



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

**REVISIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS, IMAGENOLÓGICOS E
HISTOPATOLÓGICOS DE LA FIBROMATOSIS MAMARIA**

TESIS

**PARA OBTENER EL: TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ANATOMÍA
PATOLÓGICA**

PRESENTA:

DRA. KAREN LISSETTE TORRES CUNALATA

**DRA. MYRNA DORIS ARRECILLAS ZAMORA
TUTORA DE TESIS**

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DEL 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

I. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	3
1. ANTECEDENTES	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	7
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. HIPÓTESIS	7
5. OBJETIVOS:	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
6. METODOLOGÍA.....	8
6.1 Tipo y diseño de estudio	8
6.2 Población	9
6.3 Tamaño de la muestra	9
6.4 Criterios de selección.....	9
6.5 Operación de las variables.....	10
6.6. Procedimiento	14
6.7 Análisis estadístico.....	15
7. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	15
8. RESULTADOS	16
9. DISCUSIÓN	17
10.CONCLUSIONES.....	20
11. BIBLIOGRAFÍA	20
12. ANEXOS	24
ANEXO N° 1.....	24
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
ANEXO N° 2.....	25
Imagen 1	25
Imagen 2.....	25
Imagen 3.....	26

I. RESUMEN ESTRUCTURADO

II. REVISIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS, IMAGENOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE LA FIBROMATOSIS MAMARIA.

ANTECEDENTES: La FM representa el 0.2% de los tumores mamarios. Es un imitador del cáncer de mama tanto por clínica, estudios de imagen e histológicamente y se caracteriza por tener una alta tasa de recurrencia postquirúrgica.

OBJETIVO GENERAL: Describir los casos diagnosticados como FM con la presentación clínica, estudios de imagen, histopatológicos y seguimiento en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” desde el año 2002 hasta el 2023.

JUSTIFICACIÓN: El diagnóstico preciso favorecerá que las pacientes tengan diagnósticos más tempranos y oportunos.

METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se seleccionaron todos los casos con diagnóstico de FM en los últimos 22 años. Se revisaron las características clínicas, los reportes de mamografía o ultrasonido y el material histopatológico. Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo de esta entidad.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Se encontraron 10 casos de FM durante 22 años en este Hospital. La presentación clínica más frecuente fue en mujeres en la quinta década con un nódulo mamario único, esporádico, con reporte de mamografía y ultrasonido con hallazgos de malignidad. Sus diagnósticos diferenciales más frecuentes fueron el fibroadenoma y el tumor filodes. El 14.29% tuvo recurrencia postquirúrgica con lesiones de <80 mm. y bordes quirúrgicos positivos. El 28.6% no tuvo recurrencias post quirúrgicas, con lesiones de <40 mm. y márgenes quirúrgicos positivos o libres. El 14.29% se mantuvo en vigilancia clínica multidisciplinaria, sin reporte de recurrencia.

CONCLUSIONES:

La FM simula el cáncer de mama tanto en clínica, estudios de imagen e histológicamente. Tiene recurrencias sin importar el tamaño de la lesión o el estado de los márgenes quirúrgicos. El manejo de estas lesiones desde un enfoque clínico multidisciplinario tiene buenos resultados.

III. PALABRAS CLAVE: fibromatosis, tumor desmoide, mama.

REVISIÓN DE HALLAZGOS CLINICOS, IMAGENOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE LA FIBROMATOSIS MAMARIA

1. ANTECEDENTES:

La fibromatosis o tumor desmoide, se divide en tumores intraabdominales y extraabdominales. El sitio más común de los tumores desmoides extraabdominales son las extremidades (1). La presentación en la mama es muy rara, representa el 0,2% de incidencia de los tumores mamarios (2). Hay 100 casos reportados en la literatura médica hasta la fecha (3).

La fibromatosis mamaria (FM) se describió por primera vez por Macfarlane en el año de 1832 (4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una neoplasia infiltrativa de células fusiformes caracterizada por diferenciación fibroblástica/miofibroblástica y activación de la vía WNT/ β -catenina (5).

Puede surgir desde el parénquima mamario y se denomina fibromatosis mamaria primaria, o de la fascia musculoaponeurótica que recubre el músculo pectoral mayor, extenderse hacia la mama y denominarse fibromatosis mamaria secundaria (6).

Alrededor del 90% corresponden a tumores solitarios unilaterales y en un menor porcentaje son bilaterales (7). Tiene una predilección por el sexo femenino, sin embargo, también hay reportes de caso en el sexo masculino (8). Se puede presentar a cualquier edad, la mayor incidencia se observa en la cuarta y quinta década de la vida (9).

Su presentación clínica consiste es una masa palpable, firme, no dolorosa y de evolución lenta, que puede simular al cáncer de mama con infiltración hacia la piel y retracción de esta e incluso del pezón (10). En los estudios de imagen se observa una masa de bordes irregulares, espiculada, no calcificada (11), que es prácticamente indistinguible del cáncer de mama (12).

