

# Liponecrosis mamaria postraumática en un varón simulando carcinoma

Emma Morcillo • Marisa Cubells • Juana Forner • M.<sup>a</sup> Isabel Celma

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario de Valencia.

La liponecrosis mamaria postraumática en el hombre es una entidad muy infrecuente. Puede ser indistinguible del cáncer de mama, tanto clínica como radiológicamente, siendo con frecuencia la mamografía y la ecografía no concluyentes (1). La punción aspiración con aguja fina (PAAF) puede sugerir el diagnóstico, pero el examen histológico es esencial para un diagnóstico correcto.

Presentamos un caso de liponecrosis mamaria postraumática en varón, que simulaba cáncer. Tras PAAF que sugiere la presencia de células atípicas, se procede a realizar examen histológico, el cual da el diagnóstico definitivo.

**Palabras clave:** Liponecrosis. Mama. Varón. Carcinoma.

## Posttraumatic fat necrosis of the breast mimicking carcinoma in a man

Posttraumatic fat necrosis of the breast very rarely occurs in men. It may be clinically and radiologically indistinguishable from breast cancer, and mammography and ultrasound are frequently inconclusive. Fine-needle aspiration biopsy (FNAB) may suggest the presence of this entity, but histological examination is essential for the correct diagnosis.

We present a case of a man with posttraumatic fat necrosis of the breast mimicking carcinoma. When the results of FNAB suggested the presence of atypical cells, histological examination was performed, disclosing the definitive diagnosis.

**Key words:** Fat necrosis. Breast. Male. Carcinoma.

La liponecrosis mamaria postraumática es una entidad extremadamente rara en el varón.

Puede dar imágenes radiológicas indistinguibles del cáncer de mama, al igual que ocurre en la mujer (2); por lo que se necesita la histología para llegar al diagnóstico exacto.

Presentamos un caso de liponecrosis mamaria postraumática en varón que simulaba carcinoma.

Debemos pensar que el tema que nos ocupa es una posibilidad diagnóstica ante la existencia de un accidente previo (automovilístico, laboral,...), aunque el paciente no refiera traumatismo torácico, ya que la afectación mamaria puede pasar desapercibida.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 46 años, que acude a nuestro Servicio por la presencia de un nódulo palpable en la mama izquierda (MI), presente desde hace aproximadamente tres meses. Sin antecedentes patológicos de interés. Refiere traumatismo craneoencefálico por accidente laboral hace aproximadamente un año que, en el momento de la exploración, no se relaciona con la patología actual.

En la *exploración física* se palpan varias tumoraciones en la MI (cuadrante supero-externo y cuadrante infero-interno, próxi-

mos a la areola mamaria), de consistencia dura y forma redondeada, fijas a la glándula pero no a la piel, una de ellas presenta atrofia del tejido celular subcutáneo. Así mismo, se palpan dos o tres ganglios axilares móviles de unos 2 cm.

En la *mamografía* (*mamógrafo de General Electric Senographe 600 T Senix HF*) se observan al menos dos imágenes nodulares de bordes imprecisos en la MI, sin calcificaciones asociadas. En la *ecografía* complementaria realizada utilizando ecógrafo Aloka SSD 650 CL, con sonda lineal de 7,5 MHz, se detecta la presencia de al menos, dos nódulos mal delimitados, iso-hiperecogénicos, con algunos trazos de sombra posterior más marcados en uno de ellos, localizados en cuadrante supero-externo y cuadrante infero-interno de la MI, de 2,3 cm y 1,6 cm respectivamente. En axila izquierda se detectan tres ganglios, siendo el de mayor tamaño de 2 cm. Dadas las características de las lesiones tanto por mamografía como por ecografía, se informa desde el punto radiológico, y como primer diagnóstico de carcinoma multifocal de MI.

La PAAF practicada por control palpatorio por el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, revela la presencia de frotis de fondo serohemorrágico con presencia de células espumosas y células epiteliales aisladas o en pequeñas placas con atipia. Se aconseja estudio histológico para descartar malignidad.

Se practica intervención quirúrgica extirpándose todas las tumoraciones palpables, que presentan aspecto macroscópico posible maligno. El diagnóstico extemporáneo no es muy preciso, pues se informa de esteatonecrosis y de algunas zonas muy sospechosas de malignidad. Se prefiere confirmar con biopsia diferida. El informe anatomopatológico postoperatorio diagnostica esteatonecrosis con reacción xantogranulomatosa y fibrosis, sin lesiones tumorales, a nivel mamario; así como 14 adenopatías con infiltración grasa e histiocitosis sinusal sin infiltración tumoral, a nivel linfático.

Morcillo E, Cubells M, Forner J, et al. Liponecrosis mamaria postraumática en un varón simulando carcinoma. Radiología 2001;43(2):75-77.

*Correspondencia:*

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario de Valencia. Av. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia.

*Recibido:* 25-X-2000.

*Aceptado:* 15-II-2001.

