

M. I. Ribau*,
A. Velasco**,
J. B. Montero*,
I. Alario*,
E. Alonso*

Carcinoma lobular microinvasivo en un fibroadenoma. A propósito de un caso

Microinvasive lobular carcinoma within a fibroadenoma. A case report

SUMMARY

We present a rare case of microinvasive lobular carcinoma appearing in a fibroadenoma. A mammary carcinoma can develop inside a fibroadenoma but this is an exceptional circumstance. The simultaneous growth of two lesions that under normal circumstances would develop independently is what usually happens.

The patients are operated on the fibroadenoma without suspecting the coexistence of a malignant lesion. The existence of a palpable mass means the cancer is on a still precocious stage and therefore presents a good prognosis.

The treatment will depend on the histologic type and on the degree of invasive. Our case was lobular and microinvasive type and with good prognosis after the excision.

*Servicio de Ginecología.
**Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital General Yagüe.
Burgos.

Palabras clave

Carcinoma lobular, Microinvasivo, Fibroadenoma, Mama.

Key words

Lobular carcinoma, Microinvasive, Fibroadenoma, Breast.

Correspondencia:
María Isabel Ribau Díez.
Agirre Lehendakaria, 80, 5.º A.
48970 Basauri (Vizcaya).

INTRODUCCIÓN

El fibroadenoma es un tumor benigno y común de la mama que aparece en la mujer joven y consiste en una proliferación encapsulada de tejido conectivo y de epitelio, ambos totalmente benignos. El carcinoma coexistiendo con un fibroadenoma es raro. Aparece típicamente en mujeres que son una o dos décadas mayores que las que tienen un fibroadenoma normal. La malignización del componente epitelial del fibroadenoma puede ser de tipo ductal o lobular.¹⁻⁵

El patrón de crecimiento y la celularidad del carcinoma lobular dentro de un fibroadenoma es similar al de cualquier carcinoma lobular.¹ Son más frecuentes los carcinomas *in situ* y tanto éstos como los pacientes con un carcinoma microinvasivo no suelen tener evidencia de metástasis axilares ganglionares.⁶

El pronóstico y el tratamiento de estos carcinomas será el mismo que para los carcinomas del mismo tipo que aparecen fuera e independientemente del fibroadenoma, debiendo valorarse si el tumor maligno se extiende más allá del fibroadenoma.^{4, 5, 7}

CASO CLÍNICO

Paciente de 71 años remitida a nuestro Servicio por microcalcificaciones sospechosas en mama izquierda. Como antecedentes personales destacan siete partos y embarazos normales y dos abortos. Procede de su ginecólogo al que acude por primera vez por prolapso genital de II-III grado. Nunca anteriormente había tenido controles ginecológicos ni se había realizado mamografías. La exploración mamaria es normal en ambas mamas, sin nódulos defini-

dos ni adenopatías. En la mamografía, en la mama izquierda se aprecia un grupo de microcalcificaciones sospechosas en el cuadrante superoexterno. Ante este resultado se indica biopsia, previa localización de las microcalcificaciones en el Servicio de Radiología. La intervención transcurre sin incidentes y el resultado anatomopatológico informa de un fibroadenoma con un carcinoma lobulillar microinvasivo (aproximadamente, 1 mm) en la vecindad de una hiperplasia atípica lobulillar. Enfermedad fibroquística y ectasia de grandes conductos en el tejido mamario perinodular. Desde el punto de vista macroscópico se comprueba un territorio encapsulado de 1,5 cm, que se desplaza fácilmente por tracción, con pequeños orificios sobre un fondo grisáceo recordando a un fibroadenoma. En el estudio microscópico se observa el territorio encapsulado con un proliferación mixta, preferentemente epitelial, con dilataciones quísticas y formación de algún lobulillo, sorprendiendo dos pequeños territorios con crecimiento atípico intralobulillar (Fig. 1), llenándose totalmente alguno de los acinos y parcialmente otros. Aparecen células regulares, con vacuolización citoplásmica y se reconoce un pequeño foco invasivo que no supera 1 mm de eje máximo. Se sitúa en torno a un lobulillo anómalo y las células son iguales y regulares, creciendo en cordones en «fila india» (Fig. 2). Claramente no afectan el margen lateral quirúrgico de resección y se sitúan cerca del borde periférico del nódulo. La paciente evoluciona favorablemente en espera de nuevos controles de la mama.

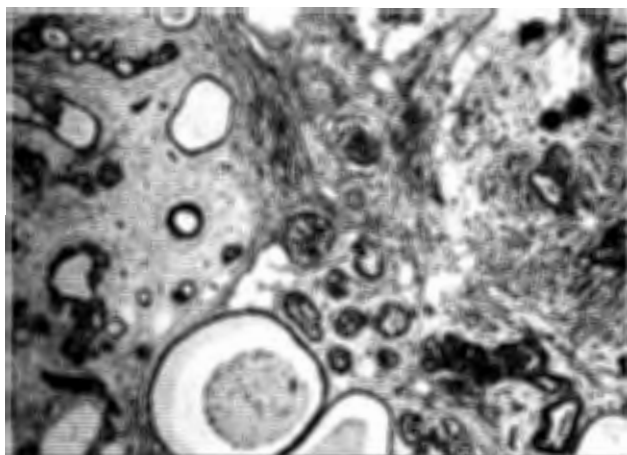


Fig. 1. Panorámica del crecimiento fibroadenomatoso con áreas de hiperplasia atípica lobulillar a la derecha.

