

E. de Lorenzo,
J. L. Maza,
C. Pérez-Modrego,
M. Andrade

Fibroadenoma intraquístico

Primera Promoción Máster
Universitario en Patología
Mamaria.
Coordinados por los doctores
J. M. Román Santamaría
y A. Aguilar Oliván.
Hospital Clínico Universitario.
Madrid.

Correspondencia:
E. de Lorenzo.
Alejandro González, 3.
28028 Madrid.

SUMMARY

*We report a case of intracystic fibroadenoma.
In this article we review the different methods used for diagnosis.*

Palabras clave

Quiste, Fibroadenoma, Intraquístico, Degeneración quística.

Key words

Cyst, Fibroadenoma, Intracystic, Cystic degeneration.

INTRODUCCION

Aproximadamente el 25% de las lesiones mamarias corresponden a fibroadenomas o cambios quísticos.

Los quistes mamarios, independientemente de su tamaño, están relacionados con la enfermedad fibroquística de la mama, siendo ésta la afección más corriente de la glándula mamaria.^{1,2,3}

En el diagnóstico de los macroquistes mamarios se ha de incluir una anamnesis cuidadosa, especificando el motivo de la consulta, así como los datos de la exploración física, estudio radiológico, ecográfico y citológico.

Con estos 3 últimos estudios en muchas ocasiones se obtiene una exactitud diagnóstica cercana al 100%. Sólo en algunos casos, cuando el líquido es dudoso o se demuestra la existencia de crecimiento intraquístico, la histología va a ser el último y definitivo paso.^{1,2,3,4}

Las vegetaciones intraquísticas son entidades raras, sobre todo los carcinomas intraquísticos,^{5,6} pero sean benignas o malignas no se observan en una placa mamográfica estándar.⁷

La neumocistografía pone de manifiesto una proliferación intraluminal (sin por supuesto indicar su naturaleza), una infiltración parietal y compresiones de masas periquísticas.^{2,3,7,8}

La ecografía mamaria no es útil para el *screening* del cáncer de mama en ninguna edad. Fundamental-

mente se usa para diferenciar una lesión sólida o líquida en masas palpables y también visibles mamográficamente.⁹

La demostración ecográfica de que una masa detectada mamográficamente es un simple quiste elimina la necesidad de otra técnica, incluyendo la aspiración, biopsia o seguimiento.

Únicamente se ha de tener la certeza de que corresponde al nódulo mamográficamente detectado.

En los casos de lesiones intraquísticas, con la ecografía podemos ver 2 tipos de imágenes:

- Presencia de un área ecogénica hacia la luz quística, donde los ecos están agrupados y deben distinguirse de una línea más fina y reflexógena, típica del tabicamiento quístico.
- Otra imagen es la superposición de una colección líquida en una zona de alteración sospechosa por sus contornos y sus propiedades acústicas de contraste y atenuación.^{4,7}

CASO CLINICO

Presentamos el caso de una mujer de 40 años, casada y con 2 hijos sanos, que acude a consulta para una revisión ginecológica de rutina. Como antecedentes familiares destacables tiene una prima hermana fallecida por carcinoma de mama y otra prima hermana con carcinoma uterino, viva.

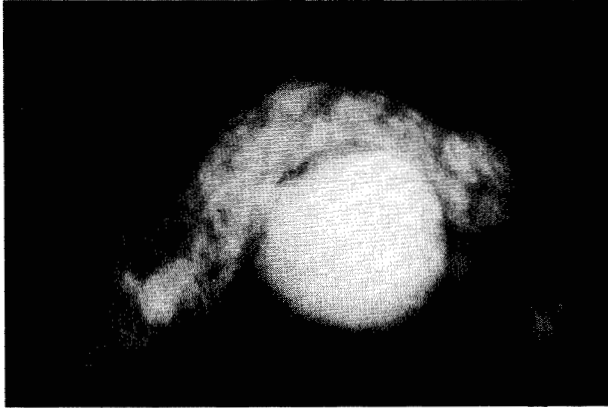


Fig. 1. Mamografía mama izquierda en proyección craneo-caudal.

Como antecedente personal de interés destacamos el hecho de que a los 19 años le fueron extirpadas varias tumoraciones benignas en ambas mamas.

En la exploración clínica mamaria se observa una gran asimetría, de predominio izquierdo y antiguas cicatrices quirúrgicas en ambas, deformándolas, sobre todo la derecha.

A la palpación se detectan mamas bilateralmente multinodulares, dominando en la intersección de cuadrantes superiores de la mama izquierda una tumoración móvil, no adherida y de unos 6 cm de diámetro.

En las mamografías realizadas se objetivan unas mamas densas, visualizando múltiples opacidades de diferentes formas y tamaños, bien definidas y sin signos de malignidad.

De todas domina la situada en la mitad central superior de la mama izquierda, de 6 cm de eje mayor en coincidencia con la clínica (fig. 1), todo ello sugiere un proceso fibroquístico bilateral con nódulos dominantes probablemente quísticos, sin descartar la posibilidad de formaciones fibroadenomas.

