

J. Tarazona^a,
P. Culell^b,
J. Badal^c,
N. Prat^d,
L. Solernou^b,
J. Trullàs^e

Hamartomas mamarios. Incidencia en la comarca del Bages de Barcelona

Breast hamartomas. Incidence in the Bages region of Barcelona

SUMMARY

^aUnidad de Patología Mamaria.
Hospital General de Manresa.

^bUnidad de Patología Mamaria. Centre
Hospitalari de Manresa.

^cServicio de Anatomía Patológica.
Hospital General de Manresa.

^dServicio de Ginecología. Hospital
General de Manresa.

^eServicio de Radiología. Hospital
General de Manresa.

Mammary hamartomas are uncommon lesions in the breast which usually appear as a palpable tumor, although as a consequence of breast screening programs, it can also be found as an unpalpable lesion. Radiographically, the differential diagnosis would be between fibroadenoma, Phyllodes tumor and sometimes with an infiltrating lesion. A biopsy will always be necessary in order to confirm diagnosis. We report the experience of nine diagnosed hamartomas in our area from January 1994 to December 1999. If the diagnosis is well documented surgical treatment is not necessary.

Correspondencia:
J. Tarazona Ventura.
Hospital General de Manresa.
La Culla, s/n.
08240 Manresa.
E-mail: 13572jtv@comb.es

Palabras clave:
Tumor mamario. Diagnóstico diferencial. Hamartoma.

Key words:
Breast tumors. Differential diagnosis. Hamartoma.

INTRODUCCIÓN

Hamartoma deriva de la palabra griega *amarteneim*, que significa cometer errores y que se usa para denominar tumores formados por tejidos normales, pero que presentan un error en la distribución y proporción de los mismos¹. Los podemos encontrar principalmente en tubo digestivo, árbol bronquial y mama². Estos tejidos no tienen un crecimiento autónomo, por lo tanto, el tumor no tiene un carácter neoplásico².

La nomenclatura de esta lesión ha variado a lo largo de la historia, la primera descripción se debe a Begouin que a finales del siglo pasado describió estas lesiones en la mama con el nombre de adenolipoma¹⁻⁴, posteriormente ha recibido diversas denominaciones: adenolipoma, fibrolipoma y fibroadenolipoma^{2,3,5}.

El término hamartoma es introducido por Albrech en 1904^{1,3} y en el caso concreto de la mama se trata de tumoraciones nodulares y encapsuladas formadas por lóbulos y conductos galactofóricos mezclados con tejido adiposo y conectivo en proporción variable^{1-4,13,14}.

Se trata de una entidad a menudo infravalorada y no bien reconocida¹³, que actualmente puede aparecer fortuitamente como una lesión no palpable en mamogra-

fías de cribaje y que clínicamente puede presentarse como una masa tumoral, de consistencia igual al tejido mamario normal, que a la mamografía puede aparecer como una lesión bien delimitada con densidad adiposa en proporción variable planteando el diagnóstico diferencial con otras lesiones como el fibroadenoma y el tumor Phyllodes¹ (fig. 1), si bien, podemos encontrar casos sin expresión radiológica y otros con apariencia de probable infiltración^{4,6}.

A la clínica y la radiología hay que añadir la biopsia para confirmar el diagnóstico definitivo.

El examen anatomopatológico muestra una gran diversidad, dentro del patrón de tejido mamario normal²¹, en que el denominador común es la combinación de elementos epiteliales con estromales, incluyendo en éstos el tejido adiposo; incluso pueden observarse los cambios propios del ciclo hormonal femenino²² (fig. 2).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos la casuística de nuestros dos hospitales que atienden la comarca del Bages, en la provincia de Barcelona, con una población de 150.000 habitantes.

Durante el período que va desde enero de 1994 hasta junio de 2001 se han diagnosticado 9 hamartomas mamarios, de los cuales, cuatro presentaban unos hallazgos mamográficos compatibles con hamartoma mamario: masa heterogénea y encapsulada con densidades de tejido glandular, conectivo y adiposo.

