Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

CORRELACIÓN RADIOLOGO-PATOLÓGICA DE LESIONES MAMARIAS MALIGNAS INFRECUENTES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

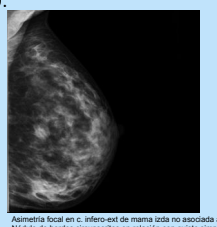
Selena Torga Sánchez[2] ,Marta Seoane Vigo[1], María Berdeal Díaz[1], Alejandro García Varona[3], Lourdes Galán Raposo[1], Fabio Ares Farpón[1]
[1] Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. [2]Servicio de Radiología.[3] Servicio de Anatomía Patológica. Hospital El Bierzo

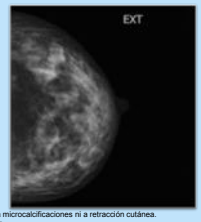
Introducción:

Las lesiones infrecuentes de la mama pueden presentar un reto diagnóstico. Pueden ser provocadas por enfermedades sistémicas, tumores benignos, tumores malignos primarios de la mama y metastásicos. Realizamos una correlación radiólogo-patológica de los tumores malignos infrecuentes de la mama que han sido diagnosticados en nuestro centro en los últimos años

CA. PAPILAR INTRAQUÍSTICO:

Edad: 51a
Sexo: mujer
Clínica: bultoma mama izda 6 meses
Tratamiento: tumorectomia y BSGC
Seguimiento: Ca is periareolar en el mismo cuadrante a los 4 años





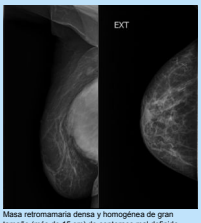
Asimetría focal en c. infero-ext de mama izda no asociada a microcalcificaciones ni a retracción cutánea. Nódulo de bordes circunscritos en relación con quiste simple.



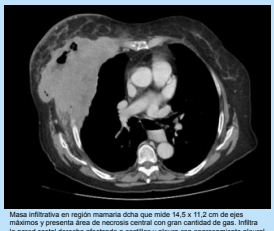
Crecimientos papilares tapizados por células epiteliales con pérdida de polaridad focal de la mismas e hipercromasia y con ausencia en algunos de los fragmentos de células mioepiteliales.

LINFOMA PRIMARIO:

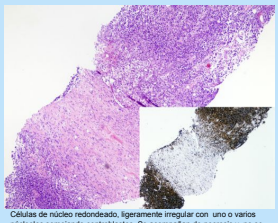
Edad:82 a
Sexo:mujer
Clínica: bultoma submamario dcho de 2 meses de evolución .
Tratamiento: Drenaje+6ciclos Rituximab +CHOP
Seguimiento:Libre enfermedad 4,5 años



Masa retromamaria densa y homogénea de gran tamaño (más de 15 cm) de contornos mal definido



Masa infiltrativa en región mamaria dcha que mide 14,5 x 11,2 cm de ejes máximos y presenta área de necrosis central con gran cantidad de gas. Infiltra la pared costal derecha afectando a costillas y pleura con engrosamiento pleural lateral y posterior derecho. Adenopatías satélites de aspecto patológico .

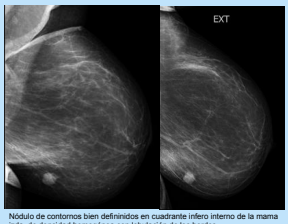


Células de núcleo redondeado, ligeramente irregular con uno o varios núcleolos semejando centroblastos. Se acompañan de necrosis y no se aprecian estructuras epiteliales. Compatible linfoma no Hodgkin difuso de alto grado. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para el Antigeno leucocitario común (LCA) o CD45.

METÁSTASIS:

-MELANOMA

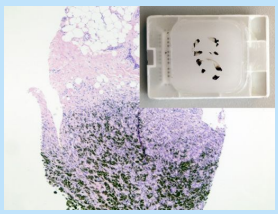
Edad:58 años
Sexo:mujer
Clínica: nódulo de diagnóstico radiológico en contexto de enf metastásica diseminada de melanoma de cavum
Tratamiento: Dacarbacina paliativo.
Seguimiento: exitus a los 2m



Nódulo de contornos bien defininidos en cuadrante infero interno de la mama izda. de densidad homogénea con lobulación de los bordes.



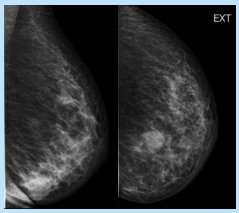
Nódulo hipoecoico lobulado con refuerzo posterior de unos 15 mm.



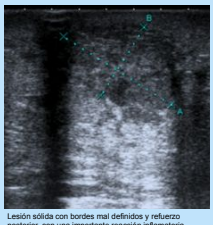
Células grasas, restos de vasos y de lobulillo mamario con la presencia de una infiltración por células de citoplasma amplio, núcleos con atipias, numerosas mitosis y con pigmento melánico .

- CA COLORECTAL

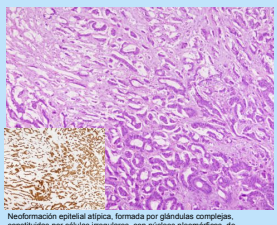
Edad:92 años
Sexo:mujer
Clínica:nódulo periareolar izdo 2 m
Tratamiento:mastectomía simple
Seguimiento: Libre enfermedad 17 m



Lesión en borde areolar inferior izquierdo con bordes irregulares asociado a una trabeculación y engrosamiento cutáneo



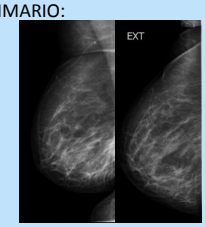
Lesión sólida con bordes mal definidos y refuerzo posterior, con una importante reacción inflamatoria circundante.



