

Tumor de Células Granulares da Mama Sincrônico à Doença de Castleman Retroperitoneal: Relato de Caso e Revisão de Literatura

Granular Cell Tumor of the Breast Synchronous to Retroperitoneal Castleman's Disease: Case Report and Literature Review

Tumor de Células Granulares de Mama Sincrônico a la Enfermedad de Castleman Retroperitoneal: Relato de caso y Revisión de Literatura

Matheus Torres Lima Araújo¹; Nathalia Torres Lima Araújo²; Maria do Perpétuo Socorro Saldanha da Cunha³; Marcelo Santos Nogueira de Souza⁴; Antônio de Pádua Almeida Carneiro⁵

Resumo

Introdução: O tumor de células granulares é uma neoplasia benigna rara que pode ocorrer em qualquer parte do corpo. Na mama, representa 5-6% de todos os tumores de células da granulares. Geralmente são nódulos que podem simular um carcinoma invasivo em exames de imagem. Histologicamente é caracterizado por uma proliferação de células poligonais de aspecto granular que se agrupam em ninhos, cordões ou lençóis e apresentam uma forte marcação imuno-histoquímica para a proteína S-100. A doença de Castleman é um distúrbio linfoproliferativo benigno raro de origem controverso, caracterizada pela proliferação de tecido linfoide em qualquer cadeia linfática. Clinicamente, essa doença é dividida em forma unicêntrica e multicêntrica, a cura na forma unicêntrica é possível por meio da excisão cirúrgica, enquanto a forma multicêntrica tem um prognóstico mais reservado em longo prazo. **Relato do caso:** Descreveu-se o caso de uma paciente com um nódulo de mama sugestivo de carcinoma e que teve o diagnóstico de tumor de células da granulares e, em exames de estadiamento, foi encontrada uma massa em retroperitônio que, após ressecção cirúrgica, foi diagnosticada como doença de Castleman. **Conclusão:** Deve-se ter, como diagnóstico diferencial de tumores malignos de mama, o tumor de células granulares, devido à similaridade ao exame clínico e em exames de imagem. A doença de Castleman deve estar no diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais.

Palavras-chave: Feminino; Mama; Tumor de Células Granulares; Hiperplasia do Linfonodo Gigante; Espaço Retroperitoneal

¹ Médico-Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital Haroldo Juaçaba do Instituto do Câncer do Ceará (HHJ/ICC). Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* araujomt@yahoo.com.br.

² Acadêmica de Medicina da Faculdade Christus. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* nataraujo12@gmail.com.

³ Médica Patologista do HHJ/ICC. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* pathopatty@hotmail.com.

⁴ Chefe do Serviço de Cirurgia Abdominal do HHJ/ICC. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* marcelosns@gmail.com.

⁵ Chefe do Serviço de Mastologia do HHJ/ICC. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* depadua.mastologia@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Matheus Torres Lima Araújo. Rua Pereira Valente, 980 - Meireles. Fortaleza (CE), Brasil. CEP 60160-250.

INTRODUÇÃO

O tumor de células granulares (TCG) foi descrito pela primeira vez em 1926 por Abrikossoff, que descreveu um TCG na língua¹. Devido à sua similaridade microscópica às fibras musculares, sugeriu-se uma origem do músculo esquelético e, a partir disso, essa lesão foi denominada mioblastoma de células granulares². Desde então, diversos nomes vêm sendo utilizados para descrever tal lesão, tais como: tumor de Abrikossoff, neurofibroma de células granulares e schwannoma de células granulares³. O TCG pode ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo mais comum na pele e região de cabeça e pescoço, especialmente na língua. É mais comumente diagnosticado entre a quarta e a sexta décadas de vida, sendo as mulheres mais acometidas. Geralmente são únicos, entretanto alguns casos de lesões múltiplas são relatados na literatura. Seu comportamento biológico na maioria dos casos é de neoplasia benigna, mas ocasionalmente a agressividade local pode estar presente, e cerca de 2% dos casos podem sofrer transformação maligna²⁻⁴. A histogênese desse tumor ainda é controversa, mas a positividade na imunohistoquímica da proteína S-100 favorece a teoria da origem neural ou neuroectodérmica⁵⁻⁶. O tratamento do TCG é essencialmente cirúrgico e é geralmente curativo. A recidiva é extremamente rara nesses tumores benignos².

