

## Miofibroblastoma mamario en varón a propósito de un caso: tratamiento mediante técnicas oncoplásticas

*Autores: María José Fernández Mellado, Nerea Vicente López, Julio Ángel Moreno Domingo, Saïoa Ajuriagogeascoa Andrada, Lorena Muñoz Arberas, Marta de Diego Yenes, Alain Urones Goikoetxea, Sara Fernández Ferrer*

### Introducción

El miofibroblastoma (MFB) es un tumor mesenquimal raro. Aparece en varones de 60-80 años y en mujeres postmenopáusicas. Representa menos del 1% de los tumores mamarios. No suele exceder 4cm de tamaño pero se han visto casos de hasta 15cm. Parece asociarse con la ginecomastia y con algunos casos de heridas postquirúrgicas. Puede aparecer en otras localizaciones como ganglios linfáticos, partes blandas, meninges...

### Objetivos

Presentar un caso clínico poco frecuente en la práctica habitual, así como la posibilidad de uso de técnicas oncoplásticas en la patología mamaria del varón.

### Caso clínico

Hombre de 57 años. Cuenta bulto indoloro en mama derecha desde los 18 años, estable.

Antecedentes personales: exfumador, exbebedor, diabetes mellitus tipo 2, arteriopatía diabética.

Exploración: en mama derecha, nódulo retroareolar, elástico, móvil y bien delimitado de 6cm.

Pruebas complementarias: Ecografía y Mamografía (Fig1 y 2): nódulo de 68x25mm, de morfología ovoidea, ecoestructura heterogénea y márgenes circunscritos, con orientación paralela a piel, BIRADS 4a. BAG: miofibroblastoma.

Tratamiento: tumorectomía derecha mediante técnica Round-Block (incisión periareolar) (Fig3). Anatomía patológica (Fig 4): miofibroblastoma (positivo para CD34, CD99, receptores de estrógenos (RE), progesterona (RP) y andrógenos (RA), BCL2, desmina; negativo para S100, CD10, CK14, CK5/6, P63; Ki67 5%).

### Conclusiones

Para concluir, insistir en la baja incidencia de los tumores mamarios benignos en los varones, por lo que ante la aparición de un bulto mamario en estos se debe sospechar de una lesión maligna.

En cuanto a las herramientas diagnósticas, en el caso del MFB, la imagen radiológica es inespecífica, por lo que precisa de una biopsia. En el estudio anatómo-patológico es típica la visualización de células fusiformes organizadas en fascículos entremezclados con bandas de colágeno hialino, con baja actividad mitótica y ausencia de componente mioepitelial y necrosis. Sin embargo, es la inmunohistoquímica la que confirma el diagnóstico, mostrando una expresión constante de vimentina y CD34, con expresión variable de desmina, AML, BCL-2 y CD99. Los RE, RP y RA normalmente son positivos, mientras que la expresión de citoqueratinas, EMA, S100, HMB-45 y c-kit (CD117) es negativa. Estas características lo diferencian del fibroadenoma, tumor phyllodes, ginecomastia, carcinoma y sarcoma, ya que la mayoría de ellos se caracterizan por ser negativos para CD34 y presentar crecimiento infiltrativo. También habría que hacer diagnóstico diferencial con neurofibroma, linfangioma, hematoma, absceso, quiste y metástasis.

En cuanto al tratamiento, destacar que la tumorectomía es considerada curativa. En este caso se ha usado la técnica oncoplástica Round-Block al considerarse la más adecuada en cuanto al abordaje de la lesión y resultado estético. No es necesario realizar biopsia selectiva de ganglio centinela y la recurrencia local es menor al 1,5% a los 20 años. No se ha descrito la presencia de metástasis a distancia en la literatura.

