

Adenoma de la lactancia: diagnóstico diferencial de las lesiones palpables durante el embarazo y la lactancia

Patricia Bermúdez • Maite Villajos • Lidia Tortajada • Melcior Sentís • Lluís Pons

UDIAT. Centre Diagnòstic. Corporació Parc Taulí. Sabadell. España.

Servicio de Radiología. Unidad de Radiología Intervencionista. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.

Lactating Adenoma: Differential Diagnosis of Palpable Lesions during Pregnancy and Lactation

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo y la lactancia hacen que sea difícil la valoración de las lesiones mamarias, tanto para el clínico como para el radiólogo. Entre las lesiones específicas que aparecen durante estos periodos se encuentra el adenoma de la lactancia, que es una lesión benigna de la mama que se presenta en forma de masa sólida palpable. Se presentan dos casos y se discute el manejo, los hallazgos radiológicos y el diagnóstico diferencial junto con una revisión de la bibliografía.

The physiological changes which take place during pregnancy and lactation could make evaluating breast lesions difficult for both for the clinical physician and radiologist. Lactating adenoma, a benign breast lesion which presents itself as a solid palpable mass, is among those specific lesions which might appear during such periods. Herein we present two cases, along with a discussion of management, radiological findings and differential diagnosis. Pertinent bibliography is also reviewed.

Palabras clave: Adenoma de la lactancia. Embarazo. Masa de mama. Lactancia. Diagnóstico mamario (US).

Key words: Lactating adenoma. Pregnancy. Breast mass. Lactation. US breast diagnosis.

El adenoma de la lactancia es una lesión benigna de la mama poco frecuente, que se presenta durante el embarazo y la lactancia en forma de masa palpable, bien delimitada, no móvil y frecuentemente dolorosa. Los cambios fisiológicos que se producen en estas pacientes hacen que sea difícil la valoración de las lesiones mamarias, tanto para el clínico como para el radiólogo. La ecografía de mama es la exploración radiológica inicial para valorar las lesiones palpables durante la gestación y la lactancia y puede ser útil como método de guía para la biopsia en caso necesario. Se presentan dos casos de adenomas de la lactancia junto con una revisión de la bibliografía. Se describen los hallazgos radiológicos y se plantea el diagnóstico diferencial de las tumores mamarias en el embarazo y la lactancia.

cuadrante inferoexterno (CIE) de la mama derecha de aproximadamente 2 cm, no adherido a planos profundos.

Se realiza ecografía del nódulo, y se visualiza una lesión nodular discretamente hipocogénica respecto al parénquima mamario, parcialmente bien delimitada, con refuerzo posterior, de 18 mm de diámetro máximo, localizada en el CIE de la mama derecha (fig. 1). Se biopsia con aguja de 14G, y el resultado anatomopatológico fue de adenoma de la lactancia (fig. 2). Con el diagnóstico histológico obtenido se aconseja seguimiento clínico y nuevo control ecográfico a los seis meses. A los seis meses, en fase de puerperio y estando la paciente lactando, se sigue palpando el nódulo que es móvil y no doloroso y en la ecografía se sigue visualizando la lesión en CIE de mama derecha, que en este momento mide 28 mm. La mamografía (Mx) realizada presenta un patrón muy denso (categoría 4 del ACR), y no se identifican lesiones focales. Se decide nuevo control clínico en seis meses y repetir la ecografía según evolución clínica.

A los tres-cuatro meses de finalizar la lactancia, la exploración física es negativa, y el nódulo había desaparecido. El control ecográfico evolutivo no demuestra la presencia de lesiones.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 29 años de edad, gestante de 21 semanas, que consulta a su ginecólogo por un nódulo mamario palpable de nueva aparición. En la exploración física se detecta un nódulo en el

Caso 2

Mujer de 27 años de edad, gestante de 29 semanas, que consulta por un nódulo palpable en la mama izquierda que ha aumentado de tamaño. En la exploración física se palpa nódulo de aproximadamente 3 cm en CIE de mama izquierda. Se realiza una ecografía de la zona, y se visualiza un nódulo hipocogénico de contornos regulares y discretamente heterogéneo, de 29,9 mm

Correspondencia:

PATRICIA BERMÚDEZ BENCERREY. UDIAT. Centre Diagnòstic. Corporació Parc Taulí. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. España. pbermudez@csppt.es

Recibido: 26-III-2003.

Aceptado: 18-XII-2003.

