



Cuando la anatomía patológica nos da sorpresas: Revisión de casos de linfoma primario de mama

Carmen María Martínez Porras¹, Lucía Zambrana
Aguilar , Cristina García Ruiz.

Complejo Hospitalario Universitario Torrecárdenas.
Almería

OBJETIVO

- Describir las formas de presentación y los hallazgos radiológicos en técnicas de imagen de los linfomas primarios de mama.

REVISION DEL TEMA

El linfoma primario de mama presenta una prevalencia muy baja, aproximadamente del 0,5%. Y también es más frecuente que la afectación secundaria que es también muy poco frecuente.

Para establecer el diagnóstico de linfoma primario mamario, se debe excluir la presencia de enfermedad en otras localizaciones, a excepción de la presencia de adenopatías axilares ipsilaterales.

Suelen ser linfomas no-Hodgkin, entre ellos, el más frecuente es el linfomas difuso de células grandes B, aunque también se han descrito otras histologías, como el linfoma tipo MALT, linfoma folicular y el linfoma Burkitt.

Suele aparecer en mujeres postmenopáusicas, con una edad media de presentación de 55 años

Desde el punto de vista clínico, se suele manifestar como masa o nódulo palpable unilateral no dolorosa y de crecimiento rápido que puede o no asociar cambios en la piel (retracción, eritema o piel de naranja).

Puede ser bilateral hasta en el 5-10% de los casos.

La afectación axilar ipsilateral se observa en más del 40% de los pacientes con linfoma.

Desde el punto de vista radiológico, el linfoma puede presentar diversos patrones mamográficos:

- El patrón más frecuente, es como una lesión nodular única o múltiples lesiones nodulares de contornos bien definidos o mal definidos, sin calcificaciones, y con morfología redondeada, lobulada u ovoidea.
- Y el menos frecuente, es el patrón linfático puro, con un aumento difuso del parénquima glandular y engrosamiento cutáneo asociado.

Ecográficamente se suele manifestar como una masa sólida hipoecogénica, homogénea o heterogénea, con márgenes bien definidos o irregulares, siendo esta la forma más frecuente de presentación. Y también puede ser hiperecogénica.

La sombra acústica posterior es una característica frecuente, así como, el refuerzo acústico posterior o el halo ecogénico periférico de las lesiones.

En cuanto a la resonancia magnética:

- En secuencias T1 se visualiza como una masa bien definida hipo o isointensa e hiperintensa en secuencias T2.
- Y en secuencias T1 tras la administración de contraste suele presentar curvas de captación sospechosas, tipo 2 y tipo 3.

Nosotros hemos realizado una revisión retrospectiva de los casos diagnosticados en nuestro centro en los últimos 4 años (2015-2018), analizando la forma de presentación clínica y los hallazgos por imagen en cada uno de ellos.

En este período se diagnosticaron 4 casos de linfoma primario confirmados histológicamente: 2 linfomas foliculares, 1 linfoma difuso de células B grandes, y 1 linfoma tipo MALT, en pacientes de 50 a 85 años.

En los 4 casos se realizó biopsia con aguja gruesa eco-dirigida, siendo ésta diagnóstica y en uno de ellos fue precisa la extirpación quirúrgica para diagnóstico histológico.

Se completó el estudio con un TAC toraco-abdominal de extensión y estudio de la médula ósea, ambos estudios tuvieron resultados negativos en todos los casos.

Dos de los casos, fueron detectados como lesiones palpables, uno de ellos asociaba afectación cutánea. Y los otros dos fueron detectados por pruebas de imagen, uno desde el programa de Screening y otro en el estudio de una lesión mamaria sospechosa de malignidad de forma sincrónica.

El primer caso, es una paciente de 85 años que consulta por masa palpable con eritema e inflamación mamaria unilateral de 3 meses de evolución que tras antibiótico no mejora.

Se le realiza mamografía bilateral y ecografía mamaria y ante los hallazgos se completa estudio con biopsia con aguja gruesa eco-guiada.

El resultado del estudio histológico fue de linfoma difuso de células B grandes



Imagen 1.

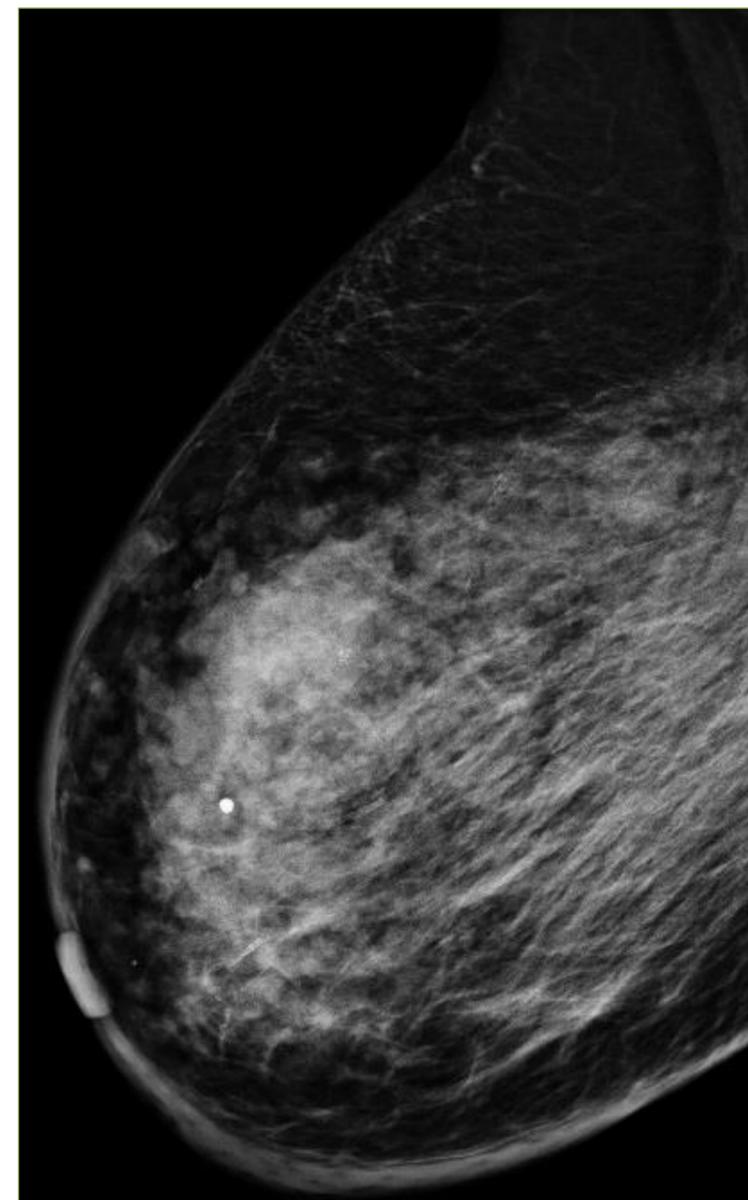


Imagen 2.

Imágenes 1 y 2. Mamografía CC y OML: Aumento difuso de la densidad mamaria de aspecto micronodular que asocia marcado engrosamiento cutáneo y trabeculación del tejido celular subcutáneo.