Los otros cinco aparecieron radiológicamente como nódulos bien definidos y sin criterios de sospecha de malignidad.

En todos los casos se ha practicado PAAF o biopsia con aguja gruesa.

De los 4 casos con radiología típica, tres eran lesiones no palpables halladas en mamografías de cribado y que precisaron estereotaxia para su diagnóstico.

Excepto las lesiones no palpables, el resto de hamartomas fueron extirpados quirúrgicamente.

RESULTADOS

La edad de las pacientes ha variado entre 33 y 62 años con una media de 48,11.

Aunque la literatura médica reseña que la imagen radiológica, en algunos casos, puede plantear el diagnóstico diferencial con una lesión infiltrante^{4,6}, en nuestra serie siempre hemos encontrado unas características radiológicas sugestivas de benignidad y en 4 casos la radiología era típica de hamartoma, tres de ellos eran lesiones no palpables halladas en mamografías de cribado. El resto de casos presentaban un nódulo bien delimitado compatible con fibroadenoma mamario.

En los casos no palpables la ecografía informa del carácter sólido de la lesión, pero en general no aporta más información que la mamografía.

En todos los casos, ha sido precisa una biopsia con aguja gruesa para la confirmación histológica y se ha confirmado el diagnóstico en todos los casos con radiología típica.

Los tres hamartomas descubiertos en mamografías de cribado (el primero con seis años de evolución), diagnosticados mediante estereotaxia y en los que se optó por un seguimiento radiológico anual, evolucionan sin cambios valorables. El resto, que presentaban un tumor palpable, fueron sometidos a extirpación quirúrgica (tabla 1).

DISCUSIÓN

Los hamartomas mamarios son lesiones de muy baja incidencia con una edad de presentación variable^{1,3,4}, que en nuestra serie ha oscilado entre 33 y 62 años con

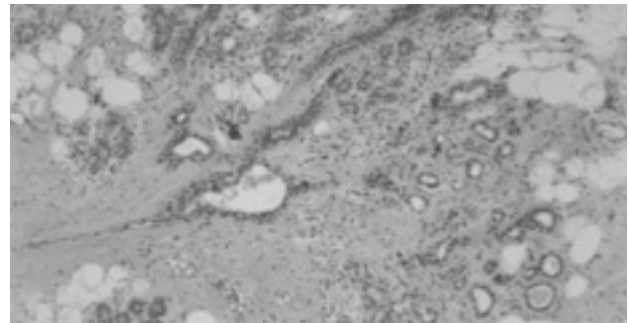


Fig. 1. Imagen nodular, rodeada de un halo de tejido conectivo, de densidad radiológica similar al resto de parénquima mamario.

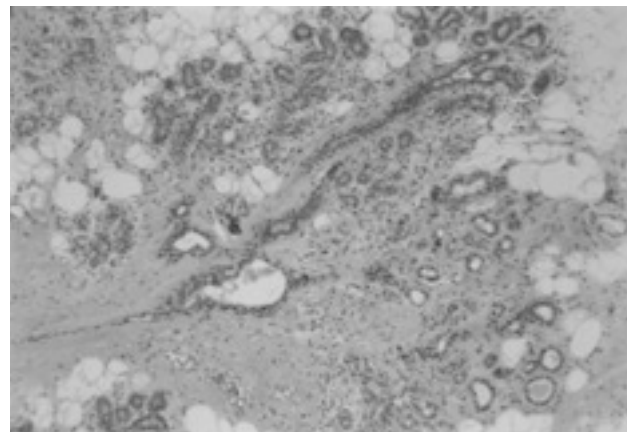


Fig. 2. Imagen microscópica que muestra tejido conjuntivo hialinizado, tejido adiposo interpuesto con estructuras lobulillares y conductos mamarios (HE, x100).

