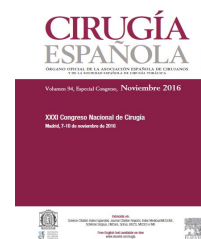




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-549 - MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO

González-Sánchez-Migallón, Elena; Palomares Ortiz, Gloria; Jiménez Ballester, Miguel Ángel; Pérez Guarinos, Carmen Victoria; Flores Fúnes, Diego; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El miofibroblastoma mamario es un tumor poco frecuente que pertenece a la familia de los tumores benignos de células fusiformes del estroma mamario. Típicamente, más frecuente en varones a partir de los 40 años. Presentamos el caso de un miofibroblastoma mamario en una mujer premenopáusica asintomática.

Caso clínico: Mujer de 43 años, con HTA, DM tipo 2, obesidad, síndrome ansioso-depresivo y antecedentes familiares de hermana con cáncer de mama a los 40 años. Es remitida a consultas de cirugía para valoración de hallazgo incidental en mamografía de control. Se trata de una lesión no palpable, con adenopatías axilares negativas, que presenta aumento de tamaño en varios meses. En la ecografía se aprecia nódulo de 13 × 9 mm de morfología irregular con bordes mal definidos (BIRADS 4c). Se realiza BAG que informa de proliferación fusocelular que se dispone en pequeños fascículos con estroma colágeno, sin actividad mitótica ni necrosis. Baja actividad de Ki67. La inmunohistoquímica muestra positividad para CD34, para receptores estrogénicos y focalmente para actina. Se realiza exéresis quirúrgica. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de miofibroblastoma epiteloide, sin signos de malignidad.

Discusión: El miofibroblastoma (MFB) es un tumor benigno infrecuente de células fusiformes del estroma mamario que muestra características propias tanto de fibroblastos como de miofibroblastos, que aparece más frecuentemente en varones más allá de la 5ª década de la vida. Sin embargo, en las últimas dos décadas se ha visto incrementada la incidencia en mujeres, probablemente debido al aumento de screening mamográfico. El debut típico consiste en un nódulo mamario único, unilateral, no doloroso, de lento crecimiento, no adherido y de consistencia firme. Los hallazgos radiológicos no suelen ser específicos y la PAAF a menudo puede dar lugar a confusión. Los datos histológicos cardinales que definen esta entidad consisten en haces de células fusiformes dispuestas al azar en una densa matriz de fibras de colágeno hialino. Las células fusiformes se caracterizan por un abundante citoplasma eosinófilo y un núcleo ovalado con 1 o 2 nucleolos pequeños. La degeneración quística, la necrosis o la hemorragia no son características propias de los MFB. Típicamente muestran reactividad para anticuerpos contra SMA, CD34, vimentina y desmina, así como para CD99 y Bcl-2 entre otros. La mayoría de MFB son positivos para receptores de estrógenos, progesterona y andrógenos. Sin embargo, citoqueratinas, EMA, PS100, HMB-45 y CD117 son constantemente negativos. Por lo tanto, inmunopositividad para ER, PR, AR y bcl-2 puede ser de utilidad para la diferenciación de MFB de otros tumores de células fusiformes. La escisión

quirúrgica es el tratamiento de elección para MFB, siendo ésta curativa en un alto porcentaje de los casos. Estas lesiones no suelen recidivar y no es habitual la transformación maligna. Sin embargo, se recomienda un mínimo de 24 meses de seguimiento.