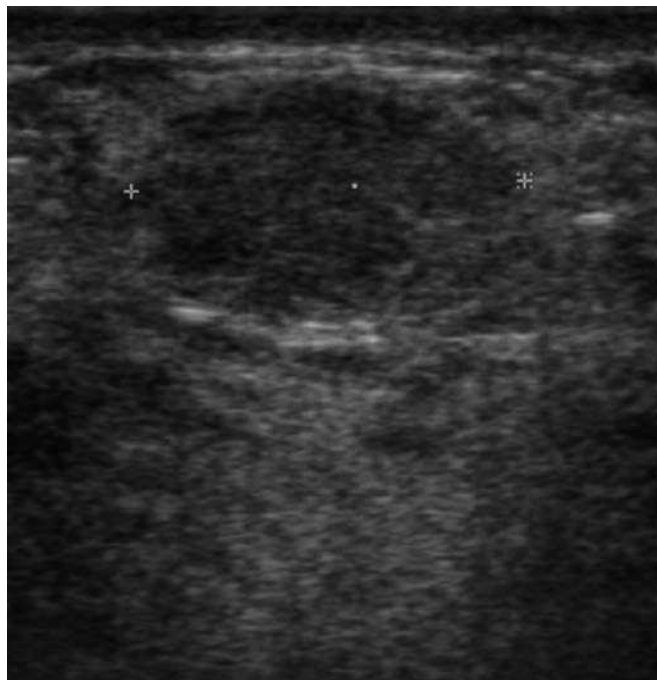


Fig. 1.—Ecografía de la mama derecha: en la imagen obtenida en el cuadrante inferoexterno (CIE) se visualiza una lesión nodular discretamente hipocogénica, parcialmente bien delimitada con refuerzo posterior, de 18 mm de diámetro máximo.

de diámetro máximo, que ecográficamente es sugestivo de fibroadenoma (fig. 3). No obstante, debido al crecimiento del nódulo, se realiza biopsia con aguja gruesa de 14G, y el resultado histológico fue de adenoma de la lactancia (fig. 4). Se aconseja seguimiento clínico y nuevo control ecográfico al finalizar el período de lactancia. Tras finalizar la lactancia, se observa una disminución del tamaño de la lesión, midiendo aproximadamente 10 mm (fig. 5). Se decide seguimiento clínico y nuevo control ecográfico si hay cambios en la semiología clínica de la paciente.

DISCUSIÓN

No es infrecuente la aparición de una masa palpable en la mama durante el embarazo (sobre todo en el tercer trimestre) y la lactancia^{1,2}. Esto se debe al estado hormonal durante estos períodos que estimula la proliferación ductal y alveolar de la mama. El diagnóstico diferencial es amplio, ya que puede tratarse tanto de una lesión benigna como maligna. La frecuencia de cáncer de mama durante el embarazo se dice que está aproximadamente entre un 1-7 por cada 10.000 embarazos³. Generalmente se encuentran en estadios relativamente avanzados, no por ser neoplasias más agresivas, sino por la dificultad en el diagnóstico precoz tanto clínico como radiológico, secundario a los cambios hormonales en la mama⁴. La patología benigna de la mama también puede crecer durante el embarazo, debido al estímulo hormonal; es por ello, que lesiones como los fibroadenomas o lesiones más raras como los adenomas tubulares preexistentes, pueden crecer, y también pueden aparecer lesiones *de novo* como hiperplasias nodulares o galactoceles.

Existen diferentes teorías sobre el origen del adenoma de la lactancia^{2,5}. Algunos autores piensan que es una lesión que se

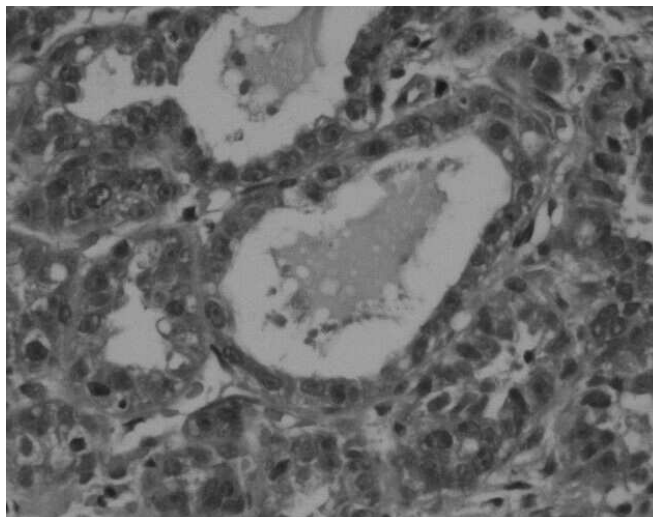


Fig. 2.—Las secciones histológicas muestran una proliferación celular de contornos bien definidos, formada por estructuras tubulares separadas por finos septos fibrosos hipocelulares, que en alguna área forman un fondo fibroso más denso y con ocasional presencia de muy discreto componente inflamatorio crónico a este nivel. A nivel tubular, hay doble estratificación formada por células mioepiteliales a nivel basal y células epiteliales cuboidales secretoras activadas, con citoplasmas bien definidos, eosinófilos y con microvacuolización, y núcleos de tamaño intermedio, con nucleolo discreto pero evidente. A nivel intraluminal de las formaciones tubulares hay presencia de material segregado.

