

R. Rezola\*,  
J. A. Alberro\*\*,  
I. Arias-Camisión\*,  
F. Cojo\*\*\*

# Adenolipoma gigante calcificado de mama

## Giant breast adenolipoma with intraductal calcification

### SUMMARY

*We report a new case of giant breast adenolipoma, in a menopausal woman, showing large intraductal calcification. This finding has not been described previously in the literature reviewed. The clinical, radiological and pathological features are described, followed by a short comment about its classification among mammary hamartomas.*

\* Servicio de Anatomía Patológica.  
\*\* Servicio de Cirugía.  
\*\*\* Servicio de Radiología.  
Instituto Oncológico

Correspondencia:  
R. Rezola Solau.  
Servicio de Anatomía Patológica.  
Instituto Oncológico.  
Alto de Aldakoenea, 44.  
20012 San Sebastián.

*Palabras clave*  
*Neoplasia de mama, Adenolipoma, Hamartoma, Calcificación.*

*Key words*  
*Breast neoplasms, Adenolipoma, Hamartoma, Calcification.*

### INTRODUCCION

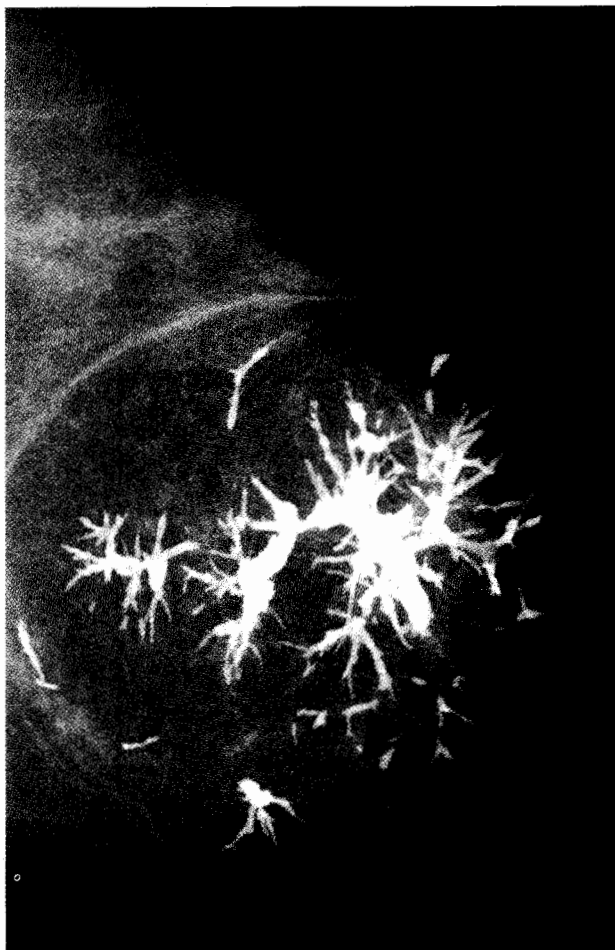
El adenolipoma mamario consiste en un nódulo bien circunscrito constituido por tejido adiposo entremezclado con conductos y lobulillos, que fue definido por Spalding en 1945,<sup>1</sup> aunque la primera descripción corresponde a Besgouin hacia 1892.<sup>2</sup> En 1971, Arrigoni et al.<sup>3</sup> acuñaron el término hamartoma mamario definiendo las características e incluyeron entre ellos a los adenolipomas por la presencia de conductos mamarios.

Pueden ocurrir a cualquier edad, incluso en adolescentes.<sup>1, 4, 5</sup> Clínicamente se manifiestan por una masa de crecimiento progresivo, a veces con años de evolución. Mamográficamente consisten en una lesión bien delimitada de densidad fibroadiposa variable, si bien pueden presentarse variaciones, desde la ausencia de imagen radiológica hasta la sospecha de carcinoma.<sup>6</sup> No tienen preferencia en su localización y el tamaño oscila entre 1 y 24 cm de diámetro máximo.<sup>1, 5, 6</sup> El diagnóstico histopatológico será definitivo, mostrando una tumoración con una fina cápsula, conteniendo tejido adiposo junto a conductos y lobulillos citológicamente normales de distribución irregular. La actitud terapéutica puede ser expectante o excisión completa.

Presentamos un nuevo caso de adenolipoma gigante de mama, con la particularidad de mostrar una extensa calcificación, hallazgo extraordinariamente raro. Revisamos las características clinicopatológicas comparándolas con otras descripciones publicadas, los diagnósticos diferenciales y hacemos un breve comentario sobre su inclusión en los hamartomas mamarios y no en los lipomas.

