

Tumor de Abrikossoff

*A. Acha, L. Martinez, A. Benesperi, B. Miller,
V. Serini, A. Wernicke.*

Area de Diagnóstico Mamario TCba



Introducción

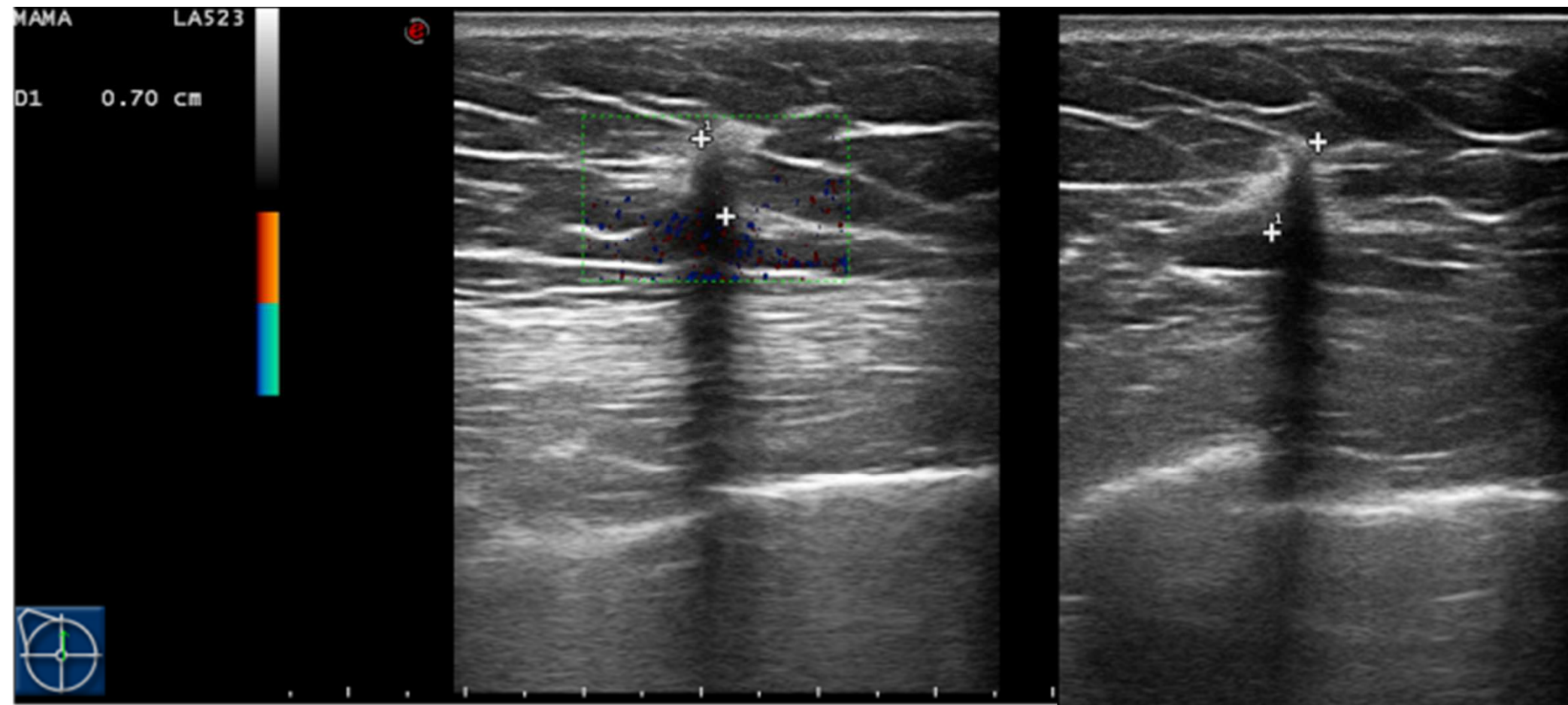
- El tumor de células granulares es poco frecuente y de origen incierto. Los estudios más fiables apuntan a una histogénesis neural periférica de las células de Schwann. Su imagen radiológica es de alta sospecha.

