

# Caso aislado

## Descripción de un caso de liposarcoma de mama con seguimiento prolongado

V. Marco Molina<sup>1</sup> y F. Rodríguez Méndez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Catalunya, Sant Cugat, Barcelona; <sup>2</sup>Clínica Quirón, Barcelona.

### SUMMARY

A 47-year-old woman underwent local excision of a myxoid liposarcoma of the breast 20 years ago. The tumor measured 5 cm. She has been free of disease ever since. Review of the literature indicates that the biological behaviour of liposarcoma of the breast is similar to that of soft tissue tumors. Metastases are more common in pleomorphic tumors than in well differentiated or in myxoid tumors. Local excision with an adequate margin of mammary tissue is considered to be the treatment of choice. **Patología 1997; 30(2): 135-138.**

**Key words:** Breast - Liposarcoma - Phyllodes tumor

### RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 47 años operada de liposarcoma mixoide de la mama hace 20 años. El tumor medía 5 cm de diámetro máximo, realizándose tumorectomía. La paciente ha permanecido libre de la enfermedad hasta la actualidad. La revisión de la literatura indica que el comportamiento de los liposarcomas de la mama es similar al de los tumores de partes blandas, y que las metástasis son más frecuentes en los tumores pleomórficos que en aquellos bien diferenciados y de tipo mixoide. El tratamiento de elección es la tumorectomía con un margen adecuado de tejido mamario sano. **Patología 1997; 30(2): 135-138.**

**Palabras clave:** Mama - Liposarcoma - Tumor filodes

### INTRODUCCIÓN

Los liposarcoma de mama son raros; únicamente se han descrito 40 casos con suficiente información clínica e histológica para considerarlos como auténticos liposarcomas de mama (1, 2). Sin embargo, el 7% de los tumores filodes de mama pueden presentar un componente adiposo (6). Únicamente cinco de los casos descritos tienen un seguimiento superior a 10 años (3-6).

En este artículo describimos las características clínicas, mamográficas e histológicas de un liposarcoma de mama con seguimiento clínico prolongado.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 47 años presentó en octubre de 1975 una tumoración circunscrita en la mama derecha; medía 5 × 3,5 cm,

no estaba adherida a la piel y no se palpaban adenopatías en la axila. La mamografía mostraba una imagen densa, de límites circunscritos, con una zona de aspecto infiltrativo (Fig. 1). Se realizó extirpación local del tumor, con un margen adecuado de parénquima mamario sano.



**Figura 1.** La mamografía muestra una lesión nodular, densa, de límites circunscritos.

La paciente ha seguido revisiones periódicas y se ha sometido a varias mamografías durante los últimos 20 años, permaneciendo asintomática hasta diciembre de 1995.

### ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

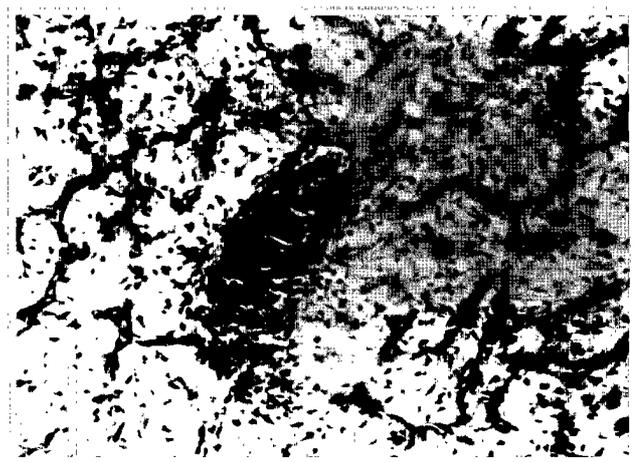
Macroscópicamente el tumor estaba bien circunscrito; era de consistencia blanda y color amarillento, algo más oscuro que el tejido adiposo circundante, y presentaba algunas estrías rojizas (Fig. 2). El estudio histológico mostraba un tumor con abundante matriz mixoide y vascularización prominente. El patrón vascular era de tipo plexiforme, con vasos capilares que presentaban ramificaciones anguladas (Fig. 3). Algunos vasos mostraban trombos de fibrina, y las células tumorales se configuraban como núcleos ovalados o estrellados con escaso pleomorfismo (Fig. 4). Se identificaban lipoblastos pequeños de núcleo redondeado, con microvacuolas citoplásmicas (Fig. 5). La actividad mitótica era escasa (dos mitosis por 10 campos de gran aumento). Los límites tumorales eran circunscritos; en la periferia se identificó un foco de interacción del tumor con el epitelio mamario, observándose una proyección intraductal del estroma tumoral (Fig. 6).