El mayor porcentaje de estos casos son esporádicos, pero se han informado casos relacionados con trauma (13), cirugía de reducción mamaria (14), colocación de implantes mamarios de silicona (15), síndrome de poliposis adenomatosa familiar (16) y el síndrome de Gardner (17). Se relaciona con mutaciones del gen *CTNNA1* (Catenin Beta 1, por sus siglas en inglés) y del gen

APC (Adenomatous Polyposis Coli, por sus siglas en inglés). *APC* en condiciones normales interviene en la degradación de beta-catenina; el cual, al estar mutado, provoca que este proceso no se lleve a cabo y que como consecuencia haya aumento de beta-catenina que, a su vez, se traslada hacia el núcleo donde impulsa la proliferación celular (18).

Cuando se recibe la pieza quirúrgica, su aspecto macroscópico es muy similar al de una lesión maligna. Se observa una lesión mal delimitada, de bordes infiltrantes, de color blanquecino, de tamaño variable, desde menos de 1 cm. hasta más de 10 cm (9).

El diagnóstico es histopatológico. Se observan células fusiformes, uniformes, que forman fascículos, sin atipia ni mitosis, las cuales se encuentran rodeadas de fibras de colágeno (19). Debido a sus características, no siempre se puede distinguir de diagnósticos que tienen como componente células fusiformes, como es el carcinoma metaplásico, el estroma del tumor filodes o el miofibroblastoma (20), por lo que la confirmación diagnóstica se realiza mediante estudios de inmunohistoquímica. En casi el 100% de los casos hay positividad nuclear de β -catenina. Sin embargo, este marcador por sí solo no ayuda definitivamente a descartar sus diagnósticos diferenciales. Por lo tanto, es necesario hacer otros marcadores de inmunohistoquímica. Uno de los diagnósticos diferenciales más importantes es el carcinoma de mama metaplásico, que puede llegar a tener inmunomarcación para beta-catenina. Es indispensable que haya ausencia de marcadores como citoqueratinas y p63 (Protein 63, por sus siglas en inglés) para excluir este diagnóstico. Con la inmunohistoquímica negativa para CD34 (Clúster of Differentiation, por sus siglas en inglés), se descartan diagnósticos como miofibroblastoma y el componente estromal del tumor filodes (21).

La FM es una entidad benigna. No obstante, en la literatura hay reportes de casos donde pacientes con este diagnóstico que se han sometido a radioterapia, han llegado a tener progresión de esta neoplasia hacia sarcoma (22).

Es una neoplasia que se caracteriza por tener una gran capacidad de infiltración local (4) y que, sin importar el estado de los márgenes quirúrgicos, tiene una tasa de recurrencia muy alta (23). Se ha considerado un gran imitador del cáncer de mama.

La resección quirúrgica con márgenes libres ha sido por años el tratamiento de elección, pero en la revisión bibliográfica más reciente ya no se recomienda esto, sino más bien, un enfoque basado en “observar y esperar” (24). En casos seleccionados, después de una decisión multidisciplinaria, se recomienda el uso de inhibidores de la tirosina quinasa o la escisión quirúrgica (25). Si esta se realiza, se recomienda al menos 3 cm. de márgenes libres para evitar recurrencias (14) A pesar de ello, hasta el momento no se ha llegado a un consenso general sobre la distancia de márgenes seguros para evitar la recurrencia.

En la literatura científica, hay pocos trabajos publicados; ninguno en población latinoamericana.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La FM representa el 0.2% de los tumores en mama. Hay pocos reportes sobre este tema en la literatura y no hay estudios de serie de casos relacionados en población latinoamericana. Esto no permite conocer su verdadera frecuencia o cuadro clínico en nuestra población. El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” es un centro de atención médica de alta demanda en el país, por lo que los resultados de este estudio permitieron conocer si los datos reportados en la literatura internacional aplican en nuestra población.

3. JUSTIFICACIÓN:

Debido a que la FM es una entidad poco frecuente, no es un diagnóstico en el que se piensa en primera instancia y es diagnóstico diferencial con neoplasias malignas. Con este trabajo se brindó información detallada sobre las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas en población mexicana de esta entidad. La importancia del diagnóstico preciso de esta entidad favorecerá para que las pacientes tengan diagnósticos más tempranos y oportunos.

4. HIPÓTESIS:

La prevalencia y recurrencia de la FM será igual a la reportada en la población mundial. Se espera que tanto por clínica, estudios de imagen e histopatológicos

sea simulador de cáncer de mama, que los tumores de mayor tamaño sean muy recurrentes e infiltrativos y que la distancia de los bordes quirúrgicos tenga una relevancia significativa para evitar recurrencias.

5. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Conocer las características clínicas, imagenológicas, histopatológicas y de seguimiento de los casos con diagnóstico de fibromatosis mamaria o tumor desmoide en pacientes del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” del año 2002 al 2023.

Objetivos específicos:

- Evaluar la prevalencia de la FM en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.
- Reportar los hallazgos de presentación clínica, ultrasonido o BI-RADS en estudios de imagen, tomados de los expedientes clínicos de cada uno de los pacientes con diagnóstico de FM.
- Buscar los resultados de la biopsia previa para verificar si hubo diagnóstico o sospecha de FM por este método diagnóstico y si se consideró alguno de sus diagnósticos diferenciales antes del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica completa.
- Revisar los resultados histopatológicos de la pieza quirúrgica completa para valorar el tamaño del tumor y el estado de los márgenes quirúrgicos.
- Determinar si podría existir o no, una importancia significativa en la distancia de los bordes quirúrgicos para disminuir recurrencias.
- Realizar lectura de expedientes clínicos para determinar la presencia de recurrencias.
- Considerar los datos clínicos relevantes para analizar la existencia de síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar o síndrome de Gardner asociado.

