

L. Fernández*,
C. García*,
L. Martínez*,
E. del Valle**,
M. Villalón*

Un caso de fibromatosis simulando nódulo mamario maligno. Hallazgos en resonancia magnética

A case of fibromatosis simulating malignant mass. Findings with magnetic resonance

SUMMARY

We report a case of fibromatosis of the breast that mimicks a carcinoma by its clinical, mamographic, sonographic and contrast-enhanced magnetic resonance features.

The MR findings are described. This presentation has rarely been reported in the literature.

* Servicio de Radiodiagnóstico.
** Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Miguel Servet.
Zaragoza.

Correspondencia:
L. Martínez Comín.
Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Miguel Servet.
Paseo Isabel la Católica, 1-3.
50009 Zaragoza.

Palabras clave

Resonancia magnética, Cáncer de mama, Nódulo espiculado de mama.

Key words

Magnetic resonance, Breast cancer, Spiculated breast nodules.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un aumento en el número de pacientes que son sometidas a tratamiento conservador en el carcinoma de mama.

La mamografía es el método de elección en el seguimiento de estas pacientes, reservando otras técnicas de imagen como la resonancia magnética (RM) para aquellos casos en que se observe una limitación diagnóstica mamográfica o ecográfica.^{1,3}

Actualmente se considera a la RM un método de elección por su alta positividad y especificidad en el diagnóstico de la recidiva tumoral.^{1,2,8}

Presentamos un caso de falso positivo de recidiva tumoral en RM.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 64 años con antecedentes familiares de primer grado de carcinoma de mama operada ha-

ce 3 años de lesión nodular mal definida, espiculada de 14 mm, en cuadrante inferoexterno (CIE) de mama izquierda. Se le practicó una cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar, aislándose un total de 30 ganglios axilares (NI=24, NII=0 y NIII=6), todos ellos negativos. El estudio histológico fue de carcinoma ductal infiltrante, con receptores hormonales para estrógeno (668) y progesterona (71) con clasificación de pT1c No Mo G2.

El tratamiento se completó con hormonoterapia y radioterapia, cuya dosis administrada fue de 50 Gy en mama izquierda más una sobreimpresión de 15 Gy sobre lecho tumoral (fraccionamiento 200 cGy/sesión). En la última revisión la paciente refiere dolor en CIE de mama izquierda, palpándose una zona endurecida y engrosada en surco submamario, no adherido a piel ni a planos profundos, sin signos inflamatorios y sin guardar relación con la cicatriz de la cuadrantectomía; la mamografía muestra un nódulo de 2×1 cm de bordes mal definidos en CIE (Fig. 1),



Fig. 1. Mamografía en proyección lateral oblicua de mama izquierda con lesión nodular de 2×1 cm de bordes mal definidos que sugiere malignidad.

por lo que se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF), siendo el estudio citológico de benignidad (tejido fibroadiposo).

No obstante, ante la sospecha de recidiva tumoral se le practica una RM con secuencias *spin-echo* (SE), *fast spin-echo* (FSE) con supresión de grasa y secuencias 3D con supresión grasa en plano coronal tras introducir gadolinio (Gd), que nos muestra una lesión nodular en CIE de mama izquierda que se realiza a los 2 minutos, intensamente tras administrar Gd, comportamiento de la lesión muy sugestivo de malignidad (Figs. 2 y 3).

Se decide colocar arpon localizador y tras realizarle la biopsia excisional diferida el estudio histológico informa que la lesión corresponde a una formación de



Fig. 2. Estudio RM en proyección axial sin gadolinio que muestra la lesión en CIE de mama izquierda de contornos espiculados.

coloración marrón y consistencia elástica que contacta con piel y con uno de los extremos de la resección quirúrgica, presentando el resto del parénquima una extensa transformación adiposa.

El informe anatomopatológico fue de fibromatosis de márgenes infiltrantes.

