

CASO CLÍNICO

Carcinoma intraductal en el interior de un fibroadenoma

J. Moreno, J. Díez, B. Eizaguirre*, A. Valladolid, L. Laza, S. Luján y F.J. Rodríguez-Escudero

Unidad de Patología Mamaria. Oncología Ginecológica. *Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

SUMMARY

Fibroadenomas are non-malignant neoplasms constituted by a proliferation of connective and epithelial tissue in variable proportions. Its incidence is greater in the second and third decades of life although they can appear at any age.

It is a well known fact that carcinoma may develop inside 0.2-2% of fibroadenomas. In ninety five percent of cases the carcinomas are non-invasive, lobulillar type being more frequent than ductal. Mean age in this group being 20 years older than those with non-malignant fibroadenomas.

INTRODUCCIÓN

Los fibroadenomas son tumores benignos constituidos por una proliferación de tejido conectivo y tejido epitelial en diferente proporción. Su pico de incidencia ocurre entre la segunda y tercera décadas de la vida; sin embargo, estas lesiones se pueden presentar a cualquier edad.

La aparición de un carcinoma en el seno de un fibroadenoma se produce en el 0,2-2% de los mismos. El carcinoma no es invasivo en el 95% de los casos, siendo más frecuente el lobulillar que el ductal. Se estima que el promedio de edad de estas pacientes es 20 años mayor que el del fibroadenoma no malignizado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés. Menarquia a los 11 años, un embara-

zo y parto. En la exploración mamaria destaca un nódulo polilobulado de 5 cm de diámetro en el cuadrante superointerno de la mama derecha y no se palpan adenopatías axilares. En el cuadrante superointerno de la mama izquierda se palpa una placa fibrosa irregular de 2 x 1 cm. La PAAF del nódulo de la mama derecha es informada de fibroadenoma y el de la mama izquierda de mastopatía fibroquística.

Se procedió a la realización de una tumorectomía derecha, siendo la pieza informada de proliferación de la estroma intralobulillar que comprime y distorsiona el componente epitelial ductal con imágenes focales de carcinoma *in situ*, en áreas con patrón cribiforme, anisocariosis y figuras de mitosis situadas en el centro de la lesión (figs. 1 y 2).

Posteriormente, se realizó telecobaltoterapia con técnicas de campos tangenciales isocéntricos compensados con cuñas de 50 Gy en 5 semanas con buena tolerancia. A los 18 meses de la intervención la paciente está asintomática y en remisión completa.

DISCUSIÓN

El fibroadenoma es un tumor bifásico con componente epitelial y estromal. El componente epitelial puede sufrir alteraciones similares al del resto de la mama normal.

La posible cancerización del fibroadenoma es un tema debatido durante mucho tiempo, aunque se ha sostenido que la frecuencia de aparición de un carcinoma en el interior de un fibroadenoma es la misma que su desarrollo en el seno del tejido mamario normal¹. De hecho, el carcinoma en el seno de un fibroadenoma no se trataría de una degeneración carcinomatosa de un fibroadenoma, sino del desarrollo simultáneo de ambas lesiones. Así pues, el riesgo de una degeneración maligna secundaria no debería ser mayor que el riesgo de aparición en el tejido mamario de una mujer determinada.

A
c
p
a

e
t

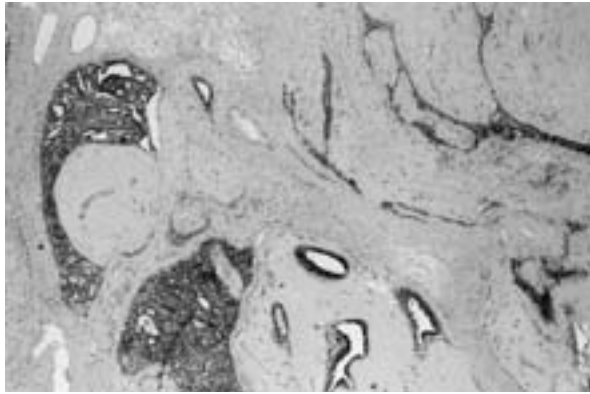


Fig. 1. Fibroadenoma con áreas focales de carcinoma intraductal.