Objetivos

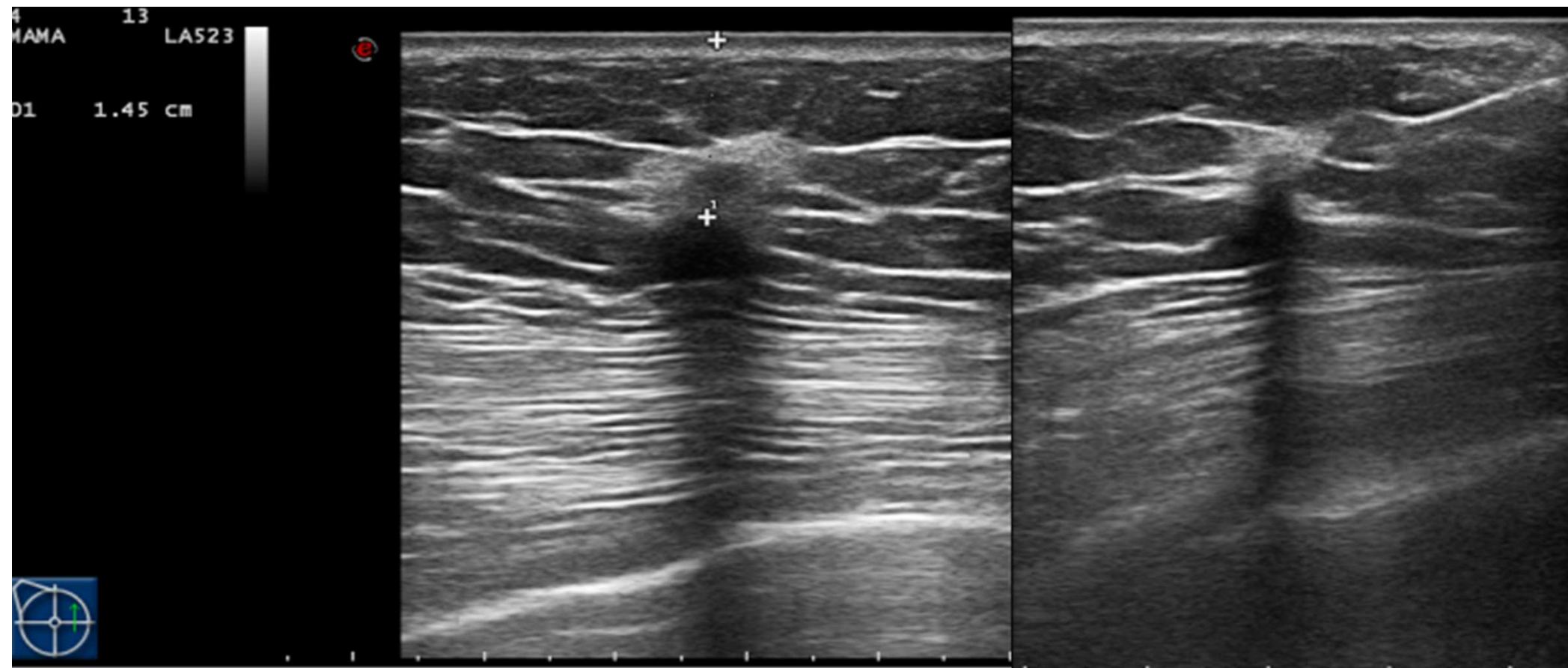
- Mostrar hallazgos imagenológicos e histológicos del tumor de Abrikossoff y realizar una revisión acerca del tema.

