

Caso aislado

Hiperplasia papilar endotelial intravascular (hemangioma de Masson) identificada por microcalcificaciones en mamografía

E. Moro-Rodríguez, C. Parra-Pérez, I. Ursúa-Sarmiento y A. del Valle-Manteca

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

SUMMARY

We report the case of a 66-years-old patient taking part in a breast cancer prevention program. A nodule of about 1 cm of size with microcalcifications of high density on the mammogram was found. As malignancy was suspected a biopsy was carried out and the final diagnosis of intravascular papillary endothelial hyperplasia was made. Masson's hemangioma in this location is extremely rare and must be differentiated from primary angiosarcoma of the breast. **Rev Esp Patol 1999; 32(4): 569-572.**

Key words: Vascular lesions - Breast - Microcalcifications - Intravascular endothelial papillary hyperplasia - Masson's hemangioma

RESUMEN

Presentamos una paciente de 66 años de edad a la que en un programa de prevención del cáncer de mama se le encuentra en la mamografía una lesión nodular de 1 cm de diámetro aproximado con microcalcificaciones de densidad alta. Se hizo biopsia intraoperatoria por sospecha de malignidad, con el diagnóstico final de hiperplasia endotelial papilar intravascular. El hemangioma de Masson en esta localización es extremadamente raro y debe diferenciarse del angiosarcoma primario de mama. **Rev Esp Patol 1999; 32(4): 569-572.**

Palabras clave: Lesiones vasculares - Mama - Microcalcificaciones - Hiperplasia endotelial papilar intravascular - Hemangioma de Masson

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia papilar endotelial intravascular, también conocida como hemangioma de Masson, es una lesión proliferativa vascular reactiva relativamente frecuente que

tiene como localizaciones típicas los vasos subcutáneos de la cabeza, cuello, dedos y tronco (1, 2), aunque proliferaciones parecidas pueden presentarse en otras localizaciones incluidas las venas varicosas de las extremidades, hemorroides, granulomas piógenos y hemangiomas (3).

El caso que presentamos resulta particularmente inusual no por el tipo de lesión que presenta, reconocida desde las clásicas descripciones de Masson en 1923 (4), sino por su localización. Sólo hay dos casos publicados en la literatura (5, 6), y Tavassoli (7) refiere que en los archivos del AFIP existen, al menos, cuatro casos más.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años de edad, asintomática, que presentó en una mamografía derecha practicada en un programa de prevención del cáncer de mama un nódulo subcutáneo profundo, de localización intercuadrántica superior, de 1 cm de diámetro aproximadamente, con microcalcificaciones de alta densidad (Fig. 1). A la exploración no había lesión palpable. Se biopsia por sospecha de malignidad, realizando estudio intraoperatorio. Macroscópicamente se trataba de una lesión nodular circunscrita, de 10 × 7 mm, de consistencia media y aspecto vascular, delimitada parcialmente por una pseudocápsula (Fig. 2).

Desde el punto de vista histológico consistía en una proliferación de estructuras papilares que tendían a anastomosarse y que estaban revestidas por una única hilera de células endoteliales, centradas por un eje de colágeno y fibrina. Algunos extremos de estas papilas terminaban libremente dentro de la luz, donde podían observarse oca-

sionales glóbulos rojos. Se apreciaron focos de calcificación fáciles de identificar con la tinción de hematoxilina-eosina, localizados preferentemente en el centro de los ejes conectivos papilares. No se encontró trombo en la luz ni adherido a la pared. Tampoco se vieron figuras de mitosis ni pleomorfismo celular. La lesión fue extirpada en su totalidad y no incluía parénquima mamario. Fue diagnosticada como hiperplasia papilar endotelial intravascular. A los dos años de la intervención permanece asintomática y sin recurrencia.

DISCUSIÓN

La lesión que presentamos se corresponde con la descripción que Masson dió en 1923 (4) y a la cual denominó hemangioendotelioma vegetante intravascular. Otros sinónimos que se han utilizado en la literatura han sido angiomatosis intravascular, pseudoangiosarcoma intravascular y proliferación atípica intravascular. Con estos nombres se pretende describir una lesión de carácter reactivo, supuestamente a un traumatismo, aunque no siempre está clara su relación. En la localización en que se presentó nuestro caso resulta particularmente importante diferenciarla del angiosarcoma primario, cuya imagen histológica pudiera aproximarse. Los hallazgos principales para distinguirla del angiosarcoma de mama, cuyo



Figura 1. Mamografía derecha en que se identifica una lesión nodular con microcalcificaciones de alta densidad.

