

LINFOMAS PRIMARIOS DE MAMA

Canseco, R.; Diago, M.V.; Olmos, V.; Honrado, E.; Pedrosa, J.A.; Pacho, S.

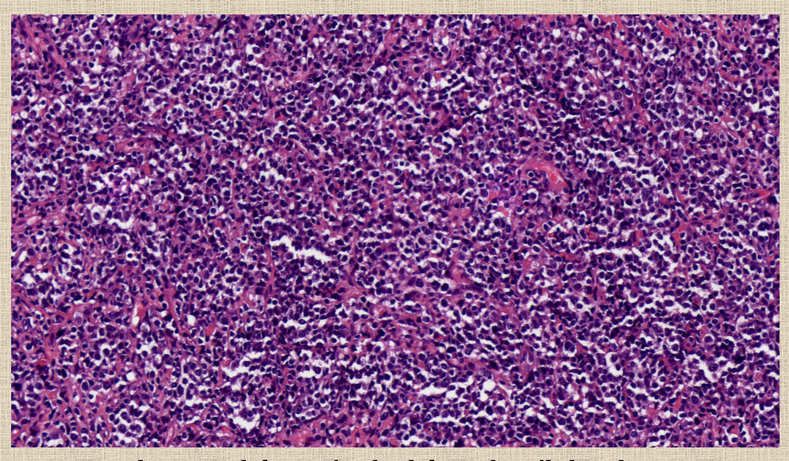
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON

INTRODUCCION

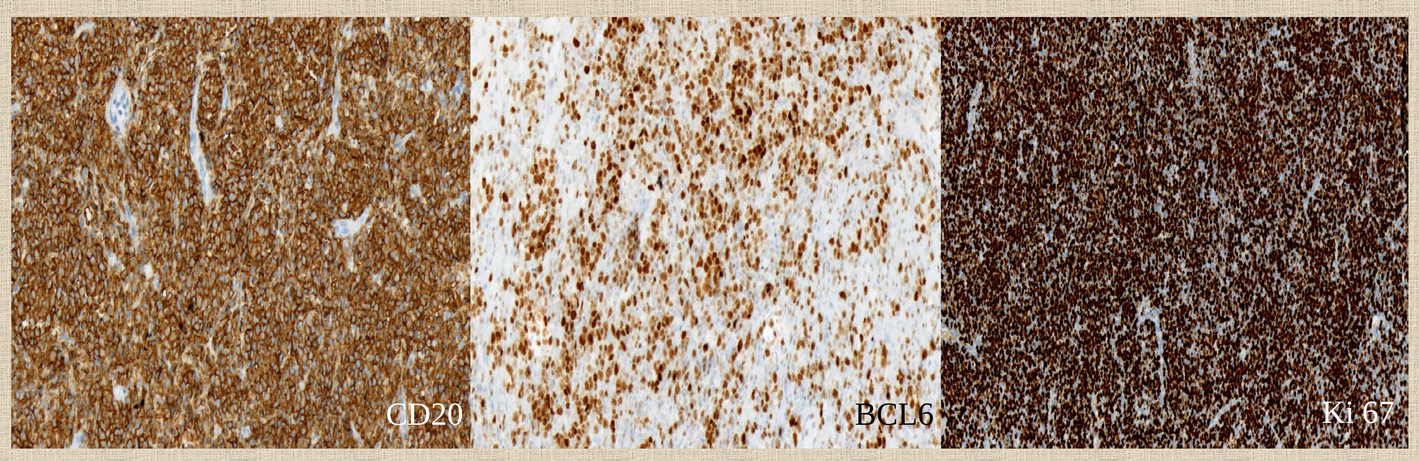
Linfoma primario de la mama se define como un linfoma maligno que ocurre primariamente en la mama en ausencia de otras localizaciones previamente detectadas. Es una enfermedad rara, supone el 0.4-0.5% de todas las neoplasias mamarias, alrededor del 1% de todos los linfomas no Hodgkin y menos del 3% de los LNH extranodales. La media de edad de los pacientes es de 60 a 65 años. Ocurre casi exclusivamente en mujeres. Es más frecuente en la mama derecha aunque las razones son desconocidas. El bilateral ocurre en el 11% de todos los linfomas de mama y suele observarse en mujeres embarazadas o en el postparto.
Más del 80% son linfomas de células B. El tipo histopatológico más frecuente es el linfoma B difuso de célula grande que supone más del 50% de todos los linfomas primarios de la mama.

CASOS CLÍNICOS

1. Varón de 91 años visto por tumoración de mama bilateral, sobre todo derecha de 2 meses de evolución.
Mamografía/Ecografía: Crecimiento de ambas mamas y presencia de tejido fibroglandular denso más abundante en el lado derecho y con notable aumento de la vascularización. BAG. Birads 4b. A.P.: Linfoma B difuso de célula grande.
Dada la edad y situación del paciente se decide no realizar estudio de extensión completo y manejo de forma ambulatoria con ciclofosfamida oral.
2. Mujer de 81 años enviada por tumoración retroareolar izquierda de un mes de evolución de +/- 4-5 cm.
Mamografía/Ecografía: Nódulo heterogéneo retroareolar izquierdo mal definido de 3.6x2.6x1.9 cm que retrae el pezón. BAG. Ganglios axilares bilaterales inespecíficos. Birads 4c. A.P.: Linfoma B difuso de célula grande.
Tras estudio de extensión negativo, se administra Rituximab y QT CHOP.
3. Mujer de 19 años enviada por nódulos en mama izquierda.
Ecografía: Gran nódulo en región paraareolar interna de 4.5x3.8 cm y un segundo nódulo retroareolar izquierdo de 2x1.3 cm, compatibles con tumor phyllodes.
Se realiza extirpación de los dos nódulos. A.P.: Linfoma no Hodgkin de Burkitt.
Tras estudio de extensión negativo se administra poliQT según esquema HIC-COM, Rituximab, terapia intratecal, Metotrexate.



Hematoxilina. Proliferación de difusa de células de gran tamaño nuclear.



Inmuno característica de los linfomas de B difusos de célula grande: CD20, BCL6 positivo, con un índice proliferativo Ki 67 del 90%.

CONCLUSIONES

Clínicamente se presenta como un tumor único, indoloro, bien circunscrito, de consistencia gomosa, inmóvil respecto al parénquima adyacente y con rápido crecimiento. No presenta fijación a la pared torácica. Puede existir compromiso de la piel que llegue a la ulceración.
Los hallazgos mamográficos son inespecíficos. Las tumoraciones no presentan bordes espiculados ni microcalcificaciones. Ecográficamente suelen ser lesiones únicas, circunscritas y microlobuladas. La histología, la inmunohistoquímica y, a veces, estudios genéticos son necesarios para establecer el diagnóstico. Una vez confirmado el diagnóstico histológico de linfoma, el estadiaje incluye TAC toraco-abdomino-pélvico y biopsia de médula ósea.
El tratamiento está basado en QT, RT, Rituximab. La mastectomía no ofrece beneficios respecto a la supervivencia o riesgo de recurrencia, y se recomienda solo frente a situaciones clínicas específicas como infección, lesiones ulceradas…
La supervivencia varía dependiendo del estadio clínico y del tipo histológico. En promedio, la supervivencia global post-tratamiento es de 40-66% a 5-10 años.