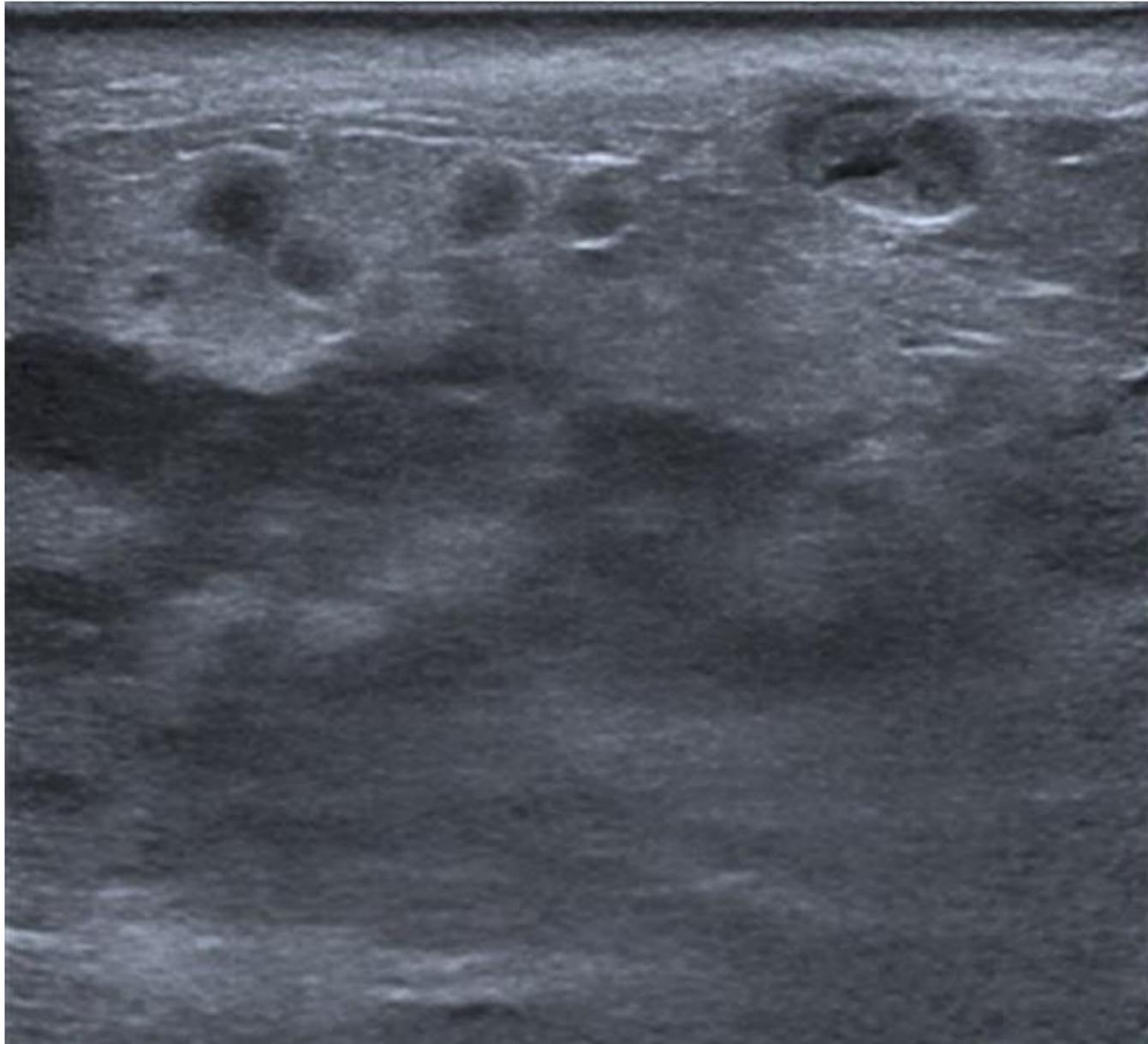


Imagen 3

Imagen 3. Ecografía mamaria: *Área hipoecoica difusa con múltiples nódulos hipoecoicos en el tejido celular subcutáneo en cuadrantes superiores de la mama.*

El segundo caso, es una paciente de 50 años con nódulo palpable en mama izquierda.

Se le realiza mamografía y ecografía mamaria

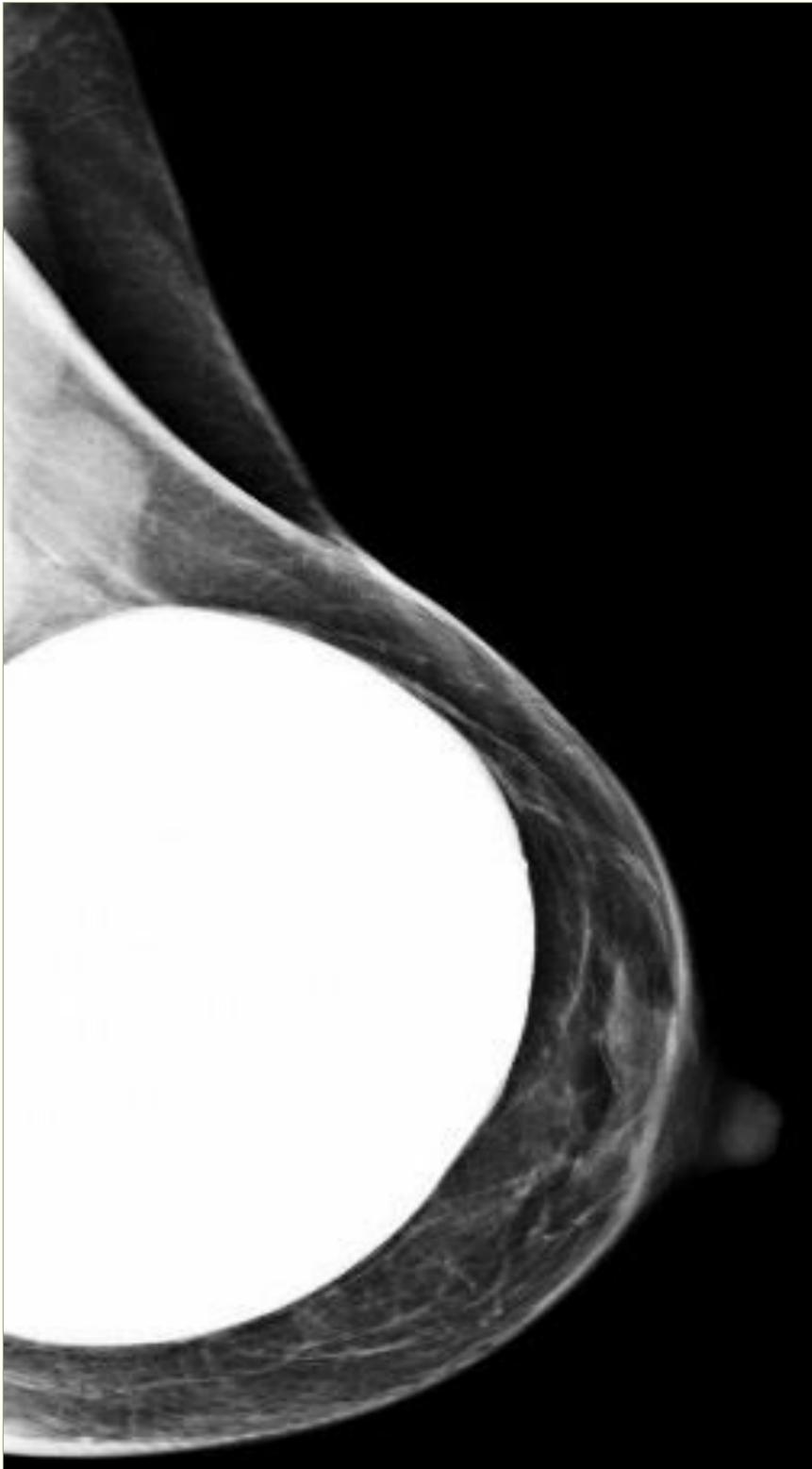


Imagen 4.