6. METODOLOGÍA:

6.1 Tipo y diseño de estudio: se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

6.2 Población:

La población del presente estudio se conformó mediante la revisión de expedientes clínicos, base de datos y material de patología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el periodo de 22 años transcurridos desde el 01 de enero del 2002 hasta el 31 de diciembre del 2023 con diagnóstico confirmado de fibromatosis mamaria.

Entre el año 2002 al 2023 hubo un total de 10 casos diagnosticados como fibromatosis mamaria, 3 de los cuales se descartaron debido a que no contaban con el material en el departamento de patología.

6.3 Tamaño de la muestra:

El diseño metodológico de este protocolo no requirió tamaño de muestra, pues se tomaron todos los casos completos de manera consecutiva del año 2002 al 2023.

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Expedientes clínicos completos de pacientes con diagnóstico de fibromatosis o tumor desmoide en mama pertenecientes al Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.

Reportes imagenológicos de mamografía o ultrasonido de pacientes con diagnóstico de fibromatosis o tumor desmoide en mama.

Reportes histopatológicos de pacientes con diagnóstico de fibromatosis o tumor desmoide en mama.

Cualquier edad.

Ambos sexos.

Criterios de exclusión:

Expedientes incompletos.

Estudios de ultrasonido o mamografía que no cuenten con interpretación radiológica.

Reportes histopatológicos que no cuenten con confirmación del diagnóstico por inmunohistoquímica.

6.5 Operación de las variables:

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Unidad de medición	Escala de medición
----------	-----------------------	------------------	--------------------	--------------------

INDEPENDIENTES

Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Cualitativa dicotómica	Hombre Mujer	1= Hombre 2= Mujer
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa continua	Años	Escala

DEPENDIENTES

Presentación clínica	Signos y síntomas que un paciente experimenta	Cualitativa politómica	Descriptivo	Nominal
----------------------	---	------------------------	-------------	---------

	en consecuencia a una enfermedad.			
Mamografía	Es un estudio de imagen que utiliza rayos X de baja energía para examinar la mama con fines de diagnóstico y detección.	Cualitativa politémica	0= No concluyente 1= Mama normal 2= Benigno 3= Probablemente benigno 4= Sospechoso de malignidad 5=Alto riesgo de malignidad 6= Malignidad confirmada	0= No concluyente 1= Mama normal 2= Benigno 3= Probablemente benigno 4= Sospechoso de malignidad 5=Alto riesgo de malignidad 6= Malignidad confirmada
Ultrasonido	Es un estudio de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear	Cualitativa politémica	1= Hallazgos de malignidad: Nódulo hipoecogénico, bordes irregulares, orientación antiparalela (más alto que	1= Hallazgos de malignidad: Nódulo hipoecogénico, bordes irregulares, orientación antiparalela (más alto que

	imágenes del cuerpo.		ancho), sombra acústica posterior. 2= Hallazgos de benignidad: Nódulo hiperecogénico , bordes bien delimitados, orientación paralela (elipsoide). 3= No se realizó.	ancho), sombra acústica posterior. 2= Hallazgos de benignidad: Nódulo hiperecogénico , bordes bien delimitados, orientación paralela (elipsoide). 3= No se realizó.
Tamaño (mm) de la lesión	Se refiere a la medida o dimensión de algo o alguien.	Cuantitativa discreta	Milímetros	Escala
Síndromes asociados	Conjunto de signos y síntomas que están correlacionados entre sí y, a menudo, asociados con una enfermedad o trastorno en particular.	Cualitativa politémica	1= Poliposis Adenomatosa Familiar 2= Síndrome de Gardner 3= No	1= Poliposis Adenomatosa Familiar 2= Síndrome de Gardner 3= No

Biopsia previa	Es un examen médico que permite la extracción de muestras de células o tejidos para examinarlos y determinar la presencia o extensión de una enfermedad.	Cualitativa politémica	1= Fibromatosis 2= Probable fibromatosis 3= Fibroadenoma 4= Tumor filodes 5= Miofibroblasto ma 6= Carcinoma metaplásico 7= No se realizó	1= Fibromatosis 2= Probable fibromatosis 3= Fibroadenoma 4= Tumor filodes 5= Miofibroblasto ma 6= Carcinoma metaplásico 7= No se realizó
Resección quirúrgica	Acto para diagnosticar o tratar condiciones patológicas, reconstruir o mejorar la estética, eliminar tejidos no deseados o cuerpo extraño.	Cualitativa politémica	1= Cirugía conservadora 2= Mastectomía simple o radical 3= No se realizó	1= Cirugía conservadora 2= Mastectomía simple o radical 3= No se realizó

Márgenes quirúrgicos	Tejido que rodea al tumor que se ha extirpado durante una intervención quirúrgica.	Cuantitativa continua	1= En contacto 2= Libres: menos de 1 cm. 3= Libres: 1 a 3 cm. 4= Libres: 4 a 6 cm. 5= Libres: 7 a 10 cm. 6= Mayor a 10 cm.	1= En contacto 2= Libres: menos de 1 cm. 3= Libres: 1 a 3 cm. 4= Libres: 4 a 6 cm. 5= Libres: 7 a 10 cm. 6= Mayor a 10 cm.
Recurrencia	Que vuelve a aparecer después de un intervalo.	Cualitativa dicotómica	1= Si 2= No	1= Si 2= No

6.6. Procedimiento:

Se realizó la consulta en el sistema digital de biopsias todos los reportes histopatológicos con el diagnóstico de fibromatosis mamaria o tumor desmoide en mama de los últimos 22 años, de los cuales se obtuvieron 10 casos.