Revisión

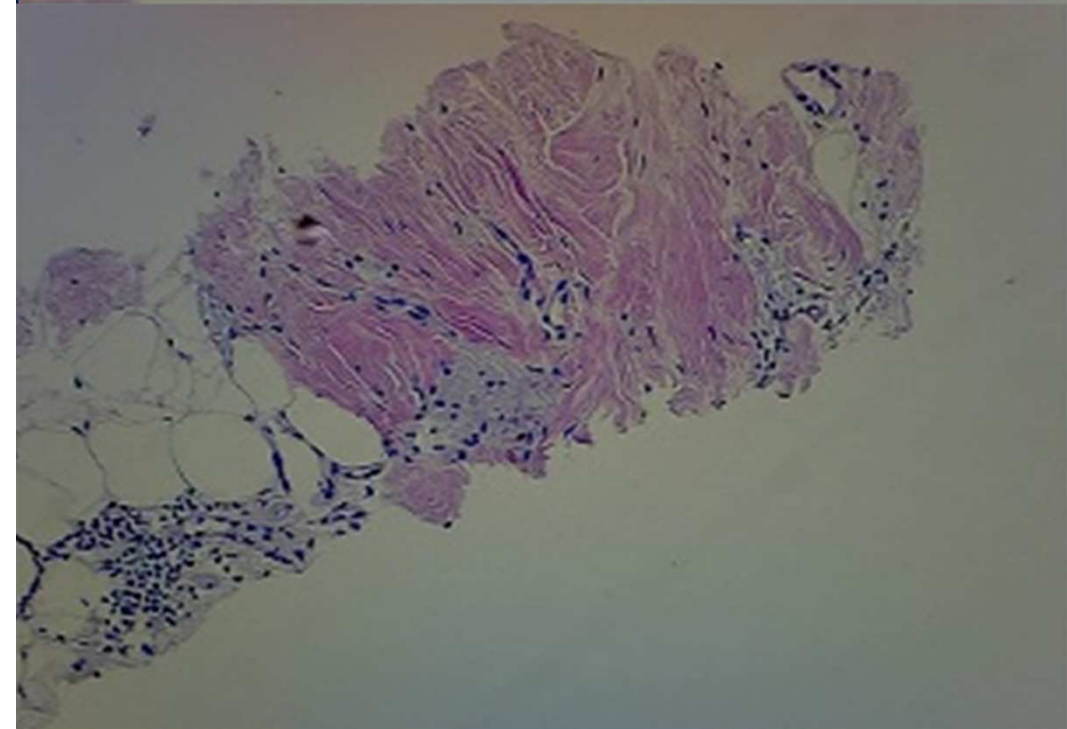
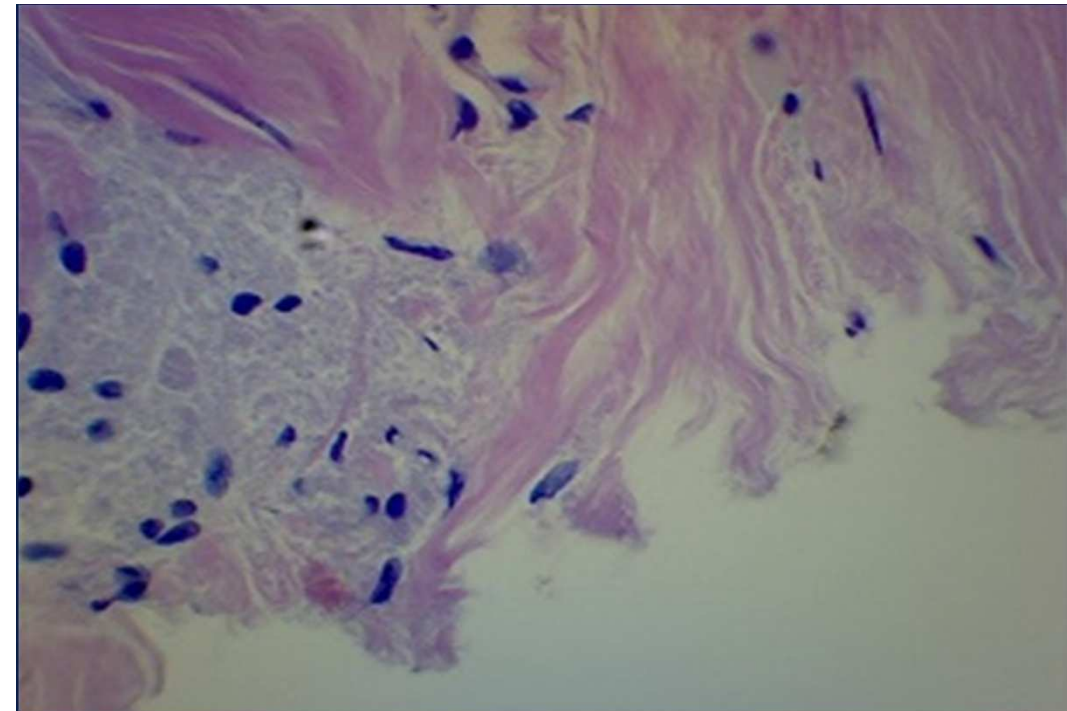
- Paciente de 50 años, que consulta por control anual:
- Mamografía: asimetría tisular en CSI de MD.
- Ecografía: imagen nodular BR5 en coincidencia con el hallazgo mamográfico.
- Se realizó marcación mediante guía ecográfica con carbón medicinal para su posterior excéresis.