Imagen 5.

Imágenes 4 y 5. Mamografía CC y OML: Mama de densidad media con prótesis mamaria sin signos de rotura. Imagen nodular de contornos bien definidos en CSE.

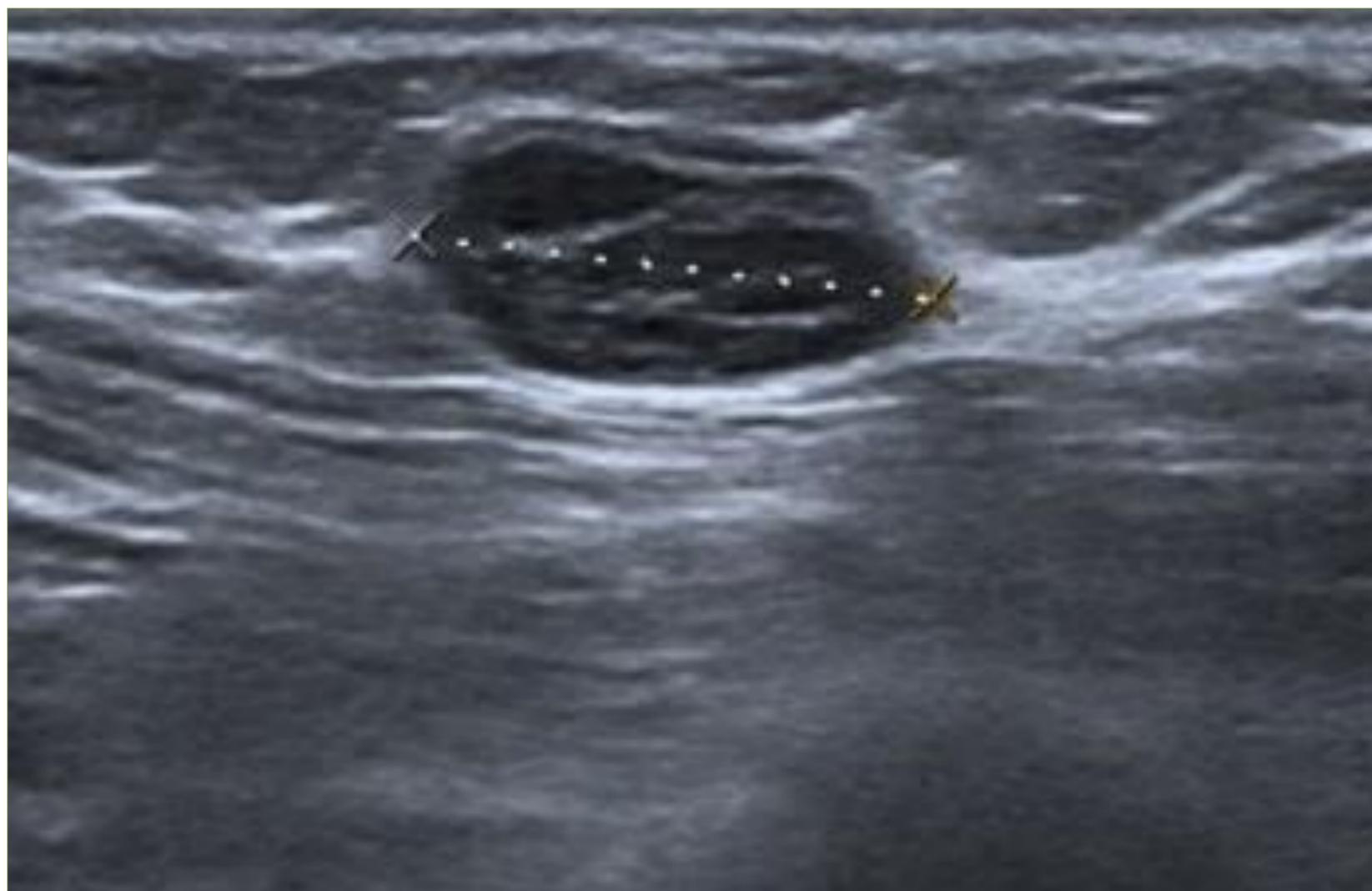


Imagen 6.

Imagen 6. Ecografía mamaria: *lesión sólida-quística de unos 16mm con septos de contornos bien definidos con refuerzo acústico posterior.*

Se realizó estudio histológico con resultado de linfoma folicular.

El tercer caso, es una paciente de 50 años derivada del programa de detección precoz de cáncer de mama por una densidad focal asimétrica de nueva aparición en mamografía.

Imagen 7.