En la ecografía se visualiza que el nódulo dominante de la mama izquierda corresponde a una formación quística de 6,2×5,9×3,9 cm, apreciando en la pared interna y posterior, hacia la luz quística, un área de mayor ecogenicidad y de aspecto polipoide, que sugiere la presencia de una lesión sólida intracavitaria; también se observan tabiques en su porción más superior. Se recomienda la biopsia de dicha tumoración (fig. 2).

El resto de los nódulos visibles en las mamografías



Fig. 2. Ultrasonografía de la tumoración dominante situada en mitad superior central de la mama izquierda.

corresponden ecográficamente a formaciones sólidas compatibles con fibroadenomas.

Ante los hallazgos ecográficos, y previamente a la cirugía, decidimos realizar una neumocistografía, donde pudo verse una cavidad quística evacuada con zonas internas densas e irregulares que sugieren la presencia de tabiques y lesiones papilares intraquísticas, tal como ya ponía de manifiesto el estudio ecográfico (fig. 3).



Fig. 3. Neumocistografía de la tumoración objeto del estudio.

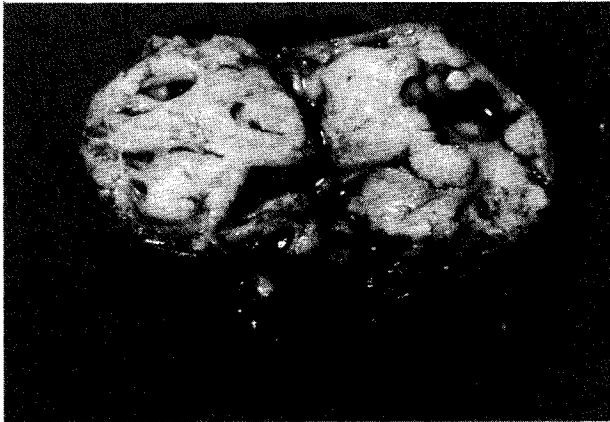


Fig. 4. Aspecto macroscópico del nódulo en un corte medial.

El estudio citológico del líquido evacuado no muestra células neoplásicas.

El tratamiento quirúrgico se realiza mediante una incisión a nivel del cuadrante superoexterno de la mama izquierda y exéresis de la tumoración dominante. Macroscópicamente su aspecto es redondeado, de contenido líquido, tabicado y con 2 pequeños nódulos (fig. 4). El estudio anatomopatológico peroperatorio informa de fibroadenoma con degeneración quística.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo es de fibroadenoma intraductal de la mama.

DISCUSION

La primera descripción de tumoraciones papilares en la literatura del siglo XX fue de 1927.

Siendo, como ya hemos dicho, entidades raras, el caso que aportamos es aún menos frecuente en base a la anatomía patológica y a la ausencia de referencias en la literatura consultada.

Aparte de tratarse de una patología poco frecuente, cabe plantearse si la neumocistografía era realmente necesaria ante los hallazgos tan concluyentes que nos estaba aportando la ecografía. Esta sería la reflexión que nos aporta el caso.

Queda patente, una vez más, la importancia de la ecografía en el diagnóstico por la imagen como método complementario de la mamografía, desplazando técnicas como la neumocistografía para el diagnóstico de lesiones intracavitarias.

RESUMEN

Aportamos un caso de fibroadenoma intraquístico.

En el presente estudio se analizan los diferentes métodos utilizados hasta el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS

1. Arnedo Soriano E, De Lorenzo Alonso E. Neumoquistografía: Valor diagnóstico y terapéutico en el quiste de mama. *Rev Senología y Patol Mam* 1988; 1 (4): 173-177.
2. Fernández Cid A. Macroquistes mamarios. Salvat Editores, S. A., 1988.
3. Dyreborg U, Blichert-Toft M, Boegh L, Kiaer H. Needle puncture followed by pneumocystography of palpable breast cysts. *Acta Radiológica Diagnosis* 1985; 26 (3).
4. Rubio J, Genovés JL. Aportación de la ecografía al diagnóstico de las afecciones mamarias. *Rev Senología y Patol Mam* 1988; 1 (3): 97-106.
5. Estabrook AMD et al. Mammographic features of intracystic papillary lesions. *Surgery, Gynecology Obstetrics* 1990; 170.
6. Sabaté Díaz J, Lazo Ramos A et al. Características radiológicas del carcinoma intraquístico. *Rev Senología y Patol Mam* 1991; 4 (3): 141-144.
7. Michelín J. Atlas de ecografía mamaria y mamografía. Masson, S. A., 1986.
8. Fernández Cid A et al. Patología mamaria. Salvat Editores, S. A., 1988.
9. Bassett W, Lawrence, Kimme-Smith C. Breast sonography. *AJR* 1991; 156: 445-449.