

Hamartoma de mama con carcinoma intraductal

María Margarita Company Campins¹, Ramón Canet Ribas de Pina¹,
Juan Torrecabota Pagés², Jordi Roldán³

Servicio de Anatomía Patológica¹, Servicio de Ginecología y Obstetricia², Servicio de Radiología³. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca. mcompany5@hotmail.com

RESUMEN

El hamartoma de mama es una entidad benigna y poco común que afecta preferentemente a mujeres a partir de la pubertad. Se caracteriza por un crecimiento lento y su transformación maligna se considera un hallazgo incidental. Presentamos el caso de una mujer de 48 años con una tumoración en mama derecha. Histológicamente mostró elementos epiteliales propios de la mama dispuestos al azar, rodeados por un tejido fibroadiposo, y un foco de carcinoma intraductal. Las imágenes mamográficas fueron de hamartoma típico sin signos de malignidad. A los ocho meses de la intervención no existen signos de recidiva.

Palabras clave: hamartoma, mama, mamografía, histología.

Intraductal carcinoma arising in a breast hamartoma

SUMMARY

Breast hamartomas are uncommon benign lesions found in all age groups after puberty. They present clinically as a slow-growing mass and its malignant transformation is usually a coincidental finding. We report the case of a 48 year-old woman with a mass in her right breast. Histological study showed epithelial elements of normal breast tissue randomly dispersed among a fibrofatty stroma, and a microscopic focus of intraductal carcinoma. Mammography showed the typical hamartoma features without any suspicious signs of malignancy. The patient remains alive and well eight months after surgery.

Key words: hamartoma, breast, mammography, histology.

INTRODUCCIÓN

El hamartoma de mama representa hasta el 0,7% (8,10,12) de los tumores benignos de mama. Es una lesión infrecuente que mayoritariamente se presenta en mujeres a partir de la pubertad, habiendo en la literatura dos casos aislados descritos en hombres (12-13). Histológi-

camente son tumoraciones constituidas por elementos epiteliales, tejido fibroso y tejido adiposo en cantidad variable (2-13). Su transformación maligna es muy rara habiendo en la literatura anglosajona once casos descritos (8,10,12).

Presentamos un nuevo caso de hamartoma con carcinoma intraductal concomitante y revisamos la literatura.

PRESENTACIÓN CASO

Mujer de 48 años, sin antecedentes patológicos de interés, a quien se le detecta mediante mamografía de cribado, una tumoración en cuadrante súpero-externo de mama derecha. En la exploración física se palpó una masa móvil de consistencia elástica y 3 cm de diámetro máximo. La mamografía mostró, cerca de la areola, un nódulo denso de contornos bien definidos y densidad variable, compatible con hamartoma (fig. 1). La ecografía reveló un nódulo sólido, hiperecogénico con áreas hipoecoicas, en cuadrante superoexterno próximo a la unión de cuadrantes superiores. En una mamografía de control posterior se detectó crecimiento de la tumoración por lo que se practicó exéresis de la misma.

A los ocho meses de la intervención, la paciente permanece asintomática y sin signos de recurrencia.



Fig. 1: Mamografía cráneo-caudal con hamartoma típico: nódulo bien delimitado con densidad variable.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS

La pieza quirúrgica remitida se correspondía a una lumpectomía con tejido fibroadiposo mamario de 4,5 x 3,5 x 2,5 cm. Al corte se apreció un nódulo bien delimitado de coloración blanco-amarillenta, de 3,5 cm de diámetro máximo (fig. 2). Se incluyó en su totalidad.

El estudio microscópico evidenció una tumoración no encapsulada, bien delimitada del parénquima mamario adyacente, constituida por ductos y lobulillos (algunos de ellos distorsionados y ectásicos) dispuestos aleatoriamente y rodeados por un tejido estromal poco celular, entremezclado con abundante tejido adiposo en los espacios interlobulillares (fig. 3). El interior del nódulo presentó un foco de carcinoma intraductal de alto grado nuclear de 4 mm, con necrosis central tipo comedo, que se extendía hasta 5 mm del margen quirúrgico (fig. 4).

