

Fibrohistiocitoma maligno de la mama: presentación de un caso y revisión bibliográfica

J. Soriano, R. Salvador, V. Pineda y M.L. Sánchez

Unidad de Radiodiagnóstico. (Jefe de servicio: Dr. J. Cáceres.) Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen

El fibrohistiocitoma maligno de la mama es un tumor poco frecuente. Este tumor es una variedad de sarcoma de la mama de difícil diagnóstico. Su tratamiento consiste en la mastectomía; sin embargo, no está claro el papel de la cirugía conservadora como alternativa a la mastectomía. En este artículo presentamos un caso de fibrohistiocitoma maligno de la mama y una revisión bibliográfica del mismo.

Palabras clave: *Fibrohistiocitoma maligno. Mama. Cáncer de mama. Tumor de partes blandas.*

MALIGNANT FIBROUS HISTIOCYTOMA OF THE BREAST. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Malignant fibrous histiocytoma of the breast is infrequent. This tumor is a variety of breast sarcoma with difficult diagnosis. Treatment consists of mastectomy. The role of conservative surgery as an alternative to mastectomy remains unclear. We present a case of malignant fibrous histiocytoma of the breast and review the medical literature on the subject.

Key words: *Malignant fibrous histiocytoma. Breast. Breast cancer. Soft tissue tumor.*

Introducción

El fibrohistiocitoma maligno es un tumor muy poco frecuente en la mama, con menos de 50 casos descritos como casos aislados¹⁻⁷. Los sarcomas más comunes en la mama son el cistosarcoma *phyllodes* y el sarcoma de la estroma. Debido a que los sarcomas de la mama son poco frecuentes en comparación con los carcinomas, sus características clínicas y patológicas no están muy bien definidas; tanto es así que suele resultar difícil diferenciar entre los diferentes tipos de sarcoma de la mama (fibrosarcoma y sarcoma de la estroma) e incluso puede ser difícil diferenciarlo de algún tipo de carcinoma, como el carcinoma con metaplasia fusocelular¹.

El fibrohistiocitoma maligno se considera solamente primario si se origina en el parénquima mamario. El fibrohistiocitoma maligno que se desarrolla en combinación con el cistosarcoma *phyllodes* u otros tumores, o cuando es secundario a tratamiento radioterápico, no se considera primario².

A continuación presentamos un caso de fibrohistiocitoma maligno de la mama, así como una revisión bibliográfica del mismo.

Caso clínico

Paciente de 55 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que en noviembre de 2000 acudió por haberse palpado un nódulo de 2 cm en el cuadrante superoexterno (CSE) de la mama izquierda. Se practicaron mamografía y ecografía de la lesión (figs. 1 y 2), así como biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía, que dio como resultado: tumor fibroblástico de características inflamatorias. Se realizó resección del tumor bajo anestesia local, que confirmó el diagnóstico.

En el control practicado el 12 de junio de 2001 se advirtió en el CSE de la mama izquierda un nuevo nódulo de 5 cm. Se realizó una mamografía en la que se observó una imagen densa de 5 por 3 cm con bordes bien definidos en su mitad superior, y mal definidos y espiculados en su mitad inferior. En julio de 2001 se efectuó extirpación quirúrgica del tumor bajo anestesia general, siendo el resultado final de la anatomía patológica: histiocitoma fibroso maligno (sarcoma de alto grado). Ante el resultado de la anatomía patológica se decidió practicar mastectomía simple. Actualmente la paciente sigue controles en consultas externas.

Discusión

El fibrohistiocitoma maligno de la mama es un tumor infrecuente. No tiene edad de predilección. También se han descrito casos de fibrohistiocitoma maligno en mamas de pacientes varones⁸.

Clínicamente se suele presentar como una tumoración en la mama que acostumbra ser de gran tamaño (5-10 cm). Las características mamográficas del fibrohistiocitoma maligno son inespecíficas; en el caso de nuestra paciente se presentó como una imagen densa, de gran tamaño (5 por 3 cm) con bordes por lo general bien defi-

Correspondencia: Dr. J. Soriano
Ronda General Mitre, 147, 2.º 4.ª. 08022 Barcelona.

Aceptado para su publicación en marzo de 2002.

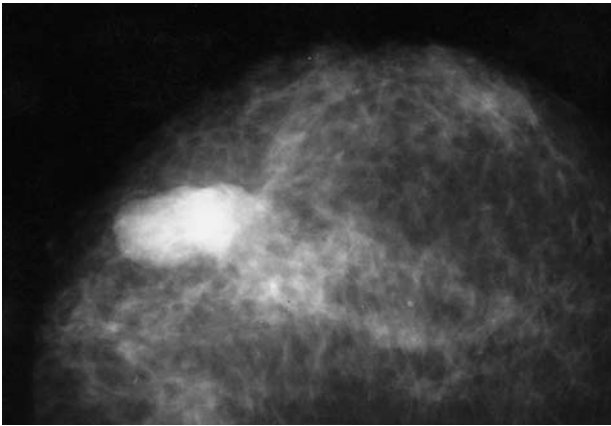


Fig. 1. Mamografía, proyección craneocaudal de la mama izquierda. Se observa una imagen multilobulada en el cuadrante externo, de contornos bien definidos, excepto en la parte medial, donde sus bordes se hacen más borrosos; se aprecian asimismo imágenes cálcicas groseras y en escaso número en el interior del nódulo. El tamaño del nódulo es de 3 por 1,5 cm.