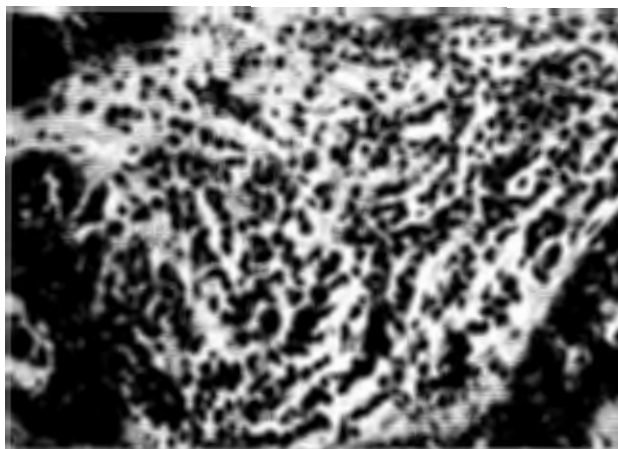


Fig. 2. Detalle del crecimiento en «fila india» de células regulares en un carcinoma lobular invasivo.

DISCUSIÓN

La rareza del desarrollo de un carcinoma dentro de un fibroadenoma se refleja en las pocas series y casos registrados. Los fibroadenomas que albergan carcinomas son indistinguibles de los fibroadenomas benignos comunes.^{4, 8} Los carcinomas microinvasivos son definidos como tumores *in situ* en los que hay uno o más focos de infiltración, ninguno midiendo más de 1 mm en el diámetro máximo.⁹

El carcinoma mamario desarrollado en un fibroadenoma puede ser *in situ* o invasivo, ductal, lobular o de tipo combinado. El carcinoma *in situ* es el tipo de cáncer predominante. La frecuencia de cáncer lobular es más alta que la de cáncer ductal. Esto es debido probablemente al origen común del componente epitelial del fibroadenoma y del carcinoma lobular. Es más frecuente que un carcinoma del tejido circundante de la mama pueda invadir y englobar a un fibroadenoma preexistente, mientras que es más raro una malignización del componente epitelial del fibroadenoma.^{1-5, 10, 11}

No hay datos disponibles que indiquen que el carcinoma en un fibroadenoma sea clínicamente diferente del carcinoma en un tejido mamario no fibroadenomatoso. Las pacientes son mujeres que presentan masas clínicamente benignas. Es interesante que el tipo más frecuente de carcinoma no invasivo dentro de un fibroadenoma sea el tipo lobular, mientras que en los tejidos mamarios no fibroadenomatosos predominan las lesiones intraductales.² La ma-

yoría de estas lesiones son asintomáticas y son descubiertas por la paciente en un autoexamen.¹⁰

Su apariencia superficial es indistinguible de la de los fibroadenomas típicos. Son nódulos bien circunscritos, normalmente encapsulados, ocasionalmente lobulados, firmes o gomosos, de color gris blanco a rosa.⁴ En la ecografía tienen una forma redondeada u oval, un contorno liso, ecos internos débiles con una distribución uniforme.¹² La mamografía es sospechosa cuando aparece una masa con márgenes mal definidos, microcalcificaciones agrupadas y un tamaño grande o incremento del tamaño.⁸ A pesar de la rareza de esta lesión, el diagnóstico citológico es posible a través de la aspiración de la muestra.¹³

El carcinoma mamario que aparece en un fibroadenoma puede envolver al tejido mamario circundante, por lo que es necesario realizar una excisión quirúrgica marginal de todo el fibroadenoma clínicamente reconocido y examinar más de una sección. Se ha sugerido que el retraso en la extirpación del fibroadenoma puede ser la causa del crecimiento subsiguiente de un cáncer *in situ* maligno.^{3, 10}

La apariencia microscópica del carcinoma desarrollado en un fibroadenoma no es diferente de la del carcinoma convencional. Generalmente estos fibroadenomas muestran un abundante componente epitelial benigno. Parece que la mayor parte son fibroadenomas no escleróticos o no involucionados.² El análisis citológico del fibroadenoma está normalmente dominado por el componente epitelial, con francas células que exhiben alguna variación en tamaño y forma, pero sin atipias.¹

El reconocimiento de la microinvasión del estroma puede ser dificultosa. Agregados de células invasivas están presentes y se localizan dentro de los tejidos interlobulares. La microinvasión que ocurre a través del componente de laminina de la membrana basal está normalmente asociada a una delgada y, a menudo, discontinua membrana basal (9).