DISCUSIÓN

El término «hamartoma de mama» fue introducido y descrito por Arrigoni, en 1971 (1-4,7-10). Anteriormente recibió diversas denominaciones como adenolipoma, fibroadenolipoma, mastoma. Se trata de una entidad infrecuente —representa el 0,1-0,7% de la patología benigna de mama (8,10-12)— y puede darse en mujeres de cualquier edad, desde la pubertad (10), habiendo en la literatura dos casos descritos en hombres (12-13). Clínicamente es asintomático o se manifiesta

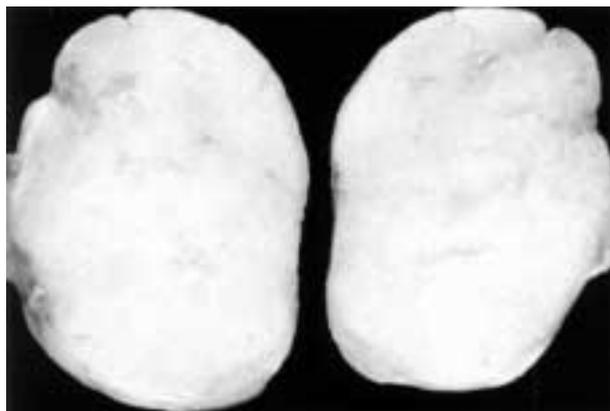


Fig. 2: Macroscopía del hamartoma de mama.

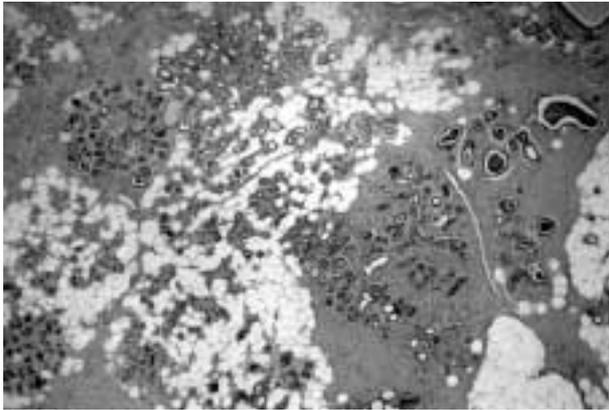


Fig. 3: Elementos glandulares inmersos en tejido fibroadiposo.

ta en forma de masa palpable. Macroscópicamente se presenta como una tumoración bien delimitada (9), de coloración blanco-amarillenta, variable según la proporción de tejido adiposo. En el estudio microscópico muestra estructuras epiteliales propias de la mama (lobulillos y ductos) inmersos en un estroma fibroadiposo (5,8,9).

La mamografía del hamartoma es característica (6-10) y frecuentemente es la que da el diagnóstico. Se presenta como una masa circunscrita de contornos definidos (a veces rodeada de una pseudocápsula fina) y densidad variable, según la proporción de elementos que la forman (5,8,10).

La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) puede ser útil en el diagnóstico de hamartoma, pero en nuestro caso, dado el discomfort de la paciente, se optó por intervenir directamente. No obstante podemos hallar, extendidos más o menos celulares, constituidos por células ductales y acinares, moderada cantidad de células mioepiteliales, y en algunos casos ocasionales células apocrinas y adiposas (14).

Hasta la fecha los hamartomas han sido infradiagnosticados (7,10,14). Ello se relaciona en que en ocasiones es difícil palparlos dada su similitud con el tejido mamario normal (9,10) y a que carecen de un patrón histológico concreto, el cual, a veces, sin el beneficio de la imagen, dificulta el diagnóstico clínico y patológico, respectivamente (7,8). Se espera que con la introducción de los programas de cribado aumente la frecuencia de dicha patología (6,8,10).

La transformación maligna del hamartoma es muy rara (6,8,9) y se considera un hallazgo inci-

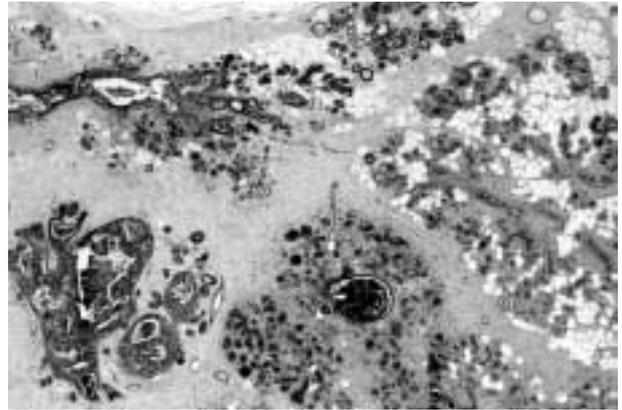


Fig. 4: Foco de carcinoma intraductal de alto grado nuclear con necrosis central tipo comedo.

