

Esferulosis Colagénica de la Glándula Mamaria*

Dr. Horacio Scigliano **

RESUMEN

Se estudia el primer caso nacional de esferulosis colagénica de la mama. Se trata de una afección benigna, de hallazgo microscópico incidental en biopsias mamarias. Se señalan sus características clínicas y anatomopatológicas y la importancia de su diagnóstico diferencial con algunas variedades de cáncer mamario.

SUMMARY

It is studied the first national case of collagenic spherulosis of the breast. It is a benign affection of incidental microscopic finding, in breast biopsy. Their clinic and anatomic pathological characteristics and the importance of its differential diagnose from some kinds of mammary cancer are pointed out.

RESUME

On étudie le premier cas à niveau national de sphérulose collagénique du sein. Il s'agit d'une affection bénigne de trouvaille microscopique incidemment dans des biopsies du sein.

On remarque les caractéristiques cliniques et anatomo pathologiques et l'importance de son diagnostic différentiel avec quelques variétés du cancer du sein.

* Trabajo del Servicio de Anatomía Patológica del H.C.F.F.AA. Jefe: Equip. Mayor Médico Elsa Farías.

** Equip. Alf. Médico. Asistente de Anat. Patológica de la Facultad de Medicina. Asistente de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (Montevideo, Uruguay).

INTRODUCCION

La aplicación de nuevos métodos al diagnóstico histopatológico (inmunohistoquímica, microscopía electrónica) ha permitido definir claramente, durante los últimos años, nuevas entidades nosológicas en el campo de la patología. El conocimiento de éstas resulta de enorme importancia por diferentes motivos: incrementa el conocimiento científico actual y permite separar como entidades benignas, proliferaciones consideradas hasta el momento malignas, de tratamiento esencialmente distinto.

Este es el caso de la Esferulosis Colagénica(1), lesión mamaria benigna de reciente descripción. Su hallazgo microscópico incidental en biopsias mamarias o piezas de mastectomía puede inducir al anatómo patólogo al error diagnóstico. Su desconocimiento de parte del clínico puede condicionarlo a que adopte terapias agresivas.

Motiva la presente comunicación, aportar los aspectos clínico y anatómo patológicos más relevantes del primer caso diagnosticado en nuestro servicio y en nuestro país.

CASO CLINICO

I.P. No. registro: 255731. Hospital Militar. Mujer de 45 años, diabética e hipertensa.

En el año 1987, consultó por tumefacción mamaria izquierda, de 5 cms. de diámetro, con bordes irregulares, adherida a piel y pezón, acompañada de calor local. No secreción por el pezón. No se palparon ganglios.

Se realizó una mamografía bilateral (19.10.87) que mostró: proceso infiltrativo difuso en el

sector ínfero-externo de la mama izquierda, sin caracteres radiológicos de malignidad.

La impresión clínica y radiológica era de un proceso inflamatorio. La punción citodiagnóstica (28.10.87. Prof. Dr. J. A. Mautone) constató un exudado necrótico purulento.

Se efectuó tratamiento antibiótico registrándose buena evolución clínica.

En Mayo del presente año (1989) consultó por un nódulo de 6 cms. de diámetro en cuadrantes externos de la misma mama. Una nueva mamografía bilateral (18.7.1989) no reveló evidencia de lesión.

Ante la persistencia clínica del nódulo, con mamografía negativa, y con el diagnóstico clínico de quiste mamario, se practicó biopsia excéresis de la tumoración.

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscopía. se recibió un fragmento tisular de 5x4x2 cms., recubierto de tejido adiposo. La superficie de corte dejaba a la vista formación quística de 1,5 cms. de diámetro, de contenido gelatinoso; superficie interna lisa, sin excrescencias papilares. Adyacente se apreciaba un tejido blanquecino nacarado, de contornos poco nítidos.

Se estudió el material en totalidad. Se efectuaron técnicas de rutina (hematoxilina y eosina), técnicas especiales para mucinas (Alcian Blue a Ph. 2,4 y P.A.S.) y para tejido conectivo (Wilder, Tricómico de Masson y Tricómico de Van Gieson).

Microscopía: la histopatología mostró un mosaico de lesiones: microquistes de metaplasia apócrina, focos de adenosis, micropapilomas intraductales, fibrosis moderada y exudado linfocitario difuso. Todas estas alteraciones configuran una Mastopatía fibroadenoquística o "lesión proliferativa benigna". (Foto 1)

En el interior de los conductos de mediano tamaño (Foto 2), ligeramente ectásicos o con micropapilomas, se aprecian estructuras esféricas, de topografía multifocal. Estas esférulas, cuyos diámetros oscilan entre 20 y 100 micras, son acelulares, bien circunscriptas, de configuración concéntrica y/o radiada, laminar. La técnica de coloración de rutina las muestra acidófilas y fibrilares, con un centro pálido y una zona periférica de coloración más intensa. Llenan completamente la luz de algunos conductos; en otros sólo lo hacen parcialmente.

El componente fibrilar se tiñó de azul con el tricómico de Masson; rosado con el Van Gieson y en negro con la técnica de Wilder para re-



Foto 1.: Parenquima mamario con lesión proliferativa benigna y conducto mamario ectásico con una esférula colagénica. (x 40).