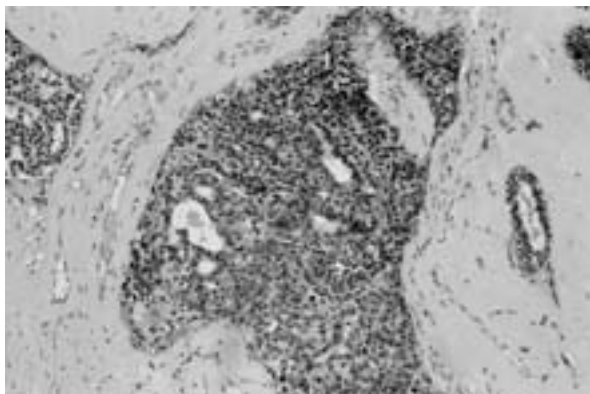


Fig. 2. Carcinoma *in situ* en áreas con patrón cribiforme.

En la práctica clínica el fibroadenoma suele presentarse en mujeres menores de 40 años como una masa palpable, firme, regular y móvil. La utilización cada vez mayor de la mamografía de cribado en pacientes asintomáticas ha favorecido la detección de fibroadenomas clínicamente ocultos. La prevalencia de fibroadenoma en mujeres de 40 a 59 años que participan en un cribado es de 8,3 cada 100.000, y la posibilidad de descubrir un carcinoma dentro de un fibroadenoma en el curso de un cribado a una masa de población es de un 0,02%².

Las características clínicas y macroscópicas de los «fibroadenomas malignizados» no difieren de los «no complicados». En el 95% de los casos corresponden a carcinomas *in situ* (CIS). Entre el 20 y el 40% de los casos, el CIS en el interior del fibroadenoma se asocia a CIS en el tejido que lo rodea; sin embargo, se ha documentado que la edad, el tamaño del fibroadenoma, el tipo histológico y la extensión del CIS es similar en los que tienen enfermedad limitada al fibroadenoma y

en los que tienen enfermedad maligna en el resto del tejido mamario^{3,4}.

Las características radiológicas más sospechosas son el tamaño grande, la indefinición de bordes y la presencia de microcalcificaciones agrupadas en su interior, aunque a veces la imagen mamográfica de un fibroadenoma malignizado es indistinguible de la de un fibroadenoma no malignizado^{1,5}.

La presencia de microcalcificaciones grandes en el seno de un fibroadenoma no asegura, como suele aceptarse, la perpetuación de su benignidad¹.

Se ha estimado que la probabilidad actuarial de desaparición de un fibroadenoma es de un 46% a los 5 años y de un 69% a los 9 años. Dado que en un seguimiento de 2 años en torno al 25% de fibroadenomas se resuelven de forma espontánea y aproximadamente el 50% desaparecen a los 5 años, en casos seleccionados es adecuada una actitud conservadora. En cuanto a las resoluciones espontáneas, no se encuentran diferencias significativas respecto al tamaño tumoral (mayor o menor de 2 cm), ni su carácter único o múltiple; en cambio, son significativamente más frecuentes con una edad inferior a 20 años^{6,7}. Parece ser que en un período de seguimiento de 2 años menos del 10% de fibroadenomas incrementa su tamaño y más de un tercio reduce su tamaño o desaparecen⁶.

La media de edad de los pacientes con carcinoma en el interior de un fibroadenoma es de 42,4 años, siendo ésta la que corresponde al pico de edad del carcinoma lobulillar *in situ* de mama, pero es mucho más alta que el pico de edad de los fibroadenomas⁴.

Dado que su cancerización se produce en mujeres cuyo promedio de edad es 20 años superior al fibroadenoma, la actitud abstencionista en el fibroadenoma de mama puede estar justificada en la paciente joven, pero entrañaría un riesgo por encima de los 40 años, por lo que tras un adecuado examen clínico, ultrasonográfico y citológico, el tratamiento conservador parece una opción adecuada en pacientes con una edad menor a 40 años^{1,6}.