**Figura 2.** Aspecto macroscópico del tumor. Presenta tejido amarillento, mucoso y lobulado, con estrías rojizas en el centro. Está bien delimitado por el tejido adiposo circundante. Mide 5 x 3,5 cm.

### DISCUSIÓN

Los liposarcomas de mama afectan predominantemente a mujeres; se han descrito casos entre los 18 y 76 años (edad media de 47 años) (2, 3), y algunos excepcionales en la mama masculina y un caso bilateral (1, 2). Generalmente, se presentan como tumoraciones circunscritas y blandas, no adheridas a la piel ni a planos profundos (3). Los hallazgos mamográficos sólo se han descrito en 4 casos, incluyendo el presente (1, 5, 7). En todos ellos los tumores formaban masas nodulares, densas, bien circunscritas. El tamaño tumoral ha variado entre 1 y 19 cm, siendo la media de 8 cm.



**Figura 3.** El tumor muestra un patrón vascular plexiforme, con vasos capilares angulados y matriz mixoide. En el centro se observa un vaso trombosado (original, HE x40).

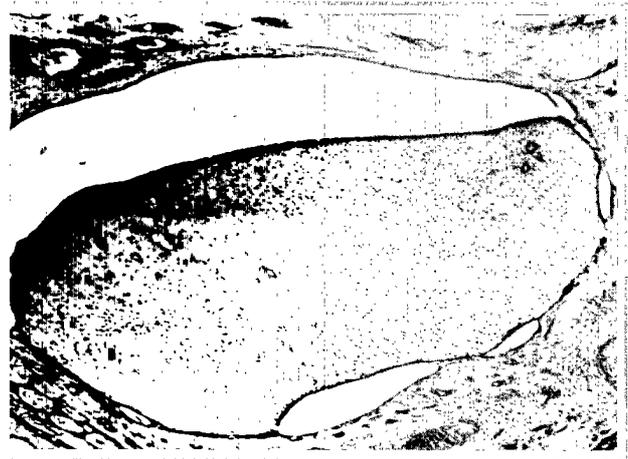


**Figura 4.** Las células tumorales muestran núcleos ovalados, con escaso pleomorfismo y pocas mitosis (original, HE  $\times 400$ ).

Histológicamente los tumores han sido clasificados como liposarcomas bien diferenciados, mixoides y pleomórficos, sin que exista predominio de un tipo sobre los demás. Cinco pacientes presentaron metástasis por vía hemática que afectaba a pulmones, hueso y corazón (8). Un paciente presentó metástasis axilares (2). Los casos metastáticos habían sido tratados con mastectomía, y predominaban los de histología pleomórfica (2, 5, 8, 9). Las metástasis se presentaron entre los 5 y 14 meses después del diagnóstico. En 5 casos el seguimiento ha sido superior a los 10 años; cuatro de ellos se han tratado mediante extirpación local del tumor, y todos han permanecido libres de enfermedad en periodos que varían entre los 14 y 21 años (3, 4, 8). Estos datos indican que el comportamiento clínico de los liposarcomas de mama es similar al de los tumo-



**Figura 5.** Lipoblasto en anillo de sello, característico de los liposarcomas mixoides. Muestra un núcleo excéntrico y un citoplasma vacuolado (original, HE  $\times 1000$ ).



**Figura 6.** En la periferia del tumor se observa la estroma tumoral en forma de proyección polipoide intraductal (original, HE  $\times 40$ ).

res de partes blandas. En la serie de Azumi y cols. (10), el 33% de los liposarcomas de partes blandas recidivaron y el 25% metastatizaron. En general, los tumores metastáticos presentaban un componente de células redondas (10).