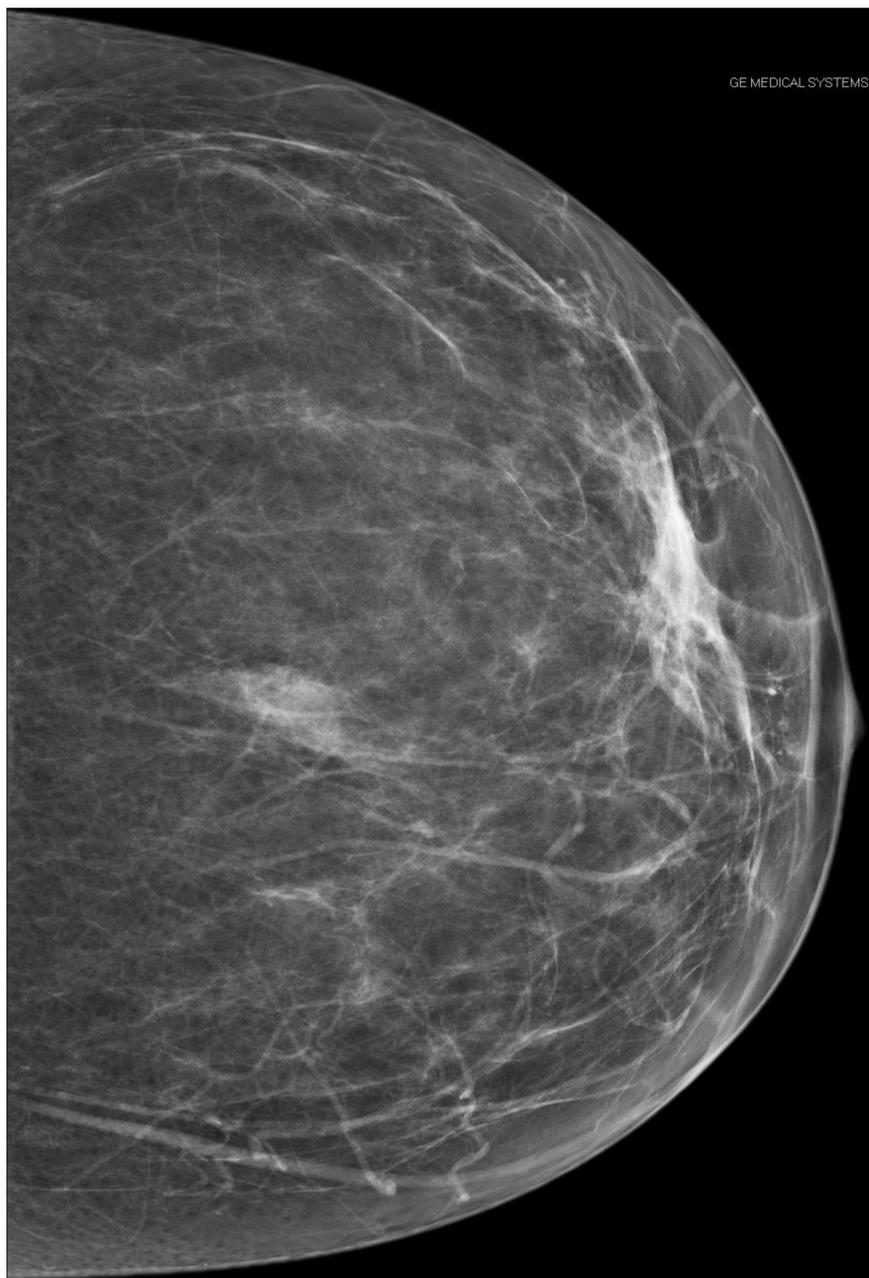


Imagen 8

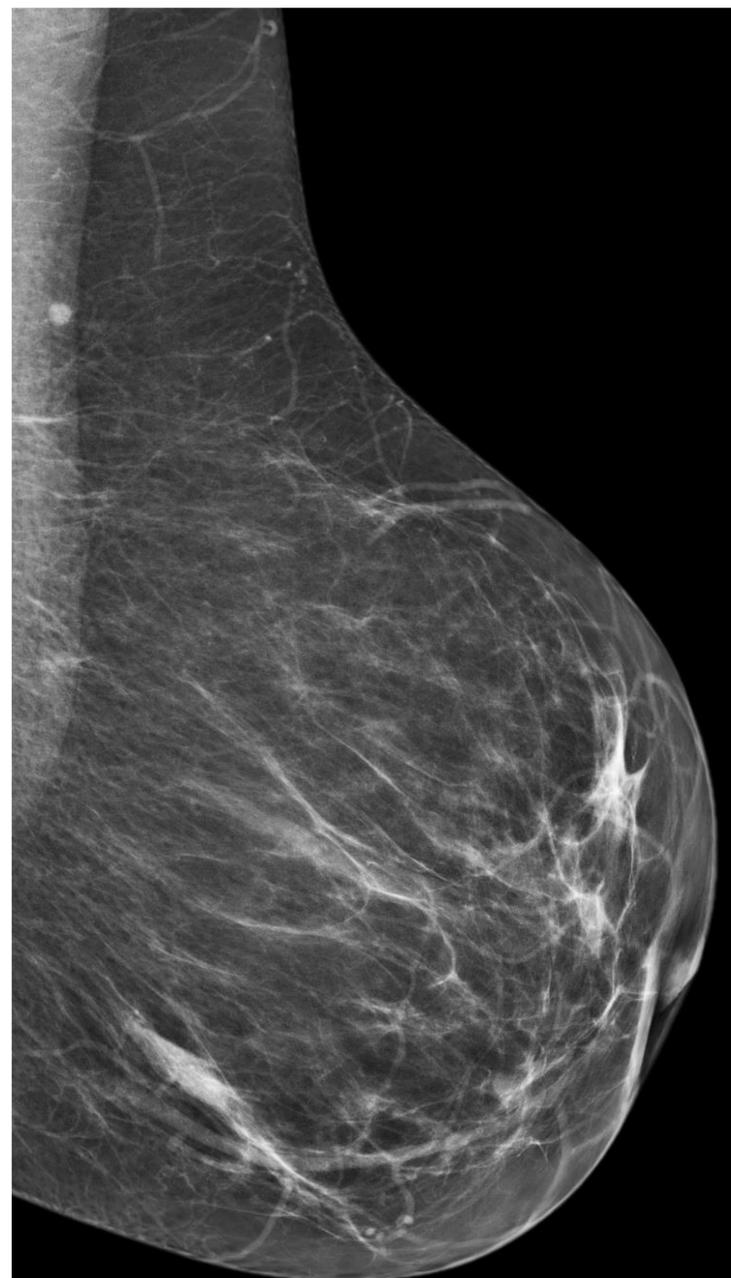


Imagen 7 y 8. Mamografía CC y OML: imagen de densidad focal asimétrica de localización central.

Imagen 9.

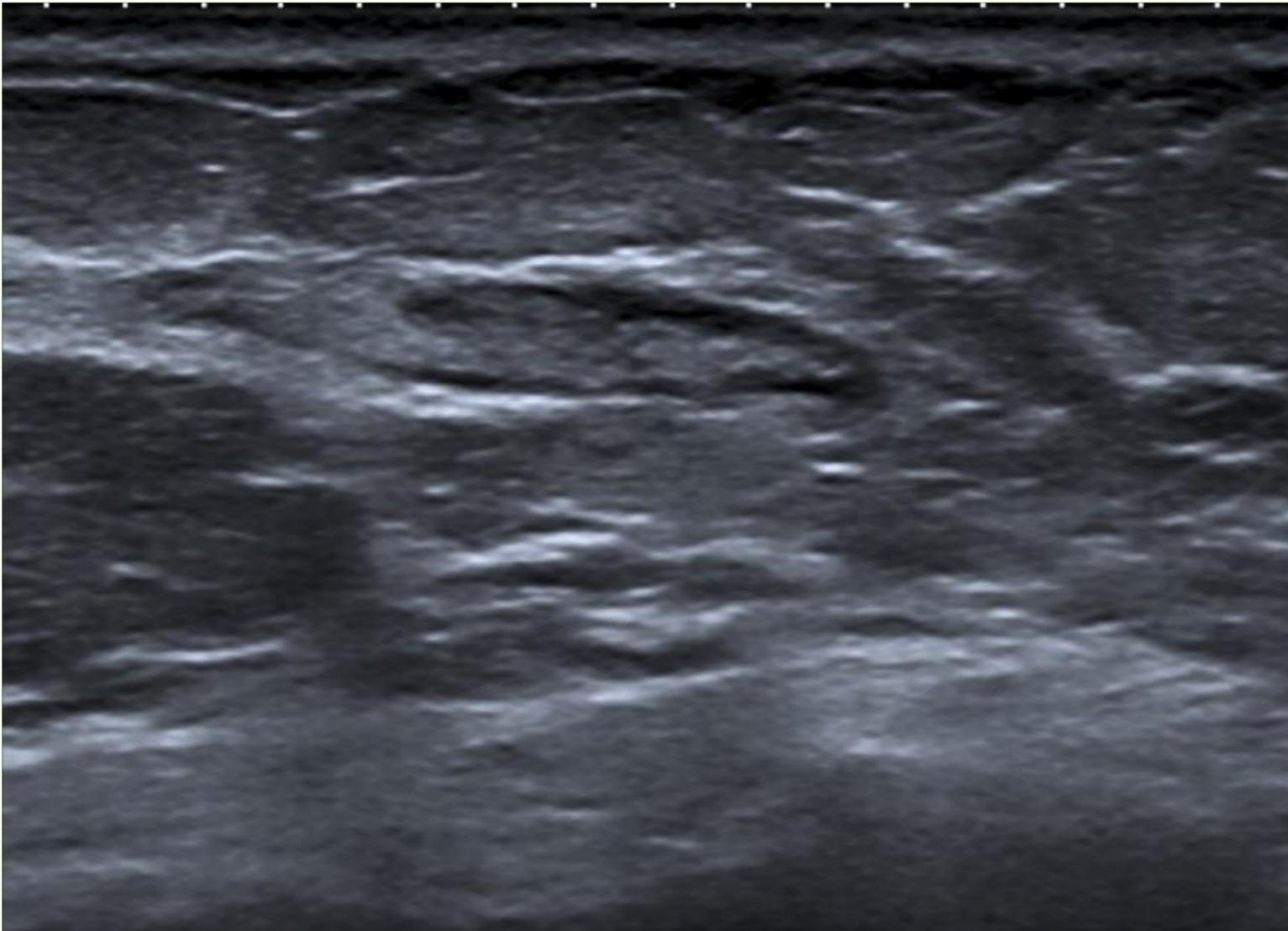


Imagen 9. Ecografía mamaria: *la densidad focal asimétrica se corresponde con un área hipoecoica tubular de unos 15mm que parece corresponderse con un conducto dilatado.*