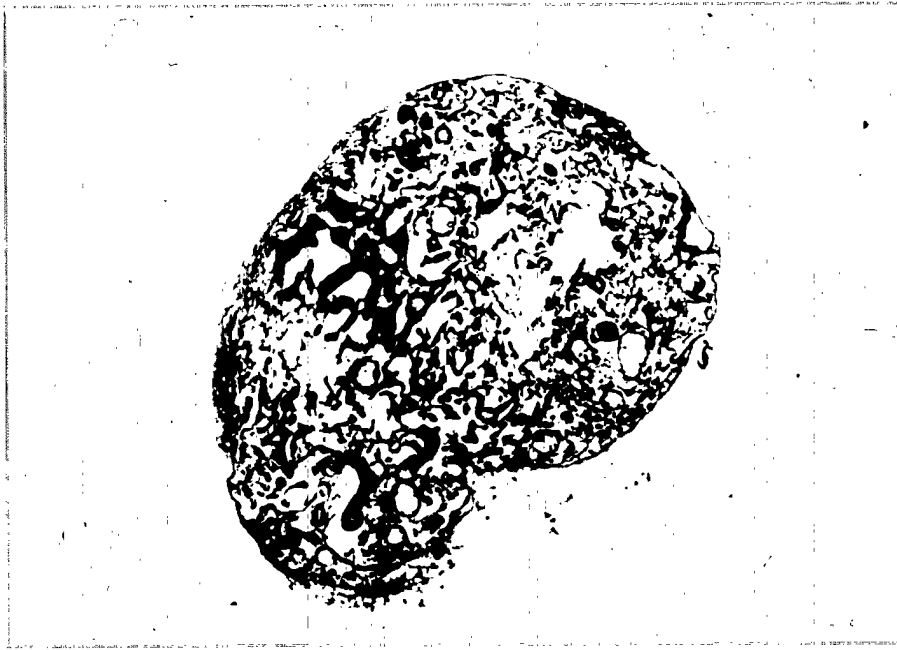


Figura 2. Imagen macroscópica-microscópica de la lesión vascular (corte histológico teñido con HE).

diagnóstico resultaría de mucho peor pronóstico, son los siguientes:

- Se trata de una lesión circunscrita.
- Es fácil distinguir un tejido fibroso pseudocapsular que la delimita.
- En dicha pseudocápsula se puede encontrar ocasionalmente tejido elástico y restos de músculo liso de la pared vascular.
- Nunca hay cambios degenerativos típicos del angiosarcoma como necrosis, trombosis, regeneración vascular o imágenes de atipia y mitosis.

Aunque el angiosarcoma primario de mama es una neoplasia infrecuente (el 0,4% de todos los tumores malignos de esta localización) algunos autores han alertado de que lesiones vasculares *de novo*, no relacionadas con cirugía o radiación previa, pueden tener una presentación insidiosa con criterios diagnósticos, tanto clínicos como patológicos, que difícilmente llegan a reconocer, en ocasiones, su imprevista evolución agresiva (8). Sin embargo, el caso que presentamos no debería resultar difícil de diferenciar, pese a que su localización resulte inhabitual, dado que sus hallazgos histológicos son semejantes a los de la forma común de la hiperplasia papilar endotelial intravascular.

Está descrita también la posibilidad de que un hemangioma de Masson de localización palmar en una mujer con antecedentes de carcinoma de mama tratada con quimioterapia pudiera simular un síndrome de Stewart-Treves (9).

Los dos casos informados por Rosen (5) y Murao (6) se presentaron en mujeres de 76 años de edad. El primero se trataba de una lesión de 0,8 cm localizada en la mama derecha. Como el nuestro, tampoco incluía tejido mamario en el nódulo resecado, y no había evidencia de enfermedad a los dos años de seguimiento después de la intervención quirúrgica.

Las microcalcificaciones observadas en la mamografía y cortes histológicos se correspondieron con concreciones características de fosfato cálcico, tanto por su alta densidad radiológica como por su fácil identificación con la tinción de hematoxilina-eosina. Además, no mostraban birrefringencia bajo lente polarizada como cabría esperar en caso de que se tratara de cristales de oxalato cálcico. Las microcalcificaciones son un hallazgo particularmente infrecuente en los casos de hemangioma de Masson publicados (10). Hasta donde nosotros hemos podido revisar, no conocemos ninguna forma de presentación similar de una hiperplasia papilar endotelial intravascular con microcalcificaciones identificada en una mamografía.

Podemos concluir como resumen que el caso presentado es un ejemplo más a sumar a una larga serie de supuestos en los que ni todas las microcalcificaciones de mama detectadas en las mamografías se corresponderían con una neoplasia maligna, ni todas las lesiones vasculares de mama serían angiosarcomas. Un correcto estudio, tanto macroscópico como histopatológico, resulta obligado para hacer el diagnóstico diferencial preciso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clearkin KP, Enzinger FM. *Intravascular papillary endothelial hyperplasia*. Arch Pathol Lab Med 1976; 100: 441-444.
2. Requena L, Sanguenza OP. *Cutaneous vascular proliferations. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms*. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 887-920.
3. Kuo T, Sayers CP, Rosai J. *Masson's vegetant intravascular hemangioendothelioma: A lesion often mistaken for angiosarcoma*. Cancer 1976; 38: 1227-1236.
4. Masson P. *Hemangioendothelioma vegetant intravasculaire*. Bull Soc Anat (Paris) 1923; 93: 517-524.
5. Rosen P. *Vascular tumors of the breast. Nonparenchymal vascular tumors of the mammary subcutaneous tissues*. Am J Surg Pathol 1985; 9: 723-729.
6. Murao T, Naki M, Hemad E. *Intravascular endothelial hyperplasia of the breast - report of a case with scanning electron microscope observations*. Gan No Rinsho 1986; 1471-1474.
7. Tavassoli FA. *Pathology of the breast*. Appleton & Lange, East Norwalk 1992; 503.
8. Brit LD, Lambert P, Sharma R, Ladaga LE. *Angiosarcoma of the breast. Initial misdiagnosis is still common*. Archives of Surgery 1995; 130: 221-223.
9. Romani J, Puig L, Costa I, de Moragas JM. *Masson's intravascular papillary endothelial hyperplasia mimicking Stewart-Treves syndrome: Report of a case*. Cutis 1997; 59: 148-150.
10. Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoji M. *Intravascular papillary endothelial hyperplasia, a clinicopathologic study of 91 cases*. Am J Dermatopathol 1983; 5: 539-546.