

F. Tresserra
C. Escayola^a
P.J. Grases
J. Feu^b
R. Fábregas^a
A. Fernández-Cid^a

Fibroadenoma y cáncer de mama: aspectos clinicopatológicos en 8 casos

369

Servicio de Anatomía Patológica.
Departamentos de ^aObstetricia y Ginecología y ^bDiagnóstico por la Imagen. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

Correspondencia:

Dr. F. Tresserra.
Servicio de Anatomía Patológica.
Instituto Universitario Dexeus.
Paseo de la Bonanova, 69. 08017 Barcelona.
Correo electrónico: 25865ftc@comb.es

Fecha de recepción: 6/5/02
Aceptado para su publicación: 18/6/02

Fibroadenoma and breast cancer: clinicopathologic features in eight cases

F. Tresserra, C. Escayola, P.J. Grases, J. Feu, R. Fábregas, A. Fernández-Cid. Fibroadenoma y cáncer de mama: aspectos clinicopatológicos en 8 casos.

RESUMEN

Objetivo: Revisar los hallazgos clinicopatológicos de los fibroadenomas afectados por un carcinoma de la mama.

Pacientes y método: Se han observado 8 casos en los que existía infiltración de un fibroadenoma por un carcinoma durante un período de 11 años. Se revisan los aspectos clinicopatológicos de estos tumores, así como el de las lesiones asociadas en el parénquima circundante.

Resultados: Cuatro de los casos presentaron lesiones *in situ* (dos ductales y dos lobulillares), identificándose en tres de ellos la presencia de neoplasia en el parénquima mamario circundante. En los otros 4 casos la lesión era infiltrante (dos ductales y dos lobulillares) y en todos ellos se extendía más allá del fibroadenoma.

Conclusión: La asociación de carcinoma y fibroadenoma es poco frecuente y, en estos casos, tanto el tratamiento como el pronóstico están en función de las características propias del tumor que infiltra al fibroadenoma.

PALABRAS CLAVE

Fibroadenoma. Carcinoma *in situ*. Carcinoma infiltrante. Mama.

SUMMARY

Objective: To review the clinicopathologic features of breast carcinoma involving fibroadenoma.

Patients and method: Eight cases of carcinoma involving fibroadenoma were seen in an 11-year

370 period. The clinicopathologic features of these tumors as well as associated lesions in the surrounding breast tissue were reviewed.

Results: Four patients showed *in situ* tumors (two ductal and two lobular). Of these, three patients presented neoplasia in the adjacent breast tissue. Four patients had infiltrating carcinoma (two ductal and two lobular) with involvement of the adjacent breast parenchyma.

Conclusion: The association of carcinoma and fibroadenoma is infrequent. The prognosis and therapeutic approach depend on the characteristics of the carcinoma infiltrating the fibroadenoma.

KEY WORDS

Fibroadenoma. *In situ* carcinoma. Infiltrating carcinoma. Breast.

INTRODUCCIÓN

La asociación de fibroadenoma con un carcinoma es poco frecuente y en esta condición se engloban los casos de carcinoma que se originan en el fibroadenoma y aquellos en los que el fibroadenoma se encuentra infiltrado por un carcinoma originario del parénquima mamario adyacente¹. Los carcinomas que se encuentran en un fibroadenoma suelen ser lesiones *in situ*, sobre todo del tipo lobulillar, seguidos de la variedad ductal y, con menor frecuencia,

los mixtos¹⁻⁷. En menos de la mitad de los casos publicados, la lesión que se encuentra en el fibroadenoma es un carcinoma infiltrante¹ y en la mayoría de ellos el tumor se extiende más allá de los límites del fibroadenoma^{1,3-6}.

Se revisan a continuación las características clinicopatológicas de 8 casos de carcinomas que afectan a un fibroadenoma mamario.