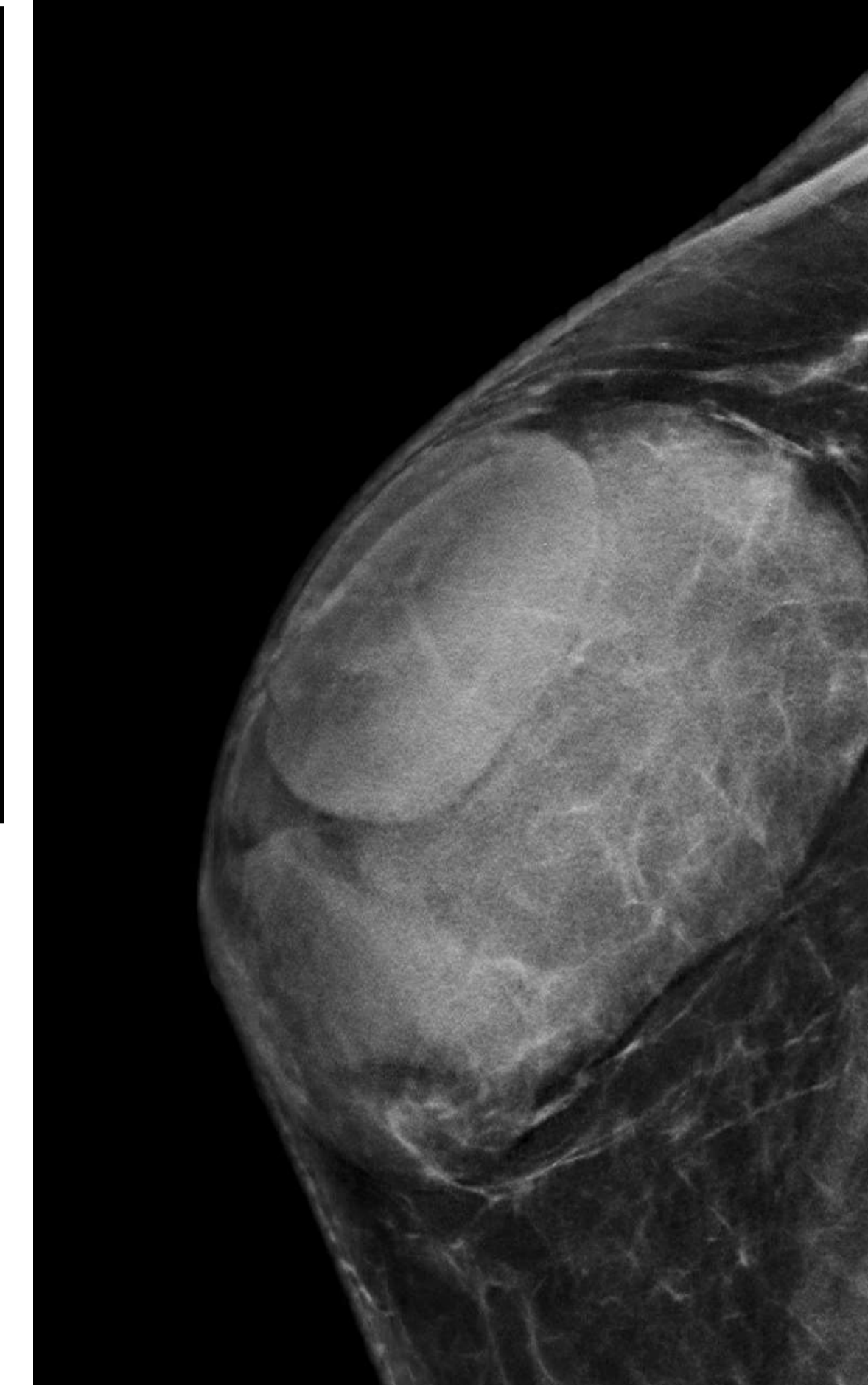