Se realizó biopsia guiada con ecografía de la lesión BIRADs 3 con resultado histológico de Linfoma MALT

El cuarto caso, se trata de una paciente de 53 años con diagnóstico simultáneo de cáncer de mama y linfoma primario mamario bilateral.

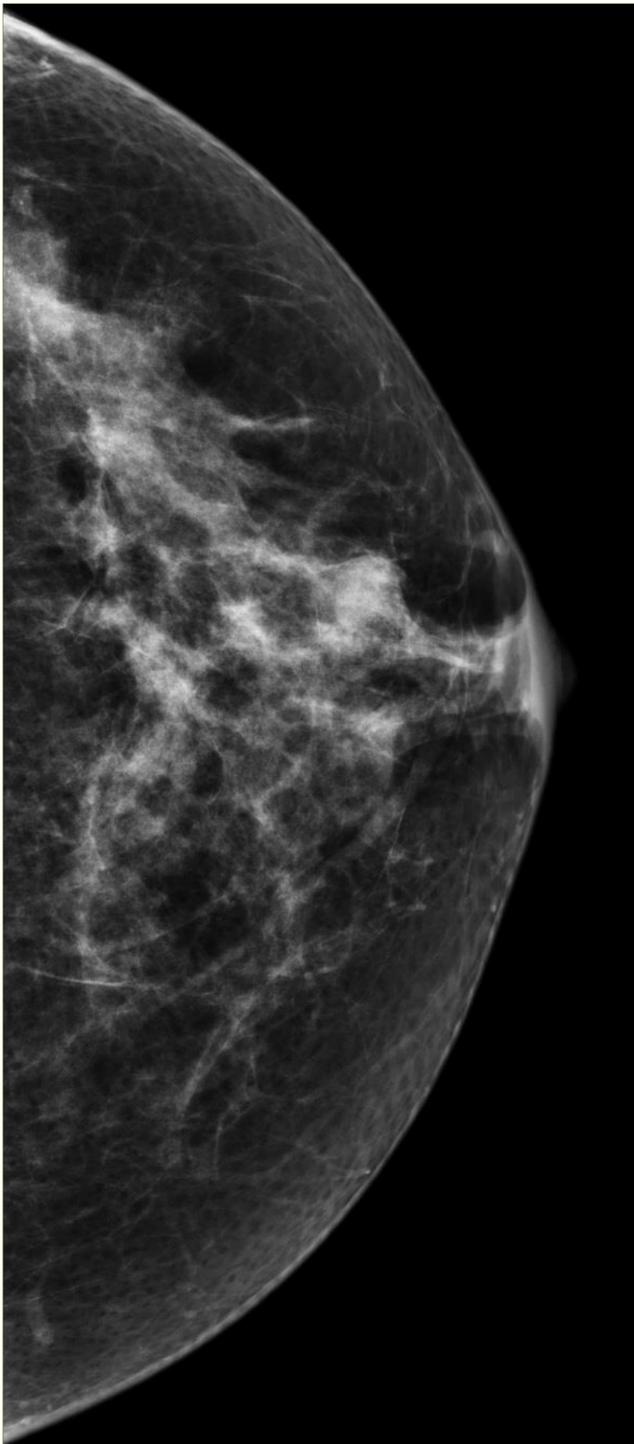


Imagen 10.

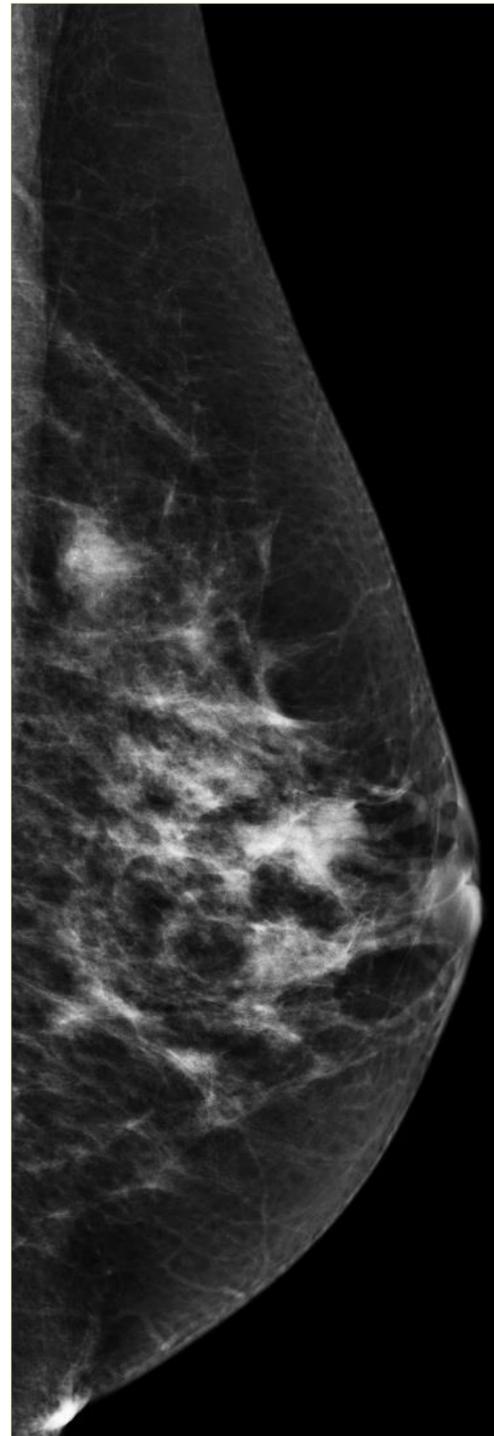


Imagen 11.

Imágenes 10 y 11. Mamografía CC y OML: Se observan dos densidades nodulares de contornos no bien definidos, uno retroareolar y otro en CSE.