PACIENTES Y MÉTODO

Durante un período de 11 años se ha intervenido quirúrgicamente en nuestra institución a un total de 696 pacientes con fibroadenoma y 1.901 con carcinoma de la mama. En ocho de estas pacientes, el carcinoma infiltraba o se originaba en el fibroadenoma. Se han revisado las características clínicas, radiológicas, ecográficas, citológicas y anatomopatológicas de estos casos, así como su evolución. En cuanto a los hallazgos anatomopatológicos, se han considerado el tamaño del fibroadenoma, el tipo histológico, el tamaño del tumor dentro del fibroadenoma, la presencia de lesiones tumorales asociadas fuera del fibroadenoma y la relación entre éstas y el fibroadenoma.

RESULTADOS

La edad media de las pacientes fue de $47 \pm 6,3$ años (rango, 37-54) (tabla 1). En 6 casos la mama afectada era la izquierda y en dos la derecha. Clínicamente, 3 casos se manifestaron como un nódulo,

Tabla 1 Características clínicas, radiológicas y citológicas de los fibroadenomas

Caso	Edad (años)	Sintomatología	Lado	Localización	Mamografía	Ecografía	Citología
1	46	Nódulo	I	CSE	Nódulo	Nódulo	Benigna
2	40	Aumento densidad	I	CSE	Nódulo irregular	Nódulo	Benigna
3	52	Normal	I	CIInt	Micros sospechosas	Nódulo	NP
4	54	Normal	D	UCS	Nódulo irregular	Nódulo irregular	Benigna
5	53	Nódulo	D	CIInt	Nódulo irregular	Nódulo irregular	NP
6	37	Zona dura	I	UCE	Nódulo irregular	Nódulo irregular	Carcinoma
7	52	Nódulo	I	UCS-UCE	Nódulo irregular	Nódulo irregular	Carcinoma
8	46	Zona dura	I	CSI	Asimetría de densidad	Atenuación sónica	Benigna

I: izquierdo; D: derecho; CSE: cuadrante superior externo; UCInt: unión de cuadrantes internos; UCS: unión de cuadrantes superiores; UCE: unión de cuadrantes externos; CSI: cuadrante superior interno; NP: no practicada.

Tabla 2 Características anatomopatológicas de los especímenes resecados

Caso	Tratamiento	Fibroadenoma		Lesión asociada		Metástasis
		Tamaño (cm)	Tipo tumor	Tamaño tumor (cm)	Tipo	
1	Tumorrectomía	2,2	Lobulillar <i>in situ</i>	0,3	-	-
2	Tumorrectomía	1,7	Lobulillar <i>in situ</i>	0,2	CDI	0/18
3	Tumorrectomía	1	Ductal <i>in situ</i>	1	CDIs	-
4	Tumorrectomía	0,6	Ductal <i>in situ</i>	0,2	CDI	0/25
5	Mastectomía	1,2	Lobulillar infiltrante	0,5	CLI	0/13
6	Mastectomía	0,4	Ductal infiltrante	0,2	CDI	4/20
7	Mastectomía	0,8	Ductal <i>in situ</i> e infiltrante	0,2	CDI	0/10
8	Mastectomía	0,4	Lobulillar infiltrante	0,1	CLI	7/15

CDI: carcinoma ductal infiltrante; CLI: carcinoma lobulillar infiltrante; CDIs: carcinoma ductal *in situ*.

Figura 1. Caso 3. a) Carcinoma ductal *in situ* que afecta a un fibroadenoma (hematoxilina-eosina 1). b) Detalle de los túbulos con proliferación intraductal de bajo grado con necrosis (hematoxilina-eosina, 40).

Figura 2. Caso 7. a) Aspecto macroscópico de un fibroadenoma infiltrado y rodeado por un carcinoma infiltrante. b) Aspecto microscópico en el que se aprecia un carcinoma ductal infiltrante que afecta al fibroadenoma y se extiende más allá de sus límites (hematoxilina-eosina, 1).

dos como una zona dura y otro como un aumento de densidad del parénquima. Los dos casos restantes no presentaban sintomatología y la enfermedad se detectó en un estudio mamográfico de chequeo.

