

CARTAS AL DIRECTOR

Adenoma tubular gigante en una paciente gestante. Presentación de un caso clínico y su diagnóstico diferencial histológico



Giant tubular adenoma in a pregnant woman. Case report and differential histological diagnosis

Sr. Director:

El adenoma tubular es un tumor infrecuente y benigno, generalmente circunscrito, propio de pacientes jóvenes en edad reproductiva, aunque dicha edad puede oscilar entre los 9 y los 76 años¹.

Se suele presentar como un nódulo móvil, en un 25% de los casos es doloroso, habitualmente solitario, aunque a veces es múltiple y bilateral, pudiendo manifestarse durante el embarazo². Desde el punto de vista clínico y de pruebas de imagen, tanto la mamografía como la ecografía, en las pacientes jóvenes, puede simular un fibroadenoma, sin embargo, en pacientes mayores, el adenoma tubular puede presentar microcalcificaciones y ser difícil de diferenciar de un carcinoma³.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años que durante el embarazo consulta por una tumoración en el cuadrante inferoexterno de la mama izquierda, controlada desde hacía 3 años con biopsias de fibroadenoma. En la primera ecografía la lesión medía 27 mm, durante el embarazo, 50 × 18 mm, y al finalizar el mismo, 85 × 34 mm. La ecografía describía un nódulo hipoeocogénico de contornos bien delimitados con señal eco-color-doppler en su interior indicativo de fibroadenoma. Aunque las biopsias de aguja gruesa repetidas informaban de fibroadenoma, dado que se trataba de una tumoración blanda que iba aumentando de tamaño con neovascularización y circulación colateral, se decidió tumorectomía una vez finalizado el embarazo. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenoma tubular.

Histológicamente se compone de túbulos uniformemente pequeños, redondeados, densamente agrupados, compuestos de capa epitelial y mioepitelial. Las células epiteliales son cuboides, predominantemente no secretoras. No suele

observarse atipia epitelial y la actividad mitótica es baja. El estroma que separa los túbulos es escaso e infiltrado por linfocitos. Para que un nódulo se pueda calificar de adenoma tubular requiere que el margen sea bien definido y circunscrito con respecto del estroma o tejido mamario adyacente (fig. 1). En el seno del adenoma tubular puede encontrarse focalmente metaplasia apocrina, hiperplasia epitelial, atipia y áreas de fibroadenoma. Estos casos se designan como lesión combinada adenoma tubular-fibroadenoma. El adenoma tubular no tiene potencial de malignización o riesgo de desarrollar un carcinoma, aunque suele ocurrir la coexistencia con un carcinoma infiltrante (asociación fortuita)⁴. La escisión total del adenoma tubular es curativa⁵.

Se trata de un caso infrecuente de adenoma tubular en una paciente gestante, que por clínica, pruebas de imagen y biopsias preoperatorias se confundía con un fibroadenoma. Por el tamaño y el crecimiento durante la gestación se realizó su exéresis, que fue necesaria para poder tener un correcto diagnóstico anatomopatológico y hacer un tratamiento definitivo.

El diagnóstico diferencial incluye las siguientes lesiones: fibroadenoma, adenoma ductal, adenosis, hiperplasia gestacional, adenoma lactacional y carcinoma ductal⁵.

El adenoma tubular se distingue del fibroadenoma por el predominio de epitelio, la falta relativa de estroma y la ausencia de disposición lobulada. El estroma es de tipo «de soporte», en contraste con el estroma neoplásico activamente proliferante del fibroadenoma.

El adenoma ductal presenta una mezcla de fibrosis hialinizante con elementos ductales atenuados en un patrón nodular rodeado de fibrosis. Los conductos en la periferia de la lesión suelen tener mayor calibre luminal que los del centro. Es necesario descartar el papiloma intraductal esclerosante antes de diagnosticar la lesión.

La adenosis es una expansión de los lóbulos con incremento del número de ductos o de acinos. La lesión suele ser lobulada y no encapsulada.

La hiperplasia gestacional y de la lactancia es una hiperplasia lobular fisiológica con signos de secreción. Los lobulillos están expandidos. El número de acinos por lóbulo se incrementa notablemente y se produce una acumulación progresiva de material y gotas de grasa en las células epiteliales. Las células mioepiteliales están atenuadas. La mama lactante presenta distensión de los acinos con abundante