### CASO CLINICO

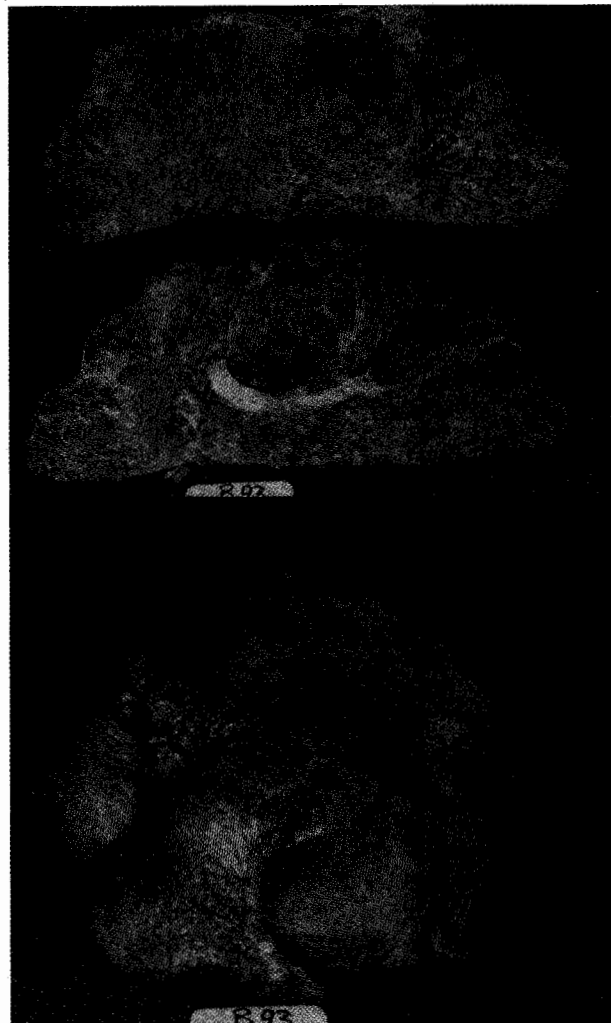
Mujer de 66 años de edad, con historia de menarquía a los 17 años y menopausia con 53, que tuvo un embarazo y parto normal a los 39 años, con lactancia artificial, sin otros antecedentes personales de interés. Presentaba una nodulación, no dolorosa, en mama izquierda, que había ido aumentando progresivamente de tamaño desde hacía 10 años. A la inspección se apreciaba gran abultamiento de la mama que provocaba deformidad y espectacular asimetría respecto a la mama derecha. A la palpación estaba bien delimitada, móvil, no adherida a piel ni a planos profundos ni al resto del parénquima mamario. En su interior se apreciaban zonas longilíneas muy duras, de aspecto calcificado. Aunque afectaba a gran parte



**Fig. 1.** Imagen mamográfica mostrando la buena delimitación y la extensa calcificación de la tumoración.

de la mama, predominantemente se localizaba en cuadrante superointerno. No se palpaban adenopatías axilares ni supraclaviculares. La mama derecha no presentaba alteraciones. El resto de las exploraciones y pruebas analíticas complementarias mostraban valores dentro de los límites de la normalidad.

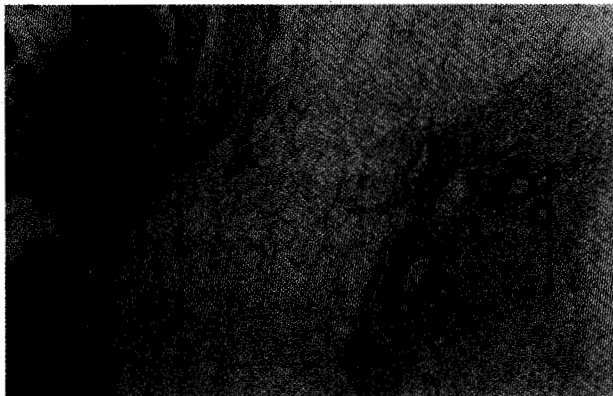
Se realizó mamografía bilateral con proyección craneocaudal y lateral. En ambas proyecciones se identificaba una gran masa de 12 cm de diámetro en mama izquierda (fig. 1), encapsulada, muy bien definida, radioluciente, de densidad grasa. Internamente se apreciaban calcificaciones longilíneas intragalactofóricas, que ocupaban la práctica totalidad de su extensión. Se diagnosticó de lesión benigna sugestiva de lipoma calcificado. Se realizó punción-aspira-



**Fig. 2.** Foto macroscópica que demuestra la encapsulación externa y al corte su aspecto adiposo con las calcificaciones.

ción con aguja fina, distinguiéndose numerosas células adiposas y algunas placas epiteliales sin atipias, con diagnóstico de negativo para células malignas, sugestivo de lipoma.

Se realizó una exéresis total, tras incisión quirúrgica en cuadrantes internos, periareolar, extirpándose una gran tumoración de aspecto graso, de fácil clivaje y separación atraumática (digital) del resto del parénquima. El postoperatorio no tuvo complicaciones y fue dada de alta al tercer día. Después de 14 meses de evolución la paciente continúa bien. Macroscópicamente (fig. 2), consistía en un fragmento irre-



**Fig. 3.** Microscópicamente se observa tejido adiposo maduro junto a componente ductolobulillar involutivo y extensa calcificación distrófica intraductal (x20) (hematoxilina-eosina).

gularmente ovoide de  $13 \times 12 \times 7$  cm, de 520 g de peso, de superficie encapsulada, polilobada, amarillenta. Al corte tenía aspecto adiposo con abundantes zonas blanco-amarillentas de calcificación. Microscópicamente se observaba una proliferación de adipocitos maduros sin atipias y grupos epiteliales, en ocasiones formando unidades lobulares y con cambios involutivos. Se reconocían numerosas áreas con calcificación distrófica, irregulares, rodeadas de tejido fibroso, en cuyos extremos se identificaban estructuras ductales dilatadas (fig. 3).