Mamográficamente, 6 casos se manifestaron como un nódulo (cinco de ellos de contorno irregular con signos de sospecha de malignidad), en un caso existía una asimetría en la densidad del parénquima y en el caso restante se apreciaron microcalcificaciones sospechosas. El estudio ecográfico reveló una lesión nodular en 7 casos (en cuatro de ellos de contorno irregular con signos de sospecha de malignidad). Sólo en un caso se observó una placa sospechosa con atenuación sónica. Se practicó estudio citológico en seis de los casos, que resultó benigno en cuatro de ellos y maligno en los dos restantes.

El tratamiento quirúrgico efectuado fue conservador en 4 casos y radical en los cuatro restantes, pues

existían sospechas prequirúrgicas de multifocalidad (tabla 2). Anatomopatológicamente, el tamaño medio de los fibroadenomas fue de $1,1 \pm 0,6$ cm (rango, 0,4-2,2). En 4 casos, el fibroadenoma albergaba una lesión *in situ*, lobulillar en dos casos y ductal en los otros dos (fig. 1), mientras que los 4 casos restantes eran pacientes con carcinomas infiltrantes en el fibroadenoma, dos ductales (fig. 2) y dos lobulillares. El tamaño medio de las lesiones *in situ* en los fibroadenomas fue de $0,4 \pm 0,3$ cm (rango, 0,2-1) y el de las lesiones infiltrantes fue de $0,2 \pm 0,1$ cm (rango, 0,1-0,5). La afección del fibroadenoma por el carcinoma era parcial en 6 ocasiones, mientras que los casos 3 y 6 presentaron una afección prácticamente total del fibroadenoma. En uno de los casos de carcinoma lobulillar *in situ* (caso 1) se observaron dentro de la misma lesión focos de hiperplasia

372 intraductal con y sin atipia. En otro (caso 2) existía, además, hiperplasia intraductal sin atipia. En 7 casos se observaron lesiones extranodulares asociadas al fibroadenoma que consistían en un carcinoma ductal infiltrante en 2 casos (casos 2 y 4) y en un carcinoma ductal *in situ* en otro (caso 3) de los fibroadenomas con lesión *in situ*. En todos los casos de fibroadenoma con carcinoma infiltrante existía tumor infiltrante del mismo tipo histológico en el parénquima que rodeaba al fibroadenoma. En los 3 casos de fibroadenoma con carcinoma *in situ* y lesión asociada no existía contacto entre ambas lesiones; sin embargo, en los 4 casos en los que el fibroadenoma presentaba lesión infiltrante se evidenció una infiltración neoplásica a partir de la lesión infiltrante adyacente. Se efectuó linfadenectomía en seis de los casos, constatándose metástasis axilares en sólo 2 casos (casos 6 y 8). Todas las pacientes están vivas en la actualidad, tras un período de seguimiento que varía entre los 5 meses y los 10 años; sin embargo, las pacientes 5 y 6 presentan metástasis óseas tras 9 y 6 años del tratamiento.

DISCUSIÓN

En la mayoría de los casos publicados de carcinoma que afecta a un fibroadenoma, éste es una lesión *in situ*, y es la variedad lobulillar, con mucho, la más frecuente¹⁻⁷. En más de la mitad de estos casos, tratados mediante una mastectomía, se constató la presencia de focos de carcinoma *in situ* en el parénquima que rodeaba el fibroadenoma^{2,4,6}. Incluso se han descrito casos en los que se ha demostrado un carcinoma *in situ*, sobre todo lobulillar, en la mama contralateral^{3,5}. En nuestra serie, todos los fibroadenomas con carcinoma *in situ* fueron tratados de forma conservadora, encontrándose carcinoma *in situ* en uno de ellos y carcinoma infiltrante en dos que se extendían más allá del contorno del fibroadenoma. Fue de particular interés uno de los casos, en el que existía un carcinoma lobulillar *in situ* en el fibroadenoma y un carcinoma ductal infiltrante a distancia de éste, ya que sólo excepcionalmente la neoplasia del fibroadenoma y la asociada coinciden en el tipo histológico^{2,3}.

