



Carcinoma ductal *in situ* originado en un fibroadenoma mamario. Presentación de un caso

Dr. Hugo Molina Cárdenas,* Dra. Martha Lilia Tena Suck,*
Dr. Francisco García Rodríguez,** Dr. Hugo Domínguez Malagón***

RESUMEN

El fibroadenoma mamario (FAM) es el tumor más común de la glándula mamaria, especialmente en la adolescencia. El FAM tiene curso benigno, se origina de los lobulillos mamarios y posee receptores para estrógenos y progesterona, por lo que sufre cambios de acuerdo a los niveles hormonales.

El desarrollo de carcinoma en FAM es excepcional y se ha calculado en 0.1 a 0.3%. El 65% de éstos es de tipo lobular, aunque también se han reportado de tipo canalicular puro y mixto. El 42% de estos carcinomas son invasores.

Se presenta un caso de una mujer de 86 años de edad, con galactorrea a través del pezón izquierdo y nódulo mamario firme en cuadrante superior externo. En la secreción del pezón se detectaron células neoplásicas malignas y el estudio histológico mostró un fibroadenoma hialinizado, con carcinoma intraductal y angioinvasión en la cápsula. Los ganglios axilares fueron negativos. La paciente está viva y libre de enfermedad un año después de la cirugía. Se discute esta rara asociación, sus implicaciones y su pronóstico.

Palabras clave: Fibroadenoma mamario, carcinoma ductal *in situ*.

ABSTRACT

Fibroadenoma is the most frequent breast tumor, particularly during adolescence, the tumor arises from the breast lobules and follows a benign course. The neoplastic cells display estrogen receptors, for that reason some tumors respond to hormonal stimulus.

*Malignant transformation of fibroadenomas is a rare event, lobular or ductal carcinoma occur in 0.1 to 0.3% of cases, carcinoma is mostly *in situ* but invasion occurs in 42% of reported cases. In the present paper we report the case of an 86 year-old woman with galactorrhea from the left nipple, and a lump in the upper external quadrant of the breast. Cytological examination of the nipple discharge showed malignant ductal cells. The radical mastectomy showed a 0.8 cm hyalinized fibroadenoma with intraductal carcinoma and peripheral angioinvasion, the axillary lymph nodes were all negative. The patient is alive and free of disease one year after surgery. This rare association is discussed with its clinical and prognostic implications.*

Key words: Fibroadenoma of the breast, ductal carcinoma *in situ*.

INTRODUCCIÓN

* Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México (HJM).

** Jefe del Servicio de Oncología, HJM.

*** Servicio de Patología, INCAN.

El fibroadenoma mamario (FAM) es la neoplasia benigna más frecuente de la glándula mamaria y se considera originada del epitelio y del estroma de canalículos terminales. Clínicamente se detecta como un nódulo

mamario firme no doloroso, móvil no adherido a planos profundos y se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 35 años, aunque también puede aparecer en adolescentes.^{1,2} Histológicamente es una lesión bifásica que consta de un componente estromal especializado y de estructuras epiteliales formando estructuras canaliculares muy variables que pueden ser simples o complejas, ramificadas, colapsadas o con cambios quísticos, en éstas puede haber metaplasia apócrina. En pacientes posmenopáusicas puede presentar atipias celulares variables.^{1,2} Se considera al FAM como el resultado de sensibilidad anormal a estrógenos por lo que es una neoplasia hormono-sensible, las células epiteliales tienen receptores de estrógenos y progesterona.¹⁻⁶

En raras ocasiones el FAM presenta alteraciones en su comportamiento clínico, puede presentarse como tumor múltiple, crecer rápidamente, y desarrollar carcinoma. El carcinoma puede ser canalicular infiltrante (CI) en hasta 0.20% de los casos o puede ser *in situ* (CIS) de tipo ductal o lobulillar.¹ El CIS de tipo ductal puede tener diversos patrones como sólido, cribiforme o papilar. Se consideran lesiones de bajo grado cuando presentan células pequeñas o con patrón tipo no comedo y de alto grado cuando presentan células grandes y/o con patrón comedo.

