguja fina (figs. 2 y 3) apoyan la sospecha clínica de benignidad.

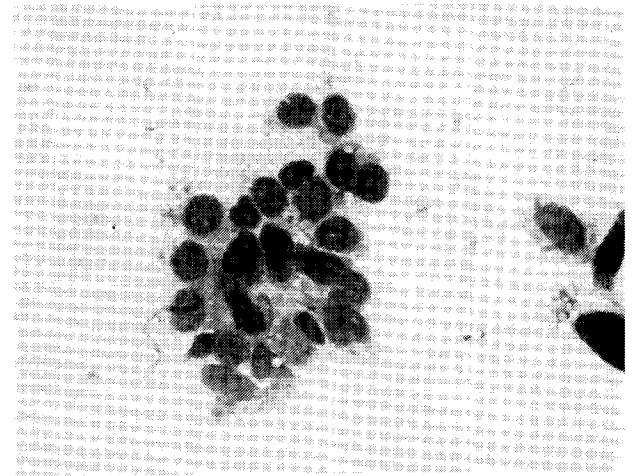


Fig. 2. Citología de un fibroadenoma gigante practicada con aguja fina. Tinción de Papanicolaou en la que se aprecia una placa de células ductales con anisocariosis hipocromasia y algunos núcleos con macronucleolos (600 X).

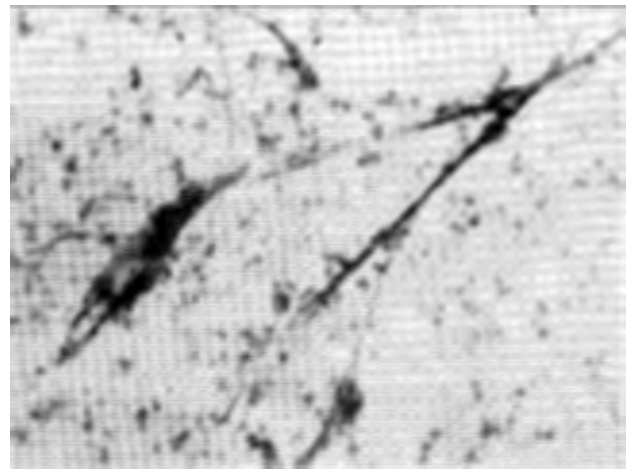


Fig. 3. Citología. Tinción con H-E (600 X). Se observan numerosas fibras de colágeno con fibrocitos adosados a las mismas. Ovillo de fibras colágenas muy características de los fibroadenomas gigantes y de los citosarcomas phyllodes.

En una paciente, debido al gran tamaño de la lesión, que ocupaba la práctica totalidad de la mama, se realizó una mastectomía simple. En las restantes se practicó la extirpación simple de la tumoración. No hubo recidivas.

Observado durante el curso de la operación el aspecto exterior del tumor varía ligeramente de unas enfermas a otras. En 8 casos la lesión estaba bien delimitada del parénquima circundante, con una pseudocápsula que la demarcaba regularmente. Sin embargo, en 6 pacientes los límites no eran tan precisos, existiendo incluso pequeñas prolongaciones carnosas digitiformes hacia el tejido vecino. En 3 casos la delimitación sólo era nitida en una semiesfera del tumor, siendo preciso tallar con el bisturí la restante para separarla del tejido mamario. Una vez extirpados, todos los tumores eran esféricos o ligeramente alargados, con límites siempre superiores a los 6 cm. Tenían aspecto nodular, con nódulos de diferente tamaño y consistencia. En todos los casos encontramos profundas hendiduras o grietas en la superficie exterior del tumor, mucho más acusadas que las del fibroadenoma común (fig. 4). En 3 casos vimos pequeños quistes periféricos que incluso se rompieron en el curso de la intervención. En otras 3 enfermas observamos exteriormente un aspecto muy carnoso con múltiples proyecciones como polipillos que vistas con lupa estereoscópica tienen un aspecto muy característico (figs. 5 y 6).

