

Lesiones malignas con apariencia mamográfica de ganglios intramamarios

Paula Martínez-Miravete* • María José Pons* • Luis Javier Pina* • Gerardo Zornoza**

*Departamento de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. **Departamento de Cirugía General. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Malignant Lesions as Mammographically Appearing Intramammary Ganglia

Intramammary ganglia are frequent mammographic findings of no pathological importance. We present two cases of malignant breast lesions whose mammographic appearance could resemble that of intramammary ganglia. Although the mammographic appearance of a lesion is similar to that of intramammary ganglia, it should be carefully studied, especially if it presents a poorly defined border or is palpable.

Los ganglios intramamarios son hallazgos mamográficos frecuentes, sin trascendencia patológica. Presentamos dos casos de lesiones malignas de mama cuya apariencia mamográfica puede resultar equívoca al comportarse como los ganglios intramamarios. Aunque el aspecto mamográfico de una lesión recuerde a la de un ganglio intramamario, debe ser estudiada detenidamente, tanto si presenta algún borde mal delimitado como si es palpable.

Palabras clave: Ganglios intramamarios. Carcinoma de mama. Mamografía. Ecografía.

Los ganglios intramamarios son hallazgos normales, sin trascendencia patológica, y visibles en aproximadamente un 5% de las mamografías¹. Aunque se han descrito en cualquier localización en la mama, su posición más habitual es en el cuadrante superoexterno. Presentamos dos casos de lesiones malignas de mama, con una apariencia mamográfica que simula la de los ganglios intramamarios.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 25 años de edad, que consultó por presentar una lesión palpable de rápido crecimiento en el cuadrante superoexterno de la mama derecha. La paciente fue intervenida dos meses antes en otro centro de un carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, realizándose mastectomía. La mamografía de la mama derecha demostró que la lesión palpable se correspondía con un nódulo ovoide y bien delimitado, con centro hipodenso (fig. 1). En la ecografía se apreció dicha lesión como un nódulo de ecogenicidad mixta, de predominio hiperecogénico con algunas zonas hipoecogénicas y sin sombra acústica (fig. 2). Se practicó una biopsia ecoguiada con aguja gruesa de calibre 14 G, y se obtuvieron tres

Martínez-Miravete P, Pons MJ, Pina LJ, et al. Lesiones malignas con apariencia mamográfica de ganglios intramamarios. Radiología 2004;46(1):xx-xx.

Correspondencia:

PAULA MARTÍNEZ-MIRAVETE. Servicio de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. C/ Pío XII. 31008 Pamplona. España. E-mail: pmartinez@unav.es

Recibido: 12-V-2003.

Aceptado: 1-VII-2003.

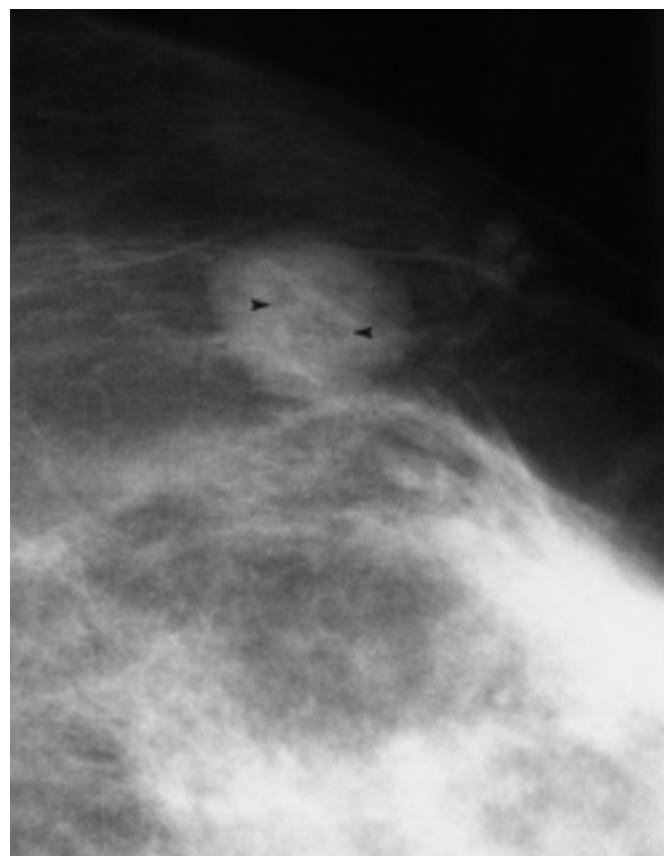


Fig. 1.—Mamografía craneocaudal derecha (detalle). Se identifica un nódulo ovoide y bien delimitado, que presenta un centro hipodenso (puntas de flecha).



