



Carta científica

Adenopatía axilar como debut de un carcinoma en el seno de un fibroadenoma

Axillary lymphadenopathy as the debut of a carcinoma arising in a fibroadenoma

El fibroadenoma es la tumoración benigna más frecuente de la mama. Se trata de una proliferación benigna del componente mesenquimal y epitelial de la mama de tamaño variable, por lo general menor de 2 cm. Suelen ser tumoraciones móviles, bien delimitadas e indoloras desarrolladas con preferencia en mujeres jóvenes, entre la segunda y tercera década de la vida. Los fibroadenomas raramente se asocian al desarrollo de un carcinoma, que suele aparecer por lo general en la quinta década de la vida, 20 años más tarde del pico máximo de incidencia del fibroadenoma simple. Presentamos un caso de carcinoma ductal infiltrante en el seno de un fibroadenoma de mama que se diagnosticó por haber dado lugar a una adenopatía axilar metastásica.

Mujer de 48 años, sin gestaciones y premenopáusica seguida desde hace 10 años por un fibroadenoma en la mama derecha. En su última revisión mamográfica se observaron cambios en la imagen del fibroadenoma respecto a controles previos y adenopatías axilares sospechosas de malignidad. En concreto se demostró en la unión de cuadrantes superiores de la mama derecha (UCSMD) una formación nodular, densa, parcialmente definida con calcificaciones groseras así como calcificaciones más puntiformes e inespecíficas en su interior con diagnóstico de sospecha de fibroadenoma (BI-RADS 0). No obstante, al existir cambios atípicos respecto a los controles mamográficos previos, se indicó un estudio ecográfico y biopsia de la lesión.

En la ecografía se observó un nódulo irregular y mal definido de 2,6 × 1,6 cm en la UCSMD, categoría BI-RADS IV, y 2 adenopatías de 19 y 10 mm en la prolongación axilar derecha con pérdida del hilo graso y de aspecto infiltrativo (fig. 1). Se realizó biopsia con aguja gruesa del nódulo descrito bajo control ecográfico y punción aspiración con aguja fina PAAF de una adenopatía axilar. El resultado histológico fue compatible con tejido de características fibroadenomatoides pero que presentaba ductos revestidos por varias capas de células atípicas sospechosas de carcinoma intraductal. La

PAAF de la adenopatía axilar confirmó que se trataba de una metástasis de carcinoma.

El estudio de extensión fue negativo. Se realizó una tumorectomía de UCSMD mediante una mamoplastia circular con linfadenectomía axilar derecha reglada. El estudio intraoperatoria de la pieza quirúrgica demostró un fibroadenoma con carcinoma *in situ* e infiltrante con bordes libres de tejido tumoral.

El estudio histopatológico definitivo condujo al diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado en 2 focos de infiltración (el mayor de ellos mide 0,7 × 0,5 cm) sobre un carcinoma intraductal extenso de alto grado nuclear con necrosis. Tanto la lesión infiltrante como la intraductal afectaban focalmente el tejido mamario circundante y se situaban en el seno de un fibroadenoma (fig. 2). Los márgenes quirúrgicos están libres. Existía invasión vascular y se observaron dos ganglios linfáticos con metástasis de los 18 diseccionados, sin evidencia de rotura extracapsular (pT1b pN1a). La determinación inmunohistoquímica fue: RE +++, RPg +++, Ki67 20%, HER-2 negativo y se decidió completar tratamiento con poliquimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

La progresión del componente epitelial a carcinoma *in situ* y a carcinoma invasivo ha sido descrita en la literatura y suele ser un hallazgo incidental tras la extirpación del fibroadenoma¹⁻⁴. Los primeros en describir un carcinoma en el seno de un fibroadenoma fueron Cheatle y Cutler en 1931⁵ y en la actualidad se han descrito cerca de 200 casos.

La incidencia de carcinoma en el seno de un fibroadenoma es del 0,1-0,3%, con un pico máximo de incidencia entre los 42-44 años^{3,6-8}. La mayoría de los carcinomas que surgen en un fibroadenoma son neoplasias *in situ* siendo la variedad lobulillar la más frecuente⁷. Los casos de carcinoma ductal invasivo, como el descrito, son extremadamente raros^{7,8} y, por tanto, es excepcional encontrar un caso similar al nuestro, en el cual destacamos su manifestación clínica con una afectación axilar.

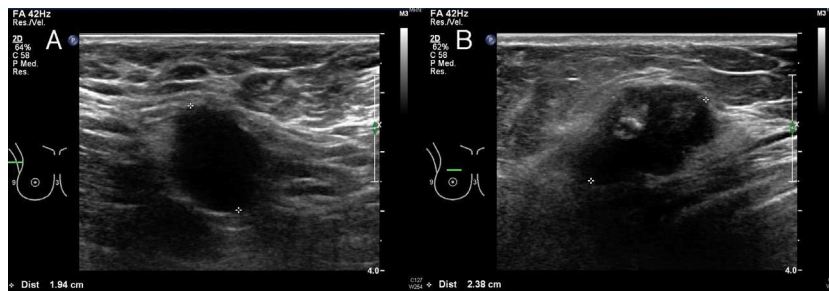


Figura 1 – A) En prolongación axilar derecha se observa adenopatía de 19 mm con pérdida del hilo grasoso y de aspecto infiltrativo. B) En la unión de cuadrantes de la mama derecha se aprecia nódulo irregular, mal definido, BI-RADS-IV.

