seram
35 Congreso Nacional
Zaragoza

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES EN LA MAMA: LOCALIZACIÓN ATÍPICA, HALLAZGOS RADIOLÓGICOS NO ESPERADOS.

Andueza A[1], García S[1] , Reina R[2]

[1]Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.
[2] Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVO DOCENTE

- Conocer la existencia de este tumor infrecuente en una localización infrecuente como es la mama.
- Mostrar los hallazgos radiológicos característicos de este tumor en la mama.

REVISIÓN DEL TEMA

El tumor de células granulares (TCG) es un tumor benigno, poco frecuente, que se origina en las células perineurales o células de Schwann. Puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y ser multifocal, siendo la cabeza, el cuello, la pared torácica y los brazos las localizaciones más frecuentes. El TCG de la mama tiene una prevalencia de un 5-15% de todos los TCG. Ocurren más frecuentemente en mujeres de mediana edad premenopáusicas y con mayor afectación en mujeres afroamericanas.
Debido a su origen neural la localización más frecuente es en el cuadrante superior interno de la mama (siguiendo la dirección del nervio supraclavicular), en contraposición al carcinoma de mama que se da más frecuentemente en el cuadrante superior externo de la mama.[1] El TCG es más frecuente en la mama derecha. [2]

Hallazgos radiológicos.

Sus características clínicas y radiológicas son variables, aunque en muchas ocasiones simulan un carcinoma de mama: nódulo de consistencia dura, no doloroso a la palpación que puede ir acompañado de retracción de la piel. En 1-2% de los casos pueden ser malignos. En estos casos suelen ser masas grandes de crecimiento rápido y localmente invasivas. Pueden asociar linfoadenopatías, pudiendo metastatizar a distancia [3]

MAMOGRAFÍA: desde nódulos circunscritos hasta otros con bordes espiculados o mal definidos (Fig. 1 y 2). En la mamografía no se suelen evidenciar microcalcificaciones asociadas. [3]

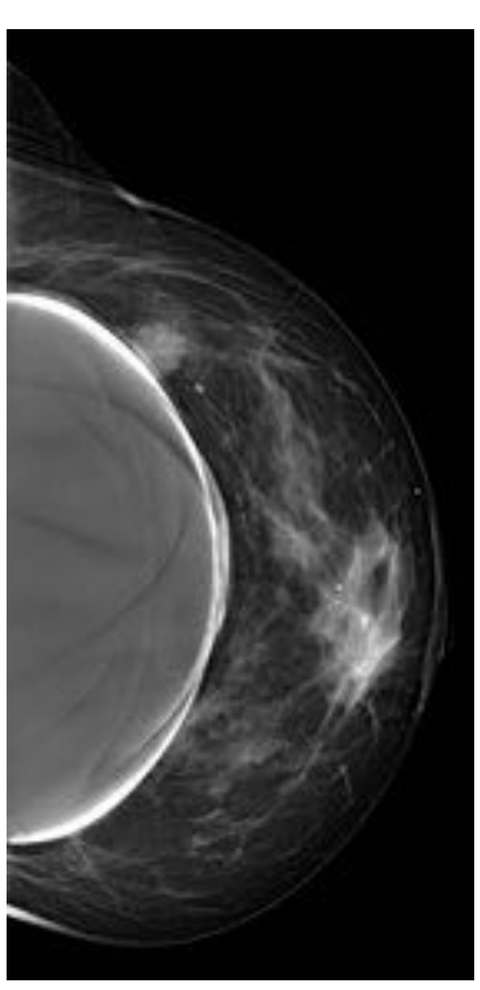
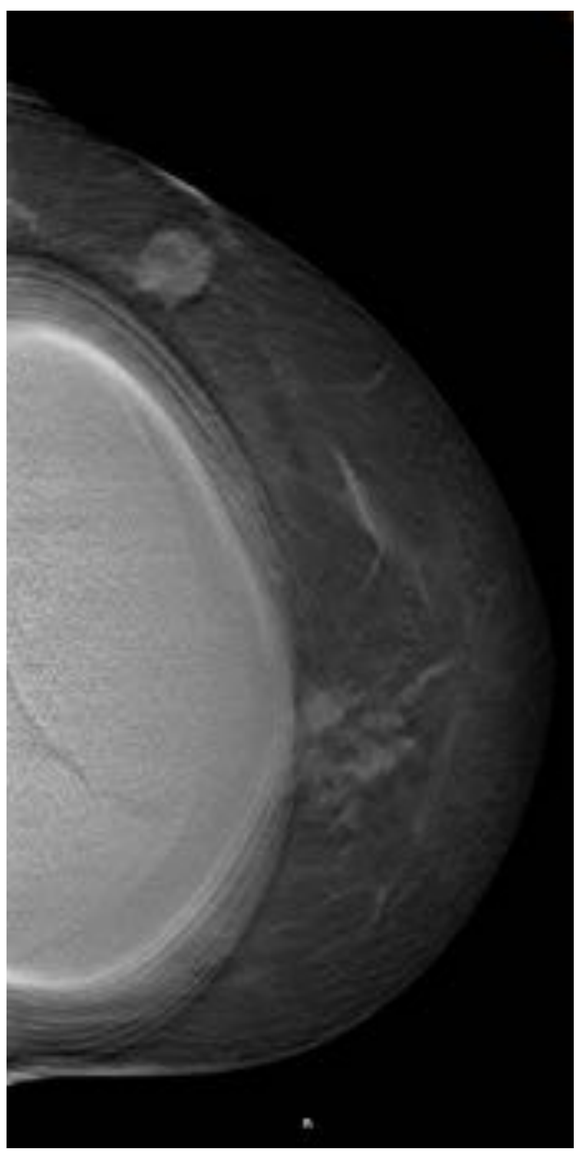