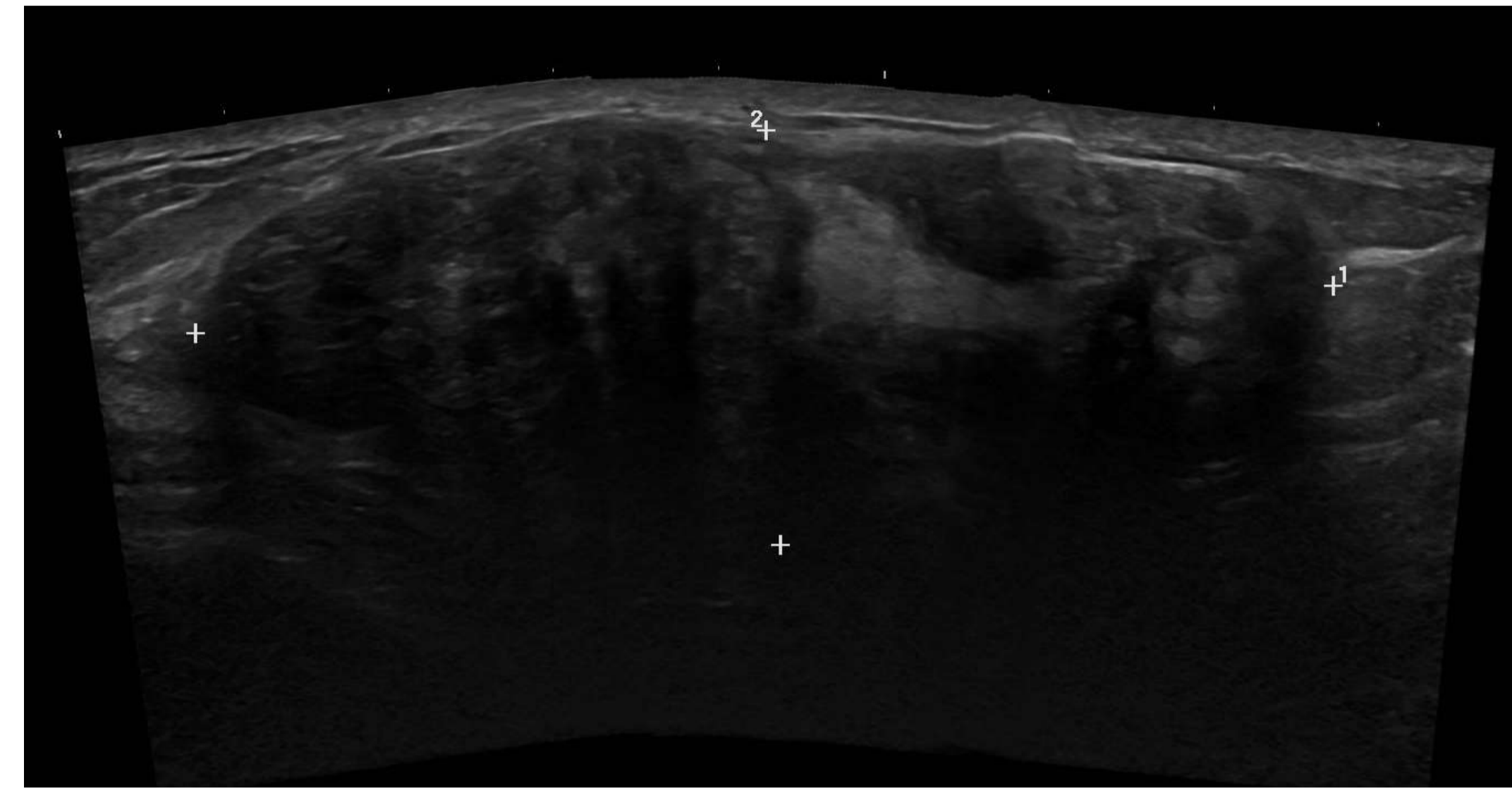