TABLA 1
EDAD DE DIAGNÓSTICO Y SEMIOLOGÍA CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LOS HAMARTOMAS

Edad	Clínica	Radiología	cm	Cirugía
36	No palpable	Compatible con hamartoma	1,5	No
46	Palpable	Nódulo bien definido	1,5	Sí
61	No palpable	Compatible con hamartoma	2	No
41	Palpable	Nódulo bien definido	1,8	Sí
33	Palpable	Nódulo bien definido	3,5	Sí
60	Palpable	Compatible con hamartoma	6	Sí
62	Palpable	Nódulo bien definido	1,9	Sí
49	Palpable	Nódulo bien definido	2,9	Sí
45	No palpable	Compatible con hamartoma	1,7	No

un predominio de la cuarta década de la vida (en otras series el predominio ha sido desde la tercera a la quinta décadas)^{3,4}.

El diagnóstico de sospecha, a partir de la combinación de hallazgos clínicos y radiológicos, precisa confirmación histológica.

Clásicamente se describía como una masa tumoral de consistencia parecida o igual al tejido mamario circundante¹, pero la práctica de mamografías de cribado para el cáncer de mama aporta el hallazgo de hamartomas en fase temprana, generalmente pequeños y no palpables^{6,10}, que no presentan la radiología típica con la frecuencia que la literatura médica en etapas previas a las campañas de diagnóstico precoz del cáncer, reseña.

La citología no es específica y puede presentar células ductales normales mezcladas con tejido conectivo y adiposo en proporciones variables, todo ello compatible con fibroadenoma, mastopatía fibroquística, tumor Phyllodes y lipomas³.

La imagen mamográfica está en función del tejido dominante, si predomina el tejido adiposo puede sugerir un lipoma y si predomina el tejido glandular puede presentarse como un nódulo denso³. La cápsula del hamartoma tiene una densidad radiológica propia del tejido conectivo y si está en contacto a ambos lados con tejido adiposo, aparece un halo de seguridad que presupone la benignidad del proceso (fig. 1). Estos hallazgos radiológicos pueden plantear el diagnóstico diferencial con fibroadenoma y tumor Phyllodes³ y en algunos casos con el carcinoma⁶.

Algunos autores otorgan a la ecografía una gran rentabilidad diagnóstica al identificar una masa sólida, bien circunscrita, hipoeoica y con sombra acústica posterior¹⁷, aunque otros autores no hallan una mayor utilidad que la mamografía⁷.

La resonancia magnética (RM) coincide con los mismos hallazgos que la mamografía¹⁵ y no creemos que su uso esté justificado.

A pesar de que la mamografía y la clínica pueden aportar el diagnóstico^{3,19}, es obligada la confirmación histológica^{12,23}, generalmente biopsia con aguja gruesa, que acredite la benignidad del proceso y licite la ausencia de tratamiento quirúrgico, siendo obligado un seguimiento mamográfico anual, aunque para algunos autores el tratamiento quirúrgico es mandatorio⁸.

La posibilidad de desarrollar una lesión maligna es la misma que en el resto de tejido mamario^{9,18}.

El tejido mamario ectópico o las mamas supernumerarias tienen los mismos riesgos de presentar enfermedades que la mama y se han descrito hamartomas en estas localizaciones, incluso se ha descrito un caso de hamartoma en tejido mamario aberrante en la ingle¹⁶.

En caso de optar por el tratamiento quirúrgico la enucleación siguiendo la cápsula fibrótica suele ser técnicamente fácil^{1,2,8}.

En caso de hamartomas voluminosos habitualmente, después de la resección, la expansión del tejido mamario restante restablece la simetría, pero se han descrito casos en los que se ha precisado cirugía reconstructiva²⁰.

RESUMEN

El hamartoma mamario es una lesión poco frecuente en la mama que habitualmente aparece como un tumor palpable, si bien y a propósito de las mamografías de cribado, también se puede encontrar como una lesión no palpable.