Se solicitó el material histológico y expedientes clínicos disponibles en el Servicio de Anatomía Patológica y en el archivo clínico del Servicio de Oncología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" de los casos diagnosticados con fibromatosis mamaria; debido a que los pacientes se llevaron el material de patología, el total de la población de estudio quedó conformada por 7 casos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Se evaluaron las laminillas teñidas con tinción de hematoxilina/eosina e inmunohistoquímica, tanto de biopsias para valorar si hubo sospecha diagnóstica de esta entidad antes de la resección quirúrgica, como de los cortes histológicos de la pieza quirúrgica completa, en el caso de haberse realizado, con la finalidad de corroborar la distancia de los bordes quirúrgicos hacia la lesión.

Se realizó lectura de expedientes clínicos donde se recopiló datos de presentación clínica con la que el paciente acudió a consulta y se analizó si hubo o no la existencia de síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar o síndrome de Gardner asociado; se determinó la presencia o no de recurrencias durante el seguimiento de los pacientes y además se revisó los reportes imagenológicos de mamografía o ultrasonido realizados.

La información recabada se colocó en una base de datos de SPSS y se realizó un análisis estadístico descriptivo, conclusiones pertinentes y posterior discusión.

6.7 Análisis estadístico:

La información se recolectó en una base de datos electrónica diseñada específicamente para este estudio en Excel y posteriormente fue codificada en SPSS v-24. Acorde a cada variable, se reportaron medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y porcentajes. Se utilizaron gráficas y tablas para presentar la información analizada.

7. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Al tratarse de un estudio retrospectivo, no tuvo riesgo para la salud de los pacientes, ya que este estudio se enfocó en la revisión de material de laminillas y expedientes clínicos. No hubo necesidad de obtención del consentimiento informado, como establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II. Toda la información recaudada se utilizó únicamente con fines académicos y de investigación. La base de datos que concentró la información total solamente la tuvo el médico residente quien realizó la revisión del material.

8. RESULTADOS

Entre el 2002 al 2023 hubo un total de 10 casos diagnosticados como fibromatosis mamaria o tumor desmoide. De los 10 casos, se descartaron 3 casos debido a que los pacientes se llevaron el material de patología, por lo que no se pudieron contemplar para realizar cada uno de los objetivos de este estudio.

La totalidad de nuestros casos eran mujeres (n=7). La presentación clínica más frecuente fue en la quinta década de la vida con un nódulo mamario unilateral en el 57.2% (n=4) de los pacientes y el 42,9% (n=3) tuvo retracción de la piel mamaria.

El 85.6 % (n=6) presentaron un reporte imagenológico de mamografía con una categoría de BIRADS 5, alto riesgo de malignidad y el 14.3% (n=1) presentó un reporte de BIRADS 4 sospechoso de malignidad

El total de los pacientes a los que se les realizó un ultrasonido mamario (n=4), tuvieron hallazgos de nódulo con características de malignidad: hipoecogénico, bordes irregulares, orientación antiparalela (más alto que ancho) y sombra acústica posterior.

No se encontró ningún caso asociado a síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar o síndrome de Gardner.

En la biopsia previa a la resección quirúrgica se diagnosticó fibromatosis mamaria en el 42.9% (n=3) de los pacientes. En el 42.9% (n=3) no se llegó a diagnóstico de fibromatosis mamaria de los cuales el 28.6% (n=2), tuvieron un diagnóstico de fibroadenoma.

Las condiciones clínicas e imagenológicas llevaron a que a la mayoría de los pacientes 85.7% (n=6) se les haya realizado una cirugía, en este caso cirugía conservadora. Sólo el caso más recientemente diagnosticado no tiene registro de acto quirúrgico realizado y se mantiene en vigilancia médica multidisciplinaria.

No se pueden valorar completamente las recurrencias debido a que se perdió el seguimiento de 3 de los pacientes (42.86%) después de la cirugía, sin embargo, se puede evidenciar que los márgenes quirúrgicos en estos casos fueron positivos. También se encontró que el 42.86% (n=3) de los pacientes no tuvieron recurrencias post quirúrgicas, a dos de ellos se les realizó cirugía conservadora, de los cuales uno de los casos (14.29%) tiene los bordes quirúrgicos en contacto con la lesión y en el otro caso (14.29%) los márgenes quirúrgicos se encontraron libres, a una distancia de 1 a 3 cm. Un caso (14.29%) con los bordes quirúrgicos en contacto con la lesión, si presentó recurrencia post quirúrgica. Se puede observar que la mayoría 71.43% (n=5) tuvieron los márgenes en contacto con la lesión. El caso restante (14.29%) no tiene historia de haberse realizado cirugía y se mantiene sin recurrencia.

