

Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama

Araceli Bibiana Pacheco Calderón,* Marianela Centeno Flores,**
Mónica Velasco Jiménez,*** Josefina Santiago Calderón****

RESUMEN

Se describe un caso de tumor gigante con reporte de hiperplasia pseudoangiomatosa de la mama (PASH) de rápida evolución, sin antecedente de importancia asociado a la patología. Se llevó a cabo un manejo multidisciplinario entre el radiólogo, patólogo y cirujano. Se optó por mastoplastia horizontal conservadora de piel por ser una lesión de origen benigno. Actualmente en vigilancia con buena evolución. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es describir un caso de tumor gigante de la mama con reporte de PASH y realizar una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Tumor angiomatoso, hiperplasia, mama, lesión benigna.

ABSTRACT

We describe a case of giant pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast, (PASH) very quick evolution, there is not a history of importance attached to the pathological. Multidisciplinary management between the radiologist, pathologist and surgeon performed, we chose conservative horizontally mastoplasty skin, being a benign lesion origin. Currently in surveillance with good results. **Objective:** The objective of this paper is to describe a case of Giant breast tumor with PASH report and perform a brief review of the literature.

Key words: Pseudoangiomatous estromal, hyperplasia, breast, benign lesion.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama es una patología benigna poco frecuente. Hasta 2014 se han reportado 150 casos en la literatura.¹ Fue descrita por primera vez por Vuitch y cols. en 1986.^{1,2} Con posible etiología hormonal, se caracteriza por una proliferación exagerada del tejido estromal de la mama de comportamiento benigno.² Una de las teorías es una respuesta anormal del tejido estromal a la progesterona. Se presenta con predominio en la edad reproductiva. El diagnóstico diferencial se rea-

liza con angiosarcoma de bajo grado, fibroadenoma, hamartoma y miofibroblastoma.^{1,2} El tratamiento es quirúrgico, curativo, con bajo índice de recurrencia y pronóstico bueno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de 33 años, antecedentes patológicos de importancia para la patología actual negados. Antecedentes ginecoobstétricos: G3 P3 C: 0 A: 0 C: 0. MPF salpingo-ooforectomía bilateral. Hormonales negados. Lactancia positiva. Historia de un año de aumento progresivo de la mama izquierda, de bordes regulares, pesadez, sin dolor ni fiebre o pérdida de peso. Examen físico: mama izquierda con cambios de coloraciones y tumor gigante de aproximadamente 20 × 22 × 12 cm, sin lesiones en mama derecha (*Figuras 1 y 2*), sin adenopatías axilares ni supraclaviculares, inicialmente tratada con analgésicos. Radiografía de tórax sin alteraciones, mastografía BI-RADS IV (*Figura 1*): lesión densa homogénea en mama izquierda. Las placas de mastografía digital revelan engrosamiento de la piel en relación con tejido inflamatorio de forma difusa. La glándula

* Cirujano Oncólogo, IMSS.

** Cirujano Oncólogo, ISSSTE.

*** Médico Patólogo, IMSS.

**** Médico Radiólogo, IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/revmexmastol>



Figura 1. Tumor de mama izquierda de 20 cm en paciente en decúbito.



Figura 2. Tumor de mama izquierda de 20 cm en paciente sentada.

mamaria muestra aumento de densidad en forma generalizada secundaria a presencia de imágenes múltiples nodulares de bordes definidos y lobulados que cubren su totalidad, condicionando aumento de volumen de glándula mamaria en comparación con la contralateral. En proyección oblicuo media lateral derecha se observa mama de tamaño dentro de parámetros normales, sin evidencia de engrosamiento de la piel, con aumento de densidad secundaria a zonas nodulares múltiples que involucran la

totalidad, las cuales muestran bordes bien definidos que presentan tejido inflamatorio subyacente en proyección céfalo-caudal derecha, se observa mama con aumento de densidad de predominio periférico con zonas nodulares de la misma densidad que mama contralateral, sin evidencia de engrosamiento de la piel (*Figura 3*). Se realiza biopsia con reporte de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de mama izquierda, márgenes negativos (*Figuras 4 a 6*), peso de 4 kg aproximadamente (*Figura 7*). Se programó a la paciente para mastectomía simple conservadora de piel con incisión periareolar y mastoplastia horizontal sin complicaciones (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