La actitud terapéutica del carcinoma asentado en un fibroadenoma no difiere de la aceptada en el caso de igual lesión no desarrollada en el seno de un fibroadenoma, aunque parece que el pronóstico puede ser más favorable debido a la estricta demarcación de los tumores. El tratamiento debe seguir los principios generales de tratamiento de carcinoma *in situ* o infiltrante recomendándose tratamiento conservador del CIS asociado a fibroadenoma^{3,4}.

Puesto que hasta en el 42% de los casos el parénquima que rodea al fibroadenoma está afectado por el carcinoma, se propone realizar márgenes quirúrgicos amplios en los fibroadenomas escindidos,

sobre todo en mujeres mayores⁴. En pacientes menores de 25 años la escisión puede ser pospuesta unos meses, ya que puede ocurrir una regresión espontánea y el riesgo de cáncer de mama es escaso en esta edad; en cambio, en mujeres mayores de 40 años el tratamiento no debería ser pospuesto^{1,2,6}.

CONCLUSIONES

Un manejo conservador puede ser adecuado para los fibroadenomas, ya que se pueden diagnosticar con éxito con medios no invasivos, su historia natural está bien definida y es aceptado por las pacientes⁶.

El tratamiento conservador por sí mismo entraña dos riesgos:

1. Por sí mismo, tanto el epitelio como la estroma pueden sufrir una transformación maligna.

2. El fibroadenoma tiene un riesgo incrementado a largo plazo de desarrollar un cáncer mamario (con un riesgo relativo variable en función de la presencia o no de hiperplasia en el tejido adyacente, complejidad del fibroadenoma e historia familiar de cáncer de mama)^{8,9}.

Por consiguiente, es fundamental realizar un diagnóstico adecuado tanto clínico como citológico y ultrasonográfico o mamográfico antes de optar por una actitud conservadora¹⁰.

La actitud terapéutica ante un carcinoma tanto infiltrante como *in situ* en el seno de un fibroadenoma

debe seguir las pautas de tratamiento de igual lesión desarrollada en el parénquima mamario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vendrell E, Prats de Puig M, Llebaria C, Prats-Estevé M. Degeneración de un fibroadenoma a carcinoma metaplásico que cursa con desaparición de calcificaciones. *Rev Senol y Patol Mamaria* 1994;7:181-5.
2. Deschenes L, Jacob S, Fabia J, Christen A. Beware of breast fibroadenomas in middle aged woman. *J Surg* 1985;28:372-4.
3. Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the breast. A clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Pathol* 1991;95:14-622.
4. Pick PW, Iossifides IA. Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma. A review. *Arch Pathol Lab Med* 1984;108:590-4.
5. Baker KS, Monsees BS, Diaz NM, Destouet JM, McDivitt RW. Carcinoma within fibroadenomas: mammographic features. *Radiology* 1990;176:371-4.
6. Dixon JM, Dobie J, Lamb J, Walsh JS, Chetty U. Assessment of the acceptability of conservative management of fibroadenoma of the breast. *Br J Surg* 1996;83:264-5.
7. Cant PJ, Madden MV, Coleman MG, Dent DM. Non-operative management of breast masses diagnosed as fibroadenoma. *Br J Surg* 1995;82:792-4.
8. Dupont WD, Page DL, David L, Parl FF, Vnencak-Jones CL, Plummer WD, et al. Long-term risk of breast cancer in woman with fibroadenoma. *N Engl J Med* 1994;331:10-5.
9. Fitzgibbons PL, Henson DE, Hutter RVP, for the Cancer Committee of the College of American Pathologists. Benign breast changes and the risk for subsequent breast cancer. An update of the 1985 consensus statement. *Arch Pathol Lab Med* 1998;122:1053-5.
10. Kuijper A, Mommers ECM, Van der Wall E, Van Diest PJ. Histopathology of fibroadenoma of the breast. *Am J Clin Pathol* 2001;115:736-42.