Ecografía Doppler color que evidencia formación hipoecoica de contornos irregulares con sombra acustica posterior de 7mm caracterizada BR 5.



Marcación con Carbón medicinal bajo guía ecográfica.



Los cortes histológicos con H&E muestran cúmulos de células de abundante citoplasma granular y núcleo central con marcación positiva para S100 con técnicas de inmunohistoquímica.

Revisión

- El Tumor de Abrikossoff o de células granulares es más frecuente en mujeres entre la 4°- 6° décadas de la vida.
- Es excepcional su localización mamaria (6%).
- Sólo el 2% del total son formas malignas.
- Se presenta como un tumor único, menor de 3 cm localizado principalmente en CSI, que puede simular signos de malignidad.

Revisión

- Histológicamente está compuesto por células poligonales o fusiformes, organizadas en nidos, no encapsuladas, con gránulos citoplasmáticos eosinofílicos, PAS +. Presentan un núcleo redondo y nucléolo prominente.
- Inmunohistoquímicamente son positivos para la proteína S-100, antígeno carcinoembrionario (CEA) y vimentina pero negativos para estrógeno y progesterona.

Revisión

- La variante maligna presenta índices de mitosis en alto grado y gran polimorfismo celular, con un índice de recurrencia del 20% y de metástasis del 50%, siendo el pulmón el órgano más comprometido.

Revisión

- El tratamiento es la extirpación local curativa con seguimiento clínico y radiológico en caso de tumores atípicos, limítrofes o malignos.

Conclusiones

- El estudio inmunohistoquímico de la pieza es fundamental para arribar al diagnóstico de esta patología tan infrecuente.
- Se deberá tener en cuenta como diagnóstico diferencial en caso de obtenerse un reporte negativo para células malignas en tumores caracterizados por imágenes como BR5.

Bibliografía

- A. Brown, R. Audisio, P. Regitnig et al. Granular cell tumour of the breast. *Surgical Oncology*. June 2011. Volume 20, Issue 2, Pages 97–105.
- C. Tobin, T. Hendrix, S. Geyer, et al. Granular cell tumor. *RadioGraphics*, 1996, Vol.16: 983-985.
- C. Leoa, S. Briesta, A. Schützb, et al. Granular cell tumor of the breast mimicking breast cancer. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. August 2006, Volume 127, Issue 2, Pages 268–270.

Bibliografía

- G Tai, H D'Costa, D Lee, et al. Coincident granular cell tumour of the breast with invasive ductal carcinoma. The British Journal of Radiology (Sep 1995). 68 (813) pp: 1034-1036
- V. Mayoral Campos et al. Tumor de células granulares de mama: todo un reto diagnóstico. Rev. argent. radiol. 2014, vol.78, n.2, pp. 93-95 .
- Y. Bravo bello et al. Tumor de células granulares de la mama: Reporte de un caso. Rev. venez. oncol. 2009, vol.21, n.1, pp. 40-45 .