El diagnóstico diferencial histológico puede plantearse con los lipomas de mama, los mixomas, los histiocitomas fibrosos malignos de tipo mixoide y los tumores filodes que presentan diferenciación adiposa.

Los lipomas y angioliomas de mama son relativamente frecuentes. Pueden plantear el diagnóstico diferencial con liposarcomas bien diferenciados y con liposarcomas mixoides, los lipomas fusocelulares con estroma mixoide (2, 11). Sin embargo, los lipomas no presentan lipoblastos ni el patrón vascular plexiforme de los liposarcomas (12). Los mixomas mamarios son raros; recientemente, Carney (13) ha descrito casos asociados al síndrome de mixomas, pigmentación cutánea e hiperactividad endocrina. El cambio mixoide afecta selectivamente a la estroma lobulillar en las lesiones pequeña; las lesiones mayores presentan características fibroadenomatosas. Un paciente de la serie de Carney mostraba un pólipo mixoide intraductal. A diferencia de los liposarcomas, los mixomas presentan escasa vascularización. Los histiocitomas fibrosos de tipo mixoide presentan marcado pleomorfismo nuclear y patrón arremolinado, y los vasos no son tan plexiformes y angulados como en los liposarcomas mixoides (12). Resulta difícil saber si los liposarcomas de mama se originan *de novo* o son el resultado de la transformación adiposa de un tumor filodes (6). En el presente caso, el tumor únicamente muestra crecimiento intraductal en un foco microscópico de la periferia, por lo que puede representar un tumor filodes residual o simplemente crecimiento intraductal del liposarcoma.

El tratamiento de elección de los liposarcomas de mama, al igual que el de los tumores filodes con diferenciación adiposa, consiste en la extirpación completa del tumor, no siendo necesarios en la mayoría de los casos la mastectomía ni el vaciamiento axilar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Foust, R.L., Berry, A.D., Moinuddin, S.M. *Fine needle aspiration cytology of liposarcoma of the breast. A case report.* Acta Cytol 1994; 38: 957-960.
2. Tavassoli, F.A. *Pathology of the breast.* Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut 1992; 546-548.
3. Haagensen, C.D. *Diseases of the breast.* 3ª ed. WB Saunders, Philadelphia 1986; 336-338.
4. Barnes, L., Pietruszka, M. *Sarcomas of the breast: A clinico pathologic analysis of 10 cases.* Cancer 1977; 40: 1577-1585.
5. Kristensen, P.B., Kryger, H. *Liposarcoma of the breast: A case report.* Acta Chir Scand 1978; 144: 193-196.
6. Powell, C.M., Rosen, P.P. *Adipose differentiation in cystosarcoma phylloides. A study of 14 cases.* Am J Surg Pathol 1994; 18: 720-727.
7. Rasmussen, J., Jensen, H. *Liposarcoma of the breast: A case report and review of the literature.* Virchows Arch (A) 1979; 385: 117-124.
8. Austin, R.M., Dupree, W.B. *Liposarcoma of the breast: A clinicopathologic study of 20 cases.* Human Pathol 1986; 17: 906-913.
9. Pollard, S.G., Marks, P.V., Temple, L.N., Thompson, H.H. *Breast sarcoma. A clinicopathologic review of 25 cases.* Cancer 1990; 66: 941-944.
10. Azumi, N., Curtis, J., Kempson, R.L., Hendrikson, M.R. *Atypical and malignant neoplasms showing lipomatous differentiation: A study of 111 cases.* Am J Surg Pathol 1987; 11: 161-183.
11. Rosen, P.P., Oberman, H.A. *Tumors of the mammary gland, 3rd series, fascicle 7.* AFIP Atlas of Tumor Pathology. Washington, DC 1993; 312.
12. Allen, P.W. *Tumors and proliferations of adipose tissue. A clinicopathologic approach.* Masson Publishing USA, Inc., New York 1981; 153-159.
13. Carney, J.A., Toorkey, B.C. *Myxoid fibroadenoma and allied conditions (myxomatosis) of the breast: A heritable disorder with special associations including cardiac and cutaneous myxomas.* Am J Surg Pathol 1991; 15: 713-721.