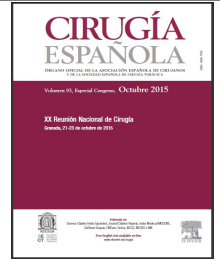




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-521 - FASCITIS OSIFICANTE DE MAMA, CAUSA INFRECUENTE DE TUMORACIÓN MAMARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

González Pérez, Marta; del Val Gil, José María; Lázaro Maisanava, José Miguel; Comín Novella, Laura; Moreno Olivieri, Alberto; Oset García, Mónica; Sanz Gómez, Manuel

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: La fascitis osificante de mama es una entidad muy infrecuente. Se informa de una prevalencia de alrededor del 1,3% del total de casos por cáncer de mama, pudiendo presentarse también en casos de benignidad. En pocas ocasiones los focos de osificación se pueden encontrar en enfermedades no neoplásicas como la mastitis crónica, fibromatosis, pseudohipoparatiroidismo y miositis osificante, siendo más frecuente en el contexto de neoplasias mesenquimales como fibrosarcoma, osteosarcoma u osteocondrosarcoma. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de fascitis osificante de mama, ya que sólo se han encontrado 4 referencias bibliográficas al respecto desde el año 2004.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 61 años, con el único antecedente de anticuerpo lúpico, que acude a Urgencias por un nódulo doloroso en mama izquierda de 15 días de evolución con aumento de tamaño. Refiere no haber realizado mamografías de screening para cáncer de mama. A la exploración, no había alteraciones cutáneas y se palpaba un nódulo de localización central, sólido, de consistencia dura y doloroso de 5-6 cm de diámetro. Para completar el estudio, se solicitan una ecografía y una BAG de la lesión, de dificultosa realización dada la consistencia dura del nódulo, encontrando fibrosis estromal con dilatación glandular con focos de osificación. Durante la cirugía para la realización de una tumorectomía central con extirpación del CAP, se evidenció una masa dura de, al menos, 10 cm, con componente osificado. El estudio anatomopatológico final, describe una lesión ovoidea con uno de sus extremos constituido por tejido óseo, que ocupaba una extensión de 6×4 cm y correspondía a una proliferación mesenquimal de células fusiformes con áreas de formación de tejido óseo y trabéculas ordenadas y de aspecto maduro. En las proximidades a esta zona, la proliferación celular era más inmadura, pudiendo observarse células de tipo osteoblástico. La atipia citológica no era significativa, sin embargo, en las zonas inmaduras se observaron frecuentes mitosis. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad difusa para vimentina, mientras que los marcadores epiteliales fueron todos negativos. El otro extremo de la pieza quirúrgica estaba constituido por una lesión nodular con cambios quísticos, de consistencia elástica. El resto de tejido mamario no presentaba lesiones de tipo epitelial. La evolución posterior de la paciente cursó sin incidencias, realizando actualmente seguimiento radiológico.

Discusión: Las razones por las que se produce la osificación metaplásica del tejido mamario no están bien establecidas. En los casos de enfermedad benigna, como ocurre en el caso presentado, puede ser secundaria a la presencia de lesiones de larga evolución, como fibroadenomas o tumor phyllodes, o la existencia de procesos inflamatorios crónicos o recurrentes a nivel cutáneo. Se trata de lesiones no neoplásicas

habitualmente circunscritas y solitarias situadas en el tejido graso subcutáneo. Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos dadas sus características en la exploración física y su expresión radiológica, ya que pueden confundirse con clusters de microcalcificaciones.