Radiológicamente puede plantear el diagnóstico diferencial con el fibroadenoma y el tumor Phyllodes, y en algunos casos con una lesión infiltrante. Una biopsia será siempre necesaria para confirmar el diagnóstico.

Aportamos nuestra experiencia de 9 hamartomas diagnosticados en nuestra comarca de enero de 1994 hasta junio de 2001.

Si el diagnóstico queda bien documentado no es necesario el tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Villeta R, Sáenz D et al. Hamartoma de mama. A propósito de un caso. *Rev Senol Patol Mam* 1993; 6: 145-9.
2. Pérez J. Puesta al día de los Hamartomas mamarios. *Rev Senol Patol Mam* 1997; 10: 237-42.
3. Tresserra F, Browne J et al. Hamartoma mamario. Aspectos clínico patológicos en 20 casos. *Rev Senol Patol Mam* 1995; 8: 93-8.
4. Rezola R, Alberro JA et al. Adenolipoma gigante calcificado de mama. *Rev Senol Patol Mam* 1995; 8: 133-6.
5. Altermatt HJ, Gebbers JO, Laissue JA. Das Hamartoma der Mamma. *Schweiz Med Wochenschr* 1987; 117: 365-8.
6. Helvie MA, Adler DD, Rebner M, Oberman HA. Breast hamartomas: variable mammographic appearance. *Radiology* 1989; 170: 417-21.
7. Addler DD, Jeffries DO, Helvie MA. Sonographic features of breast hamartomas. *J Ultrasound Med* 1990; 9: 85-90.
8. Claeys L, Vereecken L et al. Het mammaire hamartoma. *Acta chir Belg* 1990; 90: 106-11.
9. Coyne J, Hobbs FM, Boggis C, Harland R. Lobular carcinoma in a mammary hamartoma. *J Clin Pathol* 1992; 45: 936-7.
10. Thirumavalavan VS, Rufaire AL. An uncommon benign breast tumour. Hamartoma. *Br J Clin Pract* 1993; 47: 44-5.
11. Scott-Conner CE, Powers C, Subramony C, Didlake RH. Changing clinical picture of mammary hamartoma. *Am J Surg* 1993; 165: 208-12.

12. Davies JD, Kulka J, Mumford AD. Hamartomas of the breast: six novel diagnostic features in three-dimensional thick sections. *Histopathology* 1994; 24: 161-8.
13. Charpin C, Mathoulin MP, Andrac L et al. Reappraisal of breast hamartomas. A morphological study of 41 cases. *Pathol Res Pract* 1994; 190: 362-71.
14. Gogas J, Markopoulos C, Gogas H et al. Hamartomas of the breast. *Am Surg* 1994; 60: 447-50.
15. Testempassi E, Ishi C, Yamada T et al. *Radiat Med* 1995; 13: 187-9.
16. Reck T, Dworak O, Thaler KH. Hamartom einer Mamma aberrata in der Leiste. *Chirurg* 1995; 66: 923-6.
17. Black J, Metcalf C, Wylie EJ. Ultrasonography of breast hamartomas. *Australas Radiol* 1996; 40: 412-5.
18. Anani PA, Hessler C. Breast hamartoma with invasive ductal carcinoma. *Pathol Res Pract* 1996; 192: 1187-94.
19. Yeu YM, Kong JH, Cheung F, Chong SF. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42: 279-80.
20. Blomqvist L, Malm M, Fernstad R. Hamartoma of the breast: surgical treatment and reconstruction. Case report. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1997; 31: 365-9.
21. Daya D, Trus T, D'Souza TJ. Hamartoma of the breast, an underrecognized breast lesion. A clinicopathologic and radiographic study of 25 cases. *Am J Pathol* 1995; 103: 685-9.
22. Rege JD, Shet TM, Pathak VM. Mammary hamartomas a report of 15 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 1997; 40: 543-8.
23. Aggelatou R, Mouselimi M, Panou A. The role of mammography in the diagnostic approach of breast hamartomas. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998; 19: 399-400.