En el presente trabajo se reporta el caso de una mujer posmenopáusica con carcinoma canalicular *in situ* que se originó de un fibroadenoma mamario hialinizado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 86 años de edad con menarca a los 13 años y menopausia a los 50. Gestas VIII, partos VIII, abortos 0.

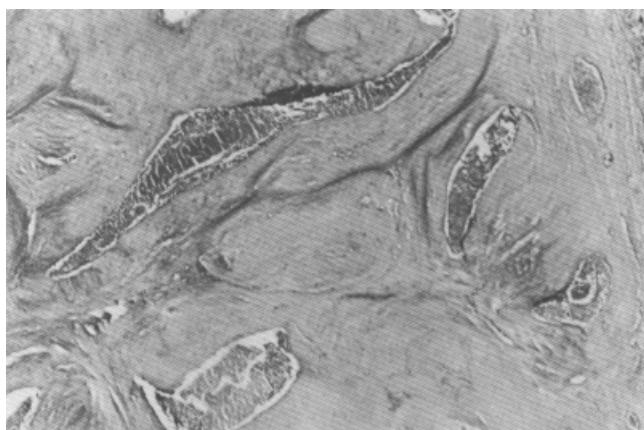


Figura 1. El fibroadenoma tiene estroma hialinizado, en el interior de los conductos del fibroadenoma mamario se observa carcinoma *in situ* con necrosis tipo comedo. HE 10x.

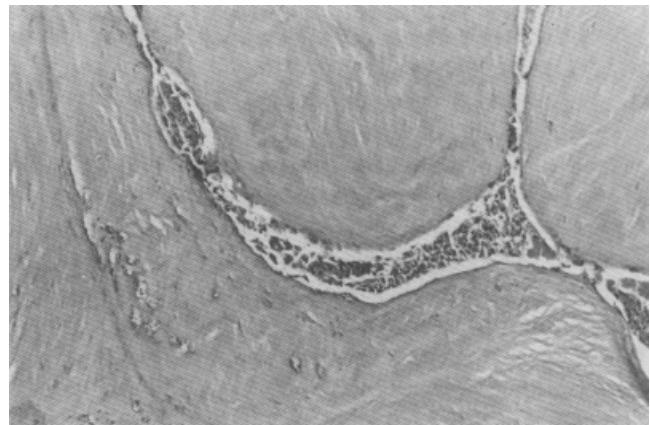


Figura 2. Detalle del carcinoma *ductal in situ*, conductos revestidos por varias capas de células neoplásicas y áreas de necrosis central. HE 20x.

Inició su padecimiento con galactorrea unilateral, amarillenta de tres meses de evolución. A la exploración física presentaba un pequeño nódulo mamario en el cuadrante superior externo, de mama izquierda el cual era firme, doloroso, móvil, no adherido a planos profundos y media aproximadamente 1 x 1 cm. Los estudios de mastografía y ultrasonido mostraron un nódulo mamario compatible con fibroadenoma. El estudio citológico de la secreción del pezón demostró células neoplásicas malignas. Sobre la base de ese diagnóstico y debido al tamaño del tumor, además de la edad de la paciente, se realizó mastectomía radical modificada de tipo Patey.

