

BIBLIOGRAFÍA

- Pfeiffer T, Reiher L, Grabitz K, Grünhage B, Häfele S, Voiculescu A, et al. Reconstruction for renal artery aneurysms: operative techniques and long-term results. *J Vasc Surg.* 2003;37:293-300.
- Yang JC, Hye RJ. Ruptured renal artery aneurysm during pregnancy. *Ann Vasc Surg.* 1996;10:370-2.
- Lacroix H, Bernaerts P, Nevelsteen A, Hanssens M. Ruptured renal artery aneurysm during pregnancy: successful ex situ repair and autotransplantation. *J Vasc Surg.* 2001;33:188-90.
- Cinat M, Yoon P, Wilson SE. Management of renal artery aneurysms. *Semin Vasc Surg.* 1996;9:236-44.
- Rundback JH, Rizvi A, Rozenblit GN, Poplasky M, Maddineni S, Crea G, et al. Percutaneous stent graft management of renal artery aneurysms. *J Vasc Interv Radiol.* 2000;11:1189-93.
- Arroyo Bielsa A, Sánchez-Guerrero A, Jiménez R, Barrio-Rodríguez CA, Rodríguez de la Calle J, Porto Rodríguez J, et al. Clasificación y posibilidades terapéuticas de los aneurismas saculares de arteria renal. *Angiología.* 2002;54:94-101.
- Klein GE, Szolar DH, Breinl E, Raith J, Schreyer HH. Endovascular treatment of renal artery aneurysm with conventional non-detachable microcoils and Guglielmi detachable coils. *Br J Urol.* 1997;79:852-60.
- Dib M, Sedat J, Raffaeli C, Petit I, Robertson WG, Jaeger P. Endovascular treatment of a wide-neck renal artery bifurcation aneurysm. *J Vasc Interv Radiol.* 2003;14:1461-4.
- Novick AC. Renal hypothermia: in vivo and ex vivo. *Urol Clin North Am.* 1983;10:637-44.
- Park KW, Lim C, Cho YS. Renal artery saccular aneurysm. *J Vasc Surg.* 2008;48:226.

Luis Leiva*, Agustín ArroyoRicardo Gesto

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loo99k@yahoo.es (L. Leiva).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.009

Los fibroadenomas mamarios también pueden contener lesiones premalignas y malignas

Breast fibroadenomas may also contain premalignant and malignant lesions

Los fibroadenomas son las lesiones benignas de la mama más frecuentes. Aunque se ha demostrado que las pacientes con fibroadenomas presentan un mayor riesgo de cáncer de mama, actualmente estas lesiones no son aceptadas como precursoras del cáncer¹. La degeneración maligna de los fibroadenomas se ha considerado excepcional, y se han comunicado menos de 200 casos en la literatura científica²⁻⁸. Se presentan 3 casos clínicos de mujeres con fibroadenomas que presentaron lesiones premalignas y malignas en su interior.

Caso 1

Mujer de 41 años, sin antecedentes de interés, remitida a nuestra unidad por presentar un nódulo palpable, bien definido, móvil y de 4 cm de diámetro a las dos de la mama izquierda. La mamografía fue normal, pero el estudio ecográfico reveló una masa sólida de 3,5 × 4 cm, compatible con fibroadenoma. Se decidió la escisión local y el estudio anatomopatológico demostró un fibroadenoma con un foco de 0,3 cm de hiperplasia ductal con atipia (HDA).

Caso 2

Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés, que fue remitida a nuestra consulta para la evaluación de un nódulo

no palpable a las doce de la mama izquierda. Esta lesión había sido seguida durante más de 20 años, pero había presentado cambios mamográficos compatibles con malignidad. Durante la exploración física no se palparon lesiones ni adenopatías axilares. La punción aspirativa con aguja fina señaló malignidad, por lo que se procedió a la biopsia estereotáctica guiada por arpón. El estudio anatomopatológico reveló un carcinoma ductal in situ tipo comedocarcinoma de 0,8 cm en el interior de un fibroadenoma de 1 cm de diámetro (fig. 1). Los márgenes de resección estaban afectados, por lo que se reintervino para ampliarlos y realizar la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). El estudio histológico no demostró tumor residual y el ganglio centinela fue negativo para malignidad.