Después de la revisión de las piezas quirúrgicas completas, se evidencia que la mayoría de las lesiones (42.9%) se encuentran en un rango de medida de 21 a 40 mm en su eje mayor, de estos tres casos, uno de ellos perdió el seguimiento en el hospital por lo que no es posible valorar recurrencia en este caso, mientras que el resto no presentó recurrencias. En secuencia el porcentaje que tiene más frecuencia es el de las lesiones que miden <20 mm, dentro de esta categoría encontramos dos casos, uno de ellos (14.3%) si presentó recurrencia, mientras que del otro caso se perdió el seguimiento. En un caso (14.3%) se encontró que la lesión mide entre 61 a 80 mm y que no presentó recurrencia postquirúrgica. El caso sobrante (14.3%) tiene una lesión que se encuentra en un rango de medida de 81 a 100 mm, de la cual no se pudo valorar la presencia de recurrencia debido a que se perdió el seguimiento hospitalario.

9. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontraron un total de 10 casos con el diagnóstico de fibromatosis mamaria o tumor desmoide durante 22 años en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", dato que concuerda con lo descrito en la literatura internacional donde se reporta una baja incidencia del 0.2% de los tumores mamarios (2).

La presentación clínica más frecuente en la consulta médica fue la presencia de un nódulo mamario al momento de la autoexploración, sin menospreciar la

presencia de retracción de la piel mamaria en el 42.9% de los pacientes, siendo este especialmente un dato clínico importante en el caso de lesiones malignas (10).

En la literatura se menciona que alrededor del 90% corresponden a tumores solitarios unilaterales (7), datos similares a nuestros hallazgos donde se obtuvo un 100% de pacientes con afección unilateral.

Se encontró que el 100% de los casos correspondieron al sexo femenino, lo que concuerda con lo mencionado en la literatura bibliográfica, al tener una predilección por el sexo femenino, sin ser exclusiva del mismo (8). La edad media en el grupo estudiado fue 43.57 años con una desviación estándar de 12.99, el 42.9% correspondió al grupo de edad entre 41-50 años, estos datos son compatibles con la literatura médica, donde se reporta que esta entidad se puede presentar a cualquier edad con una mayor incidencia en la cuarta y quinta década de la vida (9).

Según los reportes médicos en la bibliografía, los estudios de imagen presentan lesiones que prácticamente son indistinguibles con el cáncer de mama (12). Estos reportes concuerdan con nuestros hallazgos, donde el 85.6% presentaron un reporte imagenológico de mamografía con una categoría de BIRADS 5, alto riesgo de malignidad y el 14.3% presentó un reporte de BIRADS 4, sospechoso de malignidad. El 57.1%, es decir al 100% de los pacientes a los que se les realizó un ultrasonido mamario, tuvieron hallazgos de nódulo con características de malignidad.

El mayor porcentaje de estos casos son esporádicos, sin embargo, hay reportes de casos donde esta lesión se asocia a síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar o síndrome de Gardner (16),(17). En nuestro estudio se observan resultados acordes a lo evidenciado en la literatura con el 100% de casos esporádicos y ninguno con un síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar o síndrome de Gardner asociado.

Debido a sus características, esta lesión se presta a diagnóstico diferencial con varias entidades que tienen como componente células fusiformes, como es el carcinoma metaplásico, el estroma del tumor filodes, el miofibroblastoma o el

fibroadenoma (21). En este trabajo se observó que en el 42.9% de los casos se diagnosticó fibromatosis desde la biopsia previa a la resección quirúrgica. En el 42.9% de los casos no se llegó a este diagnóstico desde la biopsia previa, de estos pacientes el 28.6% fueron diagnosticados como fibroadenoma y en el 14.3% el diagnóstico fue de tumor filodes. Estos hallazgos fueron similares a los que se encontraron en estudios retrospectivos realizados, donde la mayoría de los casos tuvieron un diagnóstico definitivo o sugerente de fibromatosis y el porcentaje restante se diagnosticó como tumor filodes (3).

En este estudio se encontró que las condiciones clínicas e imagenológicas llevaron a que a la mayoría de los pacientes 85.7% se les haya realizado una cirugía conservadora, este dato concuerdan con lo que se menciona en la literatura debido a que la recomendación por años ha sido el manejo quirúrgico (24).

Se perdió el seguimiento hospitalario del 42.9% de pacientes, debido a esto no se pudo evaluar las recurrencias en estos pacientes, sin embargo, se puede evidenciar que los márgenes quirúrgicos en estos casos fueron positivos. Por lo tanto, se evaluaron los datos de recurrencia, bordes quirúrgicos y tamaño de la lesión en el 57.1% de los pacientes de este estudio.

Se procedió a examinar el estado de los márgenes quirúrgicos de la pieza quirúrgica completa y se encontró que el 42.86% de los pacientes no tuvieron recurrencias post quirúrgicas, a dos de ellos se les realizó cirugía conservadora, de los cuales uno de los casos (14.29%) tiene los bordes quirúrgicos en contacto con la lesión y en el otro caso (14.29%) los márgenes quirúrgicos se encontraron libres, a una distancia de 1 a 3 cm. Un caso (14.29%) con los bordes quirúrgicos en contacto con la lesión, si presentó recurrencia post quirúrgica. Entonces, se puede observar que la mayoría de los pacientes 71.43% tuvieron los márgenes en contacto con la lesión, lo que puede significar que alcanzar márgenes negativos en estos casos puede ser muy complicado y que, sin importar el estado de los márgenes quirúrgicos, pueden existir recurrencias.