Macroscópicamente se encontró un nódulo de 0.8 cm de diámetro, lobulado, gris-blanquecino de consis-

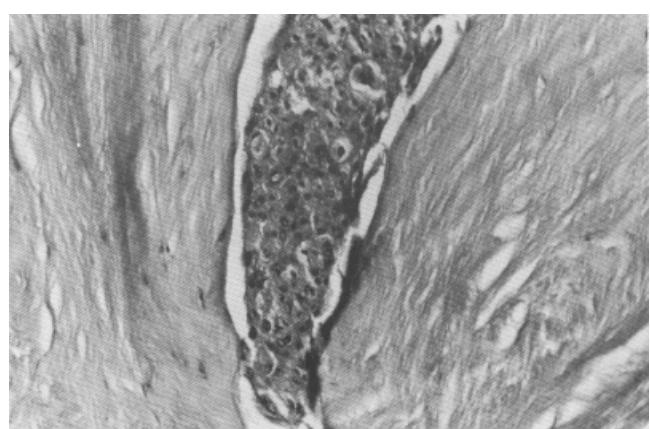


Figura 3. Acercamiento de un conducto que muestra células neoplásicas con atipia nuclear y figuras de mitosis. HE 40x.

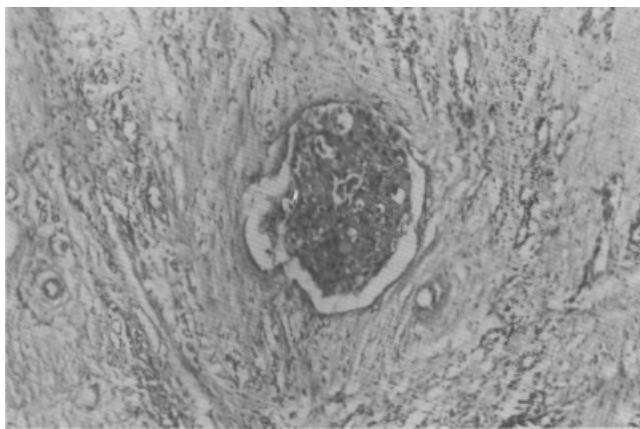


Figura 4. Vasos sanguíneos peritumorales con permeación por células neoplásicas HE 40x.

tencia firme, al corte tenía superficie sólida discretamente lobular, con aspecto fibroso.

Histológicamente se observó, un nódulo bien delimitado encapsulado con estroma hialino y numerosas estructuras canaliculares irregulares delineadas por células epiteliales (*Figuras 1 y 2*), dichas células tenían forma poligonal, con abundante citoplasma eosinófilo. Los núcleos vesiculosos, de forma y tamaño variable, con cromatina gruesa, nucléolo aparente, mitosis ocasionales (*Figura 3*); se encontró necrosis central tipo comedo en algunos sitios, y en la cápsula se demostró permeación en vasos linfáticos por células neoplásicas malignas (*Figura 4*). Los bordes y lecho quirúrgico estuvieron libres, los ganglios linfáticos axilares no presentaron metástasis.

La paciente evolucionó favorablemente, no recibió tratamiento complementario, está viva y libre de enfermedad un año después de la cirugía.

DISCUSIÓN

El carcinoma ductal *in situ* originado en un fibroadenoma mamario es un evento raro que ocurre en un 0.1-0.3% en series grandes^{4-8,10,11} con una edad entre 23 a 62 años con promedio de 44 años.³ Macroscópicamente todos los casos tenían apariencia de FAM común; se presentaron con igual frecuencia carcinoma lobulillar y canalicular y no se encontraron metástasis axilares en estas pacientes.⁴⁻⁷

En la serie de McDivitt, el 81% de los carcinomas son hallazgos incidentales de lesiones mamarias be-

nignas en mujeres jóvenes y sin antecedentes ginecológicos de importancia. El carcinoma *in situ* de tipo lobulillar es el más frecuente en un 50%, seguido del carcinoma ductal *in situ* en un 20%.^{1,2,6-8} El uso de hormonales no se considera como factor importante para el desarrollo de carcinoma originado en FAM.^{11,12} La bilateralidad puede ocurrir en un 10% en biopsia inicial, a los 10 años y hasta en un 30% después de 22 años.^{4,5,7,8}

En la mayoría de las pacientes estudiadas de carcinoma *in situ* y fibroadenoma mamario ni la mastografía ni la mamografía han sido de gran valor diagnóstico, a menos que exista infiltración neoplásica en el tejido mamario adyacente, en el presente caso el diagnóstico de adenocarcinoma pudo ser documentado por citología de la secreción del pezón, lo cual consideramos como un hallazgo excepcional que justificó la mastectomía radical.

