

Seudolinfoma mamario

David Martínez-Ramos^a, José Manuel Laguna-Sastre^a, Carlos Rodríguez-Pereira^b, Juan Manuel Miralles-Tena^a y José Luis Salvador-Sanchís^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General de Castellón. Castellón. España.

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

Los trastornos linfoproliferativos de la mama son un grupo de lesiones muy poco frecuentes entre las que se incluyen tanto los linfomas malignos como losseudolinfomas, mucho menos frecuentes que aquéllos¹. Si bien es verdad que elseudolinfoma es una lesión benigna, su similitud clínica y radiológica con algunos procesos malignos obligan a reconocerlo ya que tanto las opciones terapéuticas como el pronóstico son sensiblemente diferentes.

Recientemente atendimos en nuestro servicio a una mujer de 59 años, con antecedente de mastectomía radical izquierda por cáncer a los 30 años, que presentó, en la mamografía de control contralateral, una imagen hiperden-

sa de nueva aparición, localizada en la línea intercuadrántica superior, de aproximadamente 2,5 cm de diámetro máximo, con características radiológicas de malignidad (fig. 1). La exploración física, mamaria y axilar era normal. En la ecografía mamaria se observó un nódulo heterogéneo mal definido, isoecoico con el parénquima, sin cavidades quísticas en su interior, indicativo de malignidad. Con la sospecha diagnóstica de cáncer de mama se realizó punción guiada con ecografía, que mostró un infiltrado linfoide. Ante la imposibilidad de diferenciar con precisión entre linfoma yseudolinfoma, se decidió efectuar una biopsia escisional de la lesión. El estudio anatomopatológico reveló una tumoración de 2,3 cm de diámetro, blanquecina, no indurada y de bordes mal definidos. En el estudio microscópico se observó un infiltrado linfoide difuso polimórfico con centros germinales involucionados y parcialmente colonizados por linfocitos maduros (figs. 2A y 2B). En el estudio inmunohistoquímico se observó que aproximadamente un 55% de la población linfoide era positiva para CD20 (fig. 2C), y el resto, para CD3 (fig. 2D) y Bcl-2. Los centros

Correspondencia: Dr. D Martínez-Ramos.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital General de Castellón.
Avda. Benicàssim s/n. 12004 Castellón. España.
Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es

Manuscrito recibido el 31-10-2007 y aceptado el 10-3-2008.