dental (9-10). En la literatura anglosajona hay once casos descritos. La edad, clínica, tamaño, mamografía, histología y tratamiento, incluido nuestro caso, están resumidos en la tabla 1. La edad media de los once casos publicados es de 61 años (rango: 32-78), ligeramente superior a la edad media de las mujeres con hamartoma simple de mama que, según las series revisadas, varía entre 40-50 años. La mayoría se puso de manifiesto en forma de una tumoración palpable, a excepción de dos que fueron detectados por mamografía de cribado, aunque posteriormente se palparon en la exploración física. En los casos que se realiza mamografía, la imagen fue de hamartoma típico asociándose signos radiológicos de malignidad (microcalcificaciones pleomórficas, área espiculada o densa), excepto en dos, en los que la detección de carcinoma fue un hallazgo microscópico. El tamaño medio de la tumoración fue de 6 cm (rango: 1,5-7 cm). La histología abarca todo el espectro de carcinoma ductal y lobulillar. En todos los casos el tratamiento fue quirúrgico practicándose mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar en aquellos con carcinoma invasivo, y tumorectomía en los casos de carcinoma in situ.

Nosotros presentamos un nuevo caso de hamartoma con carcinoma intraductal focal de alto grado nuclear en su interior, sin evidencia de invasión ni de afectación del margen quirúrgico. La tumoración fue detectada mediante mamografía de cribado aunque a posteriori se palpó en la exploración física. La mamografía diagnóstica mostró una imagen de hamartoma clásico sin

Tabla 1. Revisión de los once casos de hamartoma con carcinoma (incluye el caso expuesto en este artículo)

	EDAD	CLINICA	MAMA	MAMOGRAFÍA	TAMAÑO	HISTOLOGÍA	TRATAMIENTO
Mendiola et al 1982	54	Masa dolorosa	—	Hamartoma con microcalcificaciones	—	CLIS	—
Coiné et al 1992	59	Masa palpable, detectada por cribado	MI CSI	Hamartoma típico	5 cm	CLIS + foco microinvasión	Tumorectomía
Anani et al 1996	78	Masa indurada, Ulceración piel	MD —	Hamartoma típico con áreas irregulares y microcalcificaciones sospechosas	—	CDI	Mastectomía+VAX
Anani et al 1996	53	Masa palpable	MD —	Tumoración espiculada sospechosa	—	CDI	Mastectomía+VAX
Mester et al 2000	59	Masa palpable	MD CII	Hamartoma con calcificaciones pleomórficas	7 cm	CDI + CDIS	Mastectomía+VAX
Kuroda et al 2001	53	Masa palpable	MI CII	Hamartoma típico	6 cm	CLI + CLIS	Tumorectomía Mastectomía+VAX (post)
Tse et al 2002	32	Masa palpable	MD CSE	No se realizó	2 cm	CDIS	Tumorectomía
Tse et al 2002	68	Masa palpable	MD CSE	No se realizó	1,5 cm	CDIS + foco microinvasión	Tumorectomía
Baron et al 2003	54	Masa palpable	MD CSE	Hamartoma con calcificaciones pleomórficas	4 cm	CLI	Tumorectomía
Lee et al 2003	65	Nódulo axilar, masa no palpable	MD CSE	Hamartoma con área espiculada y microcalcificaciones	6 cm	CDI	Mastectomía+VAX
Lee et al 2003	68	Masa detectada cribado, palpable	MI CSE	Hamartoma típico con masa espiculada sospechosa	2,7 cm	CDI	Mastectomía bilateral
Company y Col. 2003*	48	Masa detectada cribado, palpable	MD CSE	Hamartoma típico	3cm	CDIS	Tumorectomía

CDI: carcinoma ductal infiltrante; CLI: carcinoma lobulillar infiltrante; CDIS: carcinoma intraductal; CLIS: carcinoma lobulillar in situ; MI: mama izquierda; MD: mama derecha. CSI: cuadrante súperointerno; CII: cuadrante ínferointerno; CSE: cuadrante súperoexterno; VAX: vaciamiento axilar.

