

HIPERPLASIA PSEUDOANGIOMATOSA DE LA MAMA**Dres. H. D. Vuoto, I. L. Mc Lean**

Leído el 26 de junio de 2003

Rev Arg Mastol 2003; 22(76):205-208**PRESENTACIÓN DE UN CASO**

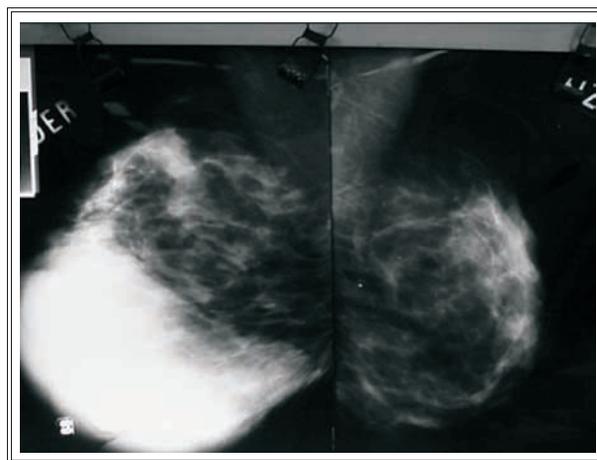
Se presenta la paciente E.P. de 25 años de edad, sin enfermedad mamaria previa. Consulta porque al finalizar la lactancia de su primer parto percibe en su mama derecha una formación nodular.

El examen físico permite observar la mama derecha más péndula con deformación pronunciada de su cuadrante inferior externo. La palpación revela en mama derecha, cuadrante inferior externo, la presencia de un nódulo de 12 x 8 cm, móvil, con consistencia elástica, la piel se desliza sobre el tumor que forma cuerpo con la glándula. No se palpan adenomegalias axilares (Figura 1).

La mamografía muestra en mama derecha una densidad nodular, de bordes en su mayor parte netos, que ocupa la casi totalidad de los cuadrantes inferiores (Figura 2). La ecografía revela una formación hipoecoica sin refuerzo ni atenuación posterior, con bordes netos.

Se solicita punción histológica que es informada como hiperplasia pseudoangiomatosa de la mama.

Con este diagnóstico se planea la resección

**Figura 1****Figura 2**

oncoplástica de la lesión, con una mastoplastia de reducción bilateral con colgajo doble vertical, con técnica de Mc Kissoc y ubicación del complejo telo-areolar a 20 cm del hueco supraclavicular.

La anatomía patológica fue informada como tumor de 14×8×6 cm que pesa 240 gramos y la microscopia: cuadro compatible con hiperplasia pseudoangiomatosa, esclerosis hialina de la estroma y ectasia ductal (Figura 3).

La paciente fue dada de alta en las primeras 24 horas del posoperatorio, con evolución favorable y resultado cosmético satisfactorio (Figura 4).

La hiperplasia pseudoangiomatosa de la mama es una patología benigna, lo primordial para el patólogo es no confundirla con un angiosarcoma; el término pseudoangiomatosa fue propuesto para enfatizar el patrón histológico, pero carece de proliferación vascular.

Tiene una edad media de presentación de 38 años con rango de 21 a 52, generalmente las pacientes son premenopáusicas. La clínica muestra la palpación de masas únicas, dolorosas, con la consistencia de la goma. No se aconseja el uso de la punción con aguja fina, por la dificultad de tomar muestras satisfactorias en este tipo de lesiones.

La macroscopia presenta tumores con una delgada superficie externa que simula una cápsula, generalmente son grandes pudiendo llegar a medir hasta 15 cm. La superficie al corte es homogénea, fibrosa, de color blanco o gris.

Los hallazgos más significativos de la microscopia son la presencia de hendiduras y espacios vacíos, anastomosados en un estroma colágeno denso; estos espacios presentan células ahusadas en sus márgenes que semejan células endoteliales (Figura 5).



Figura 3



Figura 4

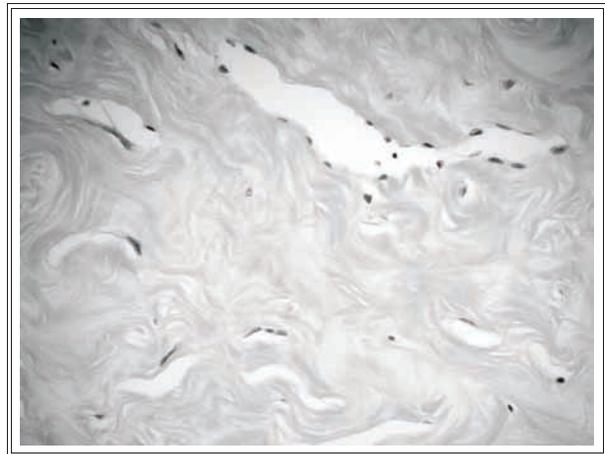


Figura 5

El tratamiento de elección es la exéresis amplia, la resección incompleta de las lesiones favorece la recidiva. La mastectomía sólo está indi-

cada cuando el tamaño de la lesión impide una adecuada resección local.

