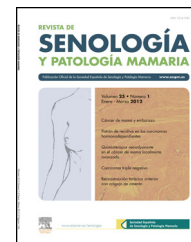




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CASO CLÍNICO

Tumor amiloide de mama

Sonia Martínez Alcaide*, Pedro Juan González Noguera y Blas Ballester Sapiña

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de La Ribera, Alzira, Valencia, España

Recibido el 17 de octubre de 2015; aceptado el 7 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Amiloidosis primaria;
Nódulo mamario;
Rojo Congo

Resumen La amiloidosis primaria de afectación mamaria es una dolencia infrecuente, por lo que, ante su aparición, debemos descartar la existencia de otras enfermedades o la amiloidosis visceral difusa. Presentamos el caso de una paciente en cuya mamografía de control se identifican 2 nódulos con microcalcificaciones en la mama derecha. Las biopsias muestran alteraciones compatibles con depósito de amiloide. Se procede a la resección de las mismas, cuyo análisis de anatomía patológica confirma que se trata de un tumor amiloide. En los controles posteriores no ha presentado ninguna alteración local ni sistémica, lo que nos lleva a pensar que se trata de una amiloidosis primaria. Es de gran relevancia mantener revisiones periódicas para permitirnos diagnosticar precozmente la aparición de otras lesiones.

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary amyloidosis;
Breast node;
Congo Red

Amyloid tumour of the breast

Abstract Primary amyloid tumour of the breast is an unusual disease and consequently, when suspected, the presence of other illnesses or systemic amyloidosis must be excluded. We report the case of a woman in whom mammography revealed 2 nodes with microcalcifications in the right breast. Biopsies showed amyloid deposits. The lesions were resected and the diagnosis of amyloid tumour was confirmed by pathological analysis. Subsequently, the patient has shown no local or systemic alterations, leading us to believe that the lesions were primary amyloid tumours. It is essential to conduct frequent follow-up visits to rapidly diagnose the appearance of other lesions.

© 2016 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La amiloidosis mamaria se describió por primera vez en 1973¹, y engloba un grupo de trastornos que se caracterizan por presentar un depósito anormal de proteína fibrilar

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sonia.martinez.alcaide@gmail.com
(S. Martínez Alcaide).

insoluble en el espacio extracelular. La afectación mamaria por amiloide es inusual, y se trata normalmente de una afectación tardía de un diagnóstico previo de amiloidosis visceral difusa². La clasificación actual más utilizada corresponde a la naturaleza de la proteína fibrilar³. La aparición de un caso de amiloidosis primaria de la mama es bastante infrecuente, por lo que, ante su hallazgo, debemos descartar la amiloidosis sistémica, que puede o no asociarse con una neoplasia oculta.

Caso clínico

Paciente de 62 años que acude a consulta de la Unidad de Mama remitida por la Unidad de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama por hallar en la mamografía de control 2 nódulos y microcalcificaciones en la mama derecha.

En la exploración física, la paciente presenta unas mamas de tamaño mediano, en las que se palpan 2 nódulos en cuadrantes externos de la mama derecha, sin hallar alteraciones en la mama izquierda ni en las axilas.

Se realiza ecografía y mamografía con tomosíntesis (mamografías de baja dosis con cortes de 1 mm de grosor y angulación de 15°), en las que se identifican 2 nódulos de aspecto BIRADS 4 en la mama derecha: uno en la línea intercuadrántica externa, de 7 mm de longitud axial, y otro de 5 × 9 mm en la línea intercuadrántica interna, con microcalcificaciones mal delimitadas, que se biopsian con aguja 14 G y coaxial y se deja un clip de hidrogel en las microcalcificaciones. Se localizan ganglios axilares de aspecto reactivo, uno de ellos de cortical engrosada (3 mm) de forma homogénea. Se realiza punción-aspiración con aguja fina pese a no ser sospechoso, por el contexto, cuyo resultado es negativo para células malignas.

Se solicita una resonancia magnética, en la que se hallan las 2 lesiones con valores ADC de 2,24 (rango 0,66/3,38 mm² × 10⁻³) para la primera lesión citada y de 3,04 (rango 2,49/3,39 mm² × 10⁻³) para la segunda, valores compatibles con lesiones benignas (fig. 1).

No se objetivan variaciones en el hemograma, la bioquímica ni la coagulación; no se elevan los marcadores

tumorales ni presenta alteraciones radiológicas en el estudio de extensión.

En las biopsias se observa tejido mamario sin evidencia de lesiones epiteliales malignas, destacando la presencia de depósitos de material hialino que se dispone en los vasos, intersticio y tejido adiposo, observándose también parcheados infiltrados linfoplasmocitarios y microcalcificaciones. Dichos depósitos se tiñen intensamente con Rojo Congo. Estas alteraciones son compatibles con depósito de amiloide (tumor amiloide). Hay formas primarias de tumor amiloide restringidas a la mama, pero hay que descartar enfermedad linfóide o depósitos secundarios a procesos inflamatorios crónicos.

Se plantea el caso en comité y se decide realizar intervención quirúrgica. Se realiza resección de ambas lesiones incluyendo las microcalcificaciones mediante técnica con ROLL, dejando márgenes de más de 1 cm. Se lleva a cabo correlación radiopatológica intraoperatoria. Tras el estudio anatomopatológico de las lesiones, que se marcan con Rojo Congo y hematoxilina-eosina, se confirma el diagnóstico de amiloidosis (fig. 2).

Se decide realizar seguimiento en consultas con controles radiológicos con ecografía y/o mamografía. Tras un año de seguimiento únicamente se observa un área de necrosis grasa en la región periareolar externa de la mama derecha, que actualmente mide 6 × 3 mm.

Discusión

Se han descrito casos de enfermedades inmunológicas severas que afectan a la mama, aunque son poco frecuentes, como la arteritis de células gigantes, la granulomatosis de Wegener, la poliarteritis nudosa, el lupus, la sarcoidosis, la dermatomiositis, la esclerodermia y la amiloidosis. La mayoría de los casos simulan clínica y radiológicamente un carcinoma, y en ocasiones requieren un estudio clínico y patológico para confirmar el diagnóstico. La afectación mamaria por amiloide es rara, y habitualmente constituye una afectación tardía de un diagnóstico previo de amiloidosis visceral difusa².



Figura 1 Resonancia magnética en T2. Lesión y microcalcificaciones con clip.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3973730>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3973730>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)