

I. Calvo,
C. Augusto,
P. Romero,
A. Lazo,
J. Sabaté,
A. López

Fibromatosis mamaria: hallazgos en mamografía y ecografía

Fibromatosis of the breast: mammographic and sonographic features

SUMMARY

Introduction: *Fibromatosis of the breast is an uncommon benign lesion, defined as a locally aggressive fibroblastic proliferation. Its etiology is not known. These lesions look like carcinomas both clinically and in mammography.*

Case report: *A 40 year old woman with a peripheric left-breast mass, not mobile. Previous cytologies were not diagnostic.*

Results: *Sonography: elliptic hypoechoic nodule, poorly defined, 21 x 20 mm, with posterior sound attenuation. No axillary adenopathy. High density and subtle spiculation in its contour in mammography.*

Conclusions: *Fibromatosis is extremely rare and can emulate carcinoma radiologically. The deep situation of the lesion, lack of axillary nodules and microcalcifications suggest diagnosis. Biopsy is elective.*

Servicio de Radiología.
Hospital Universitario
Virgen de Valme. Sevilla.

Correspondencia:

I. Calvo.
Servicio de Radiología.
Hospital Universitario
Virgen de Valme.
Carretera de Cádiz, s/n.
41014 Sevilla.

Palabras clave

Fibromatosis mamaria, Desmoide extraabdominal, Nódulo mamario, Senografía, Ecografía.

Key words

Fibromatosis of the breast, Extra-abdominal desmoid, Breast nodule, Sonography.

INTRODUCCIÓN

La fibromatosis o desmoide extraabdominal consiste en una proliferación fibroblástica localmente agresiva, pero no metastatizante, que tanto clínicamente como radiológicamente puede simular carcinoma.¹⁻⁶

Su etiología es desconocida, aunque se han descrito casos después de traumatismos⁵ o en asociación a enfermedades de tipo genético como el síndrome de Gardner o la fibromatosis multicéntrica familiar.⁸ No parece estar en relación con la gestación como ocurre con la fibromatosis de la pared abdominal.^{1,3}

Se trata de una entidad infrecuente con una incidencia estimada menor del 0,2% entre todas las lesiones primarias de la mama.⁹ Según la bibliografía consultada tan sólo se han descrito sus características seno-

gráficas en 11 ocasiones y ecográficas en tres, siendo sugestivas de malignidad en ambos casos.¹⁻⁹

Se presenta generalmente como una masa firme, de tamaño variable, no dolorosa, mal definida, que puede provocar retracción del pezón o de la piel adyacente debido a la contracción del tejido fibroso y no a reacción desmoplásica como ocurre en el carcinoma.^{1,5}

Afecta a mujeres con edades comprendidas entre los 14 y 80 años. Suele ser unilateral, aunque hay seis casos descritos de presentación bilateral.^{1,3,9}

El diagnóstico correcto pocas veces se sospecha de forma preoperatoria. En la senografía se presentan como masas mal definidas, a veces con márgenes espiculados, situadas en planos profundos y asociadas a engrosamientos de la piel y retracción



Fig. 1. Senografía bilateral (proyección lateral-oblicua) en la que se observa una masa de densidad alta, aproximadamente 4 cm, y contorno espiculado. Está situado en CSE de la mama izquierda, en íntima relación con el músculo pectoral. No hay microcalcificaciones ni otros signos asociados.

del pezón en ocasiones. No se han descrito microcalcificaciones.^{1, 6, 10}

Ecográficamente suelen ser hipoecogénicos, mal definidos y con atenuación sónica posterior.¹

La citología puede ser orientativa, si bien el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica es el que ofrece el diagnóstico definitivo al observar fibroblastos que crecen alrededor de los ductos y lóbulos mamarios sin destruirlos, con márgenes lesionales que más que infiltrar, desplazan.^{2, 3}

El tratamiento de elección es la escisión local quirúrgica amplia, con una proporción de recidivas locales a los 3 años del diagnóstico entre un 21 y 27%.^{1, 2, 7, 11}

CASO CLÍNICO

Presentamos el único caso **diagnosticado** en nuestro hospital de fibromatosis mamaria, que se presen-

tó en una mujer de 40 años a la que se palpaba una tumoración en el cuadrante superointerno (CSI) de la mama izquierda, adherida a planos profundos, sospechosa de malignidad.