* Caso perteneciente a este artículo.

signos de malignidad. El diagnóstico de carcinoma fue histológico encontrándose un foco de 4 milímetros en un único corte tras incluirlo en su totalidad. El crecimiento de la tumoración reflejada en mamografías posteriores obligó a realizar la tumorectomía de la misma.

En resumen, los hamartomas de mama son tumoraciones benignas y poco comunes, cuya malignización se considera un hallazgo incidental. Sin embargo, se recomienda un adecuado muestro y valoración macroscópica de las lesiones inocuas ya que en ocasiones, tal y como hemos visto en nuestro caso, el foco de carcinoma es un hallazgo microscópico (2,3,6,7). Aunque los casos publicados de hamartoma concomitante con carcinoma son escasos, todos los autores coinciden en que las lesiones que se presenten con clínica y características de hamartoma clásico, sin signos de malignidad, pueden ser tratados de forma conservadora, pues el riesgo de malignización es mínimo; por el contrario, si la tumoración presenta características atípicas, tales como aumento de tamaño o simplemente la paciente manifiesta disconfort está indicado realizar exéresis de la misma o al menos biopsiarla (4,5,9,10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrigoni MG, Dockerty MB, Judd ES. The identification and treatment of mammary hamartoma. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 133: 577-82.
2. Mendiola H, Henrik-Nielsen R, Dyreborg U, Blichert-toft M, Al-Hariri JA. Lobular carcinoma in situ occurring in adenolipoma of the breast. Report a case. *Acta Radiol Diagn* 1982; 23: 503-5.
3. Coyne J, Hobbs FM, Boggis C, Harland R. Lobular carcinoma in a mammary hamartoma. *J Clin Pathol* 1992; 45: 936-7.
4. Anani PA, Hessler Ch. Breast hamartoma with invasive ductal carcinoma. Report of two cases and review of the literature. *Path. Res. Pract* 1996; 192: 1187-194.
5. Mester J, Simmons RM, Vazquez MF, Rosenblatt R. In situ and infiltrating ductal carcinoma arising in a breast hamartoma. *Am J Roentgenol* 2000; 175: 64-6.
6. Kuroda N, Sugimoto T, Numoto S, Enzan H. Microinvasive lobular carcinoma associated with intraductal spread arising in a mammary hamartoma. *J Clin Pathol* 2002; 55: 76-7.
7. Tse GMK, Law BKB, Pang LM, Cheung HS. Ductal carcinoma in situ arising in mammary hamartoma. *J Clin Pathol* 2002; 55: 541-2.
8. Tse GMK, Law BKB, Ma TKF, Chan ABW, Pang L-M, Chu WCW, Cheung HS. Hamartoma of the breast: a clinicopathological review. *J Clin Pathol* 2002; 55: 951-4.
9. Baron M, Ladonne JM, Gravier A, Picquetot JM, Berry M. Invasive lobular carcinoma in a breast hamartoma. *Breast J* 2003; 9: 246-8.
10. Lee EH, Wylie EJ, Bourke AG, de Boer WB. Invasive ductal carcinoma arising in a breast hamartoma: two cases reports and a review of the literature. *Clinical Radiology* 2003; 58: 80-6.
11. Wahner-Roedler DL, Sebo TJ, Gisvold JJ. Hamartomas of the breast: clinical, radiologic and pathologic manifestations. *Breast J* 2001; 7: 101-5.
12. Ravakhah K, Javadi N, Simms R. Hamartoma of the breast in a man: First case report. *Breast J* 2001; 7: 266-8.
13. Chalkiadakis G, Petrakis I, Chrysos E, Tzouvaras G, Datseria G, Vassilakis JS. A rare case of benign mesenchymoma of the breast in a man. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25: 96-7.
14. Gómez-Aracil V, Mayayo E, Azua J, Mayayo R, Azua-Romeo J and Arraiza A. Fine needle aspiration cytology of mammary hamartoma: a review of nine cases with histological correlation. *Cytopathology* 2003; 14: 195-200.