

D. Dexeus^a
F. Tresserra^b
P.J. Grases^b
R. Fábregas^a

^aDepartamento de Obstetricia y Ginecología. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona. España. ^bServicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dr. D. Dexeus.
Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Instituto Universitario Dexeus.
Paseo de la Bonanova, 69. 08017 Barcelona. España.
Correo electrónico: damdex@dexeus.com

Fecha de recepción: 23/11/04
Aceptado para su publicación: 11/1/05

Condrolipoma de la mama detectado por microcalcificaciones mamográficas

499

Chondrolipoma of the breast detected by microcalcifications on mammography

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 50 años de edad, con unas microcalcificaciones mamográficas de nueva aparición y sospechosas de malignidad. La lesión se extirpó quirúrgicamente y el examen microscópico evidenció una lesión constituida por islotes maduros de tejido adiposo y cartilaginoso con focos de calcificación y osificación. El condrolipoma es un tumor benigno del que hay pocos casos descritos en la bibliografía. Se presentan los aspectos clínicos e histológicos y se discuten los diagnósticos diferenciales y la etiopatogenia del tumor.

PALABRAS CLAVE

Condrolipoma. Microcalcificaciones. Tumores mesenquimales. Mama.

ABSTRACT

The case of a 50-year-old woman with recently developed microcalcifications on mammogram which were suspicious for malignancy is presented. The lesion was surgically removed and histological

examination revealed islands of mature adipose and cartilaginous tissues with calcifications and focal ossification. Chondrolipoma is a benign tumor and only a few cases have been reported in the literature. The clinical and histological features are described, and the differential diagnosis and etiopathogenesis are discussed.

KEY WORDS

Chondrolipoma. Microcalcifications. Mesenchymal tumors. Breast.

INTRODUCCIÓN

La presencia de tejido cartilaginoso en una lesión mamaria es una anomalía rara que suele observarse principalmente en lesiones malignas, como sarcomas, tumores filodes y carcinomas metaplásicos¹⁻³. Aun con menor frecuencia pueden observarse islotes de cartílago maduro formando parte de tumores mamarios benignos, como los fibroadenomas o los tumores mixtos de tipo glándula salival²⁻⁶. Cuando una tumoración está constituida por tejido adiposo y cartílago, con o sin glándulas mamarias sin signos de

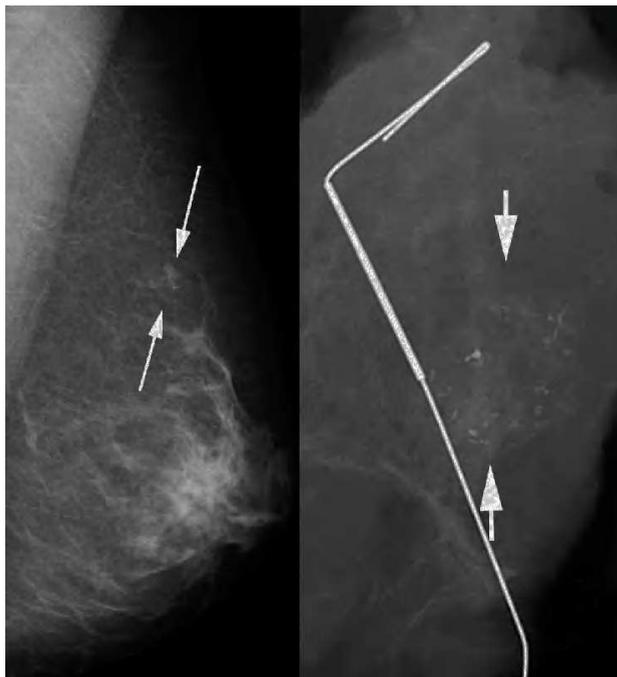


Figura 1. Imagen radiológica de la mama izquierda con microcalcificaciones (flechas) de nueva aparición en el cuadrante superoexterno (izquierda). Radiografía de comprobación de la pieza señalizada con un arpón metálico con las microcalcificaciones (flechas) (derecha).

malignidad, recibe la denominación de condrolipoma^{1-3,7-10}.