## DISCUSION

Los adenolipomas mamarios son lesiones muy raras. Oberman<sup>7</sup> cita una incidencia de 8 fibroadenolipomas entre 20.000 mamografías, siendo en general descritos como casos aislados o en series muy cortas. Como se ha señalado previamente, estos tumores pueden aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente entre la tercera-cuarta décadas.<sup>1, 4, 5</sup> Nuestra paciente tenía 66 años y era menopáusica. Durante años se ha considerado que los hamartomas mamarios tenían una etiología hormonal o al menos una influencia hormonal determinante, incluso llegando a considerarlos secundarios al embarazo o la lactación. Esto no se ha demostrado en los diferentes estudios publicados.<sup>2, 5, 6</sup> La paciente tuvo un embarazo y parto normales, con posterior lactancia artificial, hacía muchos años. Sin embargo, por el tiempo de evolución del tumor, su aparición pudo es-

tar relacionada con los trastornos hormonales menopáusicos. Fisher et al.<sup>5</sup> estudiando los receptores hormonales, tanto en citosol como por inmunohistoquímica, encuentran negatividad a los receptores estrogénicos en todos los casos estudiados, pero positividad a los receptores de progesterona en la mitad, lo que correlaciona con los hallazgos de la mama normal en mujeres premenopáusicas, como eran sus pacientes.

Mamográficamente era una masa bien circunscrita, como se describe habitualmente, que presentaba una marcada y extensa calcificación ramificante, microscópicamente intraductal. Hallazgo éste que no hemos visto descrito en la literatura revisada. Se trata de una calcificación grosera en disposición intraluminal, oscureciendo la pared ductal y de manera segmentada, lo que permite reconocer restos de epitelio ductal respetado. Solamente en una revisión de 11 hamartomas se describe un caso con microcalcificaciones intraacinares,<sup>2</sup> que planteó dificultades diagnósticas radiológicas, pero que no tienen ninguna similitud con las calcificaciones groseras descritas en nuestro caso. Carecemos de una clara explicación a este hecho, si bien pensamos que puede haberse producido por degeneración del contenido de la secreción glandular además de una evolución prolongada.

Los diagnósticos diferenciales se plantean con los lipomas que no deben presentar componente epitelial mamario como es el caso, igualmente con los liposarcomas que deberían tener lipoblastos malignos y que generalmente se dan en el contexto de un tumor filodes. Otra tumoración similar es el angioliipoma que muestra un componente vascular. El adenolipoma es de carácter benigno y su tratamiento puede ser expectante siempre que no ofrezca dudas diagnósticas u otros problemas. A la paciente se le practicó exéresis quirúrgica completa debido al gran tamaño de la masa.

En resumen, presentamos un adenolipoma calcificado gigante que es muy poco frecuente, que tiene una extensa calcificación ductal arborescente. La marcada presencia de tejido adiposo junto al componente glandular, así como su encapsulación, permite mantener el término de adenolipoma, pero su inclusión entre los hamartomas mamarios creemos que simplifica la terminología y explica además, en sentido estricto de la palabra, la patogenia de la lesión.

## RESUMEN

Se describe un nuevo caso de adenolipoma mamario gigante en una mujer menopáusica, que presenta una extensa calcificación intraductal, hallazgo no descrito en las publicaciones revisadas. Se presentan sus características clínicas, radiológicas y patológicas. Se comenta brevemente su clasificación dentro de los hamartomas mamarios.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Mertxe Argarate por su colaboración en la fotografía y a Larraitz Bajineta por su ayuda lingüística.

## REFERENCIAS

1. Fechner RE. Fibroadenoma and related lesions. En: Page DL, Anderson TJ. Diagnostic histopathology of the breast. Churchill Livingstone. Edimburgo, 1987; 72-85.
2. Gousset JF, Coindre JM, Dilhuydy MH. Hamartomes mammaires. A propos de onze cas. Revue de la litterature. Sem Hop Paris 1984; 60: 767-770.
3. Arrigoni MG, Dockerty MB, Judd ES. The identification and treatment of mammary hamartoma. Surg Gynecol Obstet 1971; 133: 577-582.
4. Haagensen CD. Diseases of the breast. Saunders Co, 3.<sup>a</sup> edición. Filadelfia, 1986; 335-336.
5. Fisher CJ, Hanby AM, Robinson LR, Millis RR. Mammary hamartoma - a review of 35 cases. Histopathology 1992; 20: 99-106.
6. Helvie MA, Adler DD, Rebner M, Oberman HA. Breast hamartomas: Variable mammographic appearance. Radiology 1989; 170: 417-421.
7. Oberman HA. Hamartomas and hamartoma variants of the breast. Sem Diagn Pathol 1989; 6: 135-145.