origina *de novo* en un ambiente hormonal favorecedor, y otros autores piensan que se trata de una variante de fibroadenoma (FAD), adenoma tubular, hiperplasia lobular, que sufre cambios debido al estatus hormonal.

La utilidad de la mamografía en las pacientes por debajo de los 40 años, que es el grupo al que pertenecen las pacientes embarazadas, es bastante discutida. La elevada densidad del parénquima mamario que existe en la mayoría de las mujeres jóvenes todavía aumenta más en el embarazo y llega al máximo durante la lactancia, es por eso que la mamografía es de difícil interpretación. Aunque en estudios recientes se ha visto que las lesiones malignas podrían detectarse con bastante frecuencia por mamografía en mamas densas^{3,6}, no la vamos a utilizar como primera opción en embarazadas para evitar irradiación y, puesto que como hemos dicho, no es la prueba de primera elección. La ecografía de mama es la primera prueba que debe hacerse para la valoración inicial de las lesiones palpables de la mama en estas mujeres. Si se comprueba que se trata de una lesión quística o bien de un galactocelo, sólo será necesario el seguimiento de ésta, con o sin aspiración con aguja fina. Si se trata de una lesión sólida, será necesario realizar la biopsia. Las lesiones palpables que no se vieran por ecografía también se deben puncionar y/o biopsiar, siguiendo el mismo manejo que en las pacientes no embarazadas¹.

La mayoría de los adenomas de la lactancia presentan criterios ecográficos de benignidad: bordes bien definidos, diámetro longitudinal mayor que el transversal, ecogenicidad homogénea y, a veces, pueden estar envueltos por una pseudocápsula. Sin embargo, pueden presentar también alguna característica más típica de las lesiones malignas como bordes irregulares, márgenes mal definidos, ecoestructura interna heterogénea, con sombra acústica posterior⁶.

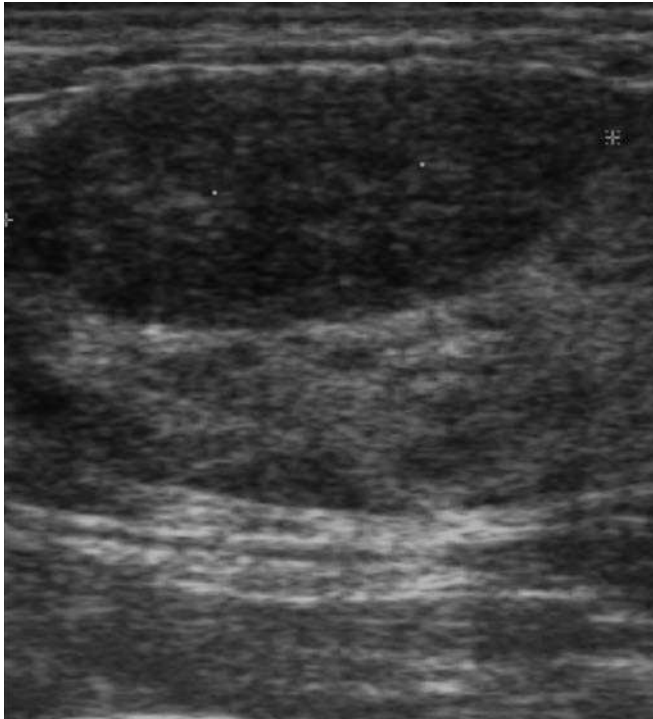


Fig. 3.—Ecografía de la mama izquierda: en la imagen obtenida en el cuadrante inferoexterno (CIE) se visualiza una lesión nodular hipocogénica, discretamente heterogénea, de contornos bien definidos, de 29,9 mm de diámetro máximo.



Fig. 5.—Ecografía del nódulo a los seis meses: la lesión no presenta cambios morfológicos ni estructurales valorables, y ha disminuido su tamaño, que mide actualmente 10 mm.