Fig. 2.—La ecografía muestra la lesión palpable como un nódulo superficial y mal definido, de ecogenicidad aumentada en relación con la grasa adyacente, aunque contiene también zonas hipoecongénicas en su interior.

cilindros. El resultado fue de carcinoma ductal infiltrante, similar al diagnosticado en la mama contralateral. Por tanto, el diagnóstico del nódulo palpable fue de metástasis en la mama contralateral de un cáncer de mama. La tomografía por emisión de positrones puso de manifiesto una enfermedad metastásica generalizada, con afectación hepática, ganglionar y ósea, e identificando claramente la metástasis en la mama derecha (fig. 3).

Caso 2

Mujer de 64 años de edad, que acudió para estudio mamario. En las mamografías realizadas se demostró un nódulo con bordes parcialmente bien definidos y centro hipodenso en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda (fig. 4). La imagen era sugestiva de un ganglio intramamario por su morfología arriñonada. Sin embargo, uno de sus márgenes se encontraba mal definido, hallazgo que se confirmó tras la realización de una compresión localizada (fig. 5). La ecografía puso de manifiesto un nódulo mal delimitado de ecogenicidad mixta y sombra posterior (fig. 6). Se realizó una biopsia con aguja gruesa de calibre 14 G, y se obtuvo un diagnóstico anatomo patológico de carcinoma infiltrante mixto, ductal y lobulillar.

DISCUSIÓN

La amplia utilización de la mamografía como método de cribado para el cáncer de mama conlleva la detección de un gran número de lesiones mamográficas, que mayoritariamente son benignas. Muchas de estas lesiones benignas pueden ser fácilmente reconocidas por presentar criterios patognomónicos de benignidad, tales como fibroadenomas calcificados, hamartomas, calcificaciones cutáneas o de liponecrosis, etc. Todas estas lesiones se clasifican como categoría 2 de BI-RADS, es decir, hallazgos benignos que no requieren biopsia ni un seguimiento específico.

Entre estos hallazgos benignos se encuentran los ganglios intramamarios, que suelen apreciarse en un 5% de los estudios mamográficos¹. Aunque se han descrito en múltiples localizaciones de la mama, la más frecuente es en el cuadrante superoexterno. De hecho, su localización en cuadrantes internos es muy inhabitual y debe motivar estudios complementarios para asegurar el

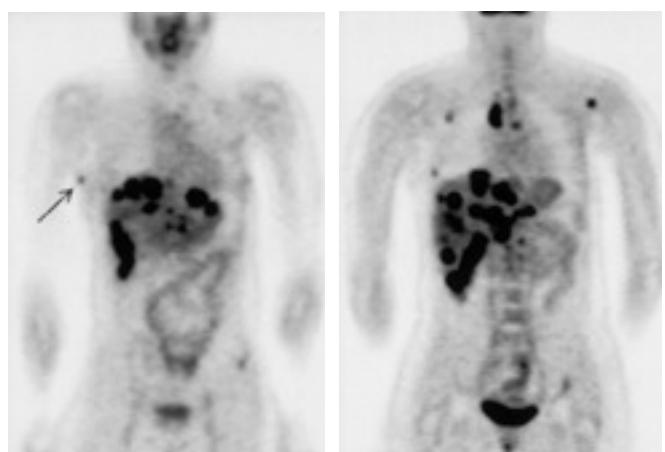


Fig. 3.—La tomografía por emisión de positrones mostró una enfermedad metastásica diseminada con afectación hepática, mediastínica y de ambas axilas. Además detectó correctamente el nódulo metastásico en la mama derecha (flecha).