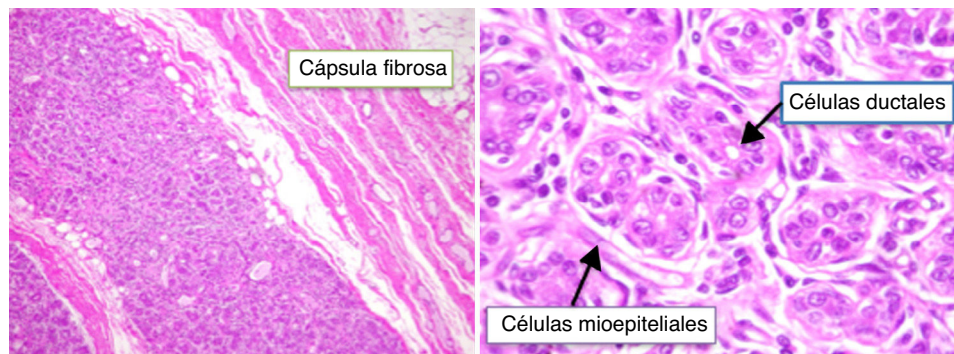


Figura 1 Lesión de bordes bien delimitados constituida por una proliferación de pequeños conductos mamarios que forman nódulos y rodeada por una cápsula fibrosa gruesa. Los conductos presentan células epiteliales y mioepiteliales sin atipia.

material secretor. Las células epiteliales secretoras adoptan un aspecto de tachuela.

El adenoma lactacional muestra una estructura lobulada, circunscrita predominantemente al epitelio, con escaso estroma y secreción prominente de los conductos. Las mitosis son frecuentes. Las células presentan una extensa vacuolización, con abundantes detritus. Algunos pueden representar fibroadenomas con cambios secretores, mientras que otros se considera que pueden ser formas de hiperplasia lobular con cambios gestacionales.

El carcinoma ductal muestra disposición de estructuras ductales al azar, de tamaño y morfología variables, con atipia celular y mitosis. Pueden existir áreas sólidas y focos de necrosis⁶.

Bibliografía

1. Roja-Maruri CS, Vicuña-González RM, Alderete-Vázquez G, Rivera-Salgado MI. Adenoma tubular gigante de mama en paciente de 17 años de edad. Comunicación de un caso. *Patol Rev Latinoam*. 2009;47:128–9.
2. Palnaes Hansen C, Fahrenkrug L, Hastrup N. Tubular adenoma of the breast in a pregnant girl: Report on a case. *Eur J Pediatr Surg*. 1991;1:364–5.
3. Nishimori H, Sasaki M, Hirata K, Zembutsu H, Yasoshima T, Fukui R, et al. Tubular adenoma of the breast in a 73-year old woman. *Breast Cancer*. 2000;7:757–61.
4. Soo MS, Dash N, Bentley R, Lee LH, Nathan G. Tubular adenomas of the breast: Imaging findings with histologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;174:757–61.
5. Komaki K, Morimoto T, Mori T, Sasa M, Oshimo K, Monden Y, et al. A rare case of fibroadenoma in a tubular adenoma of the breast. *Surg Today*. 1992;22:163–5.
6. Domoto H, Tsuda H, Miyakawa K, Shinoda A, Nanasawa T. Invasive ductal carcinoma associated with tubular adenoma of the breast. *Pathol Int*. 2002;52:244–8.

Mireia Botey^{a,*}, Carlos Muñoz-Ramos^a, Paula Argacha^b, Merce Vallespí^c, Estefanía Orlando^c, Sara Simonetti^d y Àngel García San Pedro^a

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^c Servicio de Radiología, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mireiabotey@gmail.com (M. Botey).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.03.001>

Recidiva de fibroadenoma juvenil en paciente afecta de síndrome de Beckwith-Wiedemann



Recurrence of juvenile fibroadenoma in a patient with Beckwith-Wiedemann syndrome

Sr. Director:

El síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) es un trastorno pediátrico que se caracteriza por un excesivo crecimiento celular, y que se asocia a predisposición en el desarrollo de tumores¹. Presenta una incidencia aproximada de uno entre 13.700 recién nacidos. Generalmente se presenta de forma

esporádica. El fenotipo de los enfermos es variable, pero existen una serie de signos y síntomas presentes en un gran número de casos como macrosomía fetal, visceromegalia, crecimiento rápido, hemihiperplasia, alteraciones metabólicas como hipotiroidismo o policitemia y el desarrollo de diversas neoplasias durante la infancia o la edad adulta².

Presentamos el caso de una paciente de 14 años de edad afecta de SBW. Fenotípicamente presenta macrosomía, hernia umbilical y fenotipo macrosómico. Como antecedentes, en periodo neonatal precoz, presentó hipoglucemia sintomática, un hamartoma mesenquimal hepático y nesidioblastosis pancreática que precisó pancreatomectomía subtotal (80%). A los 2 años, presentó un tumor de Wilms bilateral (estadio v), alcanzando remisión completa tras tratamiento con quimioterapia y cirugía. Sin antecedentes ginecológicos de interés.