Se presenta un caso de condrolipoma mamario diagnosticado por encontrarse asociado con microcalcificaciones sospechosas en el estudio mamográfico. Se discuten los posibles diagnósticos diferenciales y la etiopatogenia de este tumor.

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años de edad, sin antecedentes de patología mamaria, personales o familiares, que acude a nuestra consulta porque se le encontraron en un estudio mamográfico de cribado unas microcalcificaciones que no estaban presentes en estudios radiológicos anteriores. Éstas se localizaban en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda, estaban agrupadas y eran sospechosas de malignidad (clasificación BI-RADS® 4) (fig. 1). Se practicó una ecogra-

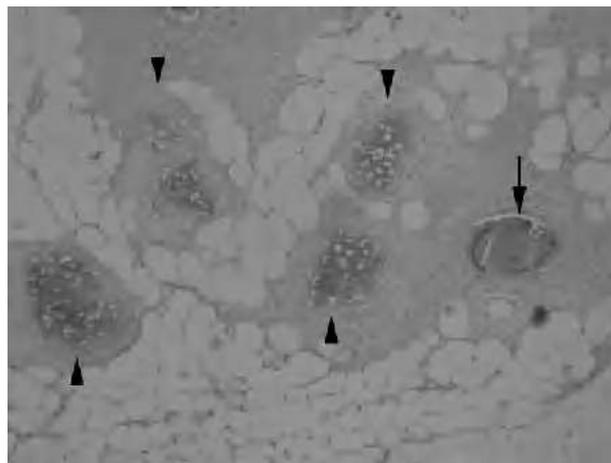


Figura 2. Imagen microscópica de la lesión constituida por islotes de tejido adiposo, cartilaginoso (puntas de flecha) y focos de osificación (flecha) (HE, 40).

fía mamaria con un transductor de alta frecuencia de 12 MHz, en la que se apreciaban imágenes puntiformes hiperecogénicas que podían corresponder a las microcalcificaciones. Se efectuó una biopsia por punción de la zona y el diagnóstico histopatológico fue de lesión benigna. Se decidió practicar una exéresis de la zona sospechosa, previa señalización radiológica de ésta. Se efectuó una comprobación radiológica de las microcalcificaciones en la pieza quirúrgica (fig. 1). Tanto la intervención quirúrgica como el curso postoperatorio transcurrieron sin complicaciones.

Se extirparon 2 fragmentos de configuración ovoide y consistencia blanda que pesaban en su conjunto 18 g y medían 4,7 y 3 cm de diámetro máximo, respectivamente. Tanto la superficie externa como la de corte estaban constituidas por un tejido lobulado, amarillento y con muy escasos islotes de color gris claro. Microscópicamente, se observó una lesión circunscrita, aunque no encapsulada, constituida por una proliferación de adipocitos maduros entre medio de los cuales había áreas de fibrosis; alguna de estas áreas presentaba islotes de tejido condroide con calcificación focal y ocasional osificación (fig. 2). En un extremo de la tumoración y muy próximos a sus límites, había algunos conductos mamarrios de arquitectura habitual (fig. 3). No se identificaron atipias. El diagnóstico anatomopatológico fue de condrolipoma.



Figura 3. En áreas de la periferia de la lesión había aislados ductos mamarios (flecha) de arquitectura conservada (HE, 100).

DISCUSIÓN

Los condrolipomas se han incluido en el grupo de los hamartomas mamarios¹¹; no obstante, un hamartoma es una tumoración constituida por tejidos propios del órgano en el que asientan; en este caso, el cartílago no forma parte habitual de los tejidos que constituyen la mama, por lo que no puede considerarse estrictamente un hamartoma^{2,3,7}. Tampoco pueden considerarse verdaderos coristomas, que son restos ectópicos de tejido normal; los condrolipomas no constituyen una estructura tisular normal³. Clásicamente, se ha utilizado para describir este tipo de lesiones el término de tumor condrolipomatoso; no obstante, actualmente se consideran verdaderas neoplasias, por lo que se aconseja la denominación de condrolipoma¹⁰.

Tanto clínica como radiológicamente, el condrolipoma puede confundirse con un fibroadenoma^{1,2,7}, y son muy raros los casos en que se han detectado microcalcificaciones en la mamografía³, como sucedió en el caso que exponemos. También hay que destacar la presencia de focos de osificación, hallazgo que no ha sido previamente confirmado en la bibliografía consultada, por lo que puede utilizarse la denominación de osteocondrolipoma.