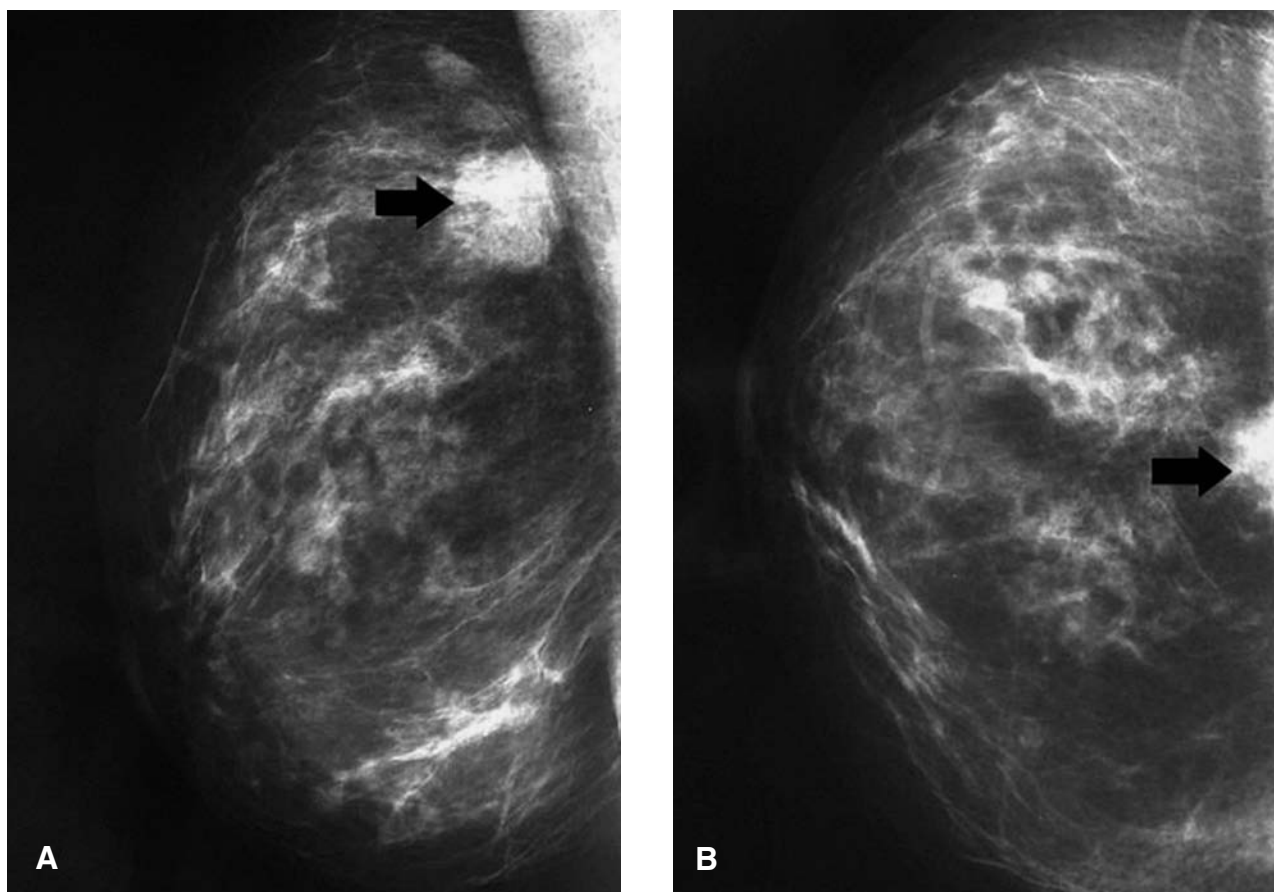


Fig. 1. Mamografía derecha en la que se aprecia la lesión con características de malignidad sobre el pectoral mayor (flecha). A: proyección oblicua mediolateral. B: proyección craneocaudal.

germinales involucionados resultaron ser positivos para CD23 y Bcl-6. La expresión de VS38C y cadenas ligeras kappa y lambda mostró que se trataba de una población celular politípica. El estudio molecular reveló la ausencia de reordenamiento genético monoclonal para el receptor de células T –TCR gamma, tanto para grupo III (J1, J2, J3) y grupo II (V5, V10, V11, V12) como para grupo III (J1, J2, J3) y grupo I (V2, V3, V4, V8, V9)– y también para el gen de cadenas pesadas de inmunoglobulina (IgH) –tanto FR3 y FR4 como FR2 y FR4–. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de pseudolinfoma mamario y se decidió la abstención terapéutica ulterior. Tras 1 año de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y no hay evidencia clínico-radiológica de recidiva.

La acumulación no neoplásica de linfocitos sobre un tejido aparentemente sano ha sido descrita en diferentes órganos^{2,3}. De forma muy esporádica, algunos autores han descrito su aparición en el parénquima mamario^{1,4-6}. Así, aunque la primera descripción suele atribuirse a Oberman⁷ –quien lo denominó pseudotumor linfoide–, unos años antes Ackerman⁸ había ya descrito esta entidad, acuñando el término de pseudolinfoma mamario.

En la mayor serie publicada hasta la fecha⁴, sobre 8.654 resecciones mamarias, solamente 5 correspondieron a pseudolinfomas. Cifras similares encontraron Akbari et al¹, con 2 pseudolinfomas entre 4.491 cánceres de