Lesión benigna, rara, secundaria a estímulo hormonal predominantemente progesterona. La incidencia varía: en lesión palpable 0.5%, en lesión radiológica 6% y en lesión microscópica incidental 23%; hay multifocalidad en 60% de los casos.³ De predominio premenopáusico.⁴ El ultrasonido mamario y la mastografía son las dos modalidades que se utilizan con más frecuencia para establecer el diagnóstico, los hallazgos radiológicos son variables: en la mamografía puede observarse una lesión bien delimitada, redonda u oval sin calcificaciones. Los hallazgos ultrasonográficos revelan lesiones sólidas, homogéneas y masa hipoeoica. Resonancia magnética: describe una masa isointensa en T1, líneas reticulares en T2, estos hallazgos son una característica útil en el diagnóstico de PASH.⁵ Se requiere estudio histopatológico para establecer un diagnóstico definitivo.¹ La citología por aguja fina no es específica, puede presentar variaciones histológicas de esta lesión y es útil para demostrar su naturaleza benigna.⁴ La

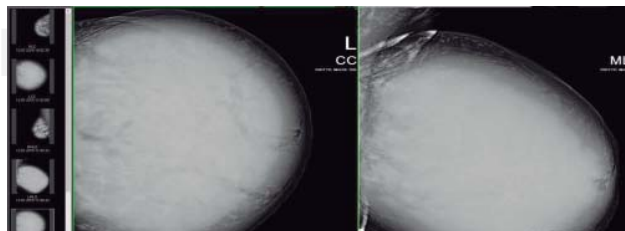
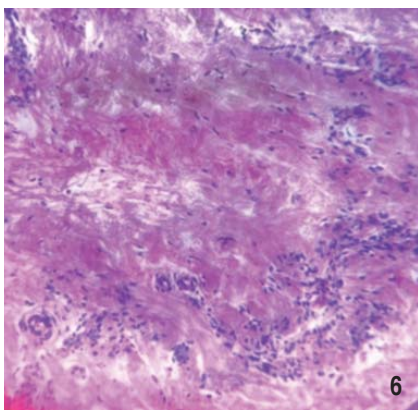
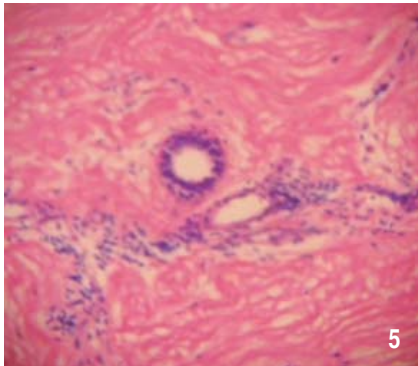
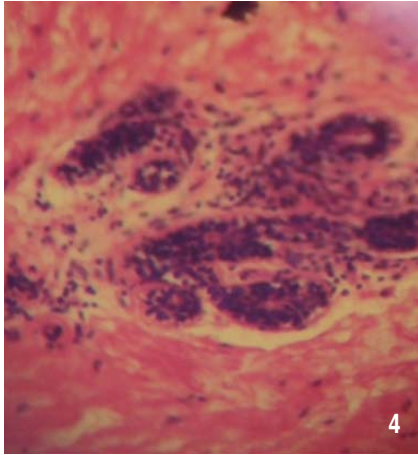


Figura 3. Glandular mamaria con aumento de la densidad en forma generalizada, imágenes nodulares.

hiperplasia estromal de la mama se caracteriza por una proliferación mesenquimatoso del tejido mamario en forma de pseudoangiosomas.¹ Debe realizarse



Figuras 4 a 6. Hiperplasia estromal de la mama, espacios pseudovasculares, tapizados por células estromales fusiformes.

diagnóstico diferencial con tumor phyllodes, fibroadenoma, hamatoma, hemangiosarcoma de bajo grado y miofibroblastoma.^{1,6} Macroscópicamente es de aspecto ovalado, bien circunscrito, no encapsulado, de superficie lisa y en su interior es de color gris. (Figura 8) Microscópicamente se caracteriza por miofibroblastos inmersos en un estroma colagenizado con espacios pseudovasculares, inmunohistoquímicamente son positivos para vimentina, CD34, actina del músculo liso, BCL-2, CD31 y factor VIII negativos (estos dos son positivos en el angiosarcoma).^{1,7,8,9}

Existen dos formas de presentación: como un incidentaloma o como una patología nodular, como en



Figura 7. Pieza quirúrgica de aproximadamente 4 kg.