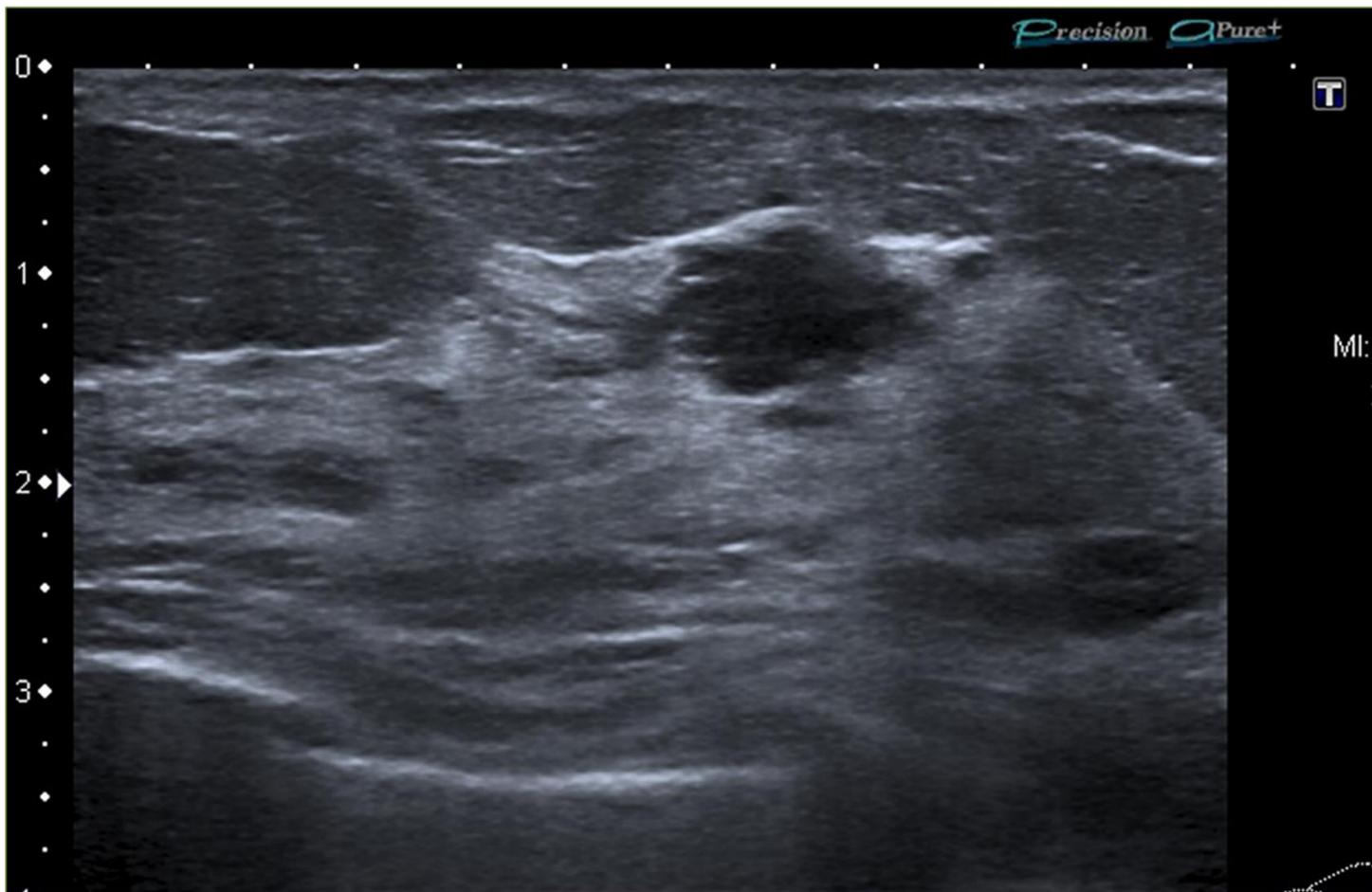


Imagen 12.

Figura 12. Ecografía mamaria: la lesión nodular de CSE, se corresponde con un nódulo hipoecogénico de contornos irregulares, mal definidos y microcalcificaciones.

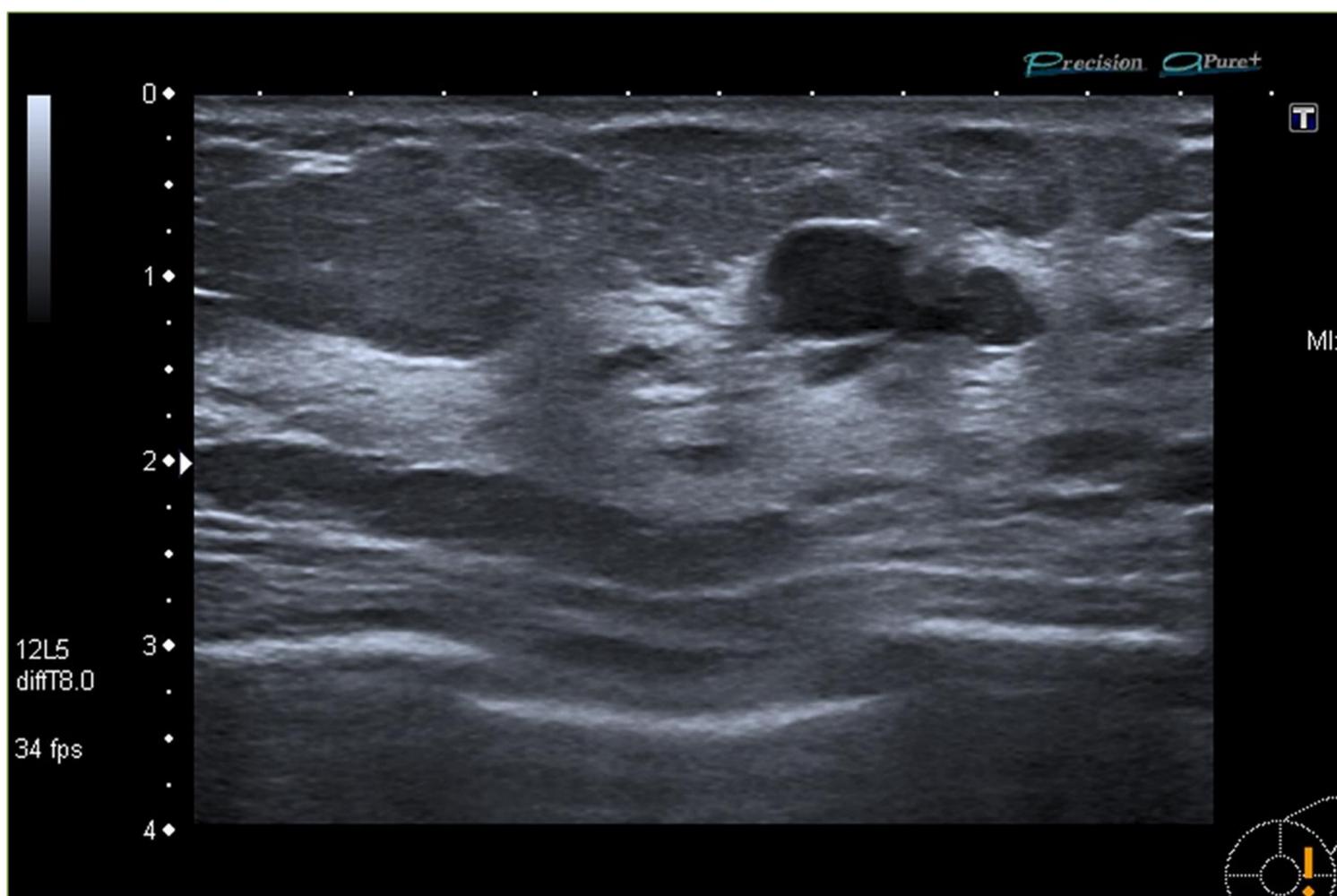


Imagen 13.