Histológicamente, no todos los casos descritos en la bibliografía presentan conductos mamarios mezclados con los componentes cartilaginoso y adiposo^{2,8}, por lo que se ha sugerido que estos islotes de tejido mamario podrían haber sido atrapados por la lesión, más que formar parte de ella como elemento proliferativo^{2,10}; así, se consideran neoplasias mamarias benignas no epiteliales o mesenquimales³. En nuestro caso, el hecho de que los conductos mamarios fuesen normales y se dispusieran en la periferia de la lesión favorecería esta hipótesis.

Hay un trabajo en el que la lesión se diagnosticó por punción-aspiración con aguja fina, en cuyo examen citológico se observaron acumulaciones de adipocitos y de cartílago hialino maduro¹⁰.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las lesiones benignas que pueden contener islotes de tejido cartilaginoso benigno, como algunos fibroadenomas², fibromas⁴, leiomiomas⁵ o tumores mixtos del tipo glándula salival⁶, en que los componentes adicionales al cartilaginoso clarifican el diagnóstico. También debe establecerse con las lesiones malignas, como los carcinomas metaplásicos, los sarcomas o los tumores filodes malignos, en que el componente mesenquimal puede presentar diferenciación condroide^{1-3,12}.

En cuanto a su histogénesis, la teoría más probable es la de la metaplasia a partir del tejido fibroso. Se ha planteado que puede tratarse de una metaplasia condroide en una lesión ya existente, como un fibroadenoma o un proceso fibroquístico, o bien una metaplasia en el tejido mamario normal^{1,7,8}. También es posible que el cartílago proceda de una célula mesenquimal pluripotencial con diferenciación condroide⁸. Asimismo, se ha postulado que estas lesiones tienen su origen en una condricificación distrófica de un foco antiguo de necrosis grasa⁷.

El tratamiento es quirúrgico, y no se han descrito recidivas tras una cirugía escisional con márgenes adecuados.

El condrolipoma es una lesión benigna de la mama, de origen incierto, que puede presentarse mamográficamente como microcalcificaciones sospechosas. Su tratamiento es quirúrgico y, al estudiar el espécimen resecado, debe tenerse en cuenta que puede encontrarse tejido cartilaginoso en lesiones mamarias benignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan L, Walts AE. Benign chondrolipomatous tumor of the human female breast. *Arc Pathol Lab Med.* 1977;101:149-51.
2. Marsh WL, Lucas JG, Olsen J. Chondrolipoma of the breast. *Arch Pathol Lab Med.* 1989;113:369-971.
3. Pérez MT, Alexis JB. Chondrolipoma of the breast presenting as calcifications in a routine mammogram. *Histopathology.* 1999;35:181-91.
4. Lawler RG. Cartilaginous metaplasia in a breast tumor. *J Pathol.* 1969;97:385-7.
5. Benisch B, Person B, Sarno J. Benign mesenchymoma of the breast. *Mt Sinai J Med.* 1976;43:530-3.
6. Narita T, Matsuda K. Pleomorphic adenoma of the breast: case report and review of the literature. *Pathol Int.* 1995;45:441-7.
7. Lugo M, Reyes JM, Putong PB. Benign chondrolipomatous tumors of the breast. *Arch Pathol Lab Med.* 1982;106:691-2.
8. Peison B, Benisch B, Tonzola A. Benign chondrolipoma of the breast. *N Jersey Med.* 1994;91:401-2.
9. Greer J, Marjani M, Lowel D. Chondrolipoma of the breast: a case report an review of the literature. *Connecticut Med.* 1999;63:327-9.
10. Fushimi H, Kotoh K, Nishihara K, Fujinaka H, Takao T. Chondrolipoma of the breast: a case report with cytological and histological examination. *Histopathology.* 1999;35:476-85.
11. Rosen PP. Benign mesenchimal neoplasms. En: Rosen PP, editor. *Rosen's breast pathology.* Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 749-812.
12. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinoma of the breast (I). Matrix producing carcinoma. *Hum Pathol.* 1989;20:628-36.