Figura 1 y 2. Mamografía oblicua mediolateral (izquierda) y craneocaudal (derecha). Cuerpo de la mama de densidad media. Prótesis mamaria retroglandular.
Nódulo en cuadrante supero-externo izquierdo de bordes parcialmente bien definidos con un diámetro máximo de 11 mm que se acompaña de discreto engrosamiento y retracción de la piel adyacente.

Figuras 3 y 4. Mamografías CC y OML derecha. Arpón localizado en lesión de baja densidad y bordes espiculados en UCS/ MD



Figuras 4 y 5. Tomosíntesis oblicua mediolateral y craneocaudal (izquierda). Ayuda a localizar y visualizar mejor los bordes del nódulo en el CSE/I. En CSI/I se observa un área de tejido fibroglandular no bien definida sin nódulos. Región axilar sin alteraciones.

ECOGRAFÍA MAMARIA: pueden simular lesiones benignas (bordes bien definidos y morfología ovalada) o lesiones malignas (bordes mal definidos, espiculados, verticalizados y con sombra acústica posterior) (Fig.6 y 7), dependiendo del grado de infiltración y fibrosis reactiva, la vascularización puede o no estar aumentada.[1]

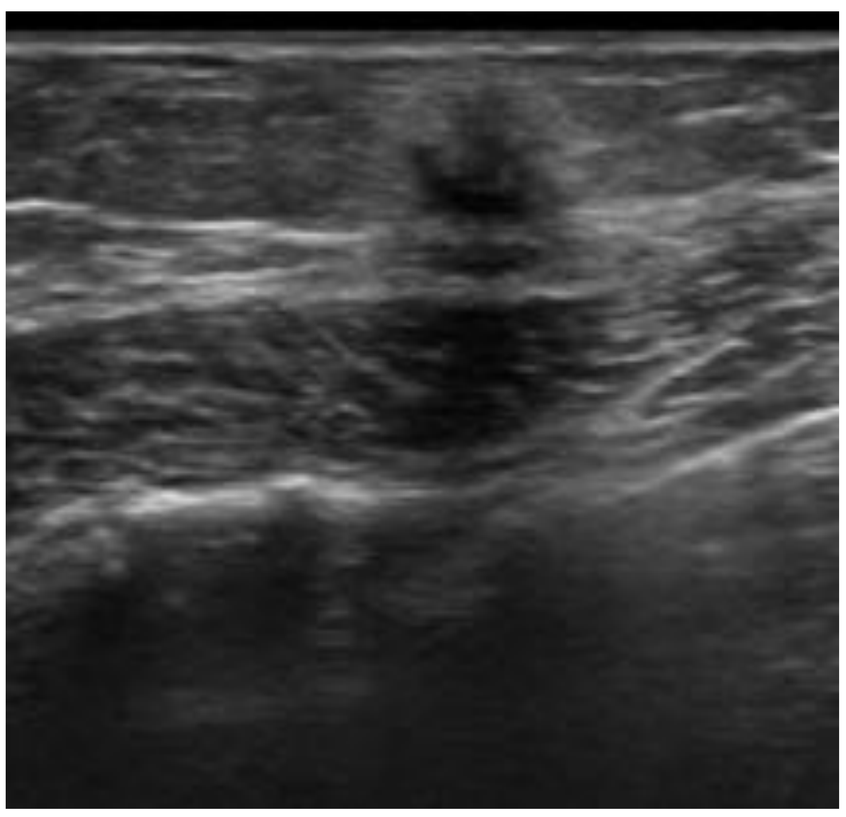


Figura 6. Nódulo en CSE izquierdo sólido, hipoecoico de bordes mal definidos con aumento de la ecogenicidad de la grasa adyacente y
discreta sombra acústica posterior en relación con el nódulo descrito en la mamografía (Fig 1 y 2).

