

Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama (HEPA): ¿hallazgo incidental o lesión premaligna?

Céspedes Casas C.¹, Alayón Hernández N.¹, González Pérez I.¹, Luque Mialdea A.¹

Correspondencia: Carmen Céspedes Casas.
Email: carmencespedescasas@hotmail.es

Resumen

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (HEPA) de la mama es una entidad benigna poco frecuente. Suele presentarse en mujeres premenopáusicas o postmenopáusicas con tratamiento hormonal sustitutivo como un nódulo de características benignas de rápido crecimiento. El estudio radiológico suele ser inespecífico y precisa de biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía para estudio anatomopatológico. Histológicamente consiste en una proliferación del estroma mamario que forma espacios pseudovasculares y debe realizarse el diagnóstico diferencial con el angiosarcoma de bajo grado. Actualmente se considera controvertido su asociación con el carcinoma de mama, aunque se considera más un hallazgo incidental en el estudio histológico que una lesión premaligna. Se recomienda el tratamiento quirúrgico mediante tumorectomía en los casos de gran tamaño, sintomáticos o discordancia de histología e imagen radiológica. La tasa de recidiva oscila entre un 15-25%, por lo que se recomienda seguimiento radiológico tras su extirpación.

Abstract

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) of the breast is a rare benign entity. Usually seen in premenopausal or postmenopausal women with hormone replacement therapy as a benign nodule characteristics of rapid growth. The radiological study is often nonspecific and accurate core biopsy (BAG) guided by ultrasound for pathological study. Histologically is a proliferation of mammary stroma form pseudovascular spaces and differential diagnosis must be made with low-grade angiosarcoma. Currently considered controversial association with breast carcinoma, but is considered more an incidental finding in which premalignant histology injury. Surgical treatment is recommended by lumpectomy where large symptomatic or disagreement pathology and radiological findings. The recurrence rate ranges from 15-25%, so radiological monitoring is recommended after excision.

Palabras clave: Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa — nódulo mamario — lesión premaligna — hallazgo incidental

Keywords: pseudoangiomatous stromal hyperplasia — breast lump — premalignant — incidental finding

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia estromal angiomasosa (HEPA) es una enfermedad benigna de la mama. Su incidencia

¹Servicio Ginecología. Hospital Santa Bárbara Puertollano.

real es desconocida. Su frecuencia se sitúa en torno al 0,4% de las biopsias mamarias⁽¹⁾. Clínicamente se suele presentar como un nódulo bien definido de crecimiento rápido en mujeres premenopáusicas o postmenopáusicas que realizan un tratamiento hormonal sustitutivo (THS).

CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años que consultó por nódulo en intercuadrantes externos (ICE) que ocupa cuadrante supero externo (CSE) de mama izquierda de 4 cm aproximadamente, móvil, bien delimitado y doloroso a la palpación. Sin antecedentes familiares ni personales de interés, salvo dos gestaciones que finalizaron mediante parto eutócico y lactancia materna durante más de seis meses. En la mamografía se objetivó un nódulo ovalado de 4-5 cm en ICE y márgenes parcialmente ocultos, clasificado como BIRADS IV (Figuras 1 y 2).



Fig. 1. Nódulo ovalado en ICE en mamografía mediolateral oblicua.

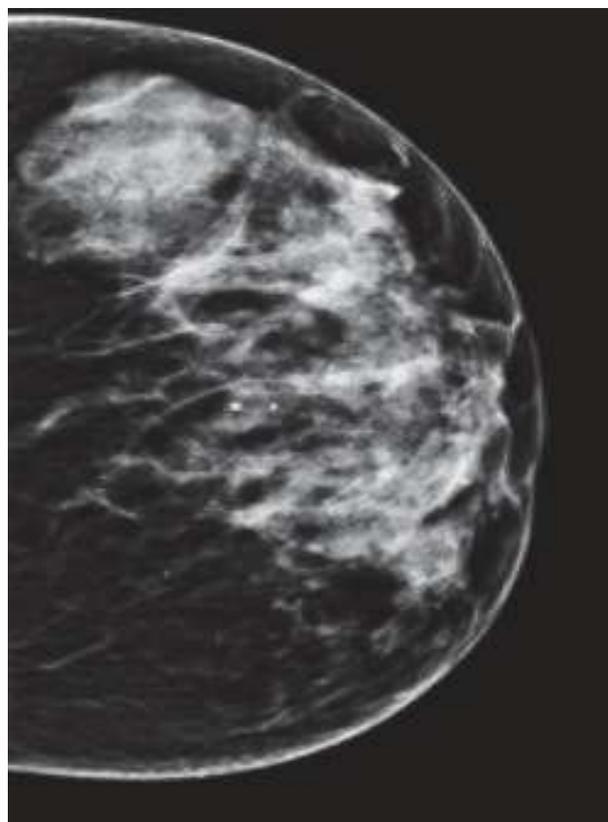


Fig. 2. Nódulo ovalado en ICE en mamografía proyección craneocaudal.

En la ecografía mamaria se observó una tumefacción ovalada de consistencia mixta y de tamaño 4 cm (Figura 3). Se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía con resultado anatomopatológico de fibrosis y áreas de adenosis. Se indicó exéresis del nódulo por dolor referido de la paciente. La pieza de tumorectomía fue de 5 x 4,3 x 2,5 cm de tejido blanquecino-grisáceo de consistencia elástica con mínimas áreas químicas compatible con HEPA.