mama. No obstante, a pesar de su baja frecuencia, estas lesiones tienen una gran trascendencia pues su aspecto clínico, radiológico y ecográfico es muy similar al observado en otras lesiones de la mama, y no hay ningún signo que se pueda considerar como específico⁵. El estudio citológico tras punción suele mostrar células linfoides, pero con frecuencia no son suficientes para establecer el diagnóstico. Por ello, ante una proliferación linfoide localizada en la mama, es imprescindible la biopsia y el estudio histológico⁶. Desde el punto de vista clínico y macroscópico, suelen presentarse como un nódulo sólido, no encapsulado, bien delimitado, de consistencia aumentada, con un diámetro entre 2,5 y 4,5 cm^{4,5}. Microscópicamente están constituidos por un infiltrado polimórfico que disocia la arquitectura del parénquima mamario y que está compuesto, principalmente, por linfocitos maduros (T y B), ocasionales células plasmáticas e histiocitos y algunos eosinófilos. El infiltrado linfoide es de tipo policlonal^{4,9}. Pueden observarse también centros germinales, especialmente en la periferia. Los ductos mamarios están rodeados, pero no infiltrados, por los linfocitos.

Aunque de etiología incierta, se ha postulado que podría estar relacionado con una respuesta local excesiva ante un traumatismo o lesión previos, por lo que Veronesi⁹ recomienda utilizar el término de hiperplasia linfoide en lugar