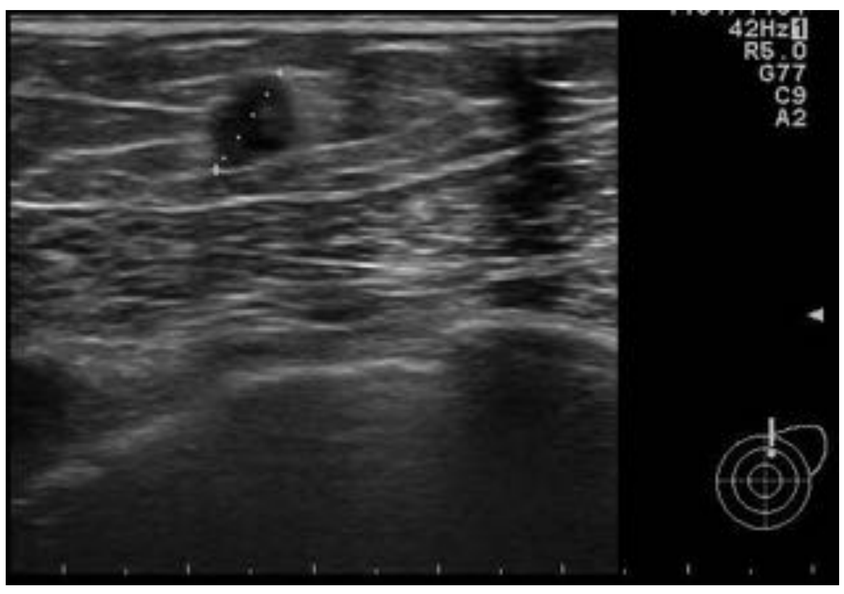


Figura 7. Formación nodular hipoecoica de bordes mal definidos de unos 9,3 mm de diámetro en unión de cuadrantes superiores de la mama izquierda sospechosa de malignidad.

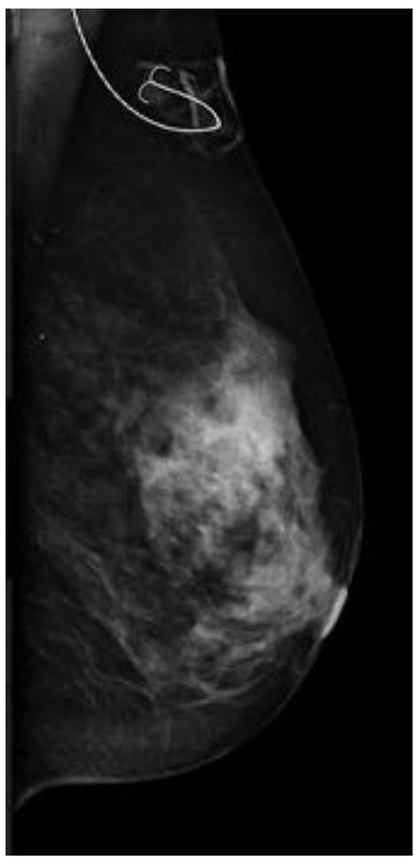


Figura 8. Arpón localizado en nódulo sospechoso de malignidad en UCS de MI de la figura 6.

RESONANCIA MAGNÉTICA: lesión de baja intensidad de señal en T1W, iso o hiperintenso en T2W y con un realce variable tras la administración de gadolinio vía intravenosa.[2] No existen hallazgos específicos y al igual que las otras pruebas de imagen simulan una lesión maligna.[1]

Como podemos ver este tipo de tumor supone un reto diagnóstico para el radiólogo.

En el diagnóstico diferencial debemos incluir:

- Carcinoma invasivo: las lesiones que se manifiestan como masas irregulares con engrosamiento y retracción cutánea, simulan un carcinoma tanto en la exploración clínica como en las diferentes técnicas de imagen. La biopsia suele ser necesario en muchas ocasiones para diferenciarlos.
- Necrosis grasa: se trata de una patología inflamatoria benigna secundaria a traumatismo accidental o yatrogénico. Clínicamente suele ser silente, sin embargo, en las distintas técnicas de imagen se muestra como una anormalidad con un amplio espectro de manifestaciones en pruebas de imagen.

El tratamiento es la escisión local amplia, sin necesidad de vaciamiento ganglionar. En el tumor de células granulares de estirpe maligna, el tratamiento suele ser el mismo que con el carcinoma de mama.
El pronóstico es bueno, con tasas bajas de recurrencia local del 2-8% [4].

CONCLUSIONES

- Los TCG son una entidad rara en la mama.
- El radiólogo debe conocer la existencia de este tipo de tumor en la mama, sus características radiológicas en las distintas técnicas de imagen y su naturaleza benigna en pos de un tratamiento quirúrgico conservador sin necesidad de biopsia de ganglio centinela.

REFERENCIAS

[1] Fujiwara K, Maeda I, Mimura H. Granular cell tumor of the breast mimicking malignancy: a case report with a literature review. Acta Radiologica Open 2018. 7(12) 1–5
[2] Jagannathan DM. Benign granular-cell tumor of the breast: Case report and literature review. Radiology case reports. 2015. Volume 10, Issue 2-
[3] Mayoral V, Guirola JA, Padrón N, Fernández JA, Sainz JM, Morós M. Tumor de células granulares de mama: todo un reto diagnóstico. RAR. 2014;78 (2):93-95.
[4] Escudero R, Gómez S, Del Estad G, Yáñez P. Tumor de células granulares de mama: Un diagnóstico que se debe considerar. Revista Radiología,2014, Volume 56, 1, Enero–Febrero, Pages 84–88