

Dr. José Luis Cázares Arellano\*  
 Dra. Norma Ríos Rodríguez\*  
 Dra. Martha E. Quiroz Villegas\*\*

## Paciente con clasificación BI-RADS V por imagen con diagnóstico de enfermedad de Castleman y cáncer de mama contralateral

### RESUMEN

**Antecedentes:** la enfermedad de Castleman es poco frecuente; se caracteriza por hiperplasia policlonal de ganglios linfáticos. En la mayoría de los casos es un padecimiento localizado, benigno y con buen pronóstico. Los estudios de imagen son la primera opción

diagnóstica que se confirma por histopatología.

**Caso clínico:** Se comunica el caso de una mujer de 47 años de edad con reporte BI-RADS V que evolucionó a cáncer de mama contralateral. Es importante tener siempre en mente el diagnóstico de enfermedad de Castleman porque sus factores de riesgo están en aumento

y porque se ha observado un cambio en los tipos de presentación.

**Palabras clave:** enfermedad de Castleman, cáncer de mama contralateral, enfermedad monocéntrica, enfermedad multicéntrica, BIRADS-V, biopsia escisional.

*Continúa en la pág. 138*

<sup>1</sup> Departamento Seccional del Cuerpo, <sup>2</sup> Departamento de Radiología e Imagen, <sup>3</sup> Departamento de Tomografía Computada de la Unidad de Especialidades Médicas. Av. Industria Militar No. 1088, Lomas de San Isidro, 53960, Naucalpan, Estado de México. E-mail: gamottar@yahoo.com.mx

### Introducción

La enfermedad de Castleman es un padecimiento benigno, con hiperplasia no clonal de nódulos linfáticos,<sup>1</sup> descrita en 1956 por Benjamin Castleman.<sup>2</sup> Puede manifestarse con tres variedades histológicas: 1) hialinovascular con centros germinales atróficos rodeados de linfocitos en disposición circular en "capas de cebolla" y senos vasculares obliterados; 2) células plasmáticas con centros germinales hiperplásicos, abundantes células plasmáticas, hipervascularización y senos vasculares; 3) una combinación de ambos patrones.<sup>3</sup> Su manifestación clínica puede ser en dos formas: en una enfermedad unicéntrica cuando es localizada, tiene evolución favorable y en la mayoría de los casos patrón histológico hialinovascular; y en una enfermedad multicéntrica cuando tiene afectación sistémica, variedad de células plasmáticas y pronóstico desfavorable.<sup>1</sup>

Se desconoce la incidencia de la enfermedad de Castleman; la serie más grande reportó 81 casos, de

los que más de 80% fueron enfermedad unicéntrica,<sup>3</sup> afecta a uno y otro sexo por igual y se desconoce su causa, aunque existen múltiples factores asociados, como concentraciones elevadas de IL-6 que disminuyen luego de la resección quirúrgica.<sup>4,5</sup>

Otro factor asociado con la enfermedad unicéntrica es la infección por VHH-8, que predispone a la aparición del linfoma no Hodgkin, aunque su relación no es tan clara como en la enfermedad multicéntrica.<sup>6,7</sup> Pocas veces produce síntomas y su diagnóstico es incidental por imagen o debido a un tumor. Su tratamiento es quirúrgico y cuando esto no es posible, la radioterapia es otra opción, con evolución favorable.<sup>8</sup> Enseguida se comunica el caso de una mujer con crecimiento ganglionar en la axila derecha, con datos sugerentes de malignidad por mastografía, que se diagnóstico con enfermedad de Castleman y posteriormente padeció cáncer en la mama izquierda.

### Reporte de caso

Paciente femenina de 47 años de edad, que inició el padecimiento en septiembre de 2005, con un tumor en la región axilar derecha, duro, móvil, de aproximadamente 4 cm, que aumentó progresivamente en 2 a 3

## ABSTRACT

**Background:** Castleman disease is an infrequent disorder characterized by polyclonal hyperplasia of lymphatic ganglia; mostly it is shown located, being

benign and with good forecast. Imaging studies are the first tool used to confirm at a later time, the diagnosis through histopathology.

**Clinical case:** Following, we submitted a case of a 47 years old woman with BI-RADS V report, which developed later counter-lateral breast cancer. It

is important to consider excessively the diagnosis of Castleman disease, since it is a pathology whose risk factors are increasing, in addition to that a change in the types of presentation.