Se ha mencionado que las lesiones con un mayor tamaño tienen mayor tendencia a recurrir (9). No obstante, en este estudio no se encontró relación

alguna entre estas variables, debido a que las lesiones que se encuentran en un rango de medida de 21.0 a 40.0 mm y 0.0 a 20.0 mm en su eje mayor si presentaron recurrencia, mientras que las lesiones que se encuentran en el rango de medida de 61.0 a 80.0 mm no presentaron recurrencia postquirúrgica.

Uno caso (14.29%) con una lesión que mide 21.0 a 40.0 mm en su eje mayor, no tiene historia de cirugía y se mantiene en vigilancia médica multidisciplinaria con buena evolución con lo que resulta que el manejo no quirúrgico está brindando buenos resultados y que se podrían empezar a implementar los enfoques basados en “observar y esperar”, recomendados en los últimos reportes de la literatura médica (24).

10.CONCLUSIONES

La fibromatosis mamaria es una entidad benigna bastante rara. La mayoría de los casos son esporádicos, con predominio de afección unilateral y en mujeres entre la cuarta o quinta década de la vida. La importancia de conocerla es debido a que es un gran imitador del cáncer de mama tanto por clínica, estudios de imagen e histológicamente. Se caracteriza por tener una alta tasa de recurrencia sin importar el tamaño de la lesión o el estado de los márgenes quirúrgicos de resección, es decir, aunque estos se encuentren positivos, negativos o lejanos.

El manejo de estas lesiones sin realizar resección quirúrgica y desde un enfoque clínico multidisciplinario, tiene buenos resultados.

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Valente MSVS, Mota FAX, Ricciardi BB, de Carvalho Borges BM, de Lucena Feitosa ES, de Aquino PL, et al. Desmoid fibroma simulating malignant breast neoplasm: A case report and literature review. *Breast Dis.* 2023;42(1):319–323.
2. Liu H, Zeng H, Zhang H, Wang H, Cheng Z, Hu Y, et al. Breast fibromatosis: Imaging and clinical findings. *Breast J.* 2020;26(11):2217–2222.
3. Mazhoud I, Maghrebi A, Skhiri W, Gargouri B, Hajji A, Salem A Ben, et al. Fibromatosis of the breast; another diagnosis of cancer like lesions: About 4 cases reports. *Int J Surg Case Rep.* 2023;105:1080233.

4. Phillips SR, A'Hern R, Thomas JM. Aggressive fibromatosis of the abdominal wall, limbs and limb girdles. *Br Journal Surg.* 2004;91(12):1624–9.
5. Lazar Alejandro SS. Fibromatosis desmoide. World Health Organization. 2024;5a ed.:32/69.
6. Hammood ZD, Salih AM, Kakamad FH, Abdullah AM, Ali BS, Pshtiwan LRA. Desmoid fibromatosis of the breast; a rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;87:1066363.
7. Chávez Díaz M, Villalba Retiz DA, Cueva Pérez M del R, Guerra Miller H. Fibromatosis mamaria: presentación de caso y revisión de literatura. *Rev Senol Patol Mamar.* 2022;35:S25–8.
8. Roman M, Westerby T, Karler C. Fibromatosis of the Male Breast: A Case Report. *Chirurgia (Bucur).* 2019;114(5):664–667.
9. Carder PJ, Shaaban A. Mesenchymal lesions of the breast. *Diagn Histopathol.* 2019;25(4):123–31.
10. Singla V, Gulati M, Singh T, Bal A, Tandup C. The conundrum of breast cancer mimics. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2024;53(4):517-526.
11. Ebrahim L, Parry J, Taylor DB. Fibromatosis of the breast: A pictorial review of the imaging and histopathology findings. *Clin Radiol.* 2014;69(10):1077–83.
12. Steadman L, Crook S. Fibromatosis arising from the pectoralis major muscle mimicking breast cancer. *Radiol Case Rep.* 2018;13(6):1174–1178.
13. Hohenberger P, Menge F, Hohenberger R, Kasper B, Marx A, Haller F, et al. Trauma and sporadic desmoid tumor development: An approach toward real incidence and aspects of causality. *Cancer.* 2024;130(1):51–9.
14. Nabila Y, Fedoua W, Zineb S, Boufettal H, Mahdaoui S, Samouh N. Desmoidfibromatosis of the breast after breast reduction: A case report and a review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2022;99:107681.
15. Tzur R, Silberstein E, Krieger Y, Shoham Y, Rafaeli Y, Bogdanov-Berezovsky A. Desmoid Tumor and Silicone Breast Implant Surgery: Is There Really a Connection? A Literature Review. *Aesthetic Plast Surg.* 2018;42(1):59–63.

