Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

CORRELACIÓN RADIOLOGO-PATOLÓGICA DE LESIONES MAMARIAS BENIGNAS INFRECUENTES EXPERIENCIA DE UN CENTRO

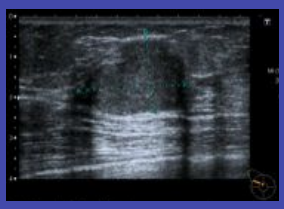
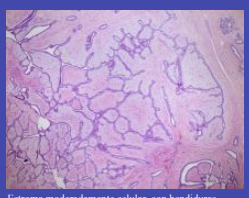
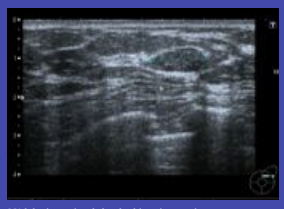
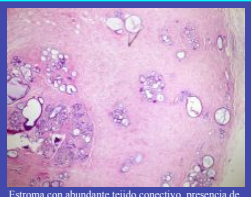
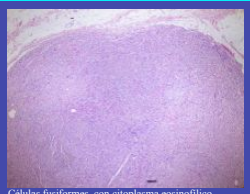
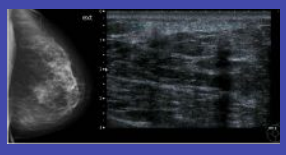
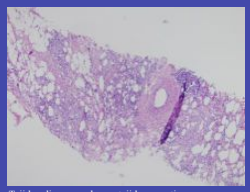
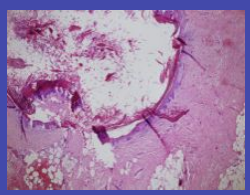
Torga Sánchez. S[2], Berdeal Diaz. M[1]; Seoane Vigo. M[1]; García Varona. A[3]; Ares Farpón.P[1]; Galán Raposo. L [1]; González Crespo L[1]
Servicio de Cirugía General. Hospital del Bierzo. Ponferrada [1]
Servicio de Radiología. Hospital del Bierzo. Ponferrada [2]
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Bierzo. Ponferrada [3]

INTRODUCCIÓN:

Dentro de la patología mamaria existen lesiones benignas y malignas con características clínicas y radiológicas bien definidas. Sin embargo hay lesiones infrecuentes que pueden presentar un reto diagnóstico, bien por su similitud con otras lesiones o por las características inusuales de las mismas.

MATERIAL Y METODOS:

Realizamos una revisión de las lesiones mamarias benignas infrecuentes diagnosticadas en nuestro Centro en los últimos años.

TUMOR PHYLLODES BENIGNO	Edad: 47 años Sexo: Mujer Clínica: Nódulo palpable en cuadrante súpero-externo de mama derecha Tratamiento: Exéresis quirúrgica Seguimiento: Exploración física+ control radiológico anual. 2 años sin recidiva	 Nódulo hipoecoico de bordes irregulares sin sonbra acústica posterior. BI-RADS 4	 Estroma moderadamente celular, con hendiduras tapizadas por células epiteliales sin atipia. Alrededor de dichas hendiduras se aprecia un aumento de la celularidad.
HAMARTOMA	Edad: 48 años Sexo: Mujer Clínica: Asintomática. Remitida del programa de screening mamario Tratamiento: Exéresis quirúrgica Seguimiento: Exploración física+ control radiológico anual. 1 año sin recidiva	 Nódulo isoecoico de bordes bien circunscritos. BI-RADS 3	 Estroma con abundante tejido conectivo, presencia de conductos y lobulillos, alguno de estos dilatados y con contenido proteico. La totalidad de los conductos se encuentran tapizados por células epiteliales y mioepiteliales sin atipia.
MIOFIBROBLASTOMA	Edad: 80 años Sexo: Varón Clínica: Ginecomastia bilateral de rápida aparición y que se asocia a mastalgia izquierda Tratamiento: Exéresis quirúrgica Seguimiento: Exploración física+ control radiológico anual. 1 año sin recidiva	 Nódulo de localización profunda, hipoecoico, de bordes bien definidos y leve refuerzo posterior. BI-RADS 3	 Células fusiformes, con citoplasma eosinofílico, dispuestas en patrón estoriforme y delimitadas por haces de colágeno. No se aprecia actividad mitótica ni atrapamiento de conductos y/o lobulillos. Tampoco se identifica la presencia de necrosis.
PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO	Edad: 57 años Sexo: Mujer Clínica: Nódulo palpable mama izquierda con edema cutáneo Tratamiento: Exéresis quirúrgica Seguimiento:Exploración física+ control radiológico anual. 3 años sin recidiva	 Asimetria focal en cuadrante súpero-interno de mama izquierda, que ecográficamente se corresponde con una lesión, de localización subdérmica, hiperecogénica de bordes indistintos. BI-RADS 4A	 Tejido adiposo maduro y tejido conectivo con un intenso infiltrado inflamatorio crónico a expensas de linfocitos y macrófagos. No se aprecian cambios de atipia citológica ni figuras mitóticas.
QUISTE EPIDERMOIDE	Edad: 73 años Sexo: Mujer Clínica: Nódulo en cuadrante súpero-interno de mama derecha Tratamiento: Exéresis quirúrgica Seguimiento: Exploración física. 2 años sin recidiva	 Nódulo subdérmico hipoecoico de bordes circunscritos. BI-RADS 3	 Tejido conectivo y adiposo que engloban una lesión quística revestida por epitelio escamoso estratificado queratinizado (similar al de la epidermis), repleta de restos córneos

CONCLUSIÓN:

Es importante un diagnóstico radiológico de sospecha, y un análisis histopatológico e inmunohistoquímico exhaustivo, ya que generalmente esto es lo que nos permite realizar un diagnóstico diferencial y establecer un diagnóstico definitivo.