

Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama: a propósito de un caso clínico.

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) of the breast: case report.

AUTORAS

Irene Valle González ^a, Laura Varela Garza ^a, María Núñez Roa ^a

^a Centro de Salud de Mos. Av. do Rebullón, 31, 36416, Pontevedra.

Autor de correspondencia: Irene Valle González. Email: irene.valle.gonzalez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Se trata de una mujer de 15 años, sana, que consulta por aumento de volumen de la mama derecha en el último año. No refiere dolor, cambio en la coloración de la piel ni secreciones por el pezón.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 11 años. Telarquia con 4 años seguida por endocrinología pediátrica.

No presenta antecedente de cirugías o traumatismos mamarios previos, uso de anticonceptivos hormonales ni antecedentes familiares de neoplasias malignas mamarias o ginecológicas.

En la exploración se observa una clara asimetría mamaria a expensas de una tumoración en unión de cuadrantes superiores y cuadrante superior externo de unos 5 cm aproximadamente en la mama derecha (Imagen 1). En el complejo areola pezón presenta una región eccematosa. No se palpan adenopatías.

DIAGNÓSTICO

La ecografía mostró un nódulo oval hipoecoico de 50 mm x 20 mm, clasificado como BI-RADS 4A. Se realizó biopsia por aguja gruesa, cuya anatomía patológica se informó como tejido mamario con hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.

Posteriormente se realizó una resonancia magnética en la que se observó un nódulo de 87 x 67 x 72 mm afectando a todos los cuadrantes y desplazando el tejido glandular anterior y lateral. Axila ipsilateral normal. Clasificación radiológica BI-RADS 4 (Imagen 2).

Dado el crecimiento rápido de la tumoración, la paciente fue intervenida realizándose una tumorectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló una tumoración de 10,5 x 9,5 x 6 cm con superficie externa lisa, lobulada, de coloración grisácea y punteado hemorrágico focal. Microscópicamente tejido mamario con hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.

CONCLUSIÓN

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (HEPA) es una lesión benigna poco frecuente. Se manifiesta como una tumoración unilateral, indolora y de rápido crecimiento. Fue descrita por primera vez por Vuitch y Cols. en 1986 (1-4).

Aunque se desconoce su etiología, una de las teorías propuestas es la respuesta anormal del tejido estromal a la estimulación hormonal endógena o exógena, particularmente a la progesterona. En algunos casos presenta positividad para receptores de estrógenos y progesterona. Esto explicaría su mayor prevalencia en mujeres premenopáusicas, mujeres en tratamiento con anticonceptivos vía oral o mujeres posmenopáusicas con terapia hormonal sustitutiva (1-4), si bien la paciente de este caso negaba antecedentes de uso de anticonceptivos hormonales.

La edad descrita de aparición oscila entre los 14 y 67 años, pero la mayoría de los casos han sido descritos entre la tercera y la cuarta década de la vida.

En cuanto a la radiología, los hallazgos de las pruebas de imagen son inespecíficos, suelen verse como lesiones nodulares sólidas de bordes bien o parcialmente definidos en la ecografía y como masas con baja señal en T1 y alta en T2 en la RM, con bordes irregulares o microlobulados (5).

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, hallando un parénquima mamario con numerosas hendiduras estromales revestidas por miofibroblastos, tanto en el estroma interlobulillar como en el intralobulillar (6). Los espacios creados por estas hendiduras se encuentran vacíos, simulando luces vasculares.

El diagnóstico diferencial se realiza con el fibroadenoma, el tumor phyllodes, el harmartoma o el angiosarcoma de bajo grado, de ahí la importancia del buen diagnóstico histológico.

El tratamiento recomendado en la mayoría de los casos es la escisión quirúrgica con márgenes amplios sin linfadenectomía. Es necesario realizar un seguimiento a largo plazo para detectar posibles recidivas. El riesgo de recurrencia es bajo, 7-22%, y el pronóstico es bueno.

Se trata de un caso relevante para Atención Primaria porque afecta a mujeres jóvenes y suele cursar con un crecimiento acelerado, pudiendo generar gran estrés y alarmismo en la paciente, por lo que es necesario un diagnóstico rápido.

