

Fibromatosis mamaria esporádica y postquirúrgica: el tumor de la prótesis

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Maria Ainhoa Diaz De Otalora Serna**, Maider Bringas Veiga, Diana Gorostiza Laborda, Begoña Iturre Salinas, M^a Pilar Utrilla Mainz, Olivia Rodriguez San Vicente

Objetivos Docentes

Objetivos Docentes

La Fibromatosis mamaria o tumor desmoide de la mama es una rara lesión que representa un dilema diagnóstico, frecuentemente indistinguible de un carcinoma mamario.

Presentamos una serie de 5 nuevos casos, tanto esporádicos como relacionados con cirugía previa.

Revisión del tema

El tumor desmoide extra-abdominal fue descrito por Nichols en 1923, desde entonces se han documentado menos de 50 casos de fibromatosis mamaria en la literatura. La fibromatosis es una lesión benigna que resulta excepcional en la mama, representando únicamente el 0.2% de los tumores mamarios.

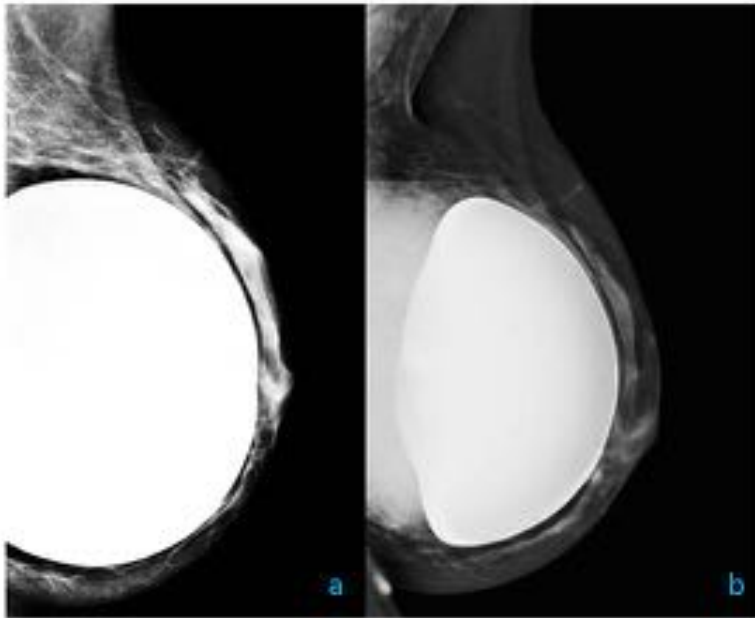
Se caracteriza por agresividad local con crecimiento infiltrativo y alta tasa de recurrencia, no obstante sin potencial metastásico. Se han descrito factores genéticos, influencia hormonal y traumatismo o cirugía previa como factores asociados con la fibromatosis mamaria.

La presentación clínica más frecuente es la de una masa palpable, de consistencia firme y no adherida.

Mamográficamente puede simular un cáncer de mama. Ecográficamente los hallazgos no son específicos, presentándose como masa de contornos definidos o no circunscritos, en ocasiones con profusa señal Doppler de flujo. Histológicamente, presenta características intermedias entre las lesiones fibrosas benignas y el fibrosarcoma y requiere un cierto grado de sospecha por parte del patólogo.

Cuando se presenta en asociación con prótesis mamaria es característico que muestre íntima relación con la cápsula fibrosa periprotésica y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los tumores relacionados con las prótesis mamarias

Imágenes en esta sección:

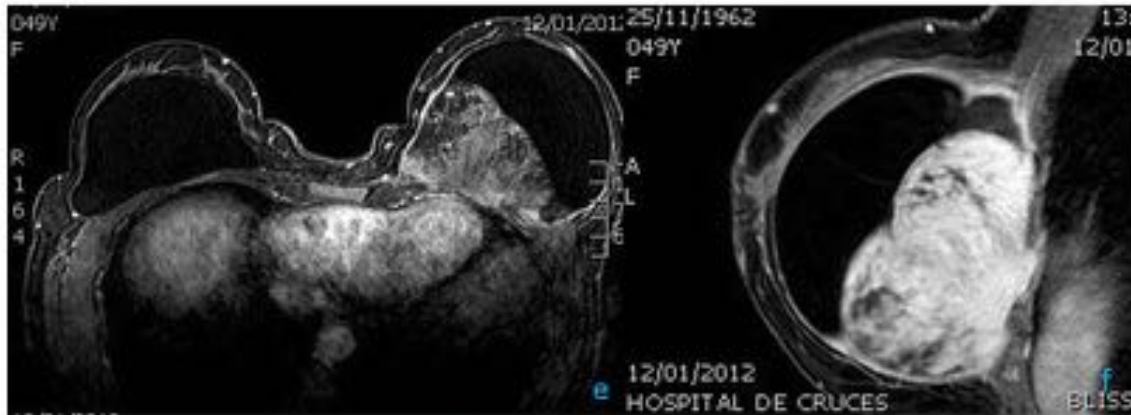


Caso 1. Mujer 40 años, mamoplastia de aumento hace 4 años. Consulta por aumento progresivo de tamaño mamario izdo. Mamografía realizada 10 meses antes (fig a). La mamografía (fig. b) muestra masa de alta densidad retroprotésica que rechaza el implante.



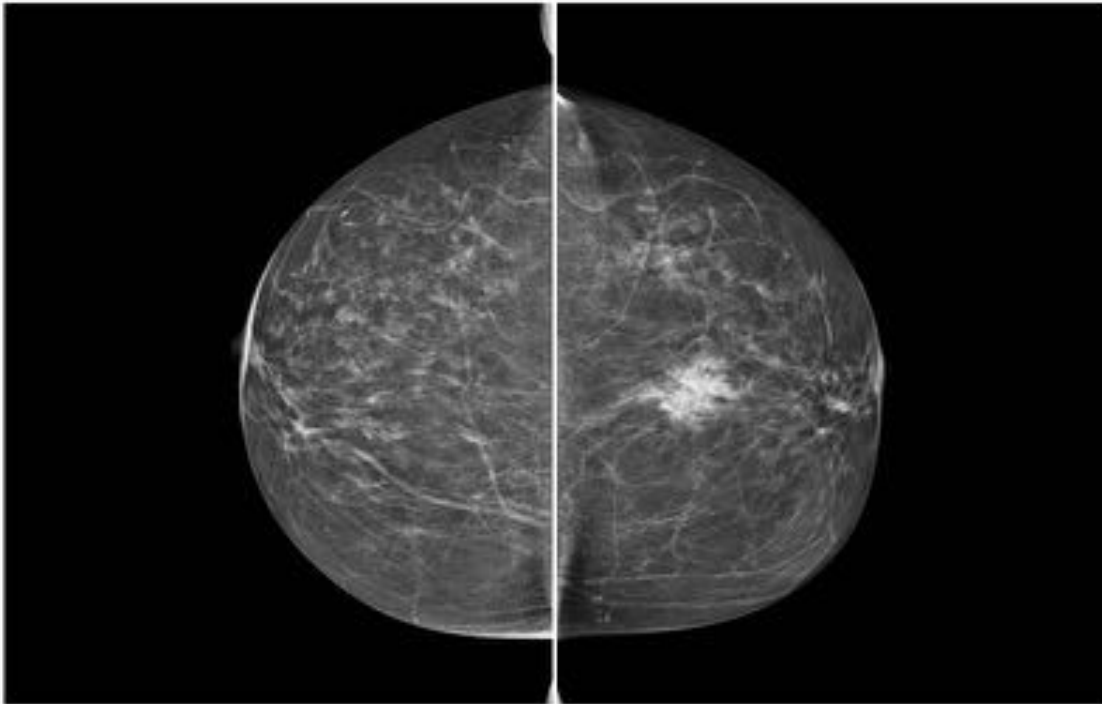
**Ecografía (Fig. c y d): masa heterogénea en contacto con cápsula periprotésica (flecha)
BAG: «tumoraçion de apariencia mixoide-fibroadenoma»**