Al cortar el tumor por su plano medio se confirma la nodularidad y las grandes grietas o hendiduras, y en ocasiones pequeños quistes llenos de líquido claro.

Microscópicamente, la mayor parte de los casos presentaron lo que algunos patólogos llaman «patrón phy-



Fig. 4. Aspecto macroscópico de un fibroadenoma gigante.

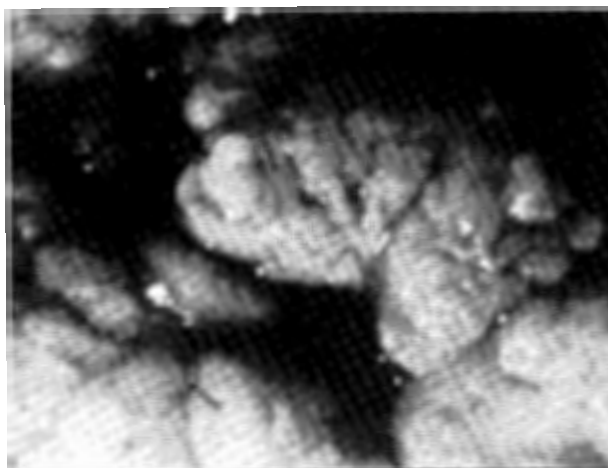


Fig. 5. Fotografía de la superficie de un fibroadenoma gigante recién extirpado obtenida mediante microscopio estereoscópico (10 X e iluminación incidente con haz halógeno). Se observan grandes grietas y hendiduras y otras más pequeñas que ocupan la totalidad de la superficie tumoral. Existen numerosas proyecciones digitiformes y pseudopapilares que dan un aspecto típico a estos tumores.

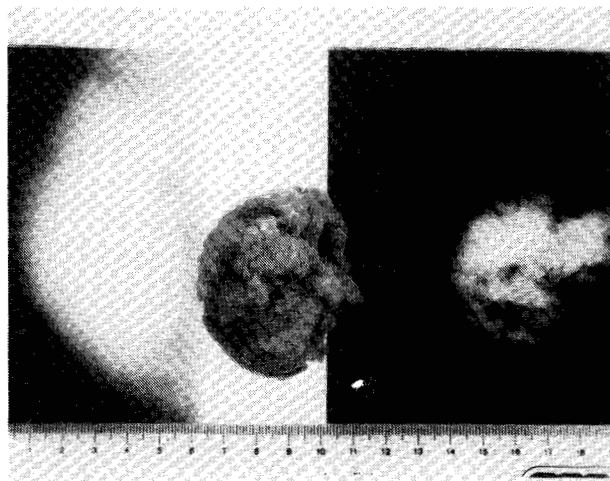


Fig. 6. Pieza de fibroadenoma gigante recién extirpado. A la izquierda, la mamografía. A la derecha, radiografía de la pieza operatoria.

lodes», es decir, amplias y largas endiduras revestidas por epitelio cúbico (fig. 7). Ocasionalmente se proyectaban en el interior de las mismas pequeñas prolongaciones de variada morfología. Asimismo existían dentro de tales hendiduras dilataciones quísticas revestidas por epitelio normal.

El estroma presentaba celularidad aumentada con respecto a la de los fibroadenomas más ordinarios, si



Fig. 7. Corte histológico (H-E 120 X). Se ven hendiduras profundas revestidas por un epitelio cúbico de tipo ductal. Hay pequeños microquistes y largos surcos con revestimiento epitelial normal. Moderada celularidad conjuntiva. Los fibroblastos se disponen según un patrón irregular y no en capas concéntricas como en los fibroadenomas ordinarios.

bien los fibroblastos perdían su ordenación concéntrica alrededor de los conductos, disponiéndose de modo difuso.

Finalmente observamos que la mayoría de los fibroadenomas gigantes adoptaba el patrón intracanalicular y sólo 4 el pericanalicular.