**Key words:** Castleman disease, EUC, EMC, BIRADS V, excisional biopsy.

meses, sin otros síntomas ni alteraciones en estudios paraclínicos. Por ese motivo se envió al servicio de Imagenología del Hospital General de México en junio de 2006 para que le realizaran una mastografía, en donde se observó en el lado derecho crecimiento ganglionar axilar denso, homogéneo, de aproximadamente 4 cm (*Figura 1*), con asimetría focal en el cuadrante superoexterno de la mama ipsilateral, a expensas de una imagen multilobulada, irregular, sin calcificaciones concomitantes, que se clasificó como BI-RADS V de mama derecha, BI-RADS II (*Figura 2*).

Un mes después se realizó una biopsia excisional de ganglio linfático que midió 4.5 x 3.5 x 2 cm, de conformación nodular, superficie lisa, homogénea, grisácea, con interior blanco amarillento; el diagnóstico histopatológico fue: enfermedad de Castleman variedad hialinovascular (*Figura 3*).

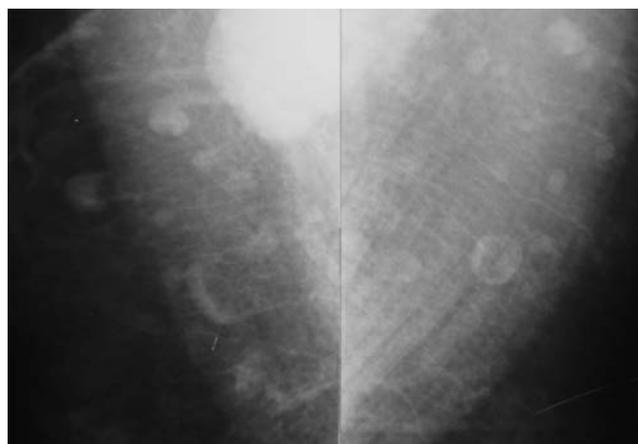
La paciente acudió un año después para mastografía de control, con clasificación BI-RADS II para ambas mamas. Casi tres años después se realizó otra mastografía que reportó BI-RADS II y V en la mama derecha e izquierda, respectivamente (*Figura 4*).

Posteriormente se tomó una biopsia por estereotaxia del nódulo ubicado en el radio de las doce, línea b, con resultado histopatológico de carcinoma canalicular infiltrante. Hasta el momento de redactar este documento la paciente no había acudido a consulta.

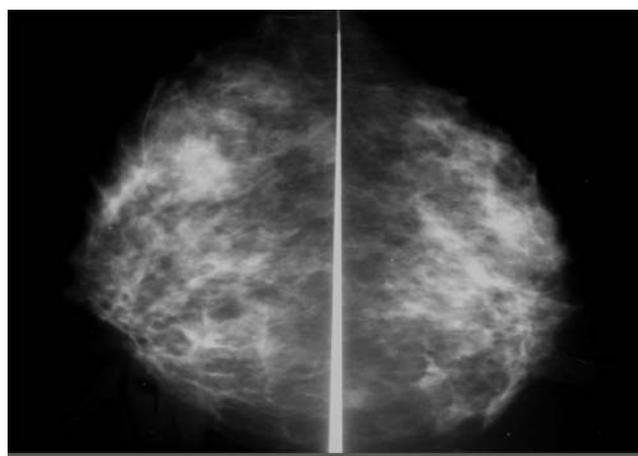
## Discusión

A pesar de que la enfermedad de Castleman es poco frecuente, el departamento de Patología del Hospital General de México reportó 24 casos de 2005 a 2010; sólo un paciente tenía enfermedad multicéntrica y los demás enfermedad unicéntrica, de estos últimos, 50% tenía la variante hialinovascular y el resto células plasmáticas.