Na mama, o TCG foi descrito pela primeira vez por Murray em 1951⁷. Corresponde a cerca de 5 a 6 % de todos os TCG e acomete principalmente mulheres negras na pré-menopausa. Geralmente, tem comportamento benigno, apesar de haver relatos de tumores malignos⁵. A coexistência desses tumores com o carcinoma ductal infiltrativo da mama foi relatada em dois trabalhos⁸⁻⁹. O TCG da mama origina-se nas células de Schwann entre o tecido mamário lobular⁴. Apesar de ser uma entidade bem definida, são frequentemente confundidos clinicamente e radiologicamente com o carcinoma invasivo da mama¹⁰.

A doença de Castleman (DC) é um distúrbio linfoproliferativo raro de origem controversa, caracterizado pela proliferação benigna de tecido linfoide, podendo ser um diagnóstico diferencial de algumas neoplasias malignas de linhagem linfoide¹¹⁻¹². Foi primeiramente descrita por Benjamin Castleman em 1954¹³. É também conhecida como hiperplasia angiofolicular linfoide, hiperplasia de nódulo linfático gigante e linforreticuloma folicular¹¹. Sua patogênese não é totalmente conhecida; porém acredita-se que há inicialmente uma produção aumentada de interleucina-6 (IL-6) pelas células nos linfonodos estimulados na maioria dos casos por uma infecção pelo herpes vírus 8 (HHV-8)¹⁴. Podem acometer qualquer cadeia linfática, sendo mais comuns no mediastino anterossuperior, no pescoço, e mais raramente no abdômen e retroperitônio¹¹⁻¹².

São conhecidas duas formas distintas da DC: a forma unicêntrica ou localizada, em que geralmente a doença é restrita a um linfonodo, ocorre em pessoas jovens e tem um curso autolimitado; e a forma multicêntrica que, por sua vez, acomete principalmente idoso, tem maior sintomatologia sistêmica, maior risco de transformação maligna e o prognóstico mais reservado a longo prazo¹¹⁻¹².

Este artigo tem como objetivo descrever o caso de uma paciente com duas neoplasias raras sincrônicas e fazer uma revisão da literatura sobre elas.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 48 anos, atendida no Hospital Haroldo Juaçaba, em dezembro de 2010, com nódulo palpável em mama direita há oito meses. A história familiar era negativa para câncer de mama. Ao exame físico, apresentava nódulo de aproximadamente 2,0 x 2,0 cm no quadrante superior medial (QSM) da mama direita, móvel, de limites mal definidos e com pele íntegra. O ultrassom das mamas evidenciava um nódulo no QSM de 12,2 x 12,6 mm, heterogêneo e com margens mal definidas. A mamografia evidenciava nódulo denso, espiculado, sem microcalcificações e localizado no QSM medindo cerca de 20 mm (Birads 5) (Figura 1). A paciente foi submetida à *core biopsy*, que evidenciou um TCG confirmado por imunohistoquímica através da positividade para as proteínas S-100 e CD 68 e negatividade para CK-pool e EMA (Figura 2).

A paciente era assintomática e, em exames de estadiamento do nódulo mamário, foi verificada, através de ultrassom abdominal, uma tumoração no nível pancreático de conteúdo espesso de 6,2 x 4,5 cm irregular e contornos lobulados. A tomografia de abdômen mostrou

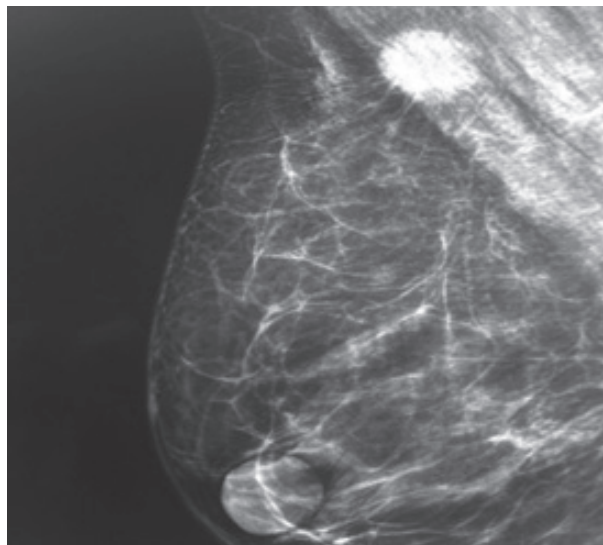


Figura 1. Nódulo no quadrante superomedial da mama direita de limites mal definidos e espiculado sem microcalcificações