Caso 3

Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés, remitida a nuestra unidad por cambios mamográficos indicio de malignidad en una lesión nodular conocida previamente, no palpable, localizada a las seis de la mama derecha. El examen físico fue normal. La biopsia con aguja gruesa no obtuvo material suficiente y se propuso biopsia guiada por arpón. El estudio anatomopatológico reveló un fibroadenoma de 1,6 cm que alojaba un carcinoma lobulillar invasor (fig. 2). La paciente no aceptó el tratamiento quirúrgico conservador y

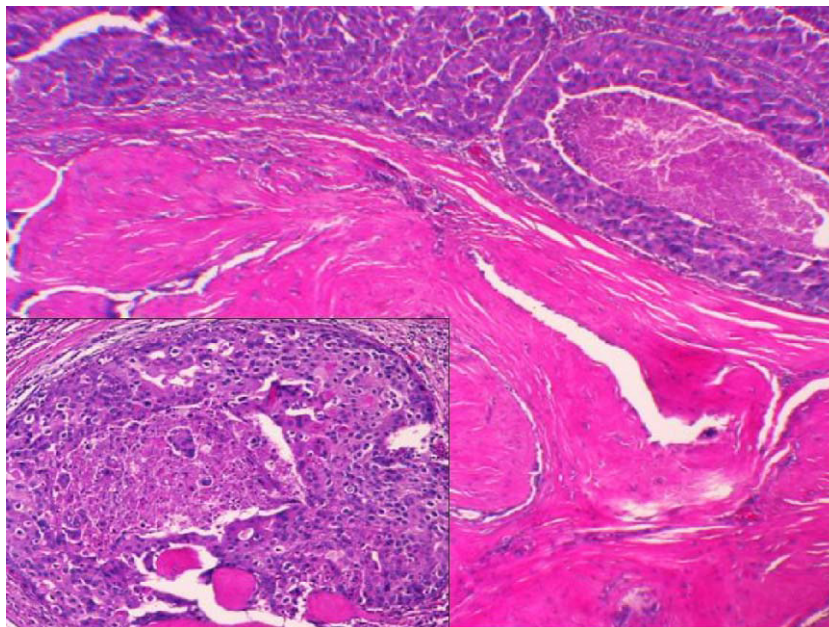


Figura 1 – Caso 2. Aspecto intracanalicular típico de un fibroadenoma con carcinoma ductal in situ en el interior de la estroma hialinizada intralobulillar. Se aprecia el tipo comedocarcinoma en el componente epitelial (H-E, $\times 10$ y $\times 40$).

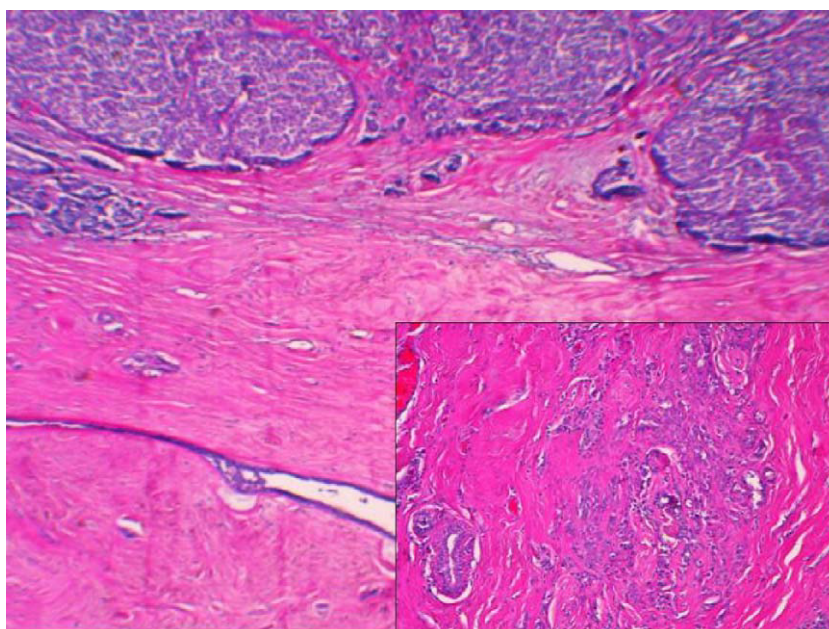


Figura 2 – Caso 3. Neoplasia lobulillar infiltrante con afección sólida de los ductos en el seno de una lesión fibroadenomatososa. Aspecto característico con filas de células tumorales infiltrantes en el interior de la estroma mamaria (H-E, $\times 10$ y $\times 40$).

fue sometida a mastectomía radical modificada. No se evidenciaron metástasis en ninguno de los 21 ganglios analizados.

Tradicionalmente se ha considerado que los fibroadenomas no se relacionan con el cáncer de mama, aunque Dupond et al¹ demostraron que el riesgo de cáncer de mama era más del doble en estas pacientes. En el caso de carcinomas en el seno de un fibroadenoma (CSF), no es posible establecer si se trata propiamente de la degeneración del componente epitelial del fibroadenoma o si, por el contrario, el carcinoma y el

fibroadenoma son dos procesos independientes que simplemente coinciden en el tiempo y en el espacio, de modo que el fibroadenoma actúa de «espectador inocente» y no como una lesión premaligna.

