



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-514 - MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA EN EL VARÓN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Sánchez Campos, Raúl; Fuster Diana, Carlos; García Vilanova, Andrés; Medrano, José; Navarro Moratalla, Carla; Gómez Contreras, Ramón; Melero Abellán, Antonio

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos. El miofibroblastoma (MFB) de mama es un tumor mesenquimal benigno muy raro que puede aparecer en ambos sexos y del que hay publicados menos de 100 casos en la literatura. Presentamos dos casos de MFB en el varón diagnosticados en nuestro hospital.

Casos clínicos: El primer caso corresponde a un varón de 85 años que consulta por un tumor en mama derecha de 1 mes de evolución. La exploración física revela una induración nodular bien delimitada, elástica, retroareolar de 2 cm. La mamografía informa de una imagen nodular retroareolar subsidiaria de estudio ecográfico. Esta revela un nódulo ovalado, retroareolar, de 23 × 12 × 24 mm. La biopsia con aguja gruesa (BAG) diagnóstica de MFB, que se confirma con los hallazgos de la inmunohistoquímica. Se realizó tumorectomía amplia de la lesión. El segundo caso corresponde a un varón de 75 años que consulta por una tumoración palpable de 2 cm en mama derecha y adenopatías axilares ipsilaterales. La ecografía informa de nódulo retroareolar, bien delimitado de 15 × 20 × 13 mm. La BAG lo califica de carcinoma de tipo lobulillar. Se interviene realizando mastectomía radical modificada derecha y vaciamiento axilar completo ipsilateral. En el estudio diferido la tumoración mamaria corresponde a miofibroblastoma tras confirmación inmunohistoquímica y adenopatías axilares negativas de proliferación tumoral.

Discusión: El MFB de mama se da más frecuentemente entre la sexta y octava décadas de la vida. Se suelen presentar como lesiones unilaterales, solitarias, no dolorosas, móviles y de crecimiento lento. Macroscópicamente son tumores bien delimitados, no encapsulados y con un tamaño variable. Se han descrito hasta 8 variantes morfológicas, de las cuales la variante epiteloide y decidoide pueden simular un carcinoma. La inmunohistoquímica muestra positividad para vimentina, desmina y CD 34, mientras que la proteína S-100, citoqueratinas y CD117 son negativas. Los hallazgos histopatológicos junto con la inmunohistoquímica permiten establecer el diagnóstico de MFB. La mamografía suele mostrar lesiones bien circunscritas, densas, redondeadas u ovaladas sin características específicas. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la ginecomastia, neurofibroma, linfangioma, hematoma, absceso, quistes, carcinoma, sarcoma y metástasis. La ecografía ayuda a descartar lesiones quísticas, lipomas, abscesos u hematomas. La biopsia con aguja gruesa se correlaciona en la mayoría de los casos con el resultado de la pieza quirúrgica especialmente cuando son lesiones sólidas con sospechosa de malignidad. No obstante, la BAG y punción aspiración con aguja fina pueden dar en ocasiones diagnósticos insuficientes o erróneos

especialmente en variantes inusuales. Por eso la inmunohistoquímica juega un papel fundamental en algunos casos. La tumorectomía es el tratamiento de elección y hasta la fecha no se han descrito recidivas locales ni metástasis. El MFB de mama es un tumor benigno que requiere de un correcto diagnóstico que incluya aparte de las pruebas de imagen habituales, el estudio inmunohistoquímico para evitar diagnósticos erróneos de malignidad y por tanto tratamientos quirúrgicos equivocados.