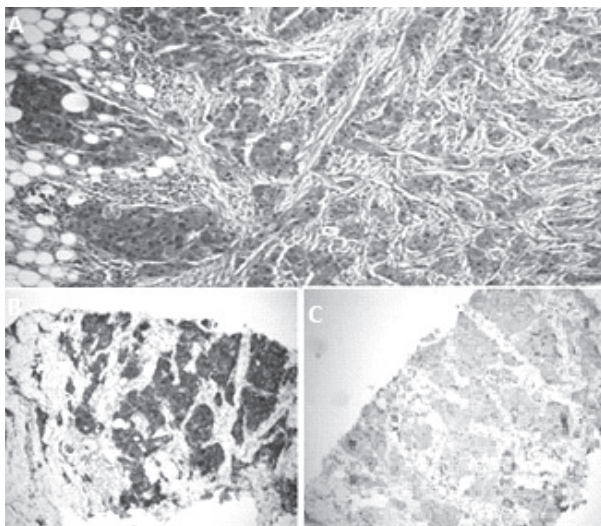


Figura 2. (A) Proliferação de células poligonais de citoplasma granular eosinofílico que se arranjam em ninhos e cordões com extensão à gordura (H&E, X20); (B,C) Células exibem positividade citoplasmática para a proteína S-100 e CD 68, respectivamente (H&E, X10)

uma massa retroperitoneal expansiva com atenuação de partes moles e impregnação heterogênea ao meio de contraste localizada em topografia interaortocaval medindo aproximadamente 6,5 x 4,8 x 3,6cm. A lesão estava em íntimo contato com o processo uncinado do pâncreas e comprimia a veia cava inferior (Figura 3).

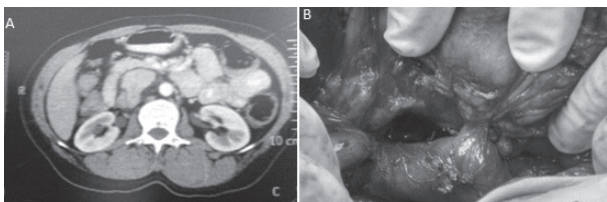


Figura 3. (A) TC de abdômen evidenciando uma massa retroperitoneal aderida à veia cava inferior e comprimindo o processo uncinado do pâncreas (seta preta); (B) Aderência intraoperatória da massa retroperitoneal à veia cava inferior (seta branca)

Diante do quadro, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora (LE), em abril de 2011, para ressecção da massa retroperitoneal; e, no mesmo tempo cirúrgico, à ressecção com margens do nódulo mamário.

Durante a LE, foi observada uma massa retroperitoneal de limites bem definidos, aderida à veia cava inferior (Figura 3). Foi realizada ressecção da lesão associada a fragmento da veia cava inferior. O anatomopatológico da lesão retroperitoneal revelou o diagnóstico de DC variante hialino-vascular. Microscopicamente, a lesão era constituída por linfonodo com numerosos folículos linfoides pequenos com centros germinativos atróficos, vasos com paredes hialinizadas e zona do manto expandida com aspecto em “casca de cebola” (Figura 4).

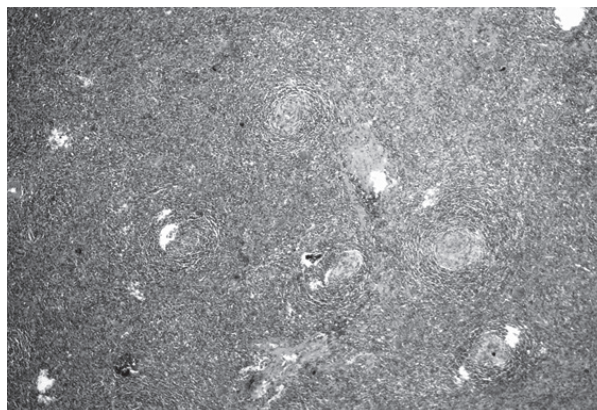


Figura 4. Tecido linfóide exibindo folículos com centros germinativos atróficos, vasos de paredes hialinizadas e zona do manto expandida com aspecto em “casca de cebola” (H&E, X20)

O histopatológico do tumor de mama confirmou um TCG medindo 1,8 x 1,8 x 1,2 cm com margens livres. À microscopia, havia proliferação de células poligonais com citoplasma granular eosinofílico que se arranjavam em ninhos e cordões com extensão à gordura (Figura 2).