Figura 8. Mastoplastia horizontal.

este caso. La forma nodular es muy rara, sólo se han documentado alrededor de 150 casos en la literatura. Tiende a ser unilateral, de crecimiento rápido, bien delimitada, de consistencia firme y móvil.¹

Su presentación varía desde lesiones microscópicas incidentales hasta lesiones de alrededor de 10 cm.³ La hiperplasia estromal de mayor dimensión medía 18 cm y fue descrita en la literatura inglesa. El caso que nos ocupa es uno de los más grandes registrados en la literatura mundial con 20 cm. Una revisión de 24 casos realizada por Bowman, una de las mayores series reportadas en una sola institución entre 2004 y 2010, reveló un tamaño entre 0.3 mm y 7 cm, 95% resultaron RE y RP positivos, el rango de edad fue entre 18 y 86 años con predominio del lado izquierdo de 65%, derecho de 25% y bilateral de 12.5%.^{8,10}

En lesiones mayores de 2 cm el tratamiento es la cirugía, las lesiones menores de 2 cm podrían dejarse en observación con seguimiento, el riesgo de malignización es muy bajo, sólo se ha registrado un caso por Nassar y cols.⁹ en una paciente de 30 años con un nódulo mamario de aproximadamente de 1.6 cm de dos años de evolución y biopsia con reporte de PASH con focos de histología maligna.⁷ La tasa de recurrencia es de 0 a 22% y el pronóstico es excelente.^{1,6,10}

CONCLUSIÓN

La hiperplasia pseudoangiomatosa de la mama es de presentación poco común, en la revisión de la literatura mexicana han sido pocos los casos documentados de tumor gigante de la mama con reporte de PASH. Su tratamiento es quirúrgico con márgenes amplios, bajos índices de recurrencia y excelente pronóstico.

Agradecimientos

Al personal médico que participó en la realización de esta revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez RG, Figueroa GM, Chávez MO, Olguín HF, Leiva CV, Guerrero GM. Hamartoma e hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama, diagnósticos diferenciales infrecuentes de cáncer de mama. *Rev Chil Cir.* 2014; 66 (2): 170-174.
2. Moreno DJ, Lobato MJ, Arriba OT, Ajuriagogeaskoa AS, Dehesa MT, Gorriño AO y cols. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama (HEPA): estudio clínico, radiológico y patológico 4 casos. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2010; 39 (6): 253-259.
3. Machado M, Garzón A, Muñoz V, Flores TM. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama (PASH): presentación de dos casos. *Rev Argent Radiol.* 2009; 73 (4): 433-436.
4. Aron M, Ray R, Verma K. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast-cytological features of two cases and review of literatura. *Indian J Patology Microbiol.* 2005; 48 (2): 260-264.
5. Virk RK, Khan A. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: an overview. *Arch Pathol Lab Med.* 2010; 134 (7): 1070-1074.
6. Navas CA, Olcoz MF, García LE, Pérez AJ. Hiperplasia pseudoangiomatosa estromal: hallazgos en resonancia magnética de dos casos. *Radiología.* 2007; 49: 275-278.
7. Arias SM, Pavcovich RM, Jiménez C, Busto FC, Andújar SM, Sánchez RM. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de mama (Pseudoangiomatous stromal hyperplasia o PASH). Estudio de tres pacientes. 7º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica, España. Septiembre 2005.
8. Bowman E, Oprea G, Okoli J, Gundry K, Rizzo M, Gabram-Mendola S et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) of the breast: a series of 24 patients. *Breast J.* 2012; 18 (3): 242-247.
9. Nassar H, Elieff MP, Kronz JD, Argani P. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) of the breast with foci of morphologic malignancy: a case of PASH with malignant transformation? *Int J Surg Pathol.* 2010; 18 (6): 564-569.
10. Duyos I, Fernández-Prada S, Gómez I, De Santiago J, Hardisson D, Sánchez-Méndez JI. Hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario Pseudoangiomatous stromal hyperplasia tumor of the breast. *Toko-Gin Pract.* 2014; 73 (6): 133-136.

Correspondencia:

Marianela Centeno Flores

E-mail: maricent78@yahoo.com

bibispaca@hotmail.com