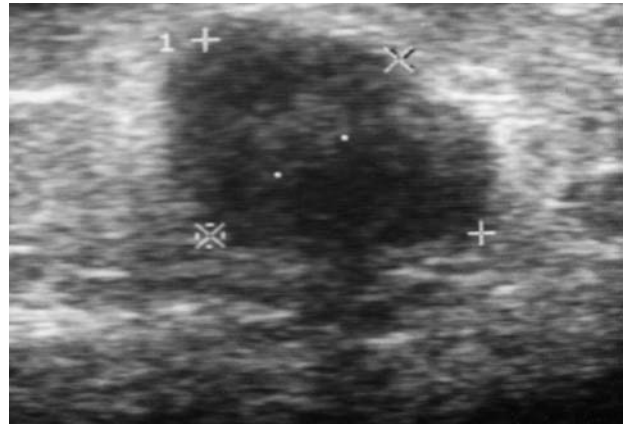


Fig. 2. Ecografía del nódulo que se observaba en la mamografía. Se visualiza una imagen nodular, sólida, heterogénea, hipoeoica de 20 por 15 mm de diámetro, cuyos bordes son bien definidos, y presenta sombra acústica posterior.

nidos, por lo que fue necesaria la biopsia de la lesión para obtener el diagnóstico.

La diferenciación histológica de los sarcomas fusocelulares de la mama no siempre es posible entre el fibrosarcoma y el fibrohistiocitoma maligno, siendo a menudo arbitraria la diferenciación entre ambos. Macroscópicamente⁸ el tumor es sólido, duro, con una superficie de corte gris, marróncea o blanca. Microscópicamente⁹ el fibrohistiocitoma maligno se caracteriza por un patrón histológico escalonado (*storiform pattern*). En el centro del complejo escalonado se pueden encontrar capilares o pequeños vasos sanguíneos. Células gigantes, generalmente con múltiples núcleos, cambios mixoides y un infiltrado inflamatorio crónico pueden estar presentes de forma variable.

Los factores pronósticos más importantes parecen ser el número de mitosis y el grado de atipia citológica. Podemos dividir el fibrohistiocitoma maligno en formas de alto y bajo grado¹. Las formas de bajo grado son de crecimiento lento, aunque tienen tendencia a la recurrencia local, en relación con el tamaño del tumor y sus márgenes, y microscópicamente se caracterizan por un índice mitótico bajo, así como un mínimo pleomorfismo y necrosis. Las formas de alto grado (como el caso aquí presentado) son más agresivas, tienen peor pronóstico y metastatizan con más frecuencia, siendo la localización más habitual de las metástasis del fibrohistiocitoma maligno pulmonares y óseas. Estas formas de alto grado se caracterizan microscópicamente por mitosis fácilmente identificables, por lo general en un número superior a tres por campo, un pleomorfismo celular elevado y necrosis.

Las tinciones inmunohistoquímicas no son específicas. El tumor es reactivo para la vimentina y ocasionalmente para la actina⁸. Se ha descrito también la inmunorreactividad para la alfa1-antitripsina².

En el tratamiento del fibrohistiocitoma maligno de la mama se suele realizar mastectomía con o sin resección axilar, si bien algunos casos evolucionan satisfactoriamente con la resección local. La elección entre mastecto-

mía y resección local depende de la presentación clínica y características de la paciente⁸. En la elección de un tratamiento u otro se ha de tener en cuenta la probabilidad de obtener una resección completa y unos márgenes negativos, así como un resultado estético satisfactorio para la paciente.

Las lesiones de alto grado deberían ser tratadas de forma agresiva, con mastectomía. La linfadenectomía no parece ser necesaria puesto que la diseminación por vía linfática es rara^{1,2,4}.

Tanto la quimioterapia como la radioterapia parecen tener un papel poco importante¹. La recurrencia y muerte por la enfermedad ocurren aproximadamente en el 40% de las pacientes⁸. La recurrencia sistémica y muerte normalmente ocurren dentro de los tres primeros años tras el diagnóstico, siendo poco frecuente que se produzcan más allá de los 5 años.

Bibliografía

1. Mirka W, Jones, Henry J. Norris, Eric S, Nargotz, Weiss SW. Fibrosarcoma-malignant fibrous histiocytoma of the breast: a clinicopathological study of 32 cases. *Am J Surg Pathol* 1992;16:667-74.
2. Rossen K, Stamp I, Sorensen IM. Primary malignant fibrous histiocytoma of the breast. A report of four cases and review of the literature. *APMIS* 1991;99:696-702.
3. Polinari U, D'Ugo D, Di Folco S, Scambia G, Sica G. Malignant fibrous histiocytoma. Report of a case and review of the literature. *Eur J Oncol* 1985;6:105-8.
4. Tamir G, Novel M, Hanben DJ, Sandbank J. Malignant fibrous histiocytoma of the breast. *Eur J Surg Oncol* 1995;21:210-1.
5. Padis N, Bardi G, Petterson C, Apostolikos N, Mandahl N. Cytogenetic findings in a malignant fibrous histiocytoma of the breast. *Cancer Genet Cytogenet* 1999;108:87-8.
6. Marcos Sánchez F, Juárez Ucelay F, Juárez González R, Durán Pérez-Navarro A. Un nuevo caso de fibrohistiocitoma maligno de la mama. *An Med Inter* 1994;2:617-8.
7. Iellin E, Waizbard T, Levine A, Behar. Malignant fibrous histiocytoma of the breast. *Int Surg* 1990;75:63-6.
8. Paul Peter Rosen. *Sarcoma. Rosen's Breast Pathology*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publisher's. 1997; p. 709-756.