

## Cartas al director



### Hiperplasia seudoangiomatosa de la estroma mamaria

**Sr. Director:**

La hiperplasia estromal seudoangiomatosa de la estroma mamaria (tumor estromal seudoangiomatoso) es una lesión benigna descrita por Vuits et al en 1986<sup>1</sup>. En la mayoría de casos se trata de un hallazgo microscópico en el contexto de otra enfermedad mamaria, benigna o maligna. La presentación de esta lesión como una tumoración palpable es poco frecuente<sup>1-3</sup>, siendo a menudo diagnosticada clínica y radiológicamente de fibroadenoma o tumor *phyllodes*. Presentamos el caso de una mujer joven con una tumoración mamaria de crecimiento rápido, la cual presentaba variación en el tamaño en relación con el ciclo menstrual.

Se trataba de una mujer de 40 años, con antecedentes de psoriasis y sin intervenciones quirúrgicas previas, remitida a la consulta externa de nuestro servicio por presentar un nódulo mamario izquierdo de 3 meses de evolución, que aumentaba y disminuía de tamaño en relación con su ciclo menstrual.

En la mamografía se observaban unas mamas muy densas debido al predominio del tejido fibroglandular sobre el lipoide. En la unión de los cuadrantes internos de la mama izquierda había una imagen nodular bien delimitada de unos 6 cm de diámetro (fig. 1A). El nódulo en la ecografía se apreciaba como una estructura hipoeocoica, bien limitada y homogénea. Se practicó una PAAF con resultado citológico compatible con fibroadenoma y negativo para células malignas.

Debido al tamaño del nódulo, su rápido crecimiento y la uniformidad ecogénica, se estableció el diagnóstico clínico de tumor *phyllodes*, aconsejándose su exéresis y estudio histológico. Se practicó una tumorectomía, siendo el postoperatorio correcto y sin complicaciones. Fue dada de alta hospitalaria a los 3 días.

El tumor de 6 × 5 × 3 cm era ovalado, liso y circunscrito. La superficie de corte era sólida, blanco-amarillenta con algún pequeño quiste de contenido líquido, espeso y marronoso. Microscópicamente, el tumor estaba constituido por canales avasculares que se anastomosaban en medio de una estroma fibrosa, al mismo tiempo que rodeaban los lóbulos mamarios existentes. Estos canales estaban revestidos por células fusiformes con escaso pleomorfismo y sin figuras de mitosis. Focalmente, se observaba un leve infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario (fig. 1B).

En función de estos hallazgos histológicos se hizo el diagnóstico de hiperplasia seudoangiomatosa de la estroma mamaria.

La hiperplasia seudoangiomatosa de la estroma mamaria se caracteriza por ser un tumor generalmente unilateral, aunque

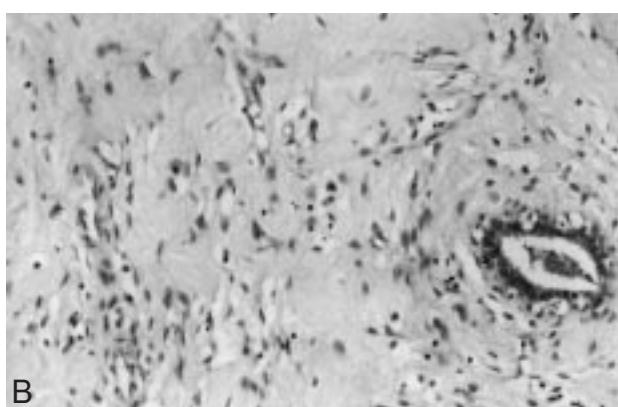
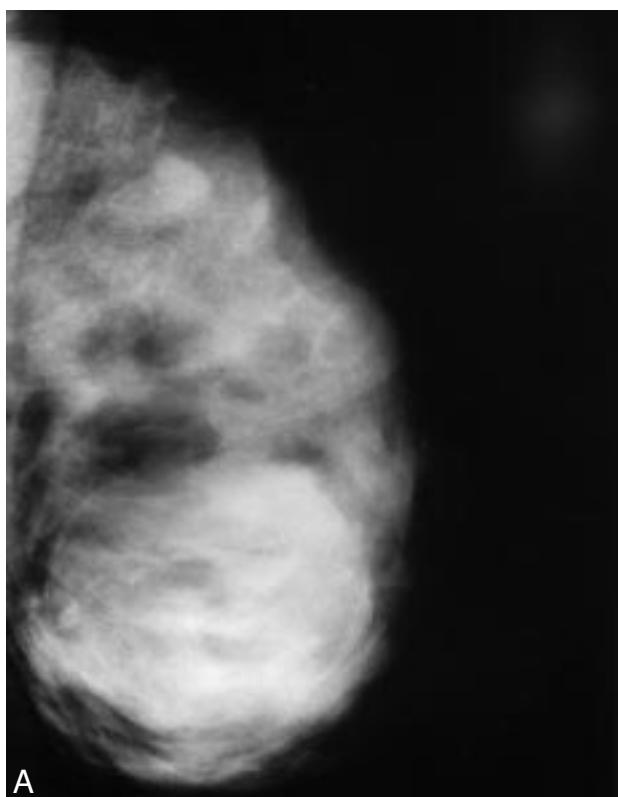