A paciente evoluiu bem no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta no 4º dia de pós-operatório, e encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem evidências de recidiva de nenhuma das neoplasias.

O presente artigo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Haroldo Juaçaba (CEP/HHJ/ICC) conforme o protocolo nº 005/2012.

DISCUSSÃO

O TCG é uma neoplasia benigna relativamente rara que pode ocorrer em qualquer parte do corpo, tais como: pele, sistema nervoso, trato gastrointestinal, bexiga, sistema reprodutor feminino e brônquios. A região da cabeça e pescoço está envolvida em aproximadamente 45 a 65% dos pacientes; entre os quais, 70% acometem a cavidade oral, sendo a língua e a mucosa jugal os locais mais frequentes³. Podem ocorrer em pacientes de todas as idades, sendo raro em crianças². Inicialmente, foi descrito na língua por Abrikossoff como uma lesão de origem muscular devido à sua similaridade microscópica às fibras musculares, sendo denominada de mioblastoma de células granulares². Entretanto a histogênese dessa lesão tem sido assunto de controversa. Ulrich et al.¹⁵ mostraram evidência de derivação dos histiócitos e Churg et al.¹⁶ propuseram origem nas células do músculo liso. A teoria mais aceita atualmente é a origem dos TCG nas células de Schwann, aparentemente devido à positividade do tumor para a proteína S-100 e às similaridades do tumor com essas células⁵. Histologicamente, o TCG é caracterizado por uma proliferação de células poligonais que se agrupam em ninhos, cordões ou lençóis. Essas células apresentam

o citoplasma granular eosinofílico e o núcleo apresenta-se pequeno, excêntrico, vesicular, com ausência de pleomorfismo ou atividade mitótica.³

Na mama, representa 5 a 6% de todos os TCG e ocorre em aproximadamente um em cada 1.000 câncer de mama^{5,17}. A maioria dos TCG na mama se comporta como tumores benignos, mas casos de transformação maligna têm sido relatados na literatura. Em contraste com o carcinoma invasivo da mama, que ocorre mais comumente nos quadrantes superiores externos da mama, o TCG ocorre principalmente nos quadrantes superiores internos e essa distribuição corresponde à área de inervação do nervo supraclavicular. Esses tumores podem causar retração e ulceração da pele e do mamilo e podem ser fixo à fáscia do músculo peitoral simulando um carcinoma da mama^{5,10}. Também podem simular um câncer de mama na mamografia e no ultrassom. Na mamografia, a apresentação do TCG é variável. Podem aparecer como lesões bem circunscritas ou lesões espiculadas indistinguíveis do carcinoma⁵. Microcalcificações geralmente não estão presentes. Ao ultrassom, podem ser lesões sólidas mal definidas com sombra posterior ou lesões sólidas mais bem circunscritas⁴. Geralmente são lesões hiperecogênicas. Yang et al.¹⁷, em estudo, publicaram que cinco de sete pacientes (71%) tinham massas hiperecogênicas ao ultrassom.

O TCG na mama ocorre mais frequentemente em mulheres pré-menopausadas e negras. Apesar da preponderância em pacientes jovens, são tumores receptores hormonais negativos. Adeniran et al.⁵, em série de 17 pacientes, mostraram que 16 eram afrodescendentes e todos os casos eram receptores hormonais negativos. O diagnóstico correto pode ser feito por citologia aspirativa; mas, em muitos casos, o exame histológico da lesão é necessário para estabelecer a sua real natureza⁵. O diagnóstico definitivo é possível apenas por imuno-histoquímica. A positividade para S-100 e CD 68 e negatividade para citoqueratina levam ao diagnóstico de TCG. CEA e Vimentina são positivos em alguns casos. A ressecção alargada dessas lesões é suficiente para o tratamento. Excisões subtotais podem levar às recorrências⁴. O TCG deve ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões suspeitas de malignidade na mamografia e ultrassom, e análise de tecido pré-operatório é necessária para se evitar mastectomia radical desnecessária¹⁰.