A

B

Fig. 1.—*Mamografía* en proyección cráneo-caudal y oblicua de la mama izquierda en la que se ven múltiples imágenes nodulares de bordes mal definidos.

## DISCUSIÓN

La necrosis grasa mamaria fue descrita por primera vez por LEE y ADAIR (3) (1920) asociándola a traumatismos. En la bibliografía consultada nos encontramos con liponecrosis mamaria en el hombre no asociada a traumatismos, como son los casos de cisteatonecrosis mamaria bilateral espontánea de tipo pseudotumoral (simulando un carcinoma inflamatorio), descritos por Wiel Masson y cols. (4), que se da sobre todo en sujetos ancianos u obesos y en pacientes con ginecomastia que sufren un adelgazamiento brusco (4 y 5). El mecanismo de producción es desconocido (4). Por otra parte Steinbach y cols., presentan el caso de un varón con masa mamaria bilateral palpable, que lejos de ser una ginecomastia, resulta ser una liponecrosis mamaria bilateral (6).

En la bibliografía consultada la mayoría de los casos de liponecrosis postraumática se refieren a la mama femenina (3 y 7). Nuestra comunicación aborda únicamente un caso de liponecrosis mamaria postraumática en el hombre, por lo que no podemos saber si los datos consultados en el sexo femenino son aplicables también al varón.

Es frecuente que en la historia general del paciente con liponecrosis postraumática (ya sea asociada al cinturón de seguridad en accidente automovilístico (7) o asociada a otro tipo de accidente, como el laboral en nuestro caso), no necesariamente exista traumatismo torácico, o bien la afectación torácica pase desa-

percibida, y sólo se piense en ella por la necesidad de buscar una razón a la aparición del tumor mamario (8). En suma, podemos afirmar que la mayoría de los pacientes tienen la certeza de la ausencia del nódulo antes del accidente.

En cuanto al origen de la liponecrosis mamaria postraumática, parece ser que la afectación torácica daría lugar a una reacción inflamatoria, acompañada o no de hemorragia y posible hematoma, todo lo cual conduciría a una isquemia causante de la necrosis mamaria (4).

La importancia de la necrosis grasa radica en la dificultad para distinguirla del carcinoma tanto clínica como radiológicamente (9), ya que una forma de presentación es como masa indolora en la mama, mal definida y poco móvil. El diagnóstico diferencial lo tenemos que realizar con patologías benignas que pueden simular malignidad, como son:

- Necrosis grasa: opacidad mal delimitada, ocasionalmente con centro radioluciente.
- Fibroadenoma: infrecuentemente parte del borde es irregular o mal definido.
- Posbiopsia.
- Hematoma.
- Mastitis.

**A**

**B**

Fig. 2.—*Ecografía* de la mama izquierda en la que se aprecia engrosamiento de la piel con una imagen nodular mal definida iso-hiperecogénica con sombra posterior. En axila izquierda se observa un ganglio, de aproximadamente 2 cm de diámetro, con marcada infiltración grasa.

En conclusión, la necrosis grasa postraumática en el hombre es una entidad muy poco frecuente, que puede dar lugar a imágenes mamarias indistinguibles del cáncer, tanto clínica como radiológicamente, siendo la mamografía y la ecografía no concluyentes, al igual que ocurre en la mujer (1), estando en último término el diagnóstico en manos del examen histológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison RL, Britton P, Warren R, Bobrow L. Can we be sure about a radiological diagnosis of fat necrosis of the breast? Clin Radiol 2000 Feb;55(2):119-23.
2. Hogge JP, Robinson RE, Magnant CM, Zuurbier RA. The mammographic spectrum of fat necrosis of the breast. Radiographics 1995 Nov;15(6):1347-56.
3. Lee BJ, Adair FF. Traumatic fat necrosis of the female breast and its differentiation from carcinoma. Ann Surg 1920;72:188-95.
4. Wiel Masson D, Taurelle R, Schaison G, Tristan H, Wilde F. La cytotéatonécrose mammaire bilatérale spontanée pseudotumorale. A propos de deux cas chez l'homme. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1989;18:756-60.
5. Nielsen BB, Flenger C, Kielsen H. Massive bilateral fat necrosis of the male breast. Dis Breast 1984;10:2-4.
6. Steinbach BG, Steinbach JJ, Zander DS. Bilateral breast masses in a man. Mil Med 1993 May;158(5):356-7.
7. Dawes RFH, Smallwood JA, Taylor I. Seat belt injury to the female breast. Br J Surg 1988;73:106-7.
8. Donegan WL, Spratt JS, eds. Major Problems in Clinical Surgery. Volume 5: Cancer of the Breast. 2nd. ed. W B Saunders Co. 1979;35-6.
9. Bassett LW, Gold RH, Cove HC. The mammographic spectrum of traumatic fat necrosis: the fallibility of «pathognomic» signs of carci-

noma. Am J Radiol 1978;130:119-22.