

Resultado test radiológico

Alejandra López P.⁽¹⁾, Pablo Alarcón T.⁽²⁾, José Retamal T.⁽²⁾, Camila Yáñez A.⁽²⁾

⁽¹⁾Departamento de Radiología, Unidad de Imágenes Mamarias, HCUCH

⁽²⁾Residente Radiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

El diagnóstico anatomopatológico concluyó una lesión fibroepitelial de tipo fibroadenoma juvenil.



Figura 1. Imagen correspondiente a toma de muestra de biopsia Core

DISCUSIÓN

El fibroadenoma mamario es la masa sólida más frecuente en mujeres de todas las edades y la más común en población adolescente y adulta joven. Pertenecen al espectro de lesiones denominadas fibroepiteliales, las que abarcan desde fibroadenomas y sus respectivas variantes, como en este caso clínico, así como tumores phyllodes, que van desde tumores benignos hasta presentaciones malignas con riesgo de diseminación metastásica.

En el examen físico los fibroadenomas, cuando son palpables se presentan como un nódulo mamario bien delimitado, móvil y sin alteraciones cutáneas, ya que no están adheridos al

parénquima circundante. En ecografía, sus características corresponden a una lesión sólida de forma redondeada, ovalada o lobulada, homogénea, habitualmente hipocogénica, bien delimitada. Generalmente presentan una pseudocápsula ecogénica, así como también calcificaciones intralesiones en hasta un 10%. Los hallazgos al Doppler color muestran en general flujo bajo y de predominio periférico.

Histológicamente, los fibroadenomas son proliferaciones epiteliales y estromales bien circunscritas, derivadas de la unidad ductolobulillar terminal. Se han dividido tradicionalmente en dos tipos según la disposición del estroma en relación con las estructuras epiteliales, los que pueden coexistir en el mismo tumor:

- a) Fibroadenoma pericanalicular, que consiste en espacios de glándula intactos, redondos a ovalados con capas de células, con una disposición concéntrica del estroma adyacente.
- b) Fibroadenoma intracanalicular, en el que el estroma ha sufrido una proliferación más activa con la compresión de los espacios glandulares y, como consecuencia, se presenta un lumen en forma de hendiduras irregulares, con revestimiento epitelial que aparece como hebras estrechas en el estroma fibroso.

El fibroadenoma hiper celular presenta figuras anátomo-patológicas características, pero manteniendo un comportamiento benigno. Histológicamente, esta variante mantiene las características de tumor bifásico, pero caracterizado por una hiper celularidad estromal con un patrón de crecimiento pericanalicular e hiperplasia epitelial ductal. Habitualmente se presenta en adolescentes, por lo que se suele denominar como fibroadenoma juvenil; sin embargo, también es posible observar lesiones similares en pacientes de 30 o 40 años de edad, por lo cual no es exclusivo de un grupo etario.

Este tipo de tumores es infrecuente (4-7% de todos los fibroadenomas) y constituye una variante clínica e histológica del fibroadenoma clásico. Puede alcanzar grandes tamaños de hasta 20 cm y en ocasiones provoca deformidad estética.

Tienen característicamente una actividad mitótica más acentuada, lo que le otorga la cualidad de ser hiper celular. Es por ello que el diagnóstico de tumor phyllodes debe considerarse cuidadosamente como su diferencial en las lesiones fibroepiteliales celulares mitóticamente activas. El tumor phyllodes corresponde a una neoplasia fibroepitelial que puede considerarse benigna, borderline o maligna, según los hallazgos histológicos. Constituyen menos del 1% de los tumores mamarios en edad pediátrica; sin embargo, constituye la neoplasia mamaria maligna más frecuente en este rango etario. Clínicamente se presentan como una masa firme, indolora y de crecimiento rápido, independiente, por lo general, del subtipo.

Realizar la diferencia entre el fibroadenoma hiper celular “juvenil” y el tumor de phyllodes —el cual puede ser potencialmente maligno— constituye un desafío, debido a que no es

posible diferenciarlos con las imágenes y a las características histológicas superpuestas que presentan, así como a la heterogeneidad tumoral.

El diagnóstico se realiza mediante histología. Las indicaciones más frecuentes de biopsia corresponden a un aumento del tamaño de la lesión o lesiones mayores a 2,5 cm sin estudios previos o signos de malignidad. Es importante considerar el manejo quirúrgico para su diagnóstico definitivo.

El riesgo de carcinoma posterior en pacientes con antecedentes de fibroadenoma no se ha considerado mayor que el de la población general.

REFERENCIAS

1. Harper LK, Simmons CL, Woodard GA, Solanki MH, Bhatt AA. Pictorial review of common and uncommon pediatric breast lesions. *Radiographics* 2023;43:e220117.
2. Krings G, Bean GR, Chen YY. Fibroepithelial lesions; The WHO spectrum. *Seminars in Diagnostic Pathology* 2017;34:438–52.
3. Chung EM, Cube R, Hall GJ, González C, Stocker JT, Glassman LM. Breast masses in children and adolescents: Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2009;29:907–31.

CORRESPONDENCIA

Dra. Alejandra López Pizarro
Departamento de Radiología, Unidad de Imágenes Mamarias
Hospital Clínico U. de Chile
Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia, Santiago
Fono: 569 9818 7128
E-mail: alopezp@hcuch.cl