16. Al-Sukhni E, Shapiro J, Suraweera H, Semotiuk K, Swallow CJ, Brar S, et al. Desmoid Tumors in Familial Adenomatous Polyposis Patients: Favorable Outcomes with Multidisciplinary Management. *Ann Surg Oncol*. 2023;30(8):5142–9.
17. Maimone S, Lewis JT. Gardner Syndrome With Breast Desmoid Tumors. *Mayo Clin Proc*. 2022;97(10):1894–6.
18. Norkowski E, Masliah-Planchon J, Le Guellec S, Trassard M, Courrèges JB, Charron-Barra C, et al. Lower Rate of CTNNB1 Mutations and Higher Rate of APC Mutations in Desmoid Fibromatosis of the Breast. *American Journal of Surgical Pathology*. 2020;44(9):1266–73.
19. Rosen PP, Kimmel M, Ernsberger D. Mammary angiosarcoma. The prognostic significance of tumor differentiation. *Cancer*. 1988;62(10):2145-51.
20. Li GZ, Raut CP, Hunt KK, Feng M, Chugh R. Breast Sarcomas, Phyllodes Tumors, and Desmoid Tumors: Epidemiology, Diagnosis, Staging, and Histology-Specific Management Considerations. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2021;(41):390–404.
21. Slavnova EN, Saribekyan EK, Surkova VS, Ortabaeva DR, Goryushkina OB, Petrov AN. Complex morphological (cytological, histological) diagnostics of desmoid fibroma associated with a breast implant (case report from practice). *Klin Lab Diagn*. 2020;65(4):228-230.
22. Verschoor AJ, Cleton-Jansen AM, Wijers-Koster P, Coffin CM, Lazar AJ, Nout RA, Rubin BP, Gelderblom H, Bovée JV. Radiation-induced Sarcomas Occurring in Desmoid-type Fibromatosis Are Not Always Derived From the Primary Tumor. *Am J Surg Pathol*. 2015;39(12):1701-7.
23. Neuman HB, Brogi E, Ebrahim A, Brennan MF, Van Zee KJ. Desmoid tumors (fibromatoses) of the breast: A 25-year experience. *Ann Surg Oncol*. 2008;15(1):274–80.
24. Boland MR, Nugent T, Nolan J, O'Mahony J, O'Keeffe S, Gillham CC, et al. Fibromatosis of the breast: a 10-year multi-institutional experience and review of the literature. *Breast Cancer*. 2021;28(1):168–174.

25. Pandrowala S, Jones RL, Gupta S, Gulia A. Desmoid fibromatosis: is the current picture changing? *Future Oncol.* 2021;17(25):3397–3408.

12. ANEXOS

ANEXO Nº 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NO. BIOPSIA	ECU	EDAD	SEXO
			1= Hombre 2= Mujer
CLÍNICA	MAMOGRAFIA	ULTRASONIDO	
	0= No concluyente 1= Mama normal 2= Benigno 3= Probablemente benigno 4= Sospechoso de malignidad 5=Alto riesgo de malignidad 6= Malignidad confirmada	1= Nódulo hipocogénico, bordes irregulares, orientación antiparalela (más alto que ancho), sombra acústica posterior. 2= Nódulo hiperecogénico, bordes bien delimitados, orientación paralela (elipsoide). 3= No se realizó.	
SÍNDROMES ASOCIADOS	BIOPSIA PREVIA	RESECCIÓN QUIRÚRGICA	
1= Poliposis adenomatosa Familiar 2= Síndrome de Gardner 3= No	1= Fibromatosis 2= Probable fibromatosis 3= Fibroadenoma 4= Tumor filodes 5= Miofibroblastoma 6= Carcinoma metaplásico 7= No se realizó	1= Cirugía conservadora 2= Mastectomía 3= No se realizó	
TAMAÑO DE LESIÓN (mm)	MÁRGENES QUIRÚRGICOS	RECURRENCIA	
	1= En contacto 2= Libres: Menos de 1 cm. 3= Libres: 1 a 3 cm. 4= Libres: 4 a 6 cm. 5= Libres: 7 a 10 cm. 6= Libres: Mayor a 10 cm.	1= Si 2= No	