Figura 13. Ecografía mamaria: El nódulo retroareolar se corresponde con un nódulo sólido lobulado de contornos relativamente bien definidos y refuerzo posterior.

Se completó el estudio con de RM mamaria previo a la biopsia.

Imagen 14.

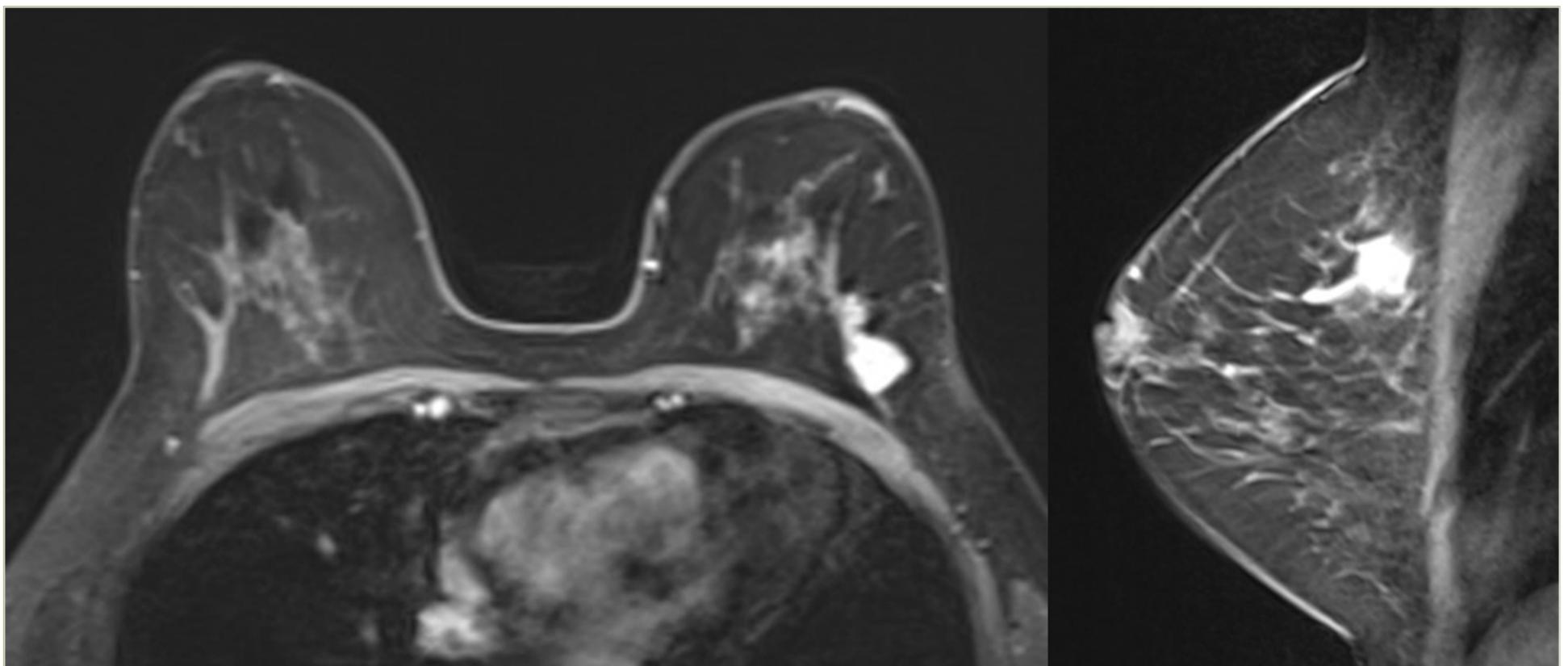
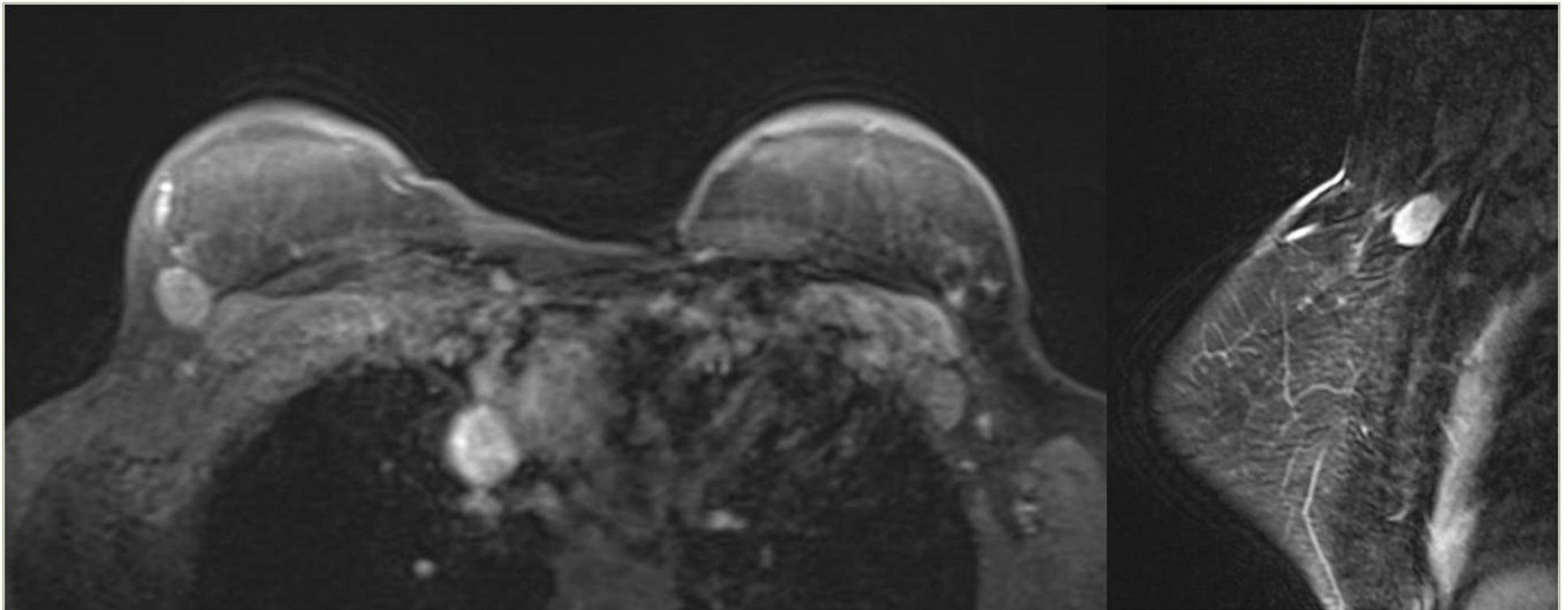


Imagen 15.