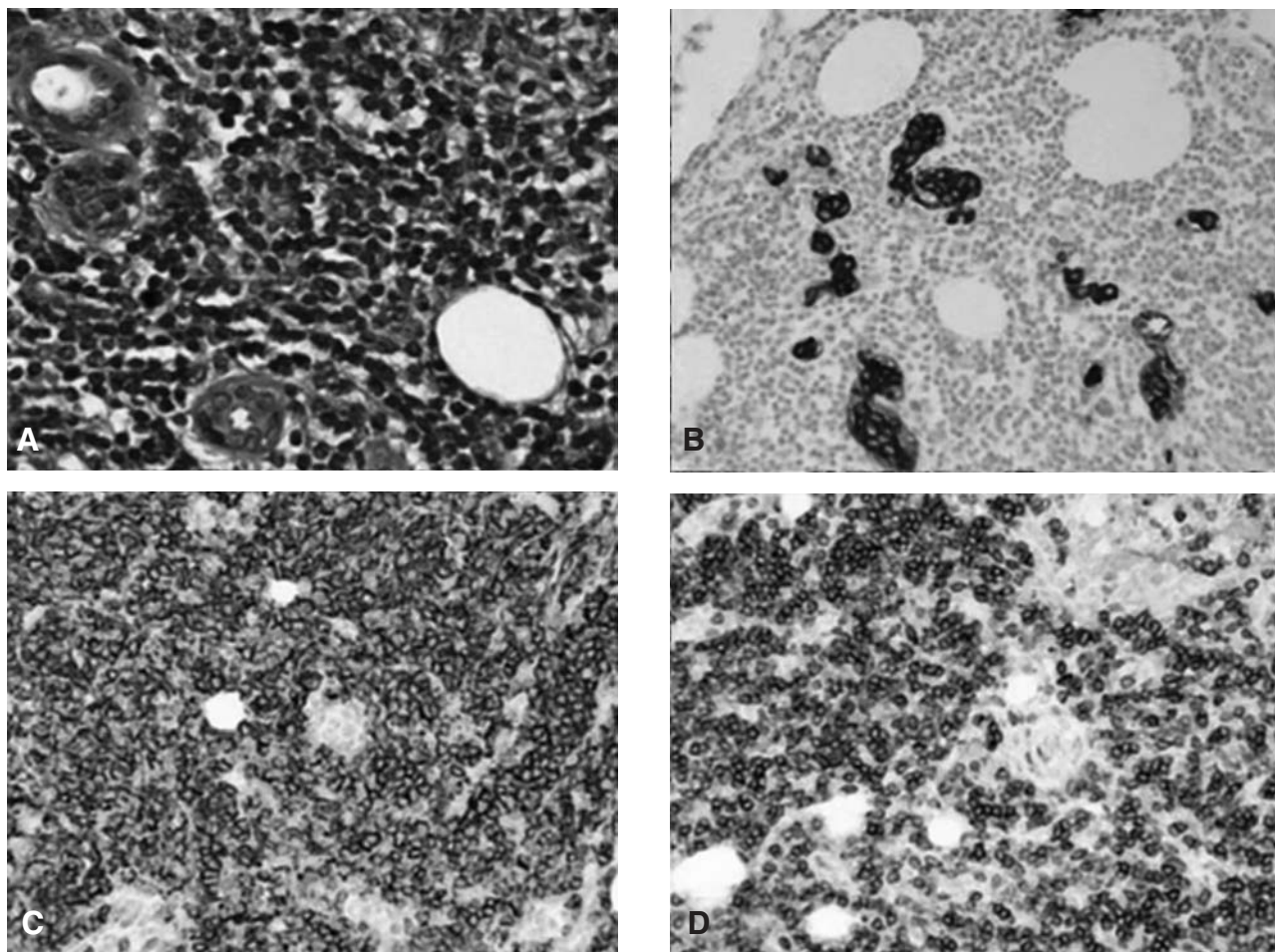


Fig. 2. Imágenes del estudio anatomopatológico. Infiltrado polimórfico difuso constituido preferentemente por linfocitos (A: H-E, 340), que engloban, pero no infiltran, a los ductos mamarios (B: CK AE1/AE3, 320). Los linfocitos son maduros, de carácter policlonal, y muestran una distribución similar de ambas poblaciones (B y T) a lo largo de la lesión (C: CD20, 320) y (D: CD3, 320).

deseudolinfoma mamario. El diagnóstico diferencial del deseudolinfoma de mama debe establecerse, de manera prioritaria, con el verdadero linfoma, pues mientras el deseudolinfoma no requiere tratamiento más allá de la exéresis local, el linfoma primario, posiblemente, precisará de quimioterapia y/o radioterapia adyuvantes¹⁰. A diferencia de los linfomas primarios, los deseudolinfomas están asociados con un pronóstico excelente^{4,10}. Además, contrariamente a otros deseudolinfomas, como los cutáneos³, no se ha descrito su malignización cuando asientan en la mama, aunque sí se ha descrito su posible recidiva local. Otros diagnósticos diferenciales del deseudolinfoma mamario incluyen el carcinoma —principal sospecha diagnóstica en el caso presentado—, la mastopatía diabética, la mastitis y las lesiones tras radioterapia, entre otras⁵.

En conclusión, el deseudolinfoma mamario es un proceso infrecuente, pero que es necesario conocer pues su naturaleza reactiva obliga a diferenciarlo de tumores malignos, como el linfoma primario de la mama o el carcinoma. Su correcto diagnóstico y la orientación como lesión benigna deberían evitar tratamientos, tanto quirúrgicos como quimioterápicos o radioterápicos, agresivos e innecesarios en estas pacientes.

Bibliografía

1. Akbari CM, Welch JP, Pastuszak W. Primary lymphoproliferative disorders of the breast. *Conn Med.* 1995;59:651-5.
2. Abbondanzo SL, Sobin LH. Gastric "pseudolymphoma". A retrospective morphologic and immunophenotypic study of 97 cases. *Cancer.* 1997;79:1656-63.
3. Kulow BF, Cuaing H, Steele P, et al. Progression of cutaneous B-cell pseudolymphoma to cutaneous B-cell lymphoma. *J Cutan Med Surg.* 2002;6:519-28.
4. Lin JJ, Farha GJ, Taylor RJ. Pseudolymphoma of the breast. In a study of 8,654 consecutive tylectomies and mastectomies. *Cancer.* 1980;45:973-8.
5. Mendelson EB, Doshi N, Grabb BC, et al. Pseudolymphoma of the breast: Imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;162:617-9.
6. Fisher ER, Palekar AS, Paulson JD, et al. Pseudolymphoma of breast. *Cancer.* 1979;44:258-63.
7. Oberman HA. Primary lymphoreticular neoplasms of the breast. *Surg Gynecol Obstet.* 1966;123:1047-51.
8. Ackerman LV. Tumor of the breast, 6th Annual Seminar. The Nassau Academy of Medicine; 1975. p. 15-6.
9. Veronesi U. *Senologia Oncologica*. Milan: Masson; 1999.
10. Wong WW, Schild SE, Halyard MY, et al. Primary non-Hodgkin lymphoma of the breast: The Mayo Clinic experience. *J Surg Oncol.* 2002;80:18-25.