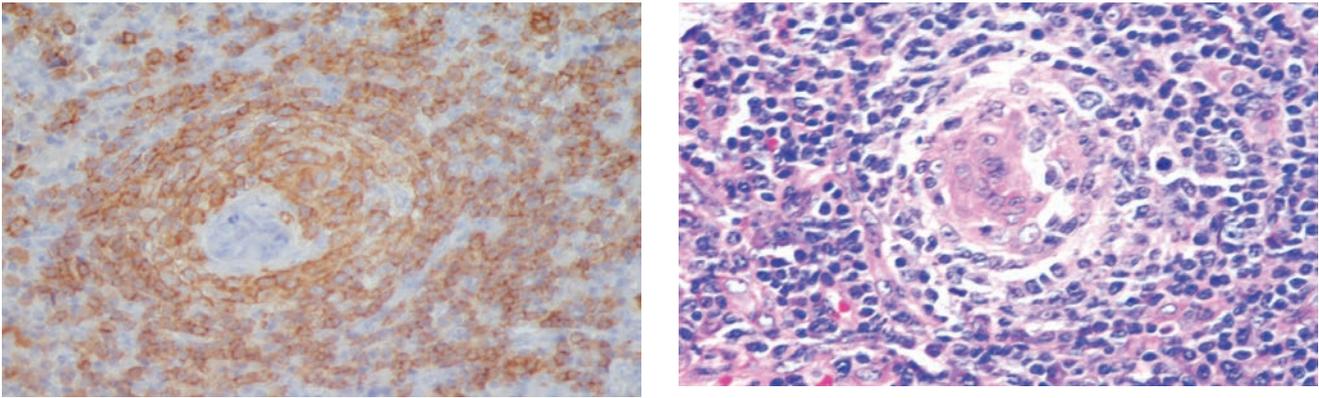
En cuanto a distribución por sexo, 73% eran mujeres y 27% hombres. Los datos encontrados difieren de los reportados en la bibliografía porque en nuestra casuística la mitad de los casos correspondió a enfer-



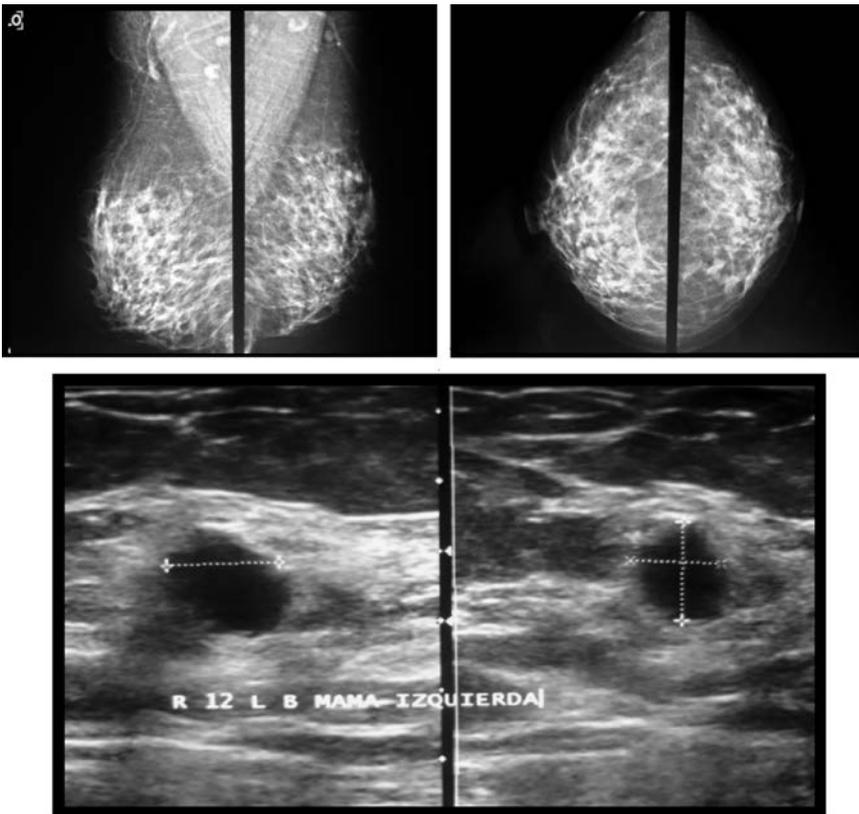
**Figura 1.** Mastografía digital oblicua medio lateral. En la axila derecha se observa una imagen radiodensa, con bordes regulares bien definidos que sugieren adenomegalia. Por sus características radiológicas es compatible con BI-RADS V considerando cáncer oculto. También se observan múltiples ganglios de aspecto benigno de forma bilateral.



**Figura 2.** Mastografía cráneo caudal donde se observa una imagen de morfología espiculada, irregular, sin evidencia de calcificaciones hacia el cuadrante superoexterno de la mama derecha.