DISCUSION

Con cierta frecuencia se han empleado como sinónimos los términos fibroadenoma gigante y cistosarcoma phyllodes, aunque en realidad se trata de dos enfermedades diferentes con una estructura histológica peculiar,³ si bien a veces la distinción clínica es muy difícil.⁴

Según Azzopardi,² las variaciones de las características estructurales de un fibroadenoma pueden causar difíciles problemas de interpretación.

Es un tumor raro, del que hay escasas publicaciones.³⁻⁵ En el tratado de Haagensen⁴ sólo se describen 7 casos.

Aparece en la pubertad o poco después,^{2,4} de ahí el calificativo de juvenil que se añade a su denominación.⁴ Se han descrito casos incluso a los 10 y 11 años.^{6,7}

Seis de nuestras enfermas, sin embargo, tienen más de 30 años.

Es más frecuente en la raza negra⁶ y en la china.²

Clinicamente el fibroadenoma se presenta como una tumoración mamaria grande.⁸ El fibroadenoma común no suele crecer más allá de 3 ó 5 cm.^{3,9,10} Son diferentes los límites mínimos considerados por los distintos autores para incluir a un fibroadenoma dentro de esta categoría: Uriburu⁹ 7-8 cm; Haagensen,⁴ 10-20; Azzopardi,² 12-18, y Gallager,⁸ más de 10. Nosotros hemos considerado un diámetro mínimo de 6 cm. La lesión está bien delimitada, es redonda u oval.^{4,11} La tumoración es de consistencia firme, móvil e indolora, aunque puede provocar molestias por su peso excesivo.^{1,5,6} No hay alteraciones del pezón,⁵ y el tumor no está adherido a la piel, si bien ésta puede aparecer tensa con venas dilatadas visibles. La areola puede estar distendida.¹¹

Es característico su rápido crecimiento en un corto periodo de tiempo, duplicando o triplicando el volumen de la mama y causando asimetría.^{7-8,11} Este tipo de fibroadenoma normalmente es solitario, pero puede ser múltiple y bilateral,^{4,6} o coexistir con un fibroadenoma común en la mama opuesta.² Nunca se producen metástasis.⁴

Macroscópicamente es un tumor encapsulado,⁴⁻⁶ de superficie lisa,⁵ de color blancogrisáceo o amarillento,⁶ ocasionalmente multilobulado y cuya superficie de corte suele tener un aspecto carnoso y protuir.⁷ En ella se ven anchas trabéculas fibrosas extendiéndose hacia la cápsula.⁶ El tamaño es siempre considerable, y se han descrito casos de hasta 30 cm,⁵ aunque algunos autores, basándose en el examen histológico, han incluido en este tipo fibroadenomas de tan sólo 3 cm de diámetro.⁷ Los casos de nuestra serie oscilan entre los 6 y 20 cm. En 3 de nuestras enfermas la delimitación entre el tejido mamario vecino y el fibroadenoma no era nitida en parte del tumor. Esto es muy importante para el cirujano porque en tales situaciones puede creer que se halla frente a un cistosarcoma phyllodes que exige la extirpación de un amplio margen de tejido sano a su alrededor.

La estructura histológica del tipo gigante es para unos autores la de un fibroadenoma común,⁴ mientras que para otros corresponde a la de un fibroadenoma pericanalicular con un estroma muy rico en células.⁷ Según Azzopardi,² sólo el 7% de los fibroadenomas de las adolescentes tienen tales características, denominándose «juvenil» a este subtipo.

La etiología es desconocida, siendo probable que dependa de una excesiva estimulación estrogénica.^{1,3,7}