Los fibroadenomas complejos y las enfermedades proliferativas adyacentes a un fibroadenoma están asociadas con un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama⁷. A pesar de la baja incidencia de carcinomas en el interior de fibroadenomas, el cirujano debe tener presente esta rara entidad clínica y especial precaución en el seguimiento de mujeres mayores de 35 años que presentan cambios atípicos en tumores sólidos bien delimitados en la mama. Los criterios clínicos y radiológicos

deben ayudarnos a sospechar su malignización, y en consecuencia a realizar una biopsia⁹. Desde el punto de vista clínico se han considerado como signos sospechosos de malignización de un fibroadenoma el aumento de tamaño a la exploración física, la presencia de límites imprecisos y su fijación a tejidos circundantes. Por otro lado, desde el punto de vista radiológico debe llamarnos la atención su crecimiento, un contorno irregular y la presencia de microcalcificaciones agrupadas^{6,10}.

Respecto a su tratamiento, el número de casos descritos en la literatura no es suficiente para concluir acerca de las decisiones terapéuticas a seguir. Excepcionalmente, se han descrito otros carcinomas asociados al tumor primario ya sea adyacente o en la mama contralateral⁶. Por ello, como recomendación se debe completar un estudio exhaustivo de ambas mamas para evitar que pasen desapercibidas otras lesiones durante la cirugía y diseñar el tratamiento (tumorectomía o cirugía más amplia) según los resultados del estudio preoperatorio. En este sentido, el comportamiento biológico del carcinoma que surge dentro de un fibroadenoma es el mismo que el del carcinoma de mama no relacionado con fibroadenoma y por lo tanto, la recomendación es seguir los principios generales del tratamiento del carcinoma *in situ* o invasor de la mama.

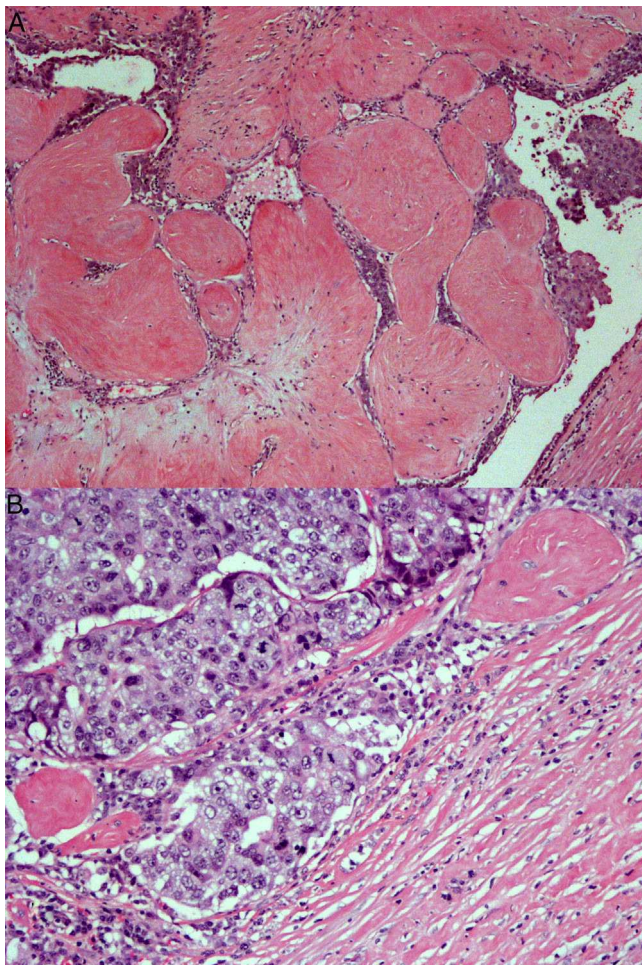


Figura 2 – A) Se aprecia intensa atipia celular y frecuentes figuras de mitosis (H-E 20X). B) En la periferia de la lesión, se observa infiltración del estroma circundante, que confirma el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante (H-E 10X).

BIBLIOGRAFÍA

1. Buzanowski-Konakry K, Harrison Jr EG, Payne WS. Lobular carcinoma arising in fibroadenoma of the breast. *Cancer*. 1975;35:450-6.
2. Ozzello L, Gump FE. The management of patients with carcinomas in fibroadenomatous tumors of breast. *Surg Gynecol Obstet*. 1985;160:99-104.
3. Deschênes L, Jacob S, Fabia J, Christen A. Beware of breast fibroadenomas in middle aged women. *Can J Surg*. 1985;28:372-4.
4. Iyengar KR, Peh SC, Yip CH, Vijayanathan A. Infiltrating duct carcinoma within a fibroadenoma. *Indian J Cancer*. 2009;46:244-6.
5. Cheatle GL, Cutler M. *Tumours of the breast. Their pathology, symptoms, diagnosis and treatment*. London: Edward Arnoled & CO; 1931: 483-4.
6. Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the breast; A clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Pathol* V 95. 1991;614-22.
7. Abe H, Hanasawa K, Naitoh H, Endo Y, Tani T, Kushima R. Invasive ductal carcinoma within a fibroadenoma of the breast. *Int J Clin Oncol*. 2004;9:334-8.

8. Gashi-Luci LH, Limani RA, Kurshumliu FI. Invasive ductal carcinoma within fibroadenoma: A case report. *Cases J.* 2009;2:174.
9. Abu-Rahmeh Z, Nseir W, Naroditzky I. Invasive ductal carcinoma within fibroadenoma and lung metastases. *Int J Gen Med.* 2012;5:19–21.
10. Baker KS, Monsees BS, Diaz NM, Destouet JM, McDivitt RW. Carcinoma within fibroadenomas: Mammographic features. *Radiology.* 1990;176:371–4.

Beatriz Arencibia Pérez^{a*}, Víctor Vega Benítez^a,
Juan Ramón Hernández Hernández^a,
Juan Luis Alfonso Martín^b y
Eduardo López-Tomassetti Fernández^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bearenci@gmail.com (B. Arencibia Pérez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.05.004>