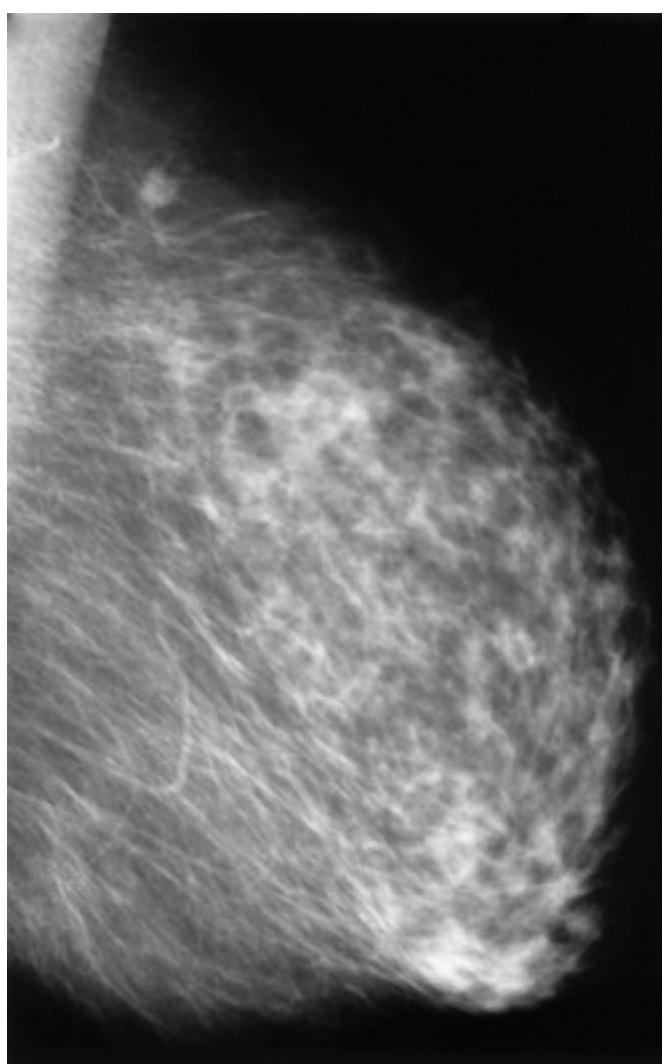


Fig. 4.—Mamografía oblicua mediolateral izquierda. En el cuadrante superoexterno se identifica un nódulo que aparentemente tiene un hilio graso. Sin embargo, la existencia de alguna espiculación es dudosa.

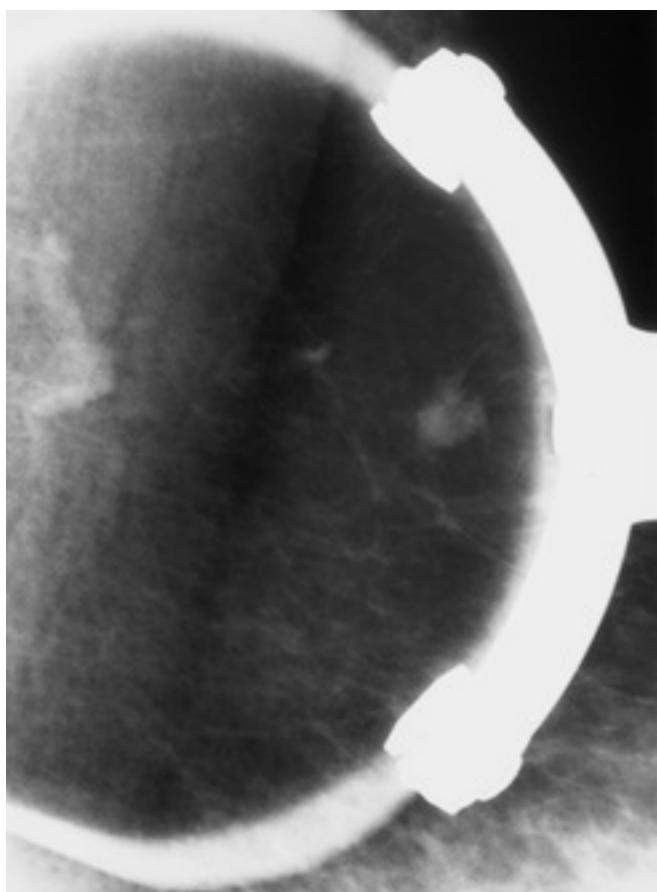


Fig. 5.—Compresión localizada sobre la lesión. Se demuestra que, efectivamente, el nódulo tiene algunas espículas, a pesar de que la forma de éste recuerde a la de un ganglio intramamario. En su proximidad existen adenopatías reactivas.

diagnóstico. La apariencia mamográfica de estos ganglios es muy característica: nódulos bien delimitados, de morfología redondeada o arriñonada, que presentan un centro hipodenso. En ecografía no se suelen identificar por encontrarse inmersos en la grasa, pero cuando son objetivados suelen ofrecer el aspecto típico en diana, correspondiente al hilio (hiperecogénico) y a la cortical del ganglio linfático (hipoecogénico).