Figura 1. mamas con asimetría en primera consulta

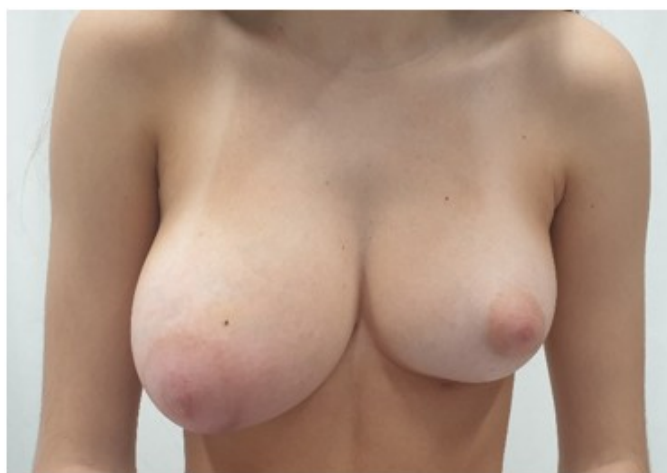
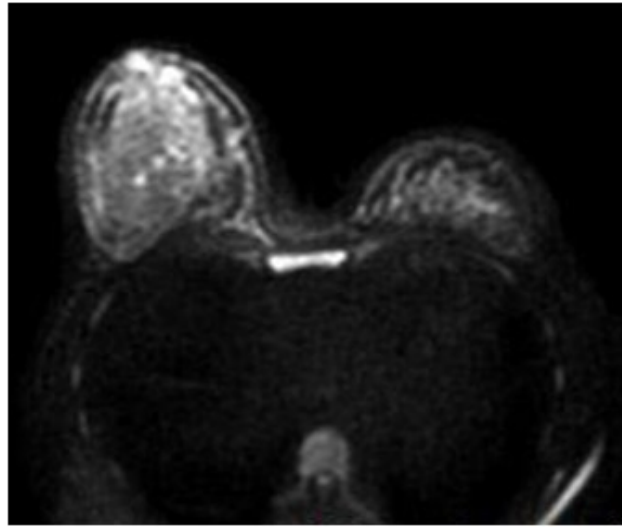


Figura 2. Resonancia magnética de la lesión mamaria

Consentimiento informado: Se ha recabado el consentimiento informado por escrito del paciente para publicar este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mansour S, Abdul Rahman SA, Kazour A, Salama I, Shmayes H, Rajab S, Issa R. Large tumoral pseudoangiomatous stromal hyperplasia with ER/PR stromal negativity in a 20-year-old female: A rare case report. *Clin Case Rep*. 2024 Jan 2;12(1):e8398. doi: 10.1002/ccr3.8398. PMID: 38173893; PMCID: PMC10762326.
2. Patel G, Bipte S, Narurkar S. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: A clinical perspective and a brief review. *J Cancer Res Ther*. 2023 Oct 1;19(7):1714-1720. doi: 10.4103/jcrt.jcrt_127_22. Epub 2023 Jan 3. PMID: 38376269.
3. Vuitch MF, Rosen PP, Erlandson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Hum Pathol*. 1986 Feb;17(2):185-91. doi: 10.1016/s0046-8177(86)80292-1. PMID: 3949338.
4. Márquez M, Corredor B, Azorín D, Muñoz MT, Argente J. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa mamaria bilateral; *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(5):309-311; DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.12.011
5. Machado M, Garzón A, Muñoz V, Flores Turk MG. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama (PASH): presentación de dos casos. *Rev. argent. radiol*. [Internet]. 2009 Dic [citado 2023 Jun 19] ; 73(4): 433-436. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000400007&lng=es.
6. Mallqui M, Wiegeling A, Wieslava N, Matos A, Cruzado C. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (PASH) en niña de 14 años: reporte de caso. *Rev. peru. ginecol. obstet*. [Internet]. 2021 Oct [citado 2023 Jun 19] ; 67(4): 00013. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000400013&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2363>.