Estas pacientes pueden ser tratadas como si el carcinoma lobular apareciera en una localización normal.^{1, 14} El tipo y la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico determina el tratamiento primario. La detección de una masa causada por el fibroadenoma es lo que determina el estadio temprano. El pronóstico con los carcinomas dentro del fibroadenoma es favorable.² Ninguna de las mujeres con carcinomas microinvasivos tuvieron metás-

tasis axilares y es excelente con tumores menores de 5 mm de diámetro máximo.^{15, 16}

En general el riesgo de muerte por carcinoma que puede aparecer en un fibroadenoma es bajo porque la prevalencia es baja y además la mayoría de ellos son lesiones *in situ*.⁸ Es importante valorar el tejido que rodea al fibroadenoma e incluso hacer biopsia o vigilancia de la mama contralateral por la frecuencia de dicha asociación que llega al 29%.² En nuestro caso se trata de un carcinoma lobular de tipo microinvasivo con extirpación completa de la lesión y con buena evolución posterior.

RESUMEN

Presentamos un caso infrecuente de carcinoma lobular microinvasivo asentado en un fibroadenoma. Sobre un fibroadenoma se puede desarrollar un carcinoma mamario, circunstancia que es excepcional. En general se trata del crecimiento simultáneo de dos lesiones que cursarían de forma independiente. Las pacientes son operadas de un fibroadenoma sin sospechar la coexistencia de una lesión maligna. La presencia de una masa palpable da al cáncer un estadio más precoz y una buena evolución. El tratamiento dependerá del tipo histológico y del grado de invasión, siendo en nuestro caso de tipo lobular y microinvasivo, con buen pronóstico tras la extirpación.

REFERENCIAS

1. Simpson RHW, James KA, Holdstock JB, Kelly RM, Yankah DGHT. Carcinoma in a breast fibroadenoma. *Acta Cytol* 1987;31:313-6.
2. Fondo EY, Rosen PP, Fracchia AA, Urban JA. The problem of carcinoma developing in a fibroadenoma. *Cancer* 1979;43:563-7.
3. Ricci A Jr, Kourea HP, Wortyla S. Age-stratified incidence of unsuspected mammary carcinoma in women with fibroadenoma. *Conn Med* 1996;60:587-90.
4. Díaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the breast. A clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Pathol* 1991;95:614-22.
5. Vera Sempere FJ, Martínez-Leandro EP, Roselló E, Aviño J, Martínez Agullo A. Asociación carcinoma lobulillar-fibroadenoma mamario. *Rev Senología Patol Mam* 1990;3:254-8.
6. Schwartz GF, Feig SA, Rosenberg AL, Patchefsky AS, Schwartz AB. Staging and treatment of clinically occult breast cancer. *Cancer* 1984;53:1379-84.
7. Betta PG, Cosimi MF. Breast lobular carcinoma in a fibroadenoma. *Eur J Surg Oncol* 1985;11:283-5.
8. Baker KS, Monsees BS, Díaz NM, Destouet JM, McDivitt RW. Carcinoma within fibroadenomas; mamographic features. *Radiology* 1990;176:371-4.

9. Coyne J, Haboubi NY. Micro-invasive breast carcinoma with granulomatous stromal response. *Histopathology* 1992;20:184-5.
10. Pick PW, Iossifides IA. Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma. *Arch Pathol Lab Med* 1984;108:590-4.
11. Yoshida Y, Takaoka M, Fukumoto M. Carcinoma arising in fibroadenoma: case report and review of the world literature. *J Surg Oncol* 1985;29:132-40.
12. Cole-Beuglet C, Soriano RZ, Kurtz AB, Goldberg BB. Fibroadenoma of the breast: sonomammography correlated with pathology in 122 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1983;140:369-75.
13. Gupta RK, Dowle C. Fine needle aspiration of breast carcinoma in a fibroadenoma. *Cytopathology* 1992;3:49-53.
14. Ozzello L, Gump FE. The management of patients with carcinomas in fibroadenomatous tumors of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1985;160:99-104.
15. Schwartz GF, Feig SA, Patchefsky AS. Significance and staging of nonpalpable carcinomas of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1988;166:6-10.
16. Le-Bouedec G, Pomel C, Chamussy E, Feillel V, De Latour M, Dauplat J. Axillary lymph node dissection in clinically occult breast cancer. *Bull Cancer* 1996;83:581-8.

La mejor información para nuestros mejores clientes

MEDICINA

- Alergia e Inmunología
- Cirugía y Cirugía Plástica
- Dermatología y Venereología
- Digestivo (Aparato)
- Ginecología y Obstetricia
- ORL
- Psicología y Psiquiatría
- Radiología
- Traumatología
- etc.**

ODONTOLOGÍA Y ESTOMATOLOGÍA

OTRAS ESPECIALIDADES

- Dermocosmético
- Farmacia
- Fisioterapia y Rehabilitación
- Logopedia, Foniatría y Audiología
- etc.**

SOLICITUD DE INFORMACI

Agradeceré remitan a mi nombre información sobre la/s siguiente/s especialidad/es:

.....

Nombre

Especialidad

VIF Año nacimiento

Dirección 

Código Postal Localidad

FIRMA y fecha



MASSON, S.A.

MASSON

Ronda General Mitre, 149
 08022 BARCELONA (España)