35º CONGRESO SESPM 11ª Reunión SETS

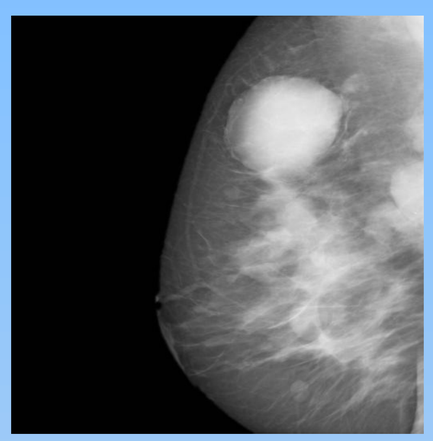
TUMOR FIBROSO SOLITARIO MAMARIO

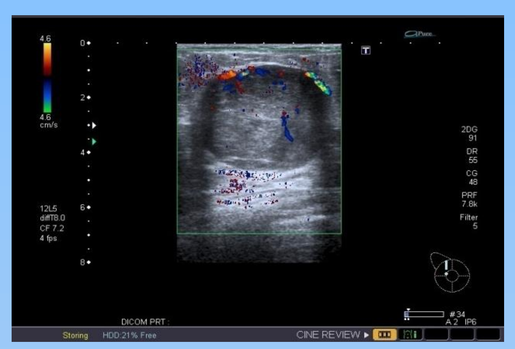
Brenes Sánchez JM, Solís Ruiz AI, Olivares Crespo ME, Montes Fernández M, Riola Parada C, Cortés Toro JA, Cuadrado Cenzual MA, Merchán Morales MJ. Unidad de Patología Mamaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

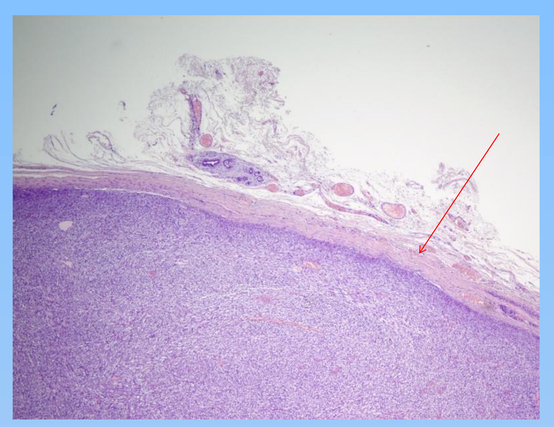
OBJETIVO: Diagnosticar el tumor fibroso solitario mamario con un estudio radiológico, histológico e inmunohistoquímico para un correcto tratamiento. El 15-20% de estos tumores pueden ser agresivos según diferentes parámetros histológicos (tamaño, índice mitótico, márgenes infiltrantes y necrosis).

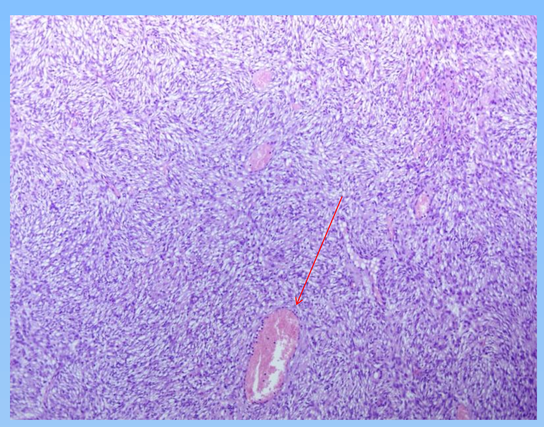
CASO CLÍNICO

- Paciente de 38 años.
- Clínica: Crecimiento de un nódulo en mama derecha de 4 meses de evolución.
- Exploración: Nódulo de aproximadamente 6 cms, móvil y no adherido a piel ni pared costal. No se palpaban adenopatías patológicas ipsilaterales. No alteración del complejo areola pezón.
- Se realiza estudio radiológico con punción radioguiada y diagnóstico histológico de tumor fibroso solitario mamario.
- Tras revisión de la literatura científica y comité multidisciplinar se indica tumorectomía de la lesión con márgenes amplios, y la histología e inmunohistoquímica confirmó un tumor fibroso solitario mamario con márgenes libres.
- No se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia.
- Tras 24 meses la paciente permanece libre de enfermedad.