En la senografía se observa una lesión nodular de alta densidad, contornos ligeramente espiculados y unos 4 cm de diámetro mayor, de situación muy profunda en el CSI de la mama izquierda. No hay microcalcificaciones asociadas ni engrosamiento de la piel (Figs. 1 y 2).

En la ecografía complementaria realizada se comporta como un nódulo hipoecogénico, de contornos mal definidos, unos 21 × 20 mm de diámetro y sombra sónica posterior. Axilas libres (Fig. 3).

Sospechándose malignidad se practicaron dos punciones con aguja fina que no fueron concluyentes, por lo que el diagnóstico definitivo se obtuvo mediante el estudio patológico de la pieza quirúrgica.



Fig. 2. Detalle de una proyección complementaria en la que se aprecia de forma más evidente las características radiológicas descritas en la figura 1.

CONCLUSIONES

A pesar de la baja incidencia de la fibromatosis entre todas las lesiones primarias de la mama,⁸ y aunque existan escasas descripciones senográficas y excepcionales ecográficas, debe incluirse en el diagnóstico diferencial en casos de pacientes relativamente jóvenes en los que se sospeche malignidad, tanto clínica^{2,8} como radiológicamente.^{1,5,6}

Al presentarse como una masa firme, no dolorosa, adherida a planos profundos,^{1,2} se suele indicar una mamografía en busca de signos de malignidad.

Es típica su relación con la fascia del pectoral,⁶ lo que explica estos hallazgos exploratorios, y su situación profunda que se comprueba radiológicamente.

En casi todos los casos descritos, incluido el nuestro, es la propia paciente la que consulta por haberse notado un nódulo mamario o retracción del pezón,² con menor frecuencia. No suele ser un hallazgo de la senografía, aunque Törngren et al han descrito un caso.⁷

Se incluyó en la categoría de lesiones senográficamente mal definidas^{2,5-7} y, por tanto, sospechosas de malignidad. En el caso que describimos incluso presentó espiculación de su contorno, tal y como publican Leibman y Kalisher. Esta característica, aunque esté descrita en casos de fibromatosis, no es constante.^{1,5}

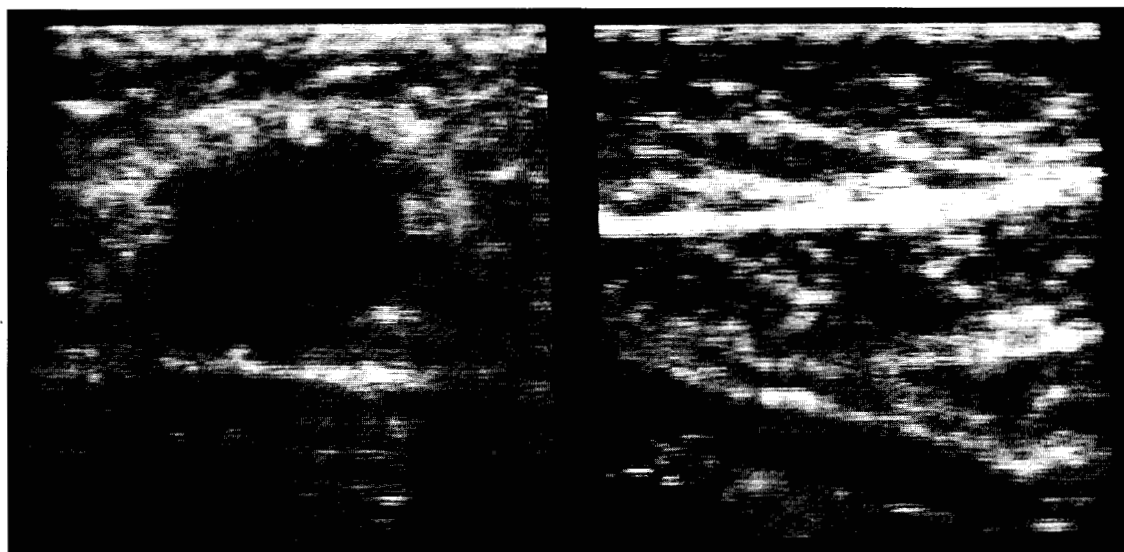


Fig. 3. Ecografía complementaria de la masa mamaria palpable que muestra una lesión hipocogénica, de contornos mal definidos, 20 x 21 mm de diámetro y sombra acústica posterior. En la región axilar izquierda en la que no se aprecian lesiones nodulares compatibles con adenopatías.

