



P-542 - REPORTE DE UN CASO DE ADENOMIOEPITELIOMA MAMARIO

M. Pedrosa Soler, P. González Noguera, S. Martínez Alcaide, M.E. Gómez, S. Mariner, J. Lorenzo, J.A. Casterá y J.B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: El adenomioepitelioma se describió por primera vez en 1970 por Hamperl. Es un tumor de muy baja incidencia, generalmente benigno; siendo poco frecuente la degeneración maligna, que se sospecha cuando se produce un rápido crecimiento de la masa. Pero es altamente recurrente a nivel local. Suele afectar a mujeres de 27-80 años (promedio de 50 años) y está constituido por células epiteliales ductales y mioepiteliales de los lobulillos y conductos mamarios. Tavassoli propone un sistema de clasificación dividiéndolas en: mioepiteliosis, adenomioepitelioma y mioepitelioma maligno, constituyendo un proceso evolutivo. Las metástasis de un carcinoma mioepitelial se han descrito en tumores mayores de dos centímetros y son más frecuentes las hematógenas. Son positivos para marcadores mioepiteliales (actina y proteína S 100) y epiteliales (keratina y antígeno epitelial de membrana).

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 21 años, intervenida en el 2011 de un fibroadenoma de predominio intracanalicular en el cuadrante superior externo mama derecha. Se le realizó cuadrantectomía de la mama derecha. Un año más tarde acudió por nuevo nódulo palpable en la misma localización sin dolor ni otra sintomatología. La ecografía describía un área hipoeoica de 17 × 13 mm de límites imprecisos con pequeñas formaciones quísticas, compatible con cambios fibroquísticos, que se biopsió, tratándose de adenosis esclerosante. Así se decidió realizar cuadrantectomía con técnica ROLL (Radioguided Occult Lesion Localization). Finalmente el examen anatomopatológico resultó ser compatible con adenomioepitelioma en contacto focal con borde de resección, sobre una mastopatía fibroquística ya conocida con focal cambio columnar atípico (atipia plana). Microscópicamente se observó dilatación ductal con metaplasia apocrina y focal cambio columnar atípico. Inmerso en ese estroma, una proliferación densa expansiva con doble componente epi-mioepitelial, predominando este último y en la que destacaban numerosas mitosis (12/10 campos hpf), sin necrosis ni atipia significativa. Ante los resultados se planteó la posibilidad de ampliación vs control evolutivo, optándose por este último. Actualmente, tras un año de control mediante RMN, se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: Esta neoplasia se presenta en la mamografía como nódulo solitario y unilateral, variando el tamaño entre 0,5-3,4 cm sin calcificaciones intratumorales, mientras que lesiones mal delimitadas con microcalcificaciones hacen sospechar un comportamiento maligno. La ecografía reconoce un nódulo hipoeoico relativamente bien circunscrito pudiendo presentar refuerzo posterior y en raras ocasiones cambios quísticos. La literatura menciona como signos de malignidad la presencia de

necrosis, componente de células fusiformes, márgenes tumorales infiltrativos, atipia citológica y recuento mitótico mayor a 5/10 campos de aumento mayor, siendo más frecuente en las recurrencias. Como tratamiento de elección para el adenomioepitelioma, se considera la cirugía conservadora, pudiendo recurrir en casos de resecciones incompletas o lesiones multifocales. En lesiones sospechosas de malignidad se recomienda realizar estudio intraoperatorio para una resección que incluya disección axilar o estudio del ganglio centinela y posterior estudio de diseminación. El seguimiento debe ser estricto para evitar recidivas y detectar malignidad.