Cuando en una mujer embarazada se encuentra un nódulo de nueva aparición o que ha presentado un crecimiento, va a ser indispensable su tipificación histológica, ya que es necesario descartar que se trate de una lesión maligna.

En la bibliografía se ha descrito que hay que ser cauto con la aspiración con aguja fina en las mujeres embarazadas, ya que podríamos obtener falsos positivos para malignidad debido a

que existe un estado de hiperproliferación del parénquima mamario secundario a los cambios hormonales⁷. La punción con aguja gruesa guiada por ecografía es un buen método para el estudio anatomopatológico. A pesar de que la fístula láctea se ha descrito como una posible complicación⁸ de una biopsia con aguja gruesa en pacientes embarazadas y/o en periodo de lactancia, esto no ha ocurrido en nuestra experiencia en biopsias en gestantes. Histopatológicamente, el diagnóstico diferencial del adenoma de la lactancia se debe realizar con el fibroadenoma, con cambios secundarios a la lactancia y con el carcinoma⁹.

El seguimiento de este tipo de lesiones puede consistir en la exploración clínica del nódulo palpable con o sin ecografía³.

La evolución natural de estas lesiones es su involución cuando se completa el embarazo y la lactancia^{1,3}. Si después de este período, la lesión aumenta o persiste, la exéresis quirúrgica podría estar indicada.

En conclusión, la presencia de nódulos mamarios durante el embarazo y la lactancia no es un hallazgo infrecuente ya que el estado hormonal en ese período estimula la proliferación ductal y alveolar de la mama. El adenoma de la lactancia es una lesión benigna poco frecuente que se detecta en estos períodos, ya sea porque aparece *de novo* o bien porque crece sobre una lesión preexistente. El manejo de este tipo de lesiones se realiza inicialmente mediante ecografía seguida, o no, de biopsia en función de los hallazgos. La evolución de esta lesión es su regresión parcial o completa una vez finalizado el embarazo y/o la lactancia, y por tanto, será suficiente con el seguimiento clínico y en caso necesario ecografía hasta comprobar su correcta involución.

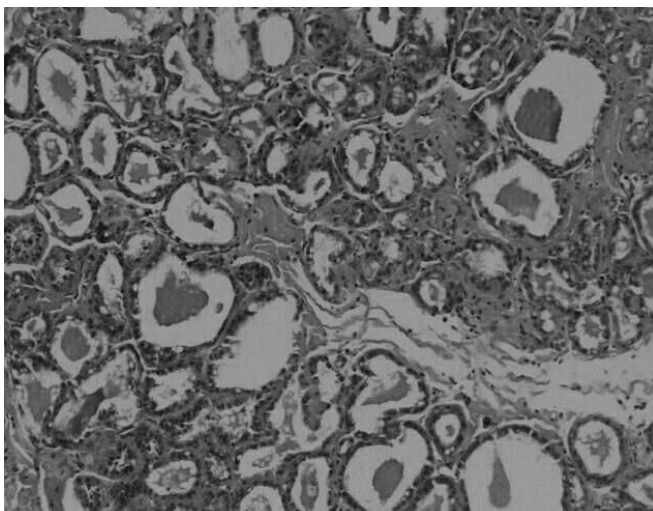


Fig. 4.—Los hallazgos histológicos, muy similares a los descritos en el caso 1, demuestran que la lesión corresponde a un adenoma de la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hogge JP, De Paredes ES, Magnant CM, Lage J. Imaging and management of breast masses during pregnancy and lactation. *Breast J* 1999;4:272-83.
2. Sumkin JH, Perrone AM, Harris KM, et al. Lactating adenoma: US features and literature review. *Radiology* 1998;206:271-4.
3. Rosenfield Darling ML, Smith DN, Rhei E, et al. Lactating adenoma: sonographic features. *Breast J* 2000;6:252-6.
4. Petrek JA. Breast cancer during pregnancy. *Cancer* 1994;74:518-27.
5. Baker TP, Lenert JT, Parker J, et al. Lactating adenoma: a diagnosis of exclusion. *Breast J* 2001;5:354-7.
6. Parker SH, Sisney GA. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. *Radiology* 1995;196:123-34.
7. Grenko RT, Lee KP, Lee KR. Fine needle aspiration cytology of lactating adenoma of the breast. *Acta Cytol* 1990;34:21-6.
8. Schackmuth EM, Harlow CL, Norton LW. Milk fistula: a complication after core breast biopsy. *AJR Am J Roentgenol* 1993;161:961-2.
9. Slavin JL, Billson VR, Ostor AG. Nodular breast lesions during pregnancy and lactation. *Histopathology* 1993;22:481-5.