La presencia de un carcinoma infiltrante en un fibroadenoma es menos frecuente, y en la mayoría de

las ocasiones coexiste con un carcinoma infiltrante alrededor de éste^{1,2}, siendo probable que se trate de un carcinoma que compromete secundariamente a un fibroadenoma preexistente. Aunque la mayoría son carcinomas ductales y, en menor proporción, lobulillares, se han descrito casos excepcionales de carcinoma mucinoso, papilar y escamoso^{1,8}. Incluso existe algún caso de carcinoma infiltrante en fibroadenoma con metástasis ganglionares axilares². En nuestra casuística, el tipo histológico del carcinoma que afecta al fibroadenoma y el del que lo rodeaba era el mismo y, a diferencia de las lesiones *in situ*, en todos los casos se constató una zona de contacto entre ambas lesiones. En una de las pacientes (caso 7) coexistía con el fibroadenoma un carcinoma ductal *in situ* e infiltrante, lo cual podría considerarse como una evidencia del origen de la neoplasia en el fibroadenoma, siendo la extensión al parénquima circundante secundaria³.

Clínica o radiológicamente, los carcinomas que se originan en un fibroadenoma son difíciles de distinguir de los fibroadenomas convencionales^{2,7,9}. Desde el punto de vista radiológico, se han considerado como signos sospechosos de malignización de un fibroadenoma el aumento de su volumen, un contorno irregular y la presencia de microcalcificaciones agrupadas^{3,7}.

La mayor incidencia de neoplasias lobulillares que afectan a fibroadenomas contrasta con la rareza de la presencia de unidades lobulillares en los fibroadenomas y con la menor incidencia de neoplasia lobulillar en el parénquima mamario, pudiendo favorecer el origen lobulillar de los fibroadenomas^{1,5}. La mayor frecuencia de lesiones *in situ* que afectan a un fibroadenoma podría deberse a un diagnóstico temprano de la neoplasia, debido a que asienta en una lesión clínicamente detectable^{1,5}.

El tratamiento del carcinoma que afecta a un fibroadenoma debe basarse en el tipo de carcinoma^{3,4,5,10}, aunque en ocasiones prevalece el riesgo elevado de carcinoma en el tejido circundante, lo cual ha servido para recomendar una mastectomía⁵. Sin embargo, algunos grupos consideran apropiado un tratamiento conservador de los fibroadenomas con lesiones *in situ*^{3,10}. El pronóstico de los carcinomas que afectan a fibroadenomas está condicionado por los factores que dependen de cada tipo de neoplasia^{3,5,8,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tavassoli FA. Biphasic tumors. En: Tavassoli FA, editor. Pathology of the breast. 2th ed. Stamford: Appleton and Lange, 1999; p. 571-631.
2. Rosen PP. Unusual clinical presentations of carcinoma. En: Rosen PP, editor. Rosen's breast pathology. 2.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001; p. 653-87.
3. Díaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the breast. A clinicopathologic study of 105 patients. Am J Clin Pathol 1991;95:614-22.
4. Pick PW, Iossifides IA. Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma. A review. Arch Pathol Lab Med 1984;108:590-4.
5. Fondo EY, Rosen PP, Fracchia AA, Urban JA. The problem of carcinoma developing in fibroadenoma: recent experience at Memorial Hospital. Cancer 1979;43:563-7.
6. Kuijper A, Mommers EC, Van der Wall E, Van Diest PJ. Histopathology of fibroadenoma of the breast. Am J Clin Pathol 2001;115:736-42.
7. Baker KS, Monsees BS, Diaz NM, Destouet JM, McDivitt RW. Carcinoma within fibroadenomas: mammographic features. Radiology 1990;176:371-4.
8. Elston CW, Ellis IO. Fibroadenoma and related lesions. En: Elston CW, Ellis IO, editors. The breast. 3.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998; p. 147-86.
9. Netto D, Satchidanand SK, Gaeta JF. Carcinomas arising in fibroadenomas: a report of two cases and review of the literature. J Surg Oncol 1980;13:367-72.
10. Ozzello L, Gump FE. The management of patients with carcinomas in fibroadenomatous tumors of the breast. Surg Gynecol Obstet 1985;160:99-104.