Fig. 1: CAso 1



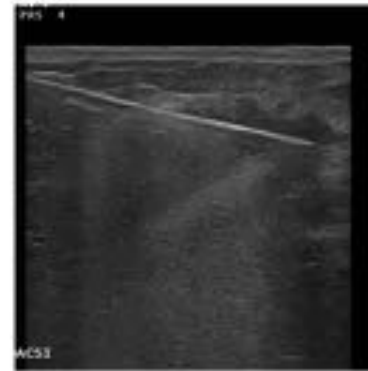
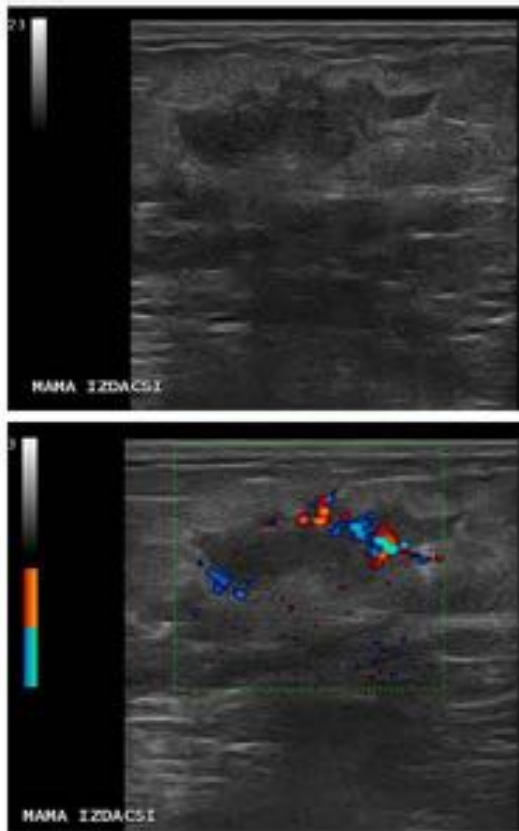
La RM con gadolinio iv (figs. e y f) confirman naturaleza sólida y ubicación de la lesión: íntima relación con la capsula periprotésica y con pectoral. Se realizó extirpación de la lesión (fig. g) conservándose la prótesis : AP definitiva: Fibroadenomatosis

Fig. 2: Caso 1



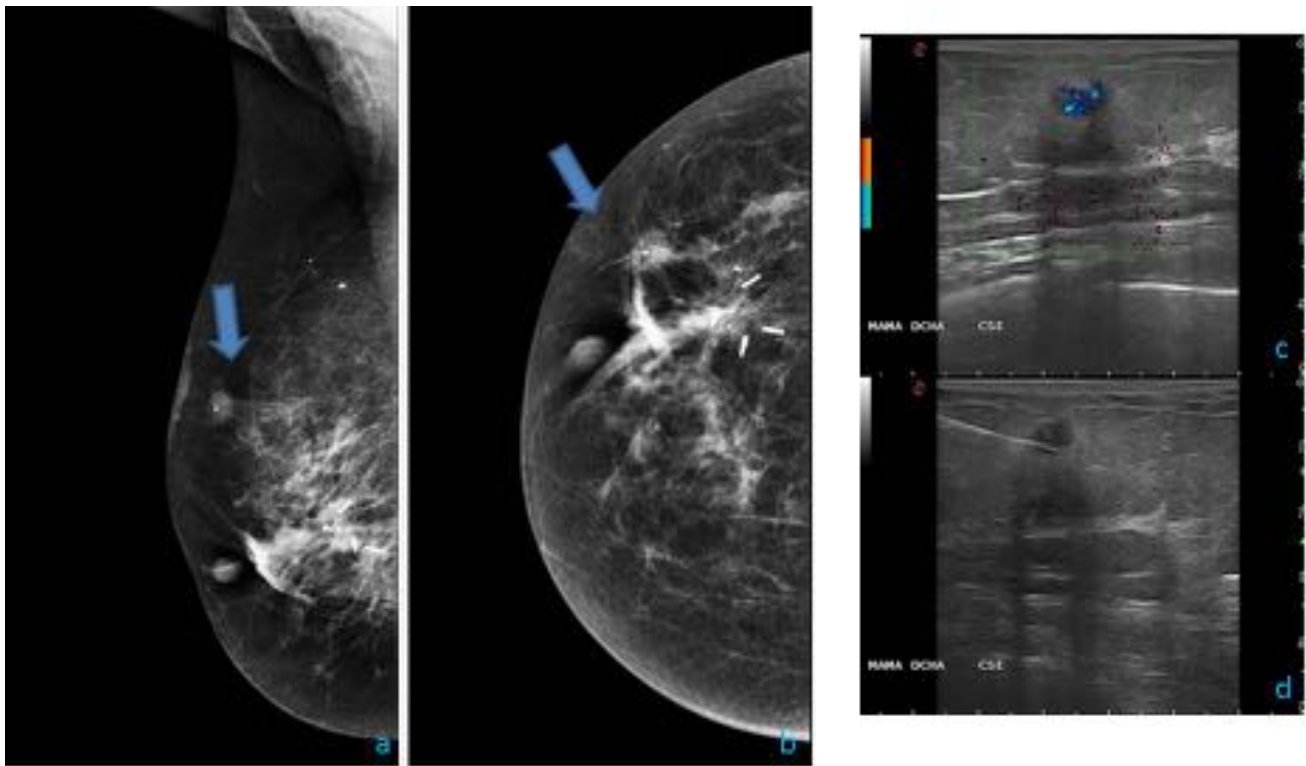
Mujer 49 años. Antecedente de extirpación quirúrgica fibroadenoma mama izda hace 8 años. Consulta por nódulo Mama Izda. de 1 mes de evolución.