La ausencia de microcalcificaciones puede contribuir al diagnóstico, ya que no se han descrito en ningún caso de fibromatosis mamaria, incluso el nuestro.^{1,5,6}

Tanto las tres descripciones ecográficas publicadas como la que presentamos coinciden al comportarse como nódulos de baja ecogenicidad, mal definidos y sombra posterior, aparentemente malignos.¹ En el caso que exponemos además se exploró ecográficamente la región axilar que no mostraba adenopatías, como ocurre de forma típica en la fibromatosis,^{1,4-6} aunque hasta ahora no se hubiese documentado este hecho por ultrasonidos.

Cuando el análisis citológico procedente de una lesión probablemente maligna descubre células en huso asociadas a pequeños grupos de células ductales benignas y linfocitos³, se puede realizar excisión local de la lesión y orientar al diagnóstico de fibromatosis.^{7,11}

En resumen, aunque los hallazgos radiológicos no son ni mucho menos definitivos, sí resulta característica la existencia de un nódulo de situación profunda en relación con la fascia del pectoral, con apariencia de malignidad, sin microcalcificaciones en la senografía ni adenopatías axilares por ecografía, y en el que el estudio citológico no es concluyente.

RESUMEN

Introducción: La fibromatosis mamaria (FM) es una lesión benigna, muy infrecuente, localmente agresiva, caracterizada por proliferación fibroblástica de etiología desconocida. Clínica y radiológicamente simula carcinoma.

Material y método: Mujer de 40 años con nódulo palpable en mama izquierda, periférico, adherido a planos profundos. PAAF previas no concluyentes.

Resultados: Ecografía: nódulo elíptico hipoeoico, mal delimitado de 21 × 20 mm, con atenuación sónica posterior. Axilas libres. Presentó alta densidad y fina espiculación de su contorno por senografía.

Conclusiones: La FM es extremadamente rara y radiológicamente sugiere malignidad. Permiten sospechar el diagnóstico la localización profunda de la lesión y la ausencia de adenopatías axilares. Está indicada la biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leibman AJ, Kossof B. Sonographic features of fibromatosis of the breast. *J Ultrasound Med* 1991;10:43-5.
2. Guertzider P, Nomballais MF, Guillard Y, Digabel C. Fibromatose mammaire. Etude anatomo-clinique d'un cas. *Ann Pathol* 1993;13:115-7.
3. Pettinato G, Manivel JC, Petrella G, Jassim AD. Fine needle aspiration cytology, immunocytochemistry and electron microscopy of fibromatosis of the breast. Report of two cases. *Acta Cytologica* 1991;35(4):403-8.
4. Ali M, Fayeni AO, Braun EV, Remy R. Fibromatosis of the breast. *Am J Surg Pathol* 1979;3:501-5.
5. Kalisher L, Long JA, Peyster RG. Extra-abdominal desmoid of the axillary tail mimicking breast carcinoma. *AJR* 1976;126:903-6.
6. Shaw de Paredes H. Lesiones mal definidas. En: Shaw de Paredes H, ed. Atlas de mamografía. Madrid: Marbán; 1994. p. 235.
7. Törngren S, Frisell J, Nilson R, Wiege M. Nodular fasciitis and fibromatosis of the female breast simulating breast cancer. *Eur J Surg* 1991;157:155-8.
8. Haggitt RC, Booth JL. Bilateral fibromatosis of the breast in Gardner's syndrome. *Cancer* 1970;25:161-6.
9. Bogomoletz WV, Boulenger E, Simatoz A. Infiltrating fibromatosis of the breast. *J Clin Pathol* 1981;34:30-4.
10. Leal SM, Poppiti RJ, Surujon I. Fibromatosis of the breast mimicking infiltrating carcinoma on mammography. *Breast Dis* 1989;1:277-9.
11. Grump FE, Sterschein MJ, Wolff M. Fibromatosis of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1981;153:57-9.