**Figura 3.** Histopatología. Cortes microscópicos de un ganglio linfático axilar en el que se identifican formaciones hialino vasculares centrales y disposición en centros germinales característicos de la enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular.



**Figura 4.** Imagen con BI-RADS V. Mastografía bilateral oblicua, medio lateral y cráneo caudal complementada con ultrasonido donde se identifica una lesión nodular densa regular en el radio de las 12, línea b, con microcalcificaciones concomitantes y traducción ecográfica con diagnóstico BI-RADS V.

medad unicéntrica con variante histológica de células plasmáticas, en relación con 10 a 20% encontrados en otras bibliografías.<sup>3,9</sup> Además, existe una predisposición por el sexo femenino.

La enfermedad de Castleman se localiza 70% en el tórax, y los ganglios mediastinales y el hilio pulmonar, éstas son las localizaciones más frecuentes.<sup>3</sup> En nuestra casuística encontramos 37% de localización cervical, 12.5% en ganglios axilares, 8.3% en ganglios mesentéricos y 8.3% supraclaviculares. Los tumores

en estas localizaciones deben levantar la sospecha de enfermedad de Castleman.

El abordaje inicial de este padecimiento es con estudios de imagen o son hallazgos incidentales. El diagnóstico diferencial entre una enfermedad benigna y maligna por métodos de imagen en la enfermedad de Castleman es difícil, porque no se manifiesta en conglomerados ganglionares, casi siempre mayores de 4 cm, con diagnósticos diferenciales variados. Estos pueden ser localizados o diseminados según la

presentación clínica de la enfermedad de Castleman, habitualmente son homogéneos y sin datos de extensión extracapsular: necrosis central y cambios en la grasa periférica, que aunque sugerentes de benignidad, no son exclusivos.<sup>10</sup>

La enfermedad multicéntrica tiene un pronóstico radicalmente distinto a la enfermedad unicéntrica; el cuadro clínico incluye: fiebre, sudoraciones nocturnas, malestar general, hepatoesplenomegalia y se asocia con VIH y VHH-8 invariable. La infección con VHH-8 se ha relacionado con sarcoma de Kaposi y linfomas no

Hodgkin, sobre todo cuando se trata de una enfermedad que evoluciona a malignidad.

### **Comentario**

La importancia de las características de esta enfermedad radica en el bajo índice de sospecha, en la importancia de sus diagnósticos diferenciales y en la necesaria investigación de los hallazgos radiológicos, que no son concluyentes si no por exclusión de diagnósticos diferenciales; por lo que es un diagnóstico difícil de establecer.

---

### **Referencias**

1. Castleman's Disease. A Review Bernardino Roca. *AIDS Rev* 2009; 11: 3-7.
2. Castleman B, Iverson L, Menezes VP. Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer* 1956; 9: 822.
3. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer* 1972; 29: 670.
4. Yoshizaki K, Matsuda T, Nishimoto N, et al. Pathogenic significance of interleukin-6 (IL-6/BSF-2) in CD. *Blood* 1989; 74: 1360.
5. Leger-Ravet MB, Peuchmaur M, Devergne O, et al. Interleukin-6 gene expression in CD. *Blood* 1991; 78: 2923.
6. Kikuta H, Itakura O, Taneichi K, Kohno M. Tropism of human herpesvirus 8 for peripheral blood lymphocytes in patients with CD. *Br J Haematol* 1997; 99: 790.
7. Luppi M, Barozzi P, Maiorana A, et al. Human herpesvirus-8 DNA sequences in human immunodeficiency virus-negative angioimmunoblastic lymphadenopathy and benign lymphadenopathy with giant germinal center hyperplasia and increased vascularity. *Blood* 1996; 87: 3903.
8. Bowne WB, Lewis JJ, Filippa DA, et al. The management of unicentric and multicentric CD: A report of 16 cases and a review of the literature. *Cancer* 1999; 85: 706.
9. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, Manning J, Pugh W. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman Disease. *Ann Intern Med* 1998; 128: 657-662.
10. Sobrevilla-Calvo P.J, Avilés-Salas A, Cortés-Padilla DE, Rivas-Vera S. Características clinicopatológicas de la enfermedad de Castleman. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Cir Ciruj* 2009; 77: 187-192.