ANEXO Nº 2

Imagen 1

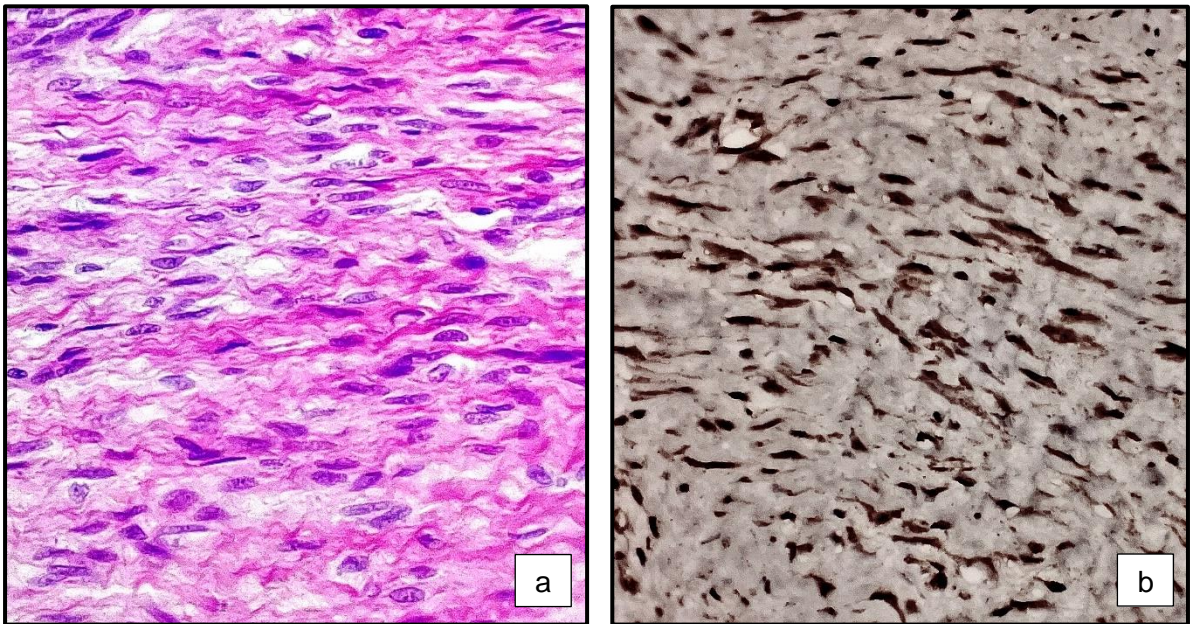


Imagen 1: Fotomicrografías de fibromatosis mamaria. a) Observamos fascículos de células fusiformes sin atipia ni mitosis, rodeadas por fibras de colágeno (H&E 40x). b) Inmunohistoquímica con positividad nuclear a beta-catenina (40x).

Imagen 2

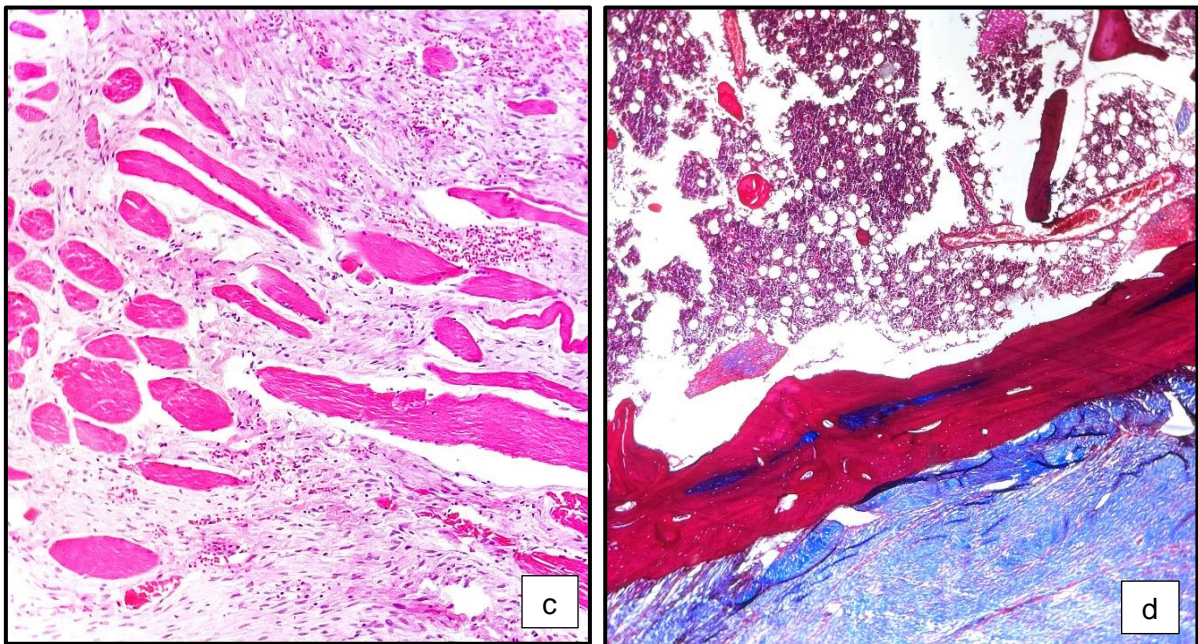


Imagen 2: Fotomicrografías de fibromatosis mamaria donde observamos infiltración hacia estructuras adyacentes. c) Fascículos de células fusiformes que infiltran hacia fibras de músculo esquelético (H&E 10x), d) Tinción de Tricrómico de Masson. Se observa que los fascículos de células fusiformes (teñidas de color azul) infiltran hacia hueso (esternón) (10x).

Imagen 3

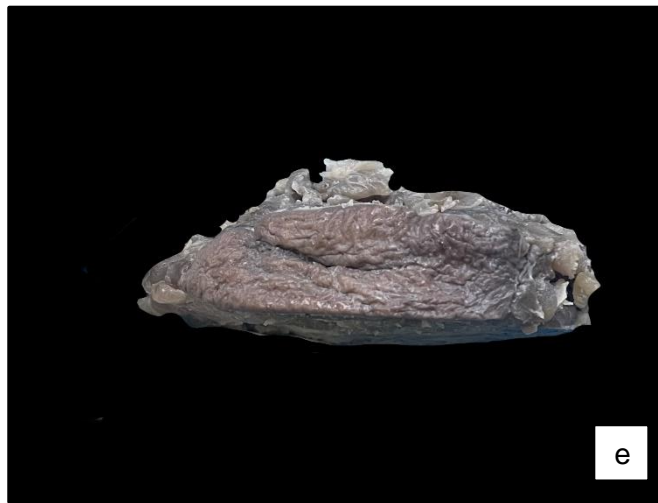


Imagen 3: e) Producto de cuadrantectomía donde se observa retracción de la piel.