DISCUSIÓN

La HEPA de la mama no se considera una lesión premaligna. Su patógenia es desconocida aunque algunos autores apuntan a que se trata de una respuesta hormonal de los fibroblastos⁽²⁾. Suele ser un diagnóstico incidental en el estudio anatomopatológico. Asociado a un amplio espectro de lesiones como ginecomastia, involución mamaria, otras lesiones benignas y carcinomas. Se presenta en mujeres premenopáusicas o mujeres expuestas



Fig. 3. Nódulo con contorno bien definido, heterogéneo, con áreas quísticas y sombra acústica posterior.

exógenamente a hormonas como un nódulo bien definido, unilateral y de crecimiento rápido. Actualmente se piensa que el principal estimulante es la progesterona, con atenuación de los síntomas y del tamaño en la primera fase del ciclo menstrual. Únicamente toma importancia cuando se traduce en una masa clínicamente palpable. En la exploración mamaria es frecuente que se confunda con un fibroadenoma mamario o tumor phyllodes⁽³⁾. Las imágenes radiológicas son inespecíficas. En la ecografía suele observarse un nódulo heterogéneo de predominio hipoeoico. En la mamografía lo más frecuente es una masa con bordes bien definidos aunque en algunos casos puede encontrarse bordes ocultos o espiculados. Se recomienda BAG para estudio anatomopatológico. En ocasiones la punción aspiración con aguja fina no suele ser diagnóstica. En las pruebas de imagen, incluso en el estudio microscópico de bajo aumento puede simular una lesión vascular similar al hemangioma perilobular o al angiosarcoma de bajo grado⁽⁴⁾. Macroscópicamente suele ser una masa blanquecina-amarillenta bien definida y consistencia sólida. Histológicamente hay una proliferación del estroma, observándose un patrón con canales anastomosados vacíos de distribución perilobular separados por fibras de colágeno. Los espacios están tapizados por células fusiformes sin atiplas ni mitosis que se asemejan a células endoteliales pero negativas para inmunohistoquímica (IHQ) CD31. Su origen es mesenquimal, se trata de células estromales (miofibroblastos) y muestran posibilidad a vimentina, activa y CD34, así como receptores de estrógenos y progesterona⁽⁵⁾. A

día de hoy se considera controvertido la asociación de HEPA con lesiones pre-malignas de mama o carcinoma. En una revisión de 9065 biopsias de mama se encontró 34 casos de HEPA y carcinoma de mama en la muestra analizada (5,9%) mientras que el resto de carcinomas 8,8% no se asociaba a la presencia de HEPA. Por lo que se considera que el hallazgo de HEPA en la muestra no se asocia a un incremento de riesgo de carcinoma, si no más bien un hallazgo incidental. En un estudio retrospectivo se encontró que los carcinomas descritos en mujeres que en una biopsia anterior fue informada como HEPA, aparecía 5 años más tarde de la biopsia⁽⁶⁾. Dada la dudosa asociación con lesiones malignas, la mayoría de los autores aconsejan tratamiento quirúrgico mediante tumorectomía. Se considera aceptable la conducta expectante con controles radiológicos cada 6 meses, siempre que tengamos una anatomía que nos confirme el diagnóstico y los hallazgos radiológicos no sean sospechosos. En los casos en los que la paciente tenga síntomas como dolor, crecimiento o exista discrepancia histológica y radiológica se recomienda su exéresis. La tasa de recidiva varía entre un 15% y un 22%⁽⁷⁾. Se asocia a una exéresis incompleta de la lesión, por lo que se recomienda control radiológico para descartar recidivas⁽⁸⁾.

CONCLUSIÓN

La HEPA es una lesión benigna de la mama poco frecuente. Actualmente se considera un hallazgo incidental en los casos que coexiste con carcinoma de mama, más que un precursor. Se aconseja tratamiento quirúrgico aunque la conducta expectante es aceptable en determinados casos. La tasa de recidiva se sitúa alrededor del 18% por lo que se recomienda control radiológico tras su extirpación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polger MR, Denison CM, Lester S, Meyer JE. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic and sonographic appearances. *AJR Am J Roentgenol.*1996;166:349-52.
2. Grown KW, Mayfield JK, Lloyd D, Shehata BM. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast in two adolescent females. *Am Surg* 2004. 70(7). 605-8.
3. Leon ME, Leon MA, Ahuja J, García FU. Nodular myofibroblastic stromal hyperplasia mammary gland as an accurate name for pseu-

doangiomatous stromal hyperplasia of the mammary gland. *Breast J.* 2002;8(5):290-3.

4. Hovorkova E, Ryska A, Spacek J: Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Cesk Patol.*1998. 34(3): 109-15.

5. Vuitch MF, Rosen PP, Erlandson RA: Pseudoangiomatous hyperplasia of the mammary stroma. *Hum Pathol.* 1986. 17(2):185-91.

6. Degnim AC, Frost MH, Radisky DC, Anderson SS, Vierkant RA, Boughey JC, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia and breast cancer risk. *Ann Surg Oncol.* 2010;17:3269-77.

7. Powell CM, Cranor ML, Rosen PP. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH). A mammary stromal tumor with myofibroblastic differentiation. *Am J Surg Pathol.*1995;19:270-7.

8. Jaunoo SS, Thrush S, Dunn P. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH): A brief review. *Int J Surg.* 2011;9:20-2.