

CARTAS AL DIRECTOR

Miofibroblastoma de mama en el varón: un desafío diagnóstico. A propósito de 2 casos



Myofibroblastoma of the breast in men: a diagnostic challenge. Apropos of two cases

Sr. Director:

El miofibroblastoma (MFB) de mama es un tumor mesenquimal benigno muy raro, habiéndose publicado en la literatura aproximadamente 80 casos¹. Fue descrito por primera vez en 1987 por Wargotz et al.². Puede aparecer en ambos sexos, siendo en la mujer un hallazgo cada vez más frecuente por el uso de la mamografía en el diagnóstico precoz del cáncer de mama³⁻⁵. Existen algunas variaciones morfológicas e inmunohistoquímicas que suponen un desafío diagnóstico para el patólogo y que pueden llevar a un tratamiento inadecuado por parte del cirujano⁵.

Presentamos 2 casos de MFB en el varón. El primero de ellos es el de un hombre de 85 años que consulta por una induración nodular bien delimitada, retroareolar en la mama derecha, de unos 2 cm. La mamografía y ecografía informan de una imagen nodular retroareolar de 23 × 12 × 24 mm probablemente benigna (fig. 1 A). La biopsia con aguja gruesa (BAG) diagnóstica de MFB, que se confirma con los hallazgos de la inmunohistoquímica: positividad para vimentina y CD 34, siendo negativas la actina, H-caldesmon, S-100, miogenina, Myo D1 y CK AE1-Ae3. Se realizó tumorectomía amplia de la lesión (fig. 1 B).

El segundo caso corresponde a un varón de 75 años con una tumoración bien delimitada y elástica de aproximadamente 2 cm en la mama derecha, con adenopatías axilares sospechosas. La mamografía y la ecografía revelan un nódulo mal delimitado, hiperecogénico en la línea intercuadrántica superior de 22 × 16 × 23 mm sugestivo de malignidad. La anatomía patológica de la BAG informa de carcinoma infiltrante de tipo lobulillar, por lo que se decide realizar mastectomía radical modificada y linfadenectomía axilar completa ante el diagnóstico de malignidad. El estudio anatomopatológico diferido informa de MFB, y la inmunohistoquímica confirma el diagnóstico al ser positivo para CD34, vimentina, desmina y HHF-35.

El MFB se engloba dentro de las neoplasias mesenquimales benignas de la mama, donde el MFB es el más habitual³. Puede aparecer en cualquier tejido del organismo, pero es

más frecuente en la mama⁶; aun así representa tan solo el 1% de todos los tumores de la misma⁷. La edad de presentación más frecuente es entre la sexta y octava décadas de la vida⁴. Se suelen presentar como lesiones unilaterales, solitarias, no dolorosas, móviles y de crecimiento lento⁸. Macroscópicamente son tumores bien delimitados, firmes y elásticos, no encapsulados, redondeados u ovalados, con un tamaño que va desde los pocos milímetros hasta los 15 cm^{4,9}. Histológicamente se caracterizan por una proliferación de células fusiformes englobadas en un estroma de colágeno hialinizado y un componente variable de tejido adiposo^{4,8,9}. Se han descrito hasta 8 variantes morfológicas: celular, infiltrante, epiteloide, lipomatosa, deciduoide-like, colagenizado/fibroso, mixoide y mixto^{3,4}. Su reconocimiento es fundamental para evitar la confusión con otros tumores benignos y malignos de la mama⁴. La variante epiteloide del MFB puede simular un carcinoma lobulillar invasivo cuando presentan un patrón de células fusiformes dispuestas en solitario y con pleomorfismo nuclear. La variante deciduoide puede confundirse con un carcinoma apocrino al mostrar grandes células atípicas con núcleos vesiculares. Con la variante lipomatosa se puede llegar a un diagnóstico incorrecto con la fibromatosis desmoide-like, el carcinoma de bajo grado fibromatosis like y con el sarcoma de bajo grado, por la pseudoinfiltración de células fusiformes en el componente graso^{3,4}. Por último, la variante mixoide, que es extremadamente rara, se puede confundir con otras lesiones mixoides malignas como el mixofibrosarcoma o el liposarcoma mixoide¹⁰.

La inmunohistoquímica muestra positividad para vimentina, desmina y CD 34, mientras que la proteína S-100, citoqueratinas, EMA, HMB-45 y CD117 son negativas. Muchos MFB son positivos para receptores de estrógenos, progesterona y andrógenos¹¹. Los hallazgos histopatológicos, junto con la inmunohistoquímica, permiten establecer el diagnóstico de MFB^{4,9}.

La mamografía suele mostrar lesiones bien circunscritas, densas, redondeadas u ovaladas con un tamaño habitual de 1-4 cm. No se han descrito microcalcificaciones ni retracción de la piel¹². El diagnóstico diferencial debe realizarse, entre otros, con la ginecomastia, el carcinoma, el sarcoma y las metástasis¹¹. La ecografía permite descartar lesiones quísticas, lipomas, abscesos y hematomas^{12,13}.

