

alteraciones mamográficas y/o sonográficas de un nódulo previamente conocido⁷. No obstante, el diagnóstico de certeza debe establecerse con el examen histológico, ya que las punciones pueden presentar importantes falsos negativos^{7,8}. Además, debe recomendarse el análisis histológico completo de todos los fibroadenomas, puesto que un examen parcial podría pasar por alto algunas de estas lesiones^{7,8}. El tipo histológico más frecuente en los CSF es el carcinoma in situ, que representa un 75-80% de los casos publicados^{2,3,5-7}.

El tratamiento de los CSF ha experimentado un importante cambio con el paso del tiempo. Hasta hace algunos años, el tratamiento de elección era la mastectomía radical^{13,5}, mientras que en la actualidad, siempre que ello sea posible, se prefiere un tratamiento conservador⁴. Nuestro primer caso (HDA) no requirió otro tratamiento. El segundo caso (comedocarcinoma in situ), por definición, no debería producir metástasis ganglionares pero, debido al hipotético riesgo de microinvasión, un abordaje selectivo de la axila como la BSGC fue, en opinión de los autores, una buena alternativa. El tercer caso (carcinoma lobulillar invasor) podría haberse beneficiado de una cirugía conservadora, pero la paciente rechazó esta opción.

El pronóstico de los CSF está determinado por el estadio tumoral al momento del diagnóstico. Como generalmente éste se realiza en estadios precoces, el pronóstico suele ser excelente. La presencia del fibroadenoma probablemente determine una detección temprana de lesiones malignas que de otro modo pasarían inadvertidas.

Por último, a pesar de su indudable interés, la degeneración maligna de un fibroadenoma es tan infrecuente y el diagnóstico suele hacerse en estadios tan precoces que, en opinión de los autores, esto no debería modificar los criterios quirúrgicos generales para todos los fibroadenomas. Por lo tanto, parece razonable mantener un alto índice de sospecha y resear únicamente los fibroadenomas sospechosos de malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vnencak-Jones CL, Plummer Jr WD, Rados MS, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *N Engl J Med*. 1994;331:10-5.
2. Baker KS, Monsees BS, Diaz NM, Destouet JM, McDivitt RW. Carcinoma within fibroadenomas: mammographic features. *Radiology*. 1990;176:371-4.
3. Buzanowski-Konakry K, Harrison EG, Payne WS. Lobular carcinoma arising in fibroadenoma of the breast. *Cancer*. 1975;35:450-6.
4. Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinomas arising within fibroadenomas of the breast. A clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Pathol*. 1991;95:614-22.
5. Fondo EY, Rosen PP, Fracchia AA, Urban JA, González Blanco I, García Sánchez M, et al. The problem of carcinoma developing in a fibroadenoma. Recent experience at Memorial Hospital. *Cancer*. 1979;43:563-7.
6. González-Blanco I, García-Sánchez M, Mínguez JA, et al. Carcinoma lobulillar in situ en el seno de un fibroadenoma. *Ginecol Clin Quirur*. 2001;2:95-8.
7. Pons MJ, Domínguez P, Pina L, Zornoza G, Martínez-Regueira F, Sola JJ. Fibroadenomas de mama con atipia o carcinoma en su interior: presentación de nuestra experiencia. *Radiología*. 2005;47:351-3.
8. Psarianos T, Kench JG, Ung OA, Bilous AM. Breast carcinoma in a fibroadenoma: diagnosis by fine needle aspiration cytology. *Pathology*. 1998;30:419-21.

David Martínez-Ramos^{a,*}, Miguel Alcalde-Sánchez^a,
Lucas Peñas-Pardo^b, José Luis Salvador-Sanchis^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de Castellón, Castellón, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es
(D. Martínez-Ramos).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.07.013

Linfadenitis por silicona: un posible falso positivo de malignidad

Silicone-induced lymphadenitis: a possible false positive of malignancy

No cabe duda de que la enfermedad mamaria, y en concreto el cáncer de mama, ocupa un lugar privilegiado dentro de la patología, comportando cifras muy altas tanto de morbilidad como de gasto sanitario. Ello es motivo más que suficiente para que tanto el paciente como el clínico adopten un estado de alerta constante, que conlleva necesariamente la realización de programas de detección precoz y nuevos

abordajes terapéuticos que han demostrado su eficacia. No obstante, el celo con que se llevan a cabo estas medidas permite detectar lesiones que suponen nuevos retos diagnósticos al patólogo. La introducción de la cirugía estética y los implantes contribuyen a esta situación.