Fig. 3: antecedente fibroadenoma extirpado



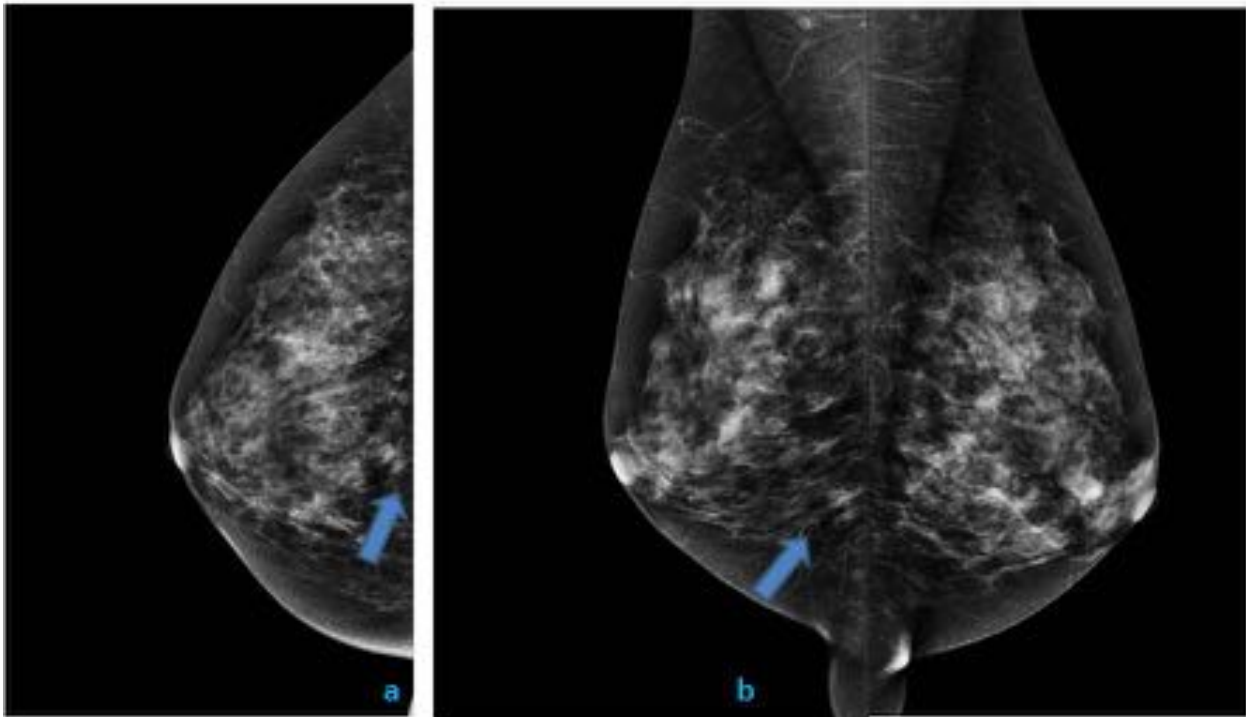
Ecografía: masa de morfología irregular, márgenes no circunscritos, hipocogénica con halo hiperecogénico y que como característica asociada muestra profusa señal Doppler de flujo intralésional .
 Se realiza BAG con aguja 14 G: población fusocelular de características benignas: FIBROMATOSIS