Es conocida la capacidad del cáncer de mama de manifestarse mamográficamente como lesiones de apariencia benigna. Clásicamente, el carcinoma medular o el carcinoma mucinoso pueden adoptar la imagen de un nódulo bien delimitado, similar a la de un fibroadenoma; los carcinomas intraductales no-comedo pueden ser fácilmente confundidos con agrupaciones de microcalcificaciones de aspecto benigno, como la adenosis; determinados carcinomas pueden aparecer como distorsiones arquitecturales con centro radiolucente; los carcinomas lobulillares infiltrantes a menudo se manifiestan como densidades asimétricas difícilmente distinguibles de islotes de tejido fibroglandular normal². Por otra parte, los carcinomas que no se acompañan de microcalcificaciones pueden ser completamente invisibles en las mamas densas³. En este contexto, queremos situar los dos casos que aportamos, como lesiones malignas que pueden confundirse con hallazgos benignos si no se estudian apropiadamente.

Las metástasis en mama son muy infrecuentes, suponen entre el 0,5% y el 6% de todas las lesiones de la mama⁴. La apariencia

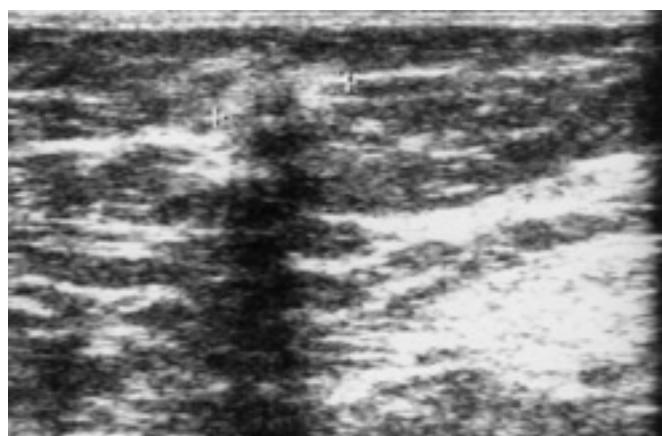


Fig. 6.—La ecografía de la lesión mostró un nódulo mal delimitado de predominio hiperecogénico y con sombra acústica posterior.

típica es la de un nódulo bien delimitado, único o múltiple. A pesar de que en la mamografía del caso 1 la lesión pudiera sugerir un ganglio intramamario, debe desconfiarse de este diagnóstico al ser ésta una lesión palpable. Además, la historia de un carcinoma contralateral y el rápido crecimiento de la lesión deben sugerir una metástasis. En un reciente artículo, Georgiannos et al⁵ refieren que hasta el 86% de las metástasis en mama de su serie tienen su origen en la mama contralateral. El aspecto ecográfico mostrado en el caso que presentamos es inespecífico y no sugiere patología maligna, al ser predominantemente hiperecogénico; no obstante, como norma genérica, las lesiones palpables precisan biopsia, salvo que tanto la mamografía como la ecografía demuestren una ausencia de hallazgos patológicos⁶.

El caso 2 pone de manifiesto la necesidad de estudiar detenidamente los bordes de cualquier lesión detectada por mamografía, a pesar de que su apariencia inicial sea de benignidad. La realización de compresiones focales o proyecciones ampliadas puede ser de gran ayuda para su mejor caracterización.

Como conclusión, queremos destacar el hecho de que determinados hallazgos benignos tan frecuentes como los ganglios intramamarios no deben ser pasados por alto en el estudio sistemático de la mamografía, ya que si son palpables o si presentan un borde mal delimitado, pueden enmascarar una lesión maligna.

BIBLIOGRAFÍA

- Kopans DB. Lesiones benignas y probablemente benignas. En: La mama en imagen. Lippincott- Raven. Publishers. 227 East Washington Square. Philadelphia. 2.^a ed. Editorial Marbán, 1999; p. 351-73.
- Kopans DB. Correlación patológica, mamográfica y ecográfica. En: La mama en imagen. Lippincott- Raven. Publishers. 227 East Washington Square. Philadelphia. 2.^a ed. Editorial Marbán, 1999; p. 511-615.
- Kopans DB. Mamografía de la mama normal. En: La mama en imagen. Lippincott- Raven. Publishers. 227 East Washington Square. Philadelphia. 2.^a ed. Editorial Marbán, 1999; p. 229-46.
- Vizcaíno I, Torregrosa A, Huguetas V, Morote V, Cremades A, Torres V, et al. Metastases to the breast from extrammary malignancies: a report of four cases and review of literature. Eur Radiol 2001;11:1659-65.
- Georgiannos SN, Chin J, Goode AW, Sheaff M. Secondary neoplasms of the breast: a survey of the 20th Century. Cancer 2001;92:2259-66.
- Dennis MA, Parker SH, Klaus AJ, Stavros AT, Kaske TI, Clark SB. Breast biopsy avoidance: the value of normal mammograms and normal sonograms in the setting of a palpable lump. Radiology 2001; 219:186-91.