La BAG se correlaciona en la mayoría de los casos con el resultado de la pieza quirúrgica, especialmente cuando son lesiones sólidas con alta sospecha de malignidad³. No obstante, la BAG y la PAAF pueden dar en ocasiones diagnósticos insuficientes o erróneos, especialmente en variantes

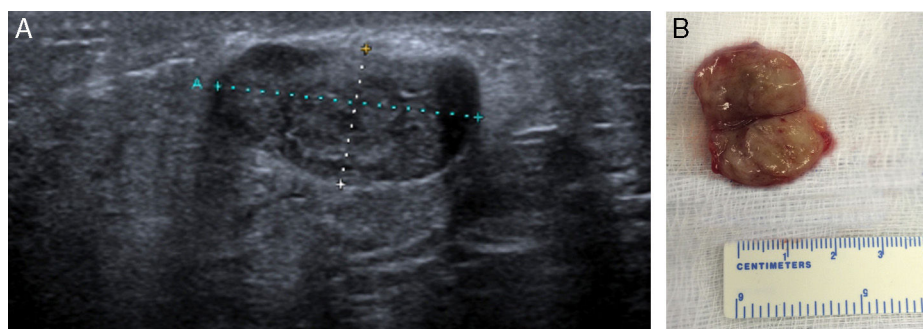


Figura 1 (A) Ecografía. Imagen nodular retroareolar de 23 × 12 × 24 mm. (B) Miofibroblastoma. Nódulo lobulado, bien delimitado.

inusuales¹¹. Por eso la inmunohistoquímica desempeña un papel fundamental en algunos casos⁴.

La tumorectomía es el tratamiento de elección^{8,12,13}, y hasta la fecha no se han descrito recidivas locales ni metástasis^{12,13}.

En conclusión, el MFB de mama puede plantear problemas diagnósticos, especialmente en aquellas variantes poco habituales, y llevar a tratamientos incorrectos o excesivos. Especial atención merecen las variantes epiteloide, deciduoide-like, lipomatosa y mixoide, ya que pueden confundirse con lesiones malignas. Por ello, creemos que ante lesiones aparentemente benignas, pero con BAG sospechosa de malignidad, se debe realizar el estudio inmunohistoquímico.

Bibliografía

1. Salemis NS, Nakos G, Tsiambas E, Tsantilis V, Seretis C. Rapidly growing myofibroblastoma of the breast diagnosed in a premenopausal woman: Management and review of the literature. *Breast Dis.* 2013;34:29–34.
2. Wargotz ES, Weiss SW, Norris HJ. Myofibroblastoma of the breast. Sixteen cases of a distinctive benign mesenchymal tumour. *Am J Surg Pathol.* 1987;11:493–502.
3. Muci Añazco T, Alcaraz Mateo E, Niveiro de Jaime M, García-Franco M, Aranda López I. Neoplasias mesenquimales benignas de la mama masculina. Diagnóstico mediante biopsia con aguja gruesa. *Rev Esp Patol.* 2011;44:88–93.
4. Magro G. Mammary myofibroblastoma: A tumor with a wide morphologic spectrum. *Arch Pathol Lab Med.* 2008;132:1813–20.
5. Magro G. Mammary myofibroblastoma: An update with emphasis on the most diagnostically challenging variants. *Histol Histopathol.* 2016;31:1–23.
6. Yildiz S, Gucin Z, Erdogan EB. Case report epithelioid myofibroblastoma in an old-male breast: A case report with MRI findings. *Case Rep Radiol.* 2015;2015:934163.
7. D'Ambrosio G, de Laurentis F, Scoglio D, Balla A, Quaresima S, Mattei F, et al. Breast myofibroblastoma in a young woman: A case report. *Ann Ital Chir.* 2013;84 (ePub). pii: S2239253X13021282.
8. Castellón Pavón C, González Núñez MA, Caro Mancilla A, Vaquero Gajate G, del Amo Olea E. Miofibroblastoma de mama en un paciente varón. *Cir Esp.* 2002;72:246–7.
9. Abeywardana MS, Abeysekara HP, Priyantha S, Abbas KF, Tanner P, Ojo AA. An unusually large myofibroblastoma in a male breast: A case report. *J Med Case Rep.* 2008;2:157.
10. Magro G, Salvatorelli L, Spadola S, Angelico G. Mammary myofibroblastoma with extensive myxoedematous stromal changes: A potential diagnostic pitfall. *Pathol Res Pract.* 2014;210:1106–11.
11. Magro G, Michal M, Bisceglia M. Benign spindle cell tumors of the mammary stroma: Diagnostic criteria, classification, and histogenesis. *Pathol Res Pract.* 2001;197:453–66.
12. Pina L, Apesteguía L, Cojo R, Cojo F, Arias-Camión I, Rezola R, et al. Myofibroblastoma of male breast: Report of three cases and review of the literature. *Eur Radiol.* 1997;7:931–4.
13. Llaverias Borrell S, Martínez Jiménez AM, Gallart Ortuño A. Solución del caso 8. Miofibroblastoma de mama. *Radiología.* 2009;51:527–8.

Raúl Sánchez Campos*, Carlos Fuster Diana, Andrés García Vilanova, José Medrano González y Carla Navarro Moratalla

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raulsan.86.8@hotmail.com (R. Sánchez Campos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2016.06.008>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.