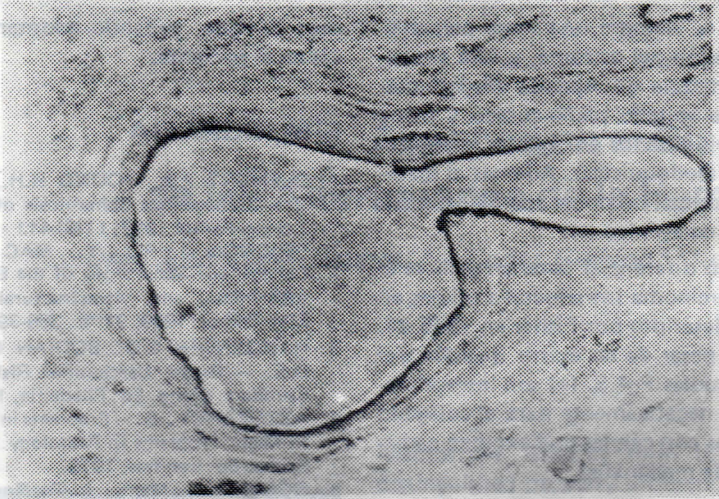


Foto 2.: Conducto mamario de gran tamaño, ectásico con múltiples estructuras esféricas (x 40).

ticulina. Las técnicas para mucinas ácidas y neutras revelaron positividad exclusiva para algunas de ellas o más raramente mixta.

No se constató calcificación en las esférulas ni elastosis del estroma.

DISCUSION

La primera descripción de la Esferulosis Colágenica de la mama corresponde a Clement, Young y Azzopardi en 1987(1). Con la única excepción del trabajo de Grignon y col. (2) sobre los aspectos inmunohistoquímicos y ultraestructurales, no hemos encontrado otras publicaciones en la literatura mundial ni nacional. Tampoco figura su mención en los textos clásicos de referencia de patología mamaria(3, 4).

La lesión típicamente ocurre en mujeres, en la edad media de vida (promedio 40 años). Consultan a causa de un nódulo mamario palpable acompañado o no de anomalías mamográficas. La biopsia exéresis revela, prácticamente en la totalidad de los casos, la existencia de lesiones proliferativas benignas; específicamente pequeños papilomas intraductales, como en nuestro caso, adenosis esclerosante, microfibroadenomas, epiteliosis infiltrativa (cicatriz fibrosa o radial scar). En raras ocasiones se asocia a le-

siones proliferativas malignas (carcinoma ductal o lobulillar invasivo) (1). Son estos procesos que dan cuenta de los hallazgos clínicos, mamográficos o ambos.

Adyacente a estas proliferaciones aparece la lesión denominada Esferulosis Colágenica. Se trata de un hallazgo incidental, de focos microscópicos, uni o multifocales, a nivel de la unidad secretoria terminal (parte distal de conductos y acinos) (5). Las técnicas especiales de coloración indican que las esférulas contienen colágeno, con cantidades variables de mucina ácida (alcianofilia) y neutra (positividad para el P.A.S.).

Estos hallazgos permiten suponer que, por lo menos el componente P.A.S. (+) en las esférulas representa material de membrana basal. A pesar de ello, la histogénesis de la Esferulosis colágenica está aún en el plano especulativo. Algunos lo atribuyen a las células con diferenciación mioepitelial que rodean las esférulas(1). Los estudios inmunohistoquímicos parecen así demostrarlo(2).

Sin duda, la principal consideración de la Esferulosis Colágenica es su diagnóstico diferencial con otras patologías, fundamentalmente la tumoral maligna. La variedad que induce a mayor error es el Carcinoma Adenoide Quístico, por su similar morfología y la presencia de esférulas hialinas intraductales. La diferencia radica en varios hechos: el Carcinoma Ade-

noide quístico es siempre una masa palpable, que exhibe invasión del estroma, y está constituido por una mezcla de espacios pseudoductales revestidos de epitelio plano-cúbico y otros de tipo quístico limitados por células mioepiteliales (llamados pseudoquistes). Además el material hialino intraductal no posee apariencia fibrilar ni contenido colagénico (1).

El diagnóstico diferencial también incluye el aún más raro Carcinoma Intraductal a células en anillo de sello, descrito por Fisher en 1985 (6). En este caso, a pesar de no existir invasión del estroma, las vacuolas P.A.S. (+) son intracelulares, se colorean negativamente para el colágeno y están asociadas con células que exhiben caracteres nucleares de malignidad.

En suma, la Esferulosis Colagénica es una lesión mamaria benigna de hallazgo microscópico incidental, asociada a lesiones proliferativas benignas o malignas. Su principal importancia reside en el hecho de reconocerla como un pro-

ceso benigno, evitando adoptar terapias agresivas en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. CLEMENT P.B., YOUNG R.H., AZZOPARDI J. G. — Collagenous Spherulosis of the Breast. Am. J. Surg. Pathol 1987, 11(6) 411 - 417.
2. GRIGNON D., RO J.Y., MAC KAY B. y col. — Collagenous Spherulosis of the Breast. Immunohistochemical, and ultrastructural studies. Am J. Clin. Pathol. 1989, 91(4): 386-392.
3. HAAGENSEN C.D., BODIAN C., HAAGENSEN D.E. — Breast Carcinoma. Risk and Detection. Saunders. Comp. Ed. Filadelfia, 1981.
4. AZZOPARDI J.G. — Problems in Breast Pathology. In Major Problems in Pathology. Vol. 11. Saunders Comp. Ed. Londres, 1979.
5. ROSAI, J. — Mama. In Patología Quirúrgica de Ackerman. Cap. 19, 1109-1172. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 6ta. Ed. 1983.
6. FISHER E.R., BROWN R. — Intraductal signet ring ceel carcinoma. A hitherto undescribed form of intraductal carcinoma of the Breast. Cancer, 1985, 55(11): 2533-2537.