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cistosarcoma phyllodes y la hipertrofia virginal masiva.^{1,3,7,9,12} Este último proceso, en nuestra opinión no se debe prestar a confusión con el fibroadenoma gigante porque afecta a la totalidad de la mama, sin que en la misma se perciba una tumoración distinta, y por otro lado, la estructura histológica es la del tejido mamario normal. Según Haagensen,⁴ estos fibroadenomas tienen una celularidad más pobre que los cistosarcomas, pero esta diferencia no es absoluta y en ocasiones es muy difícil para el patólogo poder discernir entre ambas enfermedades. Azzopardi² mantiene defender una categoría «borderline» para estos casos difíciles. Nosotros hemos tenido oportunidad de tratar a una paciente de 41 años con una tumoración de 3 cm de diámetro cuyo estudio histológico no permitió discernir entre los mencionados diagnósticos. Por este motivo, Bässler¹³ separa dentro del grupo de fibroadenomas una forma que llama «fibroadenoma phyllodes» por presentar como principal característica grandes grietas o hendiduras, y por eso también lo denomina «spaltenadenom» (spalten en alemán significa grieta o hendidura). En otra de nuestras enfermas, un fibroadenoma de 8 cm evolucionó al cabo de 20 años a un cistosarcoma phy-

lodes. Tal transformación es posible en caso de tumoraciones de larga evolución que bruscamente aumentan de tamaño.⁸

El tratamiento consiste en la excisión simple y completa del tumor,^{1-3,6} la cual suele ser fácil al existir un buen plano de disección.⁵ Ocasionalmente, debido al gran tamaño del tumor, es preciso realizar la reconstrucción plástica de la mama.^{5,8} Algún caso ha sido tratado con mastectomía simple y reimplantación de la areola y pezón.⁷

RESUMEN

El fibroadenoma gigante de mama es una entidad poco conocida que a menudo es diagnosticada como cistosarcoma phyllodes. Afecta no sólo a mujeres jóvenes, sino también a adultas. El objeto de este trabajo es presentar la serie tratada por los autores, que comprende 14 pacientes con edades entre 17 y 62 años (media, 29,5). Destaca una larga evolución de los síntomas, el principal de los cuales es una tumoración mamaria grande e indolora. El tratamiento consiste en la extirpación simple de la tumoración. Para considerar como gigante un fibroadenoma hemos fijado un diámetro mínimo de 6 cm.

Es discutida la estructura histológica de este tipo de fibroadenomas, siendo similar según algunos a la del fibroadenoma común. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cistosarcoma phyllodes, siendo muy difícil en algunos casos establecer la verdadera naturaleza de la lesión.

REFERENCIAS

1. Márquez-Sarraga RR, Menéndez A, Figueroa I. Giant fibroadenoma in an adolescent Puerto Rican female. *Bol Asoc Med P R* 1986; 78 (7): 293-5.
2. Azzopardi JG. *Problems in breast pathology*. W B Saunders Company. London 1979. P. 46.
3. Wulsin JH. Large breast tumors in adolescent females. *Ann Surg* 1960; 152: 151-9.
4. Haagensen CD. *Diseases of the breast*. W B Saunders Company. Philadelphia 1986; p. 269.
5. Fernández Villoria JM. Fibroadenoma gigante de mama (nota previa). *Cir Esp* 1971; 25 (2): 124-36.
6. Ashikari R, Farrow JH, O'Hara J. Fibroadenomas in the breast of juveniles. *Surg Ginecol Obstet* 1971; 132: 259-62.
7. Giardina C, Caruso G, De Benedictis G. Il fibroadenoma giovanile della marmella. *Pathologica* 1984; 76 (1045): 573-84.
8. Gallager HS, Leis HP, Snyderman R, Urban JA. *The breast*. The CV Mosby Company. Saint Louis 1978; p. 504.
9. Uriburu J. *La mama*. Libreros López Editores. Buenos Aires 1977; p. 575.
10. Rosai J. Ackerman. *Patología quirúrgica*. Panamericana. Buenos Aires 1983; p. 1121.
11. Farrow JH, Ashikari H. Lesiones mamarias en muchachas jóvenes. *Clin Quir Norteam* 1969; abril: 261-9.
12. Jordal K, Sorensen B. Giant fibroadenoma of the breast. Report of two cases, one treated with mammoplasty. *Acta Chir Scand* 1961; 122: 147-5.
13. Bässler R. *Pathologie der Brustdrüse*. Springer-Verlag Berlin 1978; p. 360.