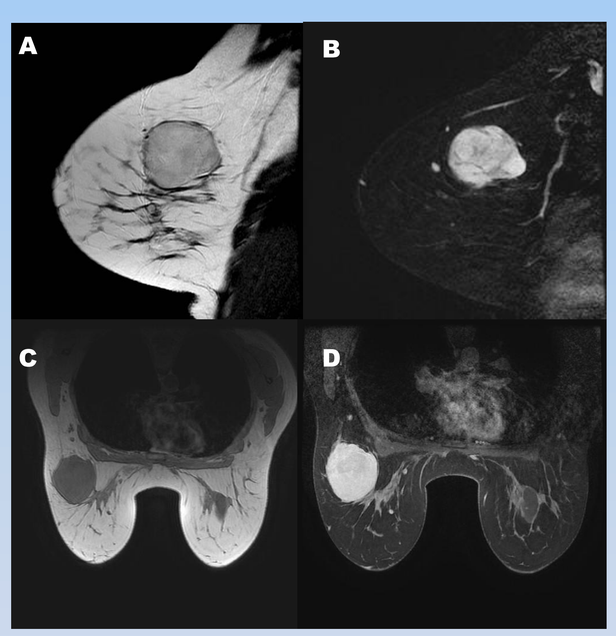


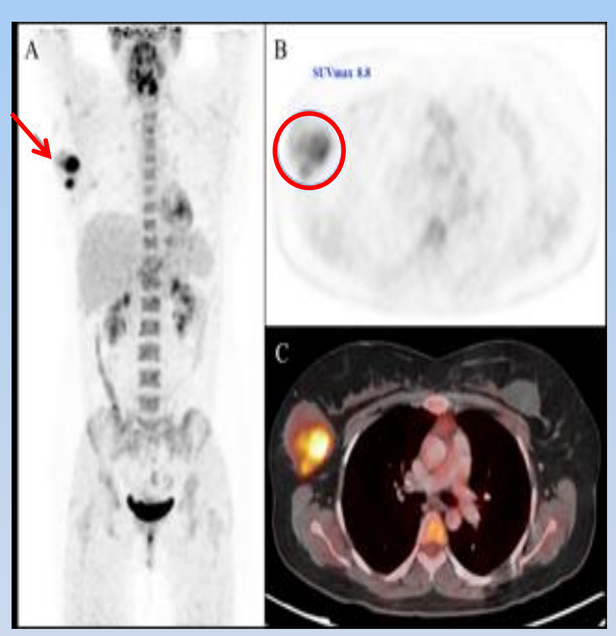


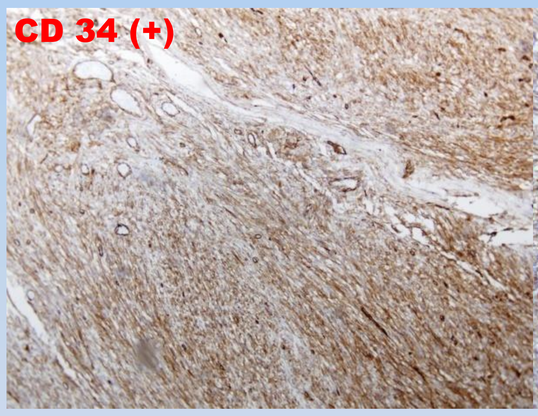
Nódulo sólido bien delimitado en CSE de mama derecha con vascularización central y periférica

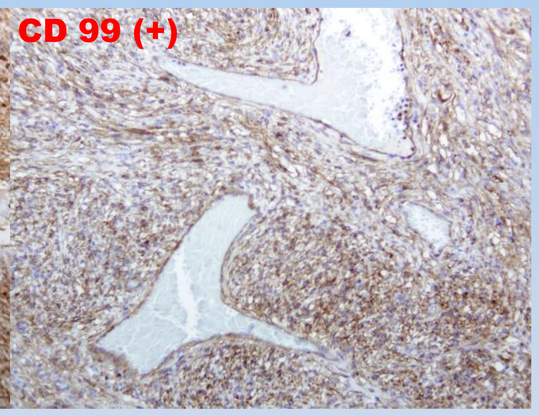
Proliferación neoplásica bien delimitada con alta densidad celular y rodeada con una fina cápsula conjuntiva

Células fusiformes, moderada atipia cariocitoplasmática, patrón estoriforme con vasos ectáticos repletos de sangre. No necrosis, ni invasión perineural y/o linfovascular









A:Axial T1: masa sólida lobulada con leve heterogeneidad de la señal e isointensidad B:Sagital T2: masa bien definida con hiperintensidad en la señal C,D: Heterogeneidad en la señal + focos hipercaptantes postgadolinio

F-FDG PET imagen (A), axial PET imagen (B) y axial PET/TAC imagen (C): masa bien definida en mama derecha con captación heterogénea de F-FDG (SUVmax 8.8) en relación con un tumor fibroso solitario

Perfil inmunohistoquímico:
Expresión marcada 100%: CD34, CD99, BCL2 y actina de músculo liso
No expresión: CKAE1-AE3, desmina, S-100, EMA, R progesterona, R estrógenos y R andrógenos
Ki 67: 30%

CONCLUSIONES: El tumor fibroso solitario mamario es poco frecuente (<1%), se origina en las células mesenquimales y es generalmente benigno, aunque puede recidivar localmente y producir síndromes paraneoplásicos. Su diagnóstico se realiza principalmente por sus características histológicas e inmunohistoquímicas. La cirugía es el "gold estándar" y el tratamiento adyuvante con radioterapia y/o quimioterapia no ha resultado beneficioso, recomendándose cuando no es posible la exéresis, en formas muy agresivas y recidivas.

Hospital Clínico San Carlos
SaludMadrid
Comunidad de Madrid