Fig. 1. A) Imagen nodular bien delimitada (de 6 cm de diámetro) en la unión de los cuadrantes internos de la mama izquierda. B) Canales avasculares que rodean los lóbulos mamarios existentes, revestidos por células fusiformes sin atipia (HE, ×200).

está descrita su presentación bilateral<sup>2</sup>. Se presenta como un único nódulo, móvil y sólido, de consistencia firme, bien circunscrito, no encapsulado y frecuentemente palpable<sup>2,3</sup>. También se caracteriza por presentar un crecimiento rápido, modificándose su tamaño en relación con el ciclo menstrual de la mujer, lo cual puede hacer sugerir la dependencia hormonal del tumor<sup>2,5</sup>. Todas estas características estaban presentes en nuestra paciente. Generalmente, se observa en mujeres premenopáusicas, y se han descrito algunos casos en el varón, presentando el 25% de éstos ginecomastia<sup>6</sup>.

Los hallazgos mamográficos revelan una masa densa y homogénea indicativa de fibroadenoma o de tumor *phyllodes*<sup>2,8,9</sup>. La mamografía en nuestro caso presentaba un patrón que sugería fibroadenoma, pero su rápido crecimiento nos hizo sospe-

char un tumor *phyllodes*. Generalmente, la PAAF de estas lesiones es diagnosticada de fibroadenoma y es negativo para células malignas<sup>10</sup>, aunque suelen ser extensiones menos celulares que en los fibroadenomas. Esto es debido a que es más fácil aspirar el componente epitelial de los fibroadenomas que la estroma fibrosa de este tumor. Microscópicamente, el tumor está constituido por un complejo patrón de espacios no vasculares que se anastomosan. Las células que revisten estos espacios son fusiformes sin atipias ni mitosis. Estas características histológicas permiten diferenciar esta lesión, básicamente del angiosarcoma de mama bien diferenciado, donde en este tumor se observan canales vasculares revestidos por células fusiformes con atipias nucleares y mitosis. Muchos autores creen que esta lesión es una proliferación miofibroblástica en respuesta a una alteración hormonal<sup>1,2,4</sup>.

La mayoría de los autores aconsejan un tratamiento inicial mediante tumorectomía, siendo necesario realizar un seguimiento a largo plazo para detectar posibles recidivas<sup>2</sup>. En el estudio realizado por Powell et al sobre 33 casos con un seguimiento medio de 4,5 años se encontraron un 18,1% de recidivas el primer año. El 33% de dichas recidivas (2 casos) fueron múltiples, y en uno de ellos la recidiva fue bilateral. Estos autores aconsejan que el tratamiento de las recidivas es la tumorectomía, aunque se ha descrito en algún caso la necesidad de realizar mastectomía, especialmente en los casos de tumor difuso<sup>2</sup>.

**T. Palau, M. Alejo, E. de Caralt, X. de Castro,  
X. Güell, C. Serra y J. Autonell**

Servicio de Cirugía General. Hospital General de Vic. Barcelona.

## Bibliografía

1. Vuitz MF, Rosen PP, Erlandson RA. Pseudoangiomatous Hyperplasia of mammary stroma. Hum Pathol 1986; 17: 185-191.
2. Powell CM, Cranor ML, Rosen PP. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH). A mammary stromal tumor with myofibroblastic differentiation. Am J Surg Pathol 1995; 19: 270-277.
3. Hovorkova E, Ryska A, Spacek J. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. Cesk Patol 1998; 34: 109-115.
4. Anderson C, Ricci A, Pedersen CA, Cartun RW. Immuno-cytological analysis of estrogen and progesterone receptors in benign stromal lesions of the breast: evidence for hormonal etiology in pseudoangiomatous hyperplasia of the mammary stroma. Am J Surg Pathol 1991; 15: 145-149.
5. Chiaccio R, Panico L, D'Antonio A, Delrio P, Bifano D, Avallone M et al. Mammary hamartomas: an immunohistochemical study of ten cases. Pathol Res Pract 1999; 195: 231-236.
6. Milanezi MF, Saggiomo FP, Zanati SG, Bazan R, Schmitt FC. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma associated with gynaecomastia. J Clin Pathol 1998; 51: 204-206.
7. De Saint Aubain Somerhausen N, Larsimont D, Cluydts N, Heymans O, Verhest A. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma in an HIV patient. Gen Diagn Pathol 1997; 143: 251-254.
8. Cohen MA, Morris EA, Rosen PP, Dershaw DD, Liberman L, Abramson AF. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic, sonographic, and clinical patterns. Radiology 1996; 198: 117-120.
9. Polger MR, Denison CM, Lester S, Meyer JE. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic and sonographic appearances. Am J Roentgenol 1996; 166: 349-352.
10. Vivandi B, Jiménez-Heffernan JA, López-Ferrer P, Ortega L, Viguer JM. Nodular pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast. Cytologic features. Acta Cytol 1998; 42: 335-341.

(Cir Esp 2001; 69: 518-519)