Aunque las manifestaciones clínicas y radiológicas de los CSF no difieren de las encontradas en fibroadenomas sin células cancerosas, hay una serie de datos característicos^{2-5,7}: la edad de las pacientes es, aproximadamente, 20 años superior a la de los fibroadenomas en la población general, y éstos pueden manifestarse como un crecimiento rápido o

alteraciones mamográficas y/o sonográficas de un nódulo previamente conocido⁷. No obstante, el diagnóstico de certeza debe establecerse con el examen histológico, ya que las punciones pueden presentar importantes falsos negativos^{7,8}. Además, debe recomendarse el análisis histológico completo de todos los fibroadenomas, puesto que un examen parcial podría pasar por alto algunas de estas lesiones^{7,8}. El tipo histológico más frecuente en los CSF es el carcinoma in situ, que representa un 75-80% de los casos publicados^{2,3,5-7}.

El tratamiento de los CSF ha experimentado un importante cambio con el paso del tiempo. Hasta hace algunos años, el tratamiento de elección era la mastectomía radical^{3,5}, mientras que en la actualidad, siempre que ello sea posible, se prefiere un tratamiento conservador⁴. Nuestro primer caso (HDA) no requirió otro tratamiento. El segundo caso (comedocarcinoma in situ), por definición, no debería producir metástasis ganglionares pero, debido al hipotético riesgo de microinvasión, un abordaje selectivo de la axila como la BSGC fue, en opinión de los autores, una buena alternativa. El tercer caso (carcinoma lobulillar invasor) podría haberse beneficiado de una cirugía conservadora, pero la paciente rechazó esta opción.

El pronóstico de los CSF está determinado por el estadio tumoral al momento del diagnóstico. Como generalmente éste se realiza en estadios precoces, el pronóstico suele ser excelente. La presencia del fibroadenoma probablemente determine una detección temprana de lesiones malignas que de otro modo pasarían inadvertidas.

Por último, a pesar de su indudable interés, la degeneración maligna de un fibroadenoma es tan infrecuente y el diagnóstico suele hacerse en estadios tan precoces que, en opinión de los autores, esto no debería modificar los criterios quirúrgicos generales para todos los fibroadenomas. Por lo tanto, parece razonable mantener un alto índice de sospecha y reseca únicamente los fibroadenomas sospechosos de malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vnencak-Jones CL, Plummer Jr WD, Rados MS, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *N Engl J Med.* 1994;331:10-5.
2. Baker KS, Monsees BS, Diaz NM, Destouet JM, McDivitt RW. Carcinoma within fibroadenomas: mammographic features. *Radiology.* 1990;176:371-4.
3. Buzanowski-Konakry K, Harrison EG, Payne WS. Lobular carcinoma arising in fibroadenoma of the breast. *Cancer.* 1975;35:450-6.
4. Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinomas arising within fibroadenomas of the breast. A clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Pathol.* 1991;95:614-22.
5. Fondo EY, Rosen PP, Fracchia AA, Urban JA, González Blanco I, García Sánchez M, et al. The problem of carcinoma developing in a fibroadenoma. Recent experience at Memorial Hospital. *Cancer.* 1979;43:563-7.
6. González-Blanco I, García-Sánchez M, Mínguez JA, et al. Carcinoma lobulillar in situ en el seno de un fibroadenoma. *Ginecol Clin Quirur.* 2001;2:95-8.
7. Pons MJ, Domínguez P, Pina L, Zornoza G, Martínez-Regueira F, Sola JJ. Fibroadenomas de mama con atipia o carcinoma en su interior: presentación de nuestra experiencia. *Radiología.* 2005;47:351-3.
8. Psarianos T, Kench JG, Ung OA, Bilous AM. Breast carcinoma in a fibroadenoma: diagnosis by fine needle aspiration cytology. *Pathology.* 1998;30:419-21.

David Martínez-Ramos^{a,*}, Miguel Alcalde-Sánchez^a,
Lucas Peñas-Pardo^b, José Luis Salvador-Sanchis^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de Castellón, Castellón, España

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

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es
(D. Martínez-Ramos).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.07.013

Linfadenitis por silicona: un posible falso positivo de malignidad

Silicone-induced lymphadenitis: a possible false positive of malignancy

No cabe duda de que la enfermedad mamaria, y en concreto el cáncer de mama, ocupa un lugar privilegiado dentro de la patología, comportando cifras muy altas tanto de morbimortalidad como de gasto sanitario. Ello es motivo más que suficiente para que tanto el paciente como el clínico adopten un estado de alerta constante, que conlleva necesariamente la realización de programas de detección precoz y nuevos

abordajes terapéuticos que han demostrado su eficacia. No obstante, el celo con que se llevan a cabo estas medidas permite detectar lesiones que suponen nuevos retos diagnósticos al patólogo. La introducción de la cirugía estética y los implantes contribuyen a esta situación.

Presentamos el caso de una paciente de 57 años con antecedentes de cáncer de mama derecha intervenida 11