Fig. 4: antecedente fibroadenoma extirpado



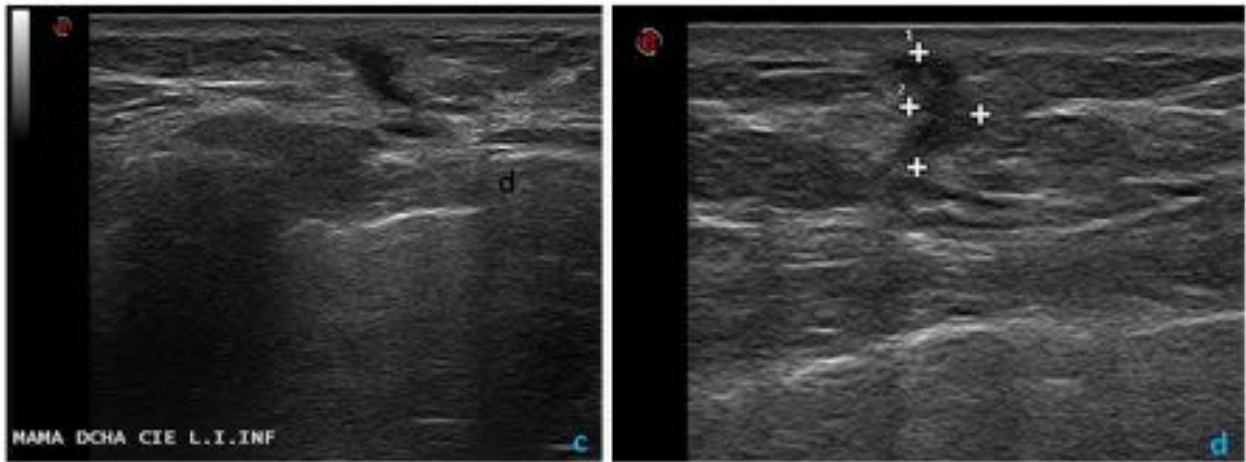
CASO 2. Paciente de 64 años con antecedente de cirugía conservadora mama derecha por CDI hace 3 años, márgenes libres en pieza quirúrgica. Asintomática. Presenta en mamografía de control nódulo de nueva aparición en CSE
 MAMOGRAFIA (a y b): Nódulo de morfología y contornos irregulares subyacente a cubyacente al aspecto superoexterno de la cicatriz
 ECO: Nódulo hipocogénico de morfología irregular, márgenes no circunscritos. BIRADS 4c.
BAG: Fibromatosis

Fig. 5: caso 2



**Caso 3. Mujer 42 años. Nódulo palpable UCInferiores mama dcha.
Mamografía (Fig. a y b): Asimetría focal UCInferiores MD.
Ecografía: Nódulo hipoecogénico de morfología y contornos
irregulares. BIRADS 4c.
AP: Fibromatosis mamaria (1.2 cm)**

Fig. 6: caso 3



**Caso 3. Mujer 42 años. Nódulo palpable UCInferiores mama dcha.
Mamografía (a y b): Nódulo UCInferiores
Ecografía (fig. c y d): Nódulo hypoecogénico de morfología y
contornos irregulares. BIRADS 4c.
AP: Fibromatosis mamaria (1.2 cm)**

Fig. 7: Caso 3

Conclusiones

Debido a su baja incidencia y a su relación con las prótesis mamarias, consideramos de especial interés para el radiólogo conocer la presentación de este tumor benigno.

Bibliografía / Referencias

- §Dvora C, Carpenter PM. Breast imaging case of the day. Radiographics. 1999; 19:1086-8.
§Celliers L, Wong DD, Bourke A. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: a study of the mammographic and sonographic features. Clin Radiol. 2010; 65:145-9.
§R.eckeKN, Gisvold JJ. Invasive lobular carcinoma of the breast: mammographic findings and extent of disease at diagnosis in 184 patients. AJR Am J Roentgenol1993; 161(5): 957–960.

§Le Gal M, Ollivier L, Asselain B, et al. Mammographic features of 455 invasive lobular carcinomas. *Radiology* 1992; 185(3): 705–708.

§Li CI, Daling JR. Changes in breast cancer incidence rates in the United States by histologic subtype and race/ethnicity, 1995 to 2004.

§Berg WA, Gutierrez L, Ness-Aiver MS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology* 2004; 233(3): 830–849.

§Mann RM. 2008. *Br Cancer Res & Treatment*

§Unusual Breast Cancers: Useful Clues to Expanding the Differential Diagnosis *Radiology* March 1, 2007 242:3 683-694

§Do screen-detected lobular and ductal carcinoma present with different mammographic features? *Br. J. Radiol.* January 1, 2009 82:973 20-27