Fig1 : Ecografía. Fig2: Mamografía



Fig 3: Tumorectomía mediante técnica Round-Block

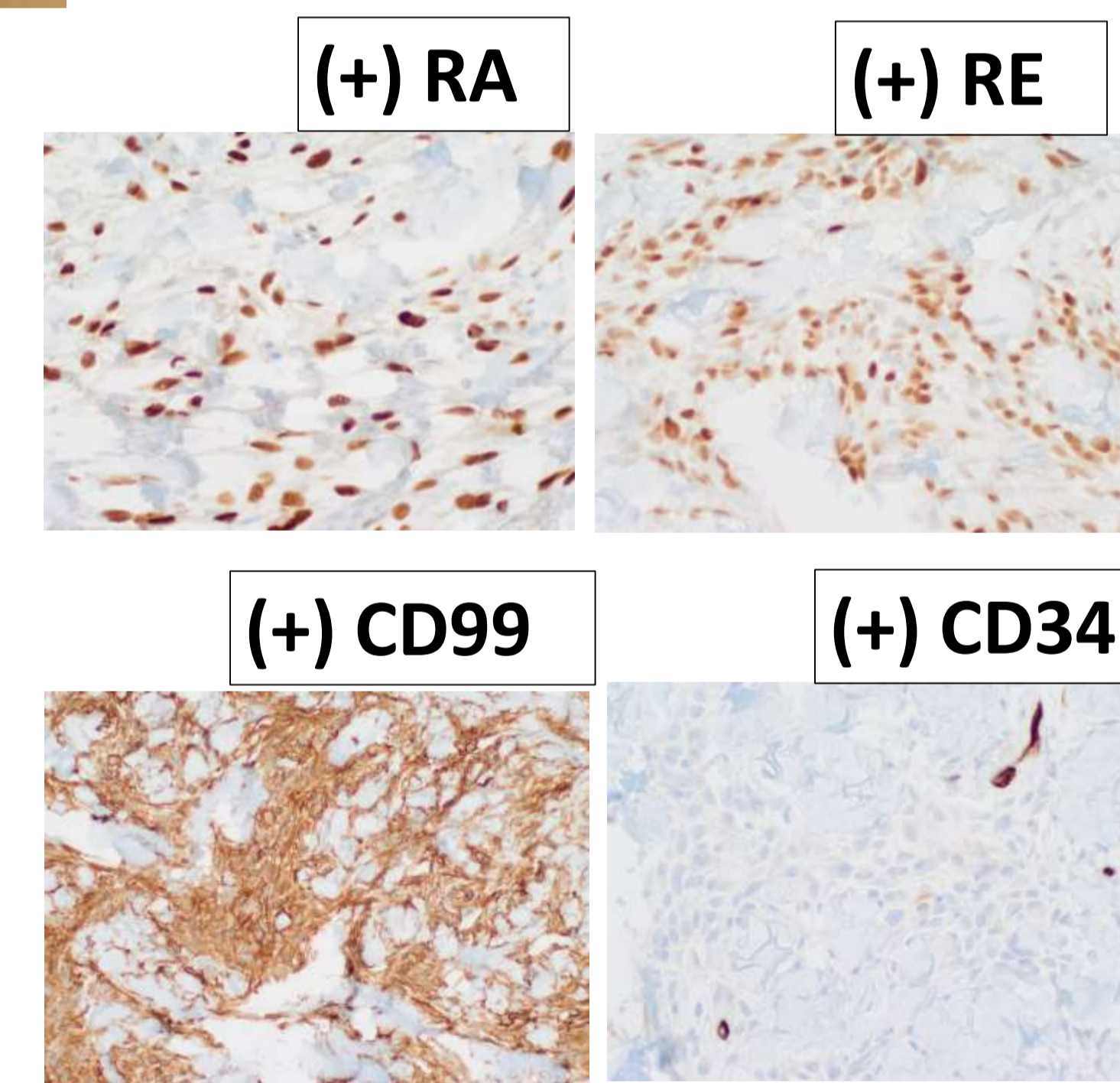