Imágenes 14 y 15. RM mamaria: Se observa, en mama izquierda que la lesión nodular visualizada en CSE en la mamografía presenta un realce intenso tras la administración de contraste. Y también se visualiza una adenopatía de aspecto patológico en región axilar derecha

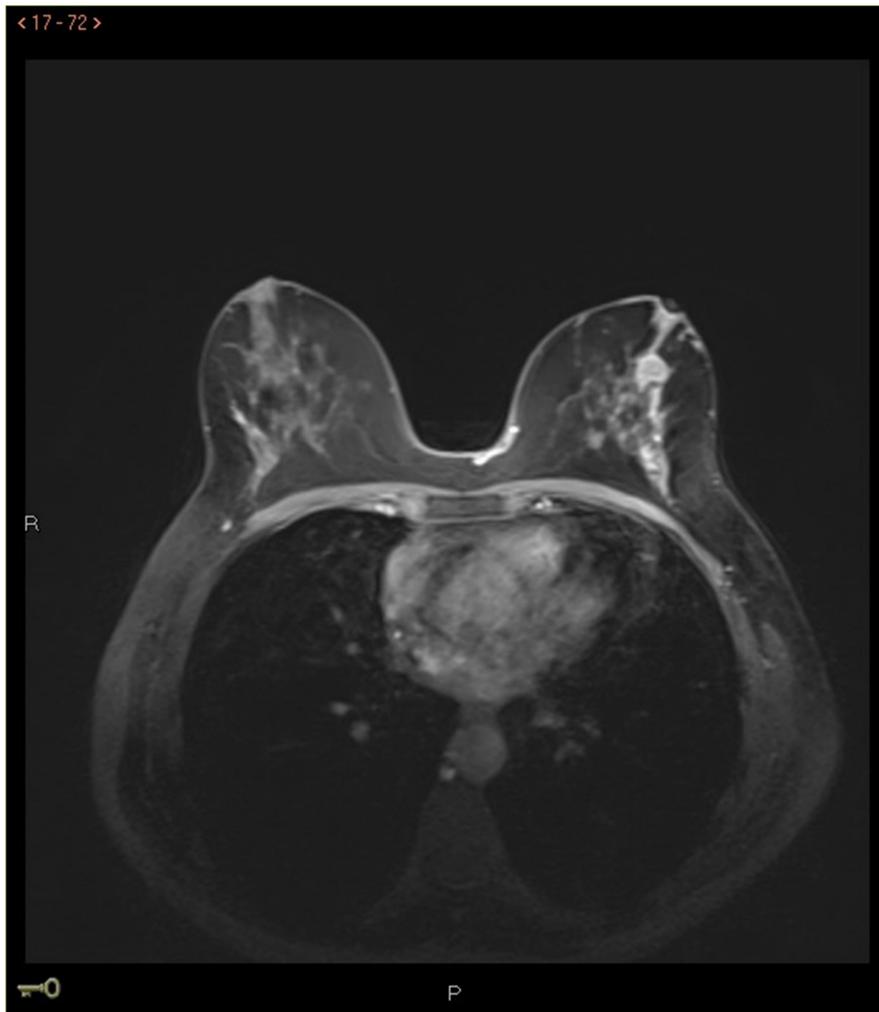


Imagen 16.

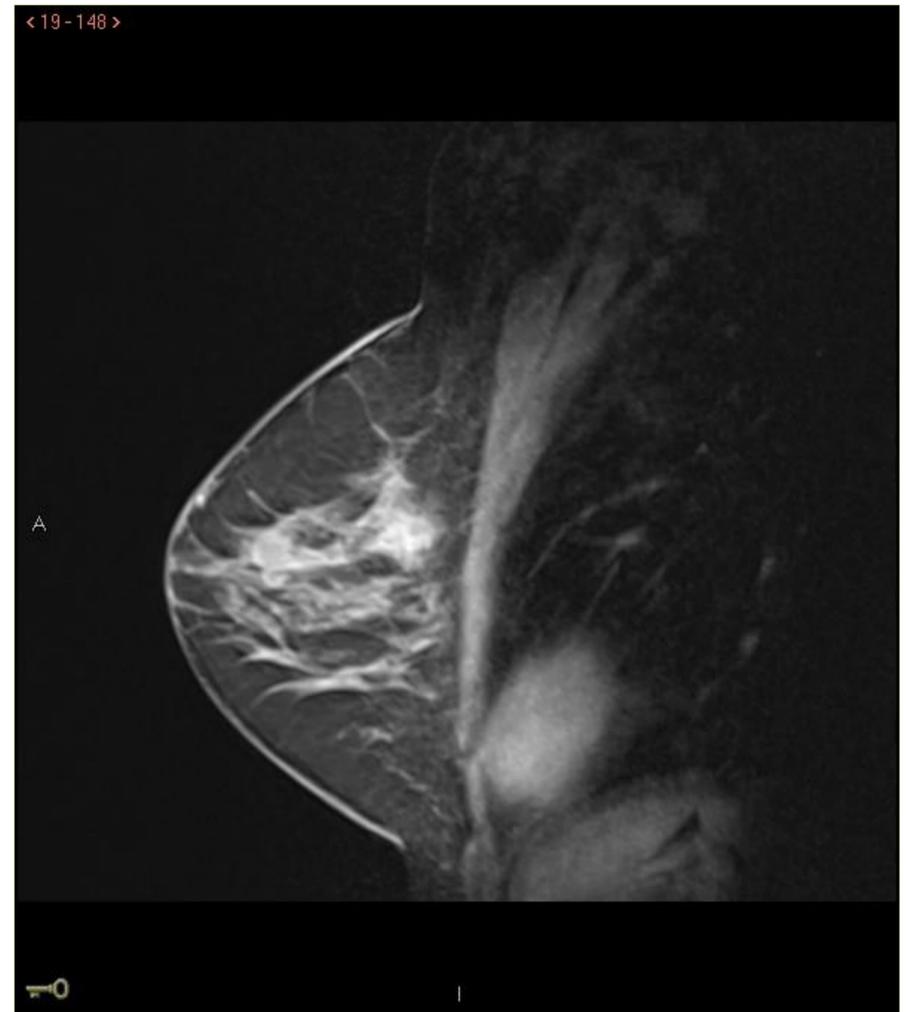


Imagen 17.

Figuras 16 y 17. RM mamaria: además de la lesión ya descrita en figuras previas, se observa realce del nódulo retroareolar izquierdo de la mamografía.

Se realizó biopsia eco-guiada de la adenopatía axilar derecha con resultado de linfoma folicular. La anatomía patológica del nódulo retroareolar izquierdo fue de linfoma folicular y del nódulo de CSE de carcinoma in situ de grado intermedio.

Por tanto el diagnóstico fue de linfoma folicular bilateral y cáncer de mama in situ izquierdo.

CONCLUSIONES

- Los linfomas primarios constituyen aproximadamente el 0,04-0,5% de los tumores malignos de mama.
- Se subdividen en linfoma difuso de células B grandes, Burkitt, tipo MALT y linfoma folicular y son radiológicamente indistinguibles del cáncer primario de mama, por es necesario el diagnóstico histológico y estudio de extensión.
- Su tratamiento suele ser una combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

REFERENCIAS

- García-Bolado A, Gorriño O, López-Valverde M, Grande D. Linfoma de mama. Radiología 2005;47(1): 29-31.
- Quiles Ana M, Tortajada L, Sentís M, Villajos M, Darnell A, Andreu X. Linfoma de mama: hallazgos por resonancia magnética con correlación mamográfica y ecográfica. Radiología 2005; 47(1):13-21.
- Irshad A, Ackerman SJ, Pope TL, Moses CK, Rumboldt T, Panzegrau B. Rare breast lesions: correlation of imaging and histologic features with WHO classification. Radiographics. 2008;28:1399-414.
- Kopans,D.B; M.D.La mama en la imagen. Editorial Marban. Madrid,1996. pp.236,240,306-308 y 347.
- Lieberman,L.; Giess,C. Ser al Non-Hodgkin Lymphoma of the Breast: Imaging Characteristics and Correlation with Histopathologic Findings. Radiology, Vol.192 ,No1(July)1994: pp.157-160.