El tejido mamario que rodea a un FAM con CIS puede presentar mastopatía fibroquística con hiperplasia epitelial y comedomastitis.^{1-5,8} La hialinización del estroma como la que presentó el presente caso se ha visto hasta en un 26%,¹⁰ también puede haber otros cambios estromales como colagenización y edema.¹⁻³

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la hiperplasia ductal atípica la cual presenta estroma fibroso hialinizado y también con la hiperplasia ductal esclerosante subareolar, que se confunde con todas las lesiones esclerosantes o hialinas y puede presentar mitosis e hiperplasia de los conductos mamarios.^{4,5} El fibroadenoma juvenil, que es una lesión bifásica que puede presentar atipias celulares en ambos componentes celulares, el estroma es más celular que en el fibroadenoma.

En conclusión, se ha presentado el caso de una paciente de 86 años con un fibroadenoma mamario hialinizado que contenía carcinoma ductal con zonas *in situ* y permeación vascular linfática, se trata de una asociación excepcional a esta edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosen PP, Obernam HA. *Atlas of the tumors of the mammary gland*. Fascicle 7, serie 3, Bethesda. Armed Forces Institute of Pathology, Washington D.C. 1993. 101, 104, 106, 119.
2. Buzanowski-Konakry K, Harrison EG, Specer P. Lobular carcinoma arising in fibroadenoma of the breast. *Cancer* 1975; 35: 450-456.
3. Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the Breast. A clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Path* 1991; 95: 614-622.
4. Harris JR, Hellman H, Kinne D. *Breast diseases*, Second edition J: B Lippincott Company 1991.



5. Donegan, Spratt. *Cancer of the breast*. Fourth edition. Saunders 1995.
6. Golman RL, Friedman NB. Carcinoma of the Breast arising in fibroadenoma, with emphasis on lobular carcinoma. *Cancer* 1969; 23: 544-550.
7. McDivitt RW, Stewart FW, Farrow JH. Breast Carcinoma arising in solitary fibroadenoma. *Surg Gynecol Obstet* 1967; 125: 572-576.
8. McDivitt RW, Stewart FW, Berg JW. Tumors of the breast. In: Atlas of tumors pathology Fascicle 2, series 2 Bethesda: Armed Forces Institute of Pathology, 1968; 18-102,145-146.
9. Hutter RVP, Snyder RE, Lucas JC, Foote FW, Farrow JH. Clinical and pathologic correlation with mammographic findings in lobular carcinoma *in situ*. *Cancer* 1969; 23: 826-839.
10. Baker KS, Monsees BS, Diaz NM. Carcinoma with fibroadenoma: mammographic features: *Radiology* 1990; 176: 371-374.
11. Fechner RA. Fibroadenoma in patients receiving oral contraceptives. A clinical and pathologic study. *Am J Clin Pathol* 1970; 53: 857-864.
12. Taylor HB. Oral contraceptives and pathologic changes in the breast. *Cancer* 1991; 28: 1388-1390.
13. Gallagher WJ, Koerner FC, Wood WC. Treatment of intra-ductal carcinoma with limited surgery: Long-term follow-up. *J Clin Oncol* 1989; 7: 376-380.
14. Simpson RH, Jaimes KA, Hooldstrock JB, Kelly RM, Kankah DHT. Carcinoma in breast fibroadenoma. (Baltimore) *Acta Cytol* 1987; 31: 313-316.

Correspondencia:

Dr. Hugo Molina Cárdenas
Servicio de Patología.
Hospital Juárez de México, SS
Av. Politécnico Nacional No. 5160,
Col. Magdalena de las Salinas
Tel. 57-47-75-60. Ext. 463. México D.F.