Presentamos el caso de una paciente de 57 años con antecedentes de cáncer de mama derecha intervenida 11

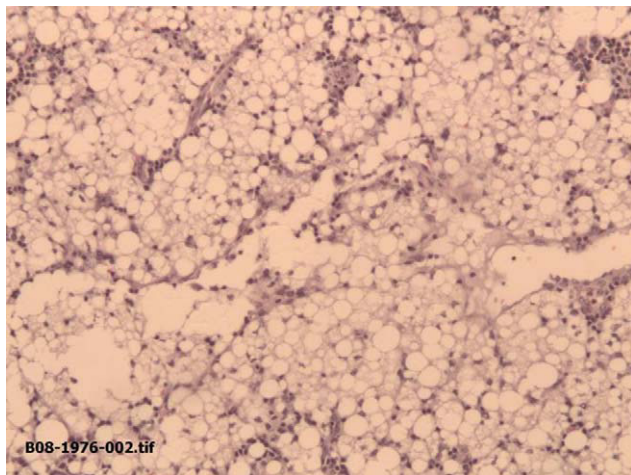


Figura 1 – Linfadenitis por silicona. Imagen histológica (H-E, × 10).

años antes con mastectomía con linfadenectomía, a la que se detecta una lesión nodular axilar derecha de aproximadamente 1 cm. Ante la sospecha de que pueda tratarse de una metástasis ganglionar, se decide realizar una punción aspirativa con aguja fina (PAAF); el material citológico fue diagnosticado de ausencia de celularidad neoplásica, haciéndose hincapié en la ausencia de linfocitos que asegurasen la localización en ganglio linfático y la presencia de celularidad adiposa. Ante los citados hallazgos, se optó por la exéresis lesional, y se remitió a la Unidad de Anatomía Patológica una lesión nodular blanquecina con superficie de corte friable y ligeramente amarillenta. El estudio histológico permitió observar un ganglio linfático cuya arquitectura se encontraba distorsionada y casi totalmente sustituida por un material blanquecino, vacuolado, acelular y refráctil. Algunos focos mostraban un gran parecido con el tejido adiposo (fig. 1). Con estos hallazgos, se requirió más información sobre la intervención previa; a la paciente le habían puesto una prótesis de silicona tras la mastectomía. Con tales datos fue fácil realizar el diagnóstico de linfadenitis axilar por silicona. Una revisión posterior del material obtenido mediante PAAF permitió realizar el mismo diagnóstico sobre aquél (fig. 2).

Si bien la presencia de vacuolas de silicona en ganglios linfáticos puede ser un hallazgo ocasional en este ámbito, es infrecuente observar aumento del tamaño ganglionar, como ocurre en nuestro caso. Se trata de una situación que puede observarse tanto si la silicona ha sido introducida en forma de prótesis como si ha sido inyectada y que, en cualquier caso, puede ser interpretado como metástasis (tardía). Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial no sólo clínico (con lesiones nodulares axilares), sino histológico, principalmente con tejido adiposo y carcinoma de células claras. En el primero de los casos, deberemos observar núcleos de

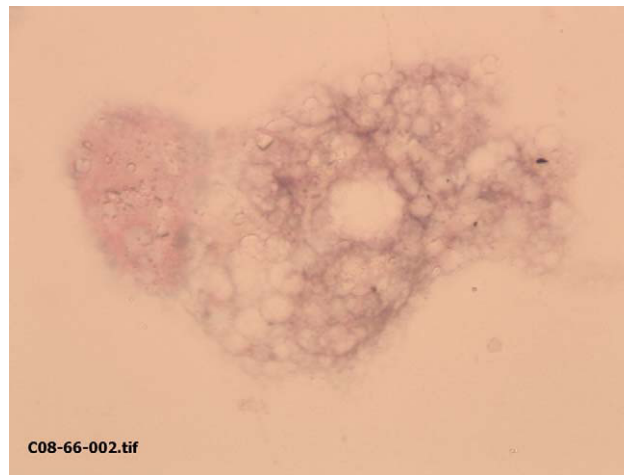


Figura 2 – Linfadenitis por silicona. Se muestra el material refráctil tras su búsqueda detallada (punción aspirativa con aguja fina; Papanicolaou, × 40).

adipocitos desplazados a la periferia de las vacuolas, si bien a veces resulta complicado; en el segundo será suficiente observar la atipia nuclear. En cualquier caso la clave está en aportar una información completa al patólogo, que se enfrenta en muchas ocasiones a una pieza quirúrgica sin haber visto y explorado al paciente, con el sesgo informativo que ello comporta, y sin tener una información fidedigna que le ayude a evitar diagnósticos insuficientes¹⁻³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Truong LD, Cartwright J, Goodman MD, Woznicki D. Silicone lymphadenopathy associated with augmentation mammoplasty. Morphologic features of nine cases. *Am J Surg Pathol*. 1988;12:484-91.
2. Vaamonde R, Cabrera JM, Vaamonde Martin RJ, Jimena I, Marcos Martín J. Silicone granulomatous lymphadenopathy and siliconomas of the breast. *Histol Histopathol*. 1997;12:1003-11.
3. Tabatowski K, Elson CE, Johnston W. Silicone lymphadenopathy in a patient with mammary prosthesis. Fine needle aspiration cytology, histology and analytical electron microscopy. *Acta Cytol*. 1990;34:10-4.

Francisco Javier Torres Gómez*, Pilar Fernández Machín, Sandra Moreno Corral Antonia Martínez Moyano

Unidad de Anatomía Patológica, Hospitales de Alta Resolución de Utrera y Écija, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiertorresgomez@yahoo.es (F.J. Torres Gómez).