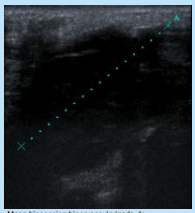
Neoformación epitelial atípica, formada por glándulas complejas, constituidas por células irregulares, con núcleos pleomórficos, de cromatina grumosa y nucleolo patente. También se aprecian frecuentes figuras mitóticas, así como necrosis intraluminal y una gran cantidad de material proteico, que llega a formar lagos de mucina. En el estudio IHQ positividad nuclear para el CDX-2 (adenocarcinomas y carcinoides del tracto gastrointestinal)

CA. NEUROENDOCRINO PRIMARIO:

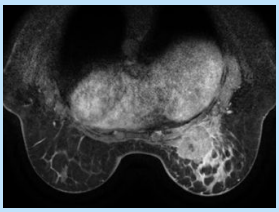
Edad:55 años
Sexo: mujer
Clínica:masa surco submamario 4 meses
Tratamiento: CISPLATINO+ETOPOXIDO
Seguimiento: 2º mes de tratamiento QT



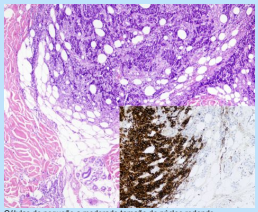
Masa en profundidad en cuadrantes inferiores de la mama derecha, de bordes irregulares, asociada a una trabeculación del parénquima.



Masa hipoecoica hipervascularizada de aproximadamente 57 mm de diámetro, de contornos muy mal definidos, con importante sombra acústica posterior.



Lesión de contornos irregulares, captación en anillo, y cinética de lavado, que muestra infiltración de la pared torácica adyacente con afectación del músculo pectoral, intercostal y del arco costal. Engrosamiento cutáneo en relación con infiltración de la epidermis del borde submamario inferior.



Células de pequeño a moderado tamaño de núcleo redondo hipercromático y poco citoplasma, con un índice mitótico alto 80% y abundante necrosis. Las céls no necrosadas crecen en forma de cordones y presentan signos de aplastamiento . El estudio IHQ muestra positividad para el CD 56 (marcador de diferenciación neuroendocrina)

	LINFOMA	CA. PAPILAR	METÁSTASIS	CA. NEUROENDOCRINO
CLINICA	Masa palpable dolorosa Adenopatías 25%	Mujeres mayores con telorragia, masa o asintomáticas	Nódulo mamario que no retrae la piel	Masa pétrea de rápido crecimiento
MAMO	Nódulo mamario (76%) con bordes indistintos (72%) y sin microcalcificaciones	Masa redondeada, homogénea y bien circunscrita. Difícil distinción con proceso benigno, es necesaria biopsia escisional.	Nódulo mamario único con márgenes circunscritos raramente espiculados o con microcalcificaciones(18% mts ca de ovario las tiene por los c. psamoma)	Masa irregular con márgenes indistintos o microlobulados, indistinguible de la de un carcinoma mamario
ECO	Masa (90%)con bordes indistintos (60%) sin sobra acústica posterior (70%) y vascularización aumentada (64%)	Complejo quístico en una masa sólida con refuerzo acústico posterior	Masa hipoecoica bien circunscrita o con márgenes microlobulares con o sin sombra acústica. El 50% mts de origen pulmonar tiene refuerzo posterior. Mts de ovario y melanoma márgenes micronodulares y con refuerzo posterior	Masa irregular hipoecoica heterogénea con márgenes circunscritos y transmisión sónica normal
RMN	Masas lobulares hipointensas en T1, hiperintensas heterogeneamente T2, con realce rápido y lavado cinético típico de malignidad	Masas ovales con márgenes bien delimitados, poco realce en T2 excepto los papilares intraquísticos que tienen aumento de realce central. Curva cinética tipo I en los ca papilares intraductales, y tipo III en los ca papilares intraquísticos y ca papilar invasivos	Masa circunscrita redonda u oval tipicamente isointensa en T1 y T2 con realce homogéneo postcontraste.Con una fase inicial rápida seguido de un aclaramiento posterior más lento.	Masa homogéneamente hipointensa en T1 e isointensa en T2 con realce aumentado heterogéneo en T1
A.P.	Más frecuente Linfoma no Hodgkin difuso de cels grandes (70%) con CD20 +, CD10+, Bcl2+,CD5- y MUM1-.	Proliferación epitelial en ausencia de barrera de céls mioepiteliales. Los in situ pueden surgir de dentro del ducto dilatado (INTRADUCTALES) o dentro del ducto dilatado con apariencia quística (INTRAQUÍSTICO). Los invasivos suelen surgir de los in situ (más frecuentemente de los intraquísticos)	Las características del tumor primario	Cels grandes con citoplasma abundante de morfología neuroendocrina , con alta proliferación mitótica y necrosis. La expresión de marcadores neuroendocrinos favorece su diagnóstico pero su ausencia no lo excluye porque es inconstante: Cromogranina +, sinpatofisina+, positividad focal CAM 54 y CK7, CK20-, Enolasa neuronal específica +, PGP 905 +. Los RE son + hasta en el 67% y los RP hasta en el 56%