DISCUSIÓN

Los tratamientos conservadores del carcinoma de mama, tumorectomía sola o asociadas a terapias coadyuvantes como son la quimioterapia (QT) y la radioterapia (RT) pueden producir zonas de fibrosis que desde un punto de vista mamográfico suponen un reto



Fig. 3. Estudio RM en proyección axial con Gd a los 2 minutos, observando un intenso realce homogéneo de la lesión.

para el radiólogo en su interpretación, pues pueden suponer áreas de fibrosis residual o de recidiva.^{5,6}

En estos casos el estudio citológico con PAAF puede ayudar a discernir la naturaleza de la lesión. Si el resultado no es concordante con la sospecha clínica y los datos mamográficos, la RM nos puede aportar nuevos datos para la caracterización tisular de la lesión.^{2,4,7}

La bibliografía revisada define la existencia de varios modelos de comportamiento dinámico de las lesiones tumorales, destacando un modelo de realce periférico, precoz y de progresión centripeta en los carcinomas invasivos; otro de realce periférico, con nula o mínima progresión centripeta, más frecuente en los procesos malignos, pero también encontrada en los benignos, y como tercer modelo aquellos con retraso en el realce periférico con progresión centripeta, que aparece en los carcinomas con gran cantidad de vasos marginales.^{1,3,6}

En nuestro caso la lesión presentó un realce precoz, intenso y homogéneo, por lo que se etiquetó de recidiva tumoral. Tras tratamiento quirúrgico el informe anatomopatológico fue de fibromatosis con numerosas estructuras lumbinales que histológica e inmunohistoquímicamente corresponden a vasos venosos y capilares que explican el intenso realce de la lesión en RM con Gd, resultando positivos con el marcador entotelial CD31 y negativos para el antígeno epitelial AE1/AE3.

El examen ultraestructural de la población fusocelular puso de manifiesto dos tipos celulares: fibroblastos y miofibroblastos.

Desde un punto de vista histológico debe plantearse el diagnóstico diferencial con el fibrosarcoma, pero también con el fibrohistiocitoma maligno, con procesos cicatrizales secundarios a necrosis grasa o cirugía y por último con la fascitis nodular.^{5,6,8}

CONCLUSIÓN

La RM está indicada en estudios preoperatorios para detectar multiplicidad y/o multifocalidad tumoral,

también en estudios de extensión y en mujeres ya tratadas con cirugía sola o con terapia asociada para diferenciar los cambios fibrosos propios del tratamiento o bien de un nuevo tumor o recidiva tumoral.

La bibliografía consultada coincide en resaltar la alta sensibilidad de la RM frente a una menor especificidad para valorar malignidad.

RESUMEN

Presentamos un caso de fibromatosis mamaria que simulaba un carcinoma por los hallazgos clínicos, mamográficos, ecográficos y por resonancia magnética.

Se describen los hallazgos en resonancia magnética y destacamos la rareza de esta forma de presentación en la bibliografía revisada.

REFERENCIAS

1. Buadu LD, Murakami J, Murayama S, Hashiguchi N, Sakai S, Toyoshima S. Pattern of peripheral enhancement in breast masses: correlation of findings on contrast medium enhanced MRI with histologic features and tumor angiogenesis. *J Comput Assist Tomogr* 1997;21:421-30.
2. Mussurakis S, Buckley DL, Horsman A. Dynamic MR imaging of invasive breast cancer: correlation with tumour. *Br J Radiol* 1997;70:446-51.
3. Nunes LW, Schnall MD, Orel SG, Hochman MG, Langlotz CP, Reynolds CA. Breast MR imaging: interpretation model (see comments). *Radiology* 1997;202:833-41.
4. Buadu LD, Murakami J, Murayama S, Hashiguchi N, Sakai S, Masuda K, et al. Breast lesion: correlation of contrast medium enhancement patterns on MR images with histopathologic findings and tumor angiogenesis. *Radiology* 1996;200:639-49.
5. Leal SM, Poppiti RJ, Surujon. Fibromatosis of the breast mimicking infiltrating carcinoma on mamography. *Breast Dis* 1989;1:277-9.
6. Rosen PP, Emsberg AD. Mammary fibromatosis: a benign spindle-cell tumor with significant risk for local recurrence. *Cancer* 1989;63:1363-9.
7. Orel SG, Hochman MG, Schnall MD, Reynolds C, Sullivan DC. High-resolution MR imaging of the breast: clinical context. *Radiographics* 1996;16:1385-401.
8. Orel SG, Mendoca MH, Reynolds C, Schnall MD, Solin LJ, Sullivan DC. MR imaging of ductal carcinoma *in situ*. *Radiology* 1997;202:413-20.