La evolución es generalmente favorable y no hay en la literatura información relacionada con la efectividad de la radioterapia o el uso de antiestrógenos en las pacientes que recaen.

DEBATE

Dr. Rabinovich: Hace unos años me ha tocado tratar a una paciente de 43 años que tenía antecedentes de haber sido operada en dos oportunidades por fibroadenoma y también había sido operada de fibroma y tenía antecedentes de una tiroiditis de Hashimoto tratada con tiroides. Esa paciente concurre a la consulta por nódulos (4 nódulos en cada mama) de 6 x 6 cm, de características de nódulos delimitados, mamas muy duras y una gigantomastia que fue evolutiva. Ella notaba que día a día esa mama aumentaba de tamaño. Se le hizo la mamografía y exactamente igual, mamas muy densas donde no se podían delimitar nódulos. En la ecografía parecía, pero tampoco podían delimitar los nódulos. Se decidió la conducta operatoria, esto era bilateral (el caso era bilateral), con el diagnóstico de fibroadenomas, que fueron creciendo y ocuparon ambas mamas. Se le propuso una plástica reductora, pero al operarla y tratar de reseca uno de esos nódulos, esos nódulos no tenían límite. La biopsia por congelación dio hiperplasia de la estroma pseudoangiomatosa. Se decidió en ese acto quirúrgico reseca, hacer una adenomastectomía bilateral y posteriormente se le incluyó un plan de Silastic y la paciente evolucionó favorablemente. Había sido tratada previamente con tamoxifeno. Durante 3 meses había tomado tamoxifeno y los resultados habían sido negativos.

Dra. Maciel: Me parece interesante hacer un aporte desde el punto de vista del patólogo, y es que en nuestra experiencia lo infrecuente es la

presentación como nódulo, pero es relativamente frecuente el hallazgo en biopsias por otro motivo. Es decir, en biopsias ya sea por patología benigna o maligna (hay un determinado porcentaje, que no es tan pequeño) es relativamente frecuente encontrar focos de hiperplasia de tipo pseudoangiomatosa en el estroma glandular mamario. En nuestra experiencia lo infrecuente es encontrarlo como nódulo, como el caso que acaba de presentar el Dr. Vuoto. Otro aporte desde el punto de vista anatomopatológico interesante es, que como bien dijo el Dr. Vuoto, no es una proliferación vascular sino que actualmente se considera que esas células que tapizan esos canales o espacios claros que se ven son miofibroblastos y que el perfil inmunohistoquímico y ultraestructural demuestra que esas células son miofibroblastos. Por eso también se considera que es un pariente del miofibroblastoma.

Dr. Ítala: ¿Qué edad tenía la paciente?

Dr. Vuoto: Esta paciente tenía 25 años.

Dr. Ítala: Esto funcionaría en forma parecida quizás, a las hipertrofias juveniles que son tratadas con tamoxifeno, a raíz de lo que usted dijo del tratamiento con tamoxifeno, aunque tienen una etiología histológica distinta.

Dr. Vuoto: Yo lo que dije, fue que no hay en la bibliografía datos sobre el tratamiento con tamoxifeno de este tipo de patología.

Dr. Ítala: Porque hay trabajos que lo nombran, pero no es la misma entidad, ¿no es cierto Dra. Maciel?, es una entidad totalmente distinta. Esas son las hipertrofias juveniles en chicas más jóvenes por supuesto, en mujeres mucho más jóvenes. Hay muy pocos trabajos donde refieren a la reducción del tamaño. Yo digo si éste podría ser un procedimiento similar, no digo que sea lo mismo, con tamoxifeno. Hay algunos trabajos en donde han presentado especialmente pacientes adolescentes.

Dra. Maciel: En la hiperplasia virginal o la entidad a la que se refiere el Dr. Ítala, también hay un predominio del estroma glandular, pero fibroso; pero no tiene ese patrón de canales revestidos por estas células tan particulares. En realidad, también se ha relacionado a esta entidad con la respuesta del estroma glandular a la progesterona. Se la ha relacionado muy íntimamente a la hiperplasia pseudoangiomatosa. Tanto es así, que en general las hiperplasias pseudoan-

giomatosas tienen un perfil inmunohistoquímico muy característico. Estas células son positivas para la vimentina, a veces para la actina muscular lisa o desmina, que son marcadores de diferenciación muscular, siempre para el CD34 (eso es característico de la hiperplasia pseudoangiomatosa) y además son positivas para los receptores de progesterona y no siempre de estrógeno. Parece ser una respuesta exagerada al estímulo de la progesterona del estroma glandular.