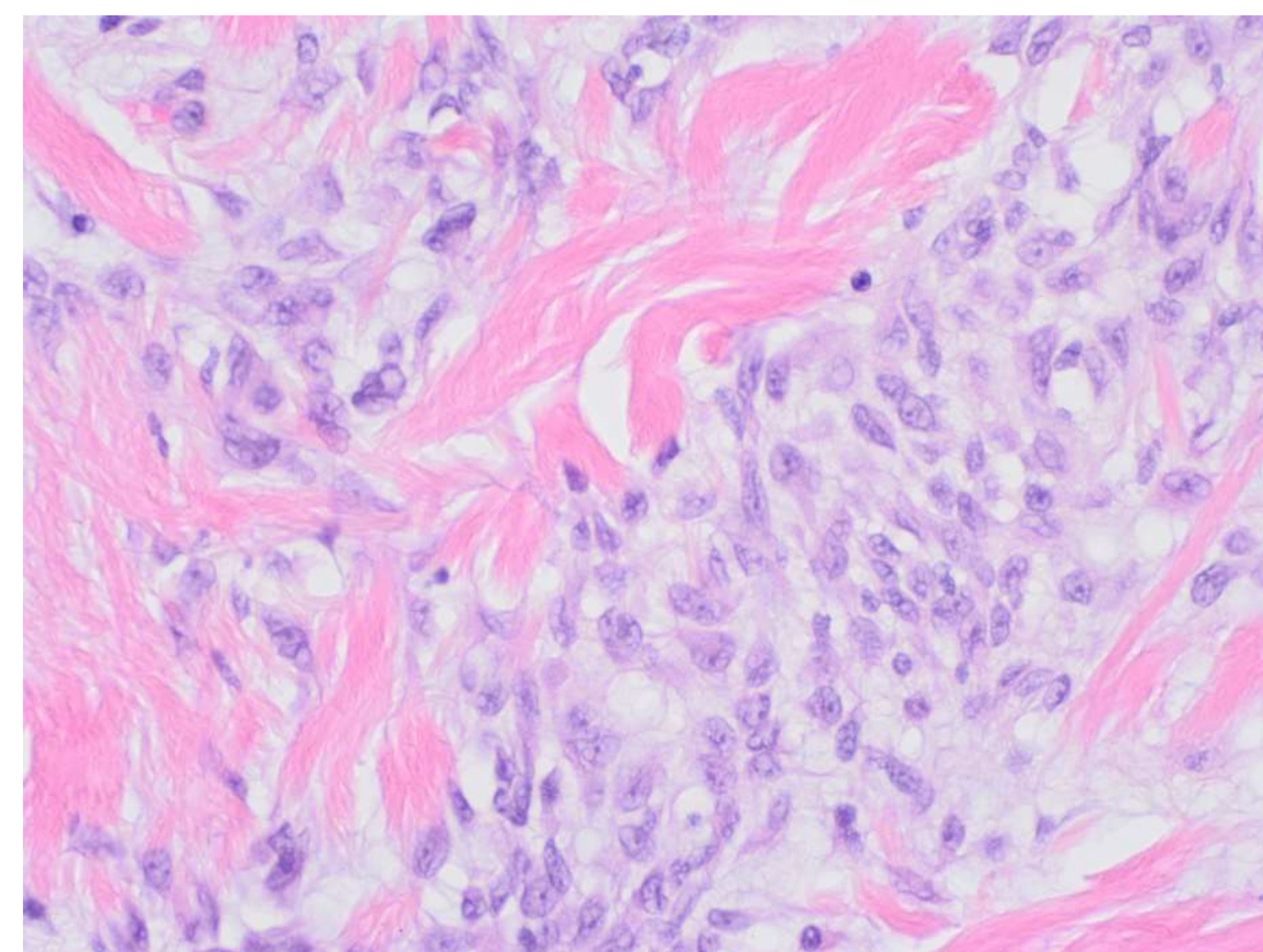


Fig 4: HE 40x: celularidad fusiforme monótona dispuesta entre un estroma fibroso denso