A DC é uma causa incomum de proliferação do tecido linfóide geralmente de caráter benigno; porém pode se comportar como uma doença maligna. Não há um consenso sobre sua etiologia. Uma das explicações é que se trata de uma hiperplasia linfóide reativa iniciada por estimulação crônica antigênica associada a uma infecção viral principalmente do trato respiratório e gastrointestinal. O herpes vírus tipo 8 (HHV-8) e a falha

na regulação imunológica com aumento da expressão do gene da IL-6 parecem estar relacionados à patogênese da doença¹¹.

Do ponto de vista clínico, a DC é classificada em forma solitária ou unicêntrica e forma sistêmica ou multicêntrica. A forma unicêntrica apresenta-se usualmente como massa tumoral localizada principalmente em mediastino e menos frequentemente em pescoço, pulmão, axila, mesentério, retroperitônio, partes moles de extremidades e nasofaringe. O paciente em geral é pouco sintomático e o tratamento cirúrgico é curativo. A forma multicêntrica apresenta-se de forma mais exuberante com sinais sistêmicos como febre, anemia, aumento do VHS, hipergamaglobulinemia e hipoalbuminemia. Usualmente acomete linfonodos, podendo também envolver o baço. A doença persiste por meses e pode apresentar complicações renais ou pulmonares graves. O prognóstico da DC multicêntrica não é bom com alguns casos estudados tendo apresentado mortalidade de cerca de 50% e a mediana do tempo de sobrevivência de 27 a 30 meses. É descrita a associação da forma sistêmica com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)¹⁸.

Do ponto de vista microscópico, a DC possui duas variantes morfológicas: a do tipo hialino-vascular ou angiofolicular e a do tipo células plasmáticas. O tipo hialino-vascular se relaciona em 90% dos casos com a forma clínica unicêntrica. Ao exame microscópico, observam-se folículos linfóides com centros germinativos proeminentes com intensa proliferação vascular e vasos hialinizados. Pode-se encontrar zona do manto alargada de arranjo concêntrico. O tipo células plasmáticas em geral se relaciona com a apresentação clínica multicêntrica e contém proliferação difusa de plasmócitos em tecidos interfoliculares¹⁹.

A forma unicêntrica é tratada com retirada cirúrgica da lesão, havendo remissão dos sintomas, cura da doença e raramente são observadas recidivas. No entanto, um seguimento em longo prazo é necessário, pois há o risco de desenvolvimento de linfoma não Hodgkin. Vasef et al.¹⁹ observaram o desenvolvimento de linfoma não Hodgkin no seguimento de paciente operado para ressecção de massa diagnosticada como DC localizada. Na forma sistêmica, embora não haja um consenso quanto ao melhor esquema terapêutico, têm sido empregadas diversas modalidades: quimioterapia, corticoterapia em altas doses, plasmaférese, transplante de medula óssea e anticorpo monoclonal anti-interleucina 6 humano. O anticorpo monoclonal anti-CD 20 (rituximab) tem sido utilizado em alguns pacientes com DC multicêntrica associada a sarcoma de Kaposi e infecção pelo HHV-8²⁰.

CONCLUSÃO

O TCG da mama é uma doença geralmente benigna que pode simular um câncer de mama clinicamente e

radiologicamente. O diagnóstico definitivo é dado por imuno-histoquímica através da positividade para S-100 e CD 68. Deve-se ter em mente o TCG enquanto se estiver lidando com tumores de mama para prevenir cirurgias maiores desnecessárias. A DC deve entrar no diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais isoladas, tanto em pacientes sintomáticos quanto em assintomáticos.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da concepção e planejamento do projeto de pesquisa; da obtenção, análise e interpretação dos dados; da redação e revisão crítica do artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Abrikosoff A, Über M, Ausgehend VD, Willkurlichen M. Ausgehend von der quergestreiften willkurlichen Muskulatur. *Virchows Arch Pathol Anat.* 1926; 260(1):215–33.
2. Avelar RL, Santos TS, Falcão PGCB, Antunes AA, Andrade ESS. Tumor de células granulares em língua: relato de caso. *Rev bras cir traumatol buco-maxilo-fac.* 2010; 10(1):39-42.
3. Soares AB, Dipe LR, Furuse C, Araújo VC. Tumor de células granulares: relato de caso em uma localização incomum. *RGO (Porto Alegre).* 2008; 56(1):89-92.
4. Pergel A, Yucel AF, Karaca AS, Aydin I, Sahin DA, Demirbag N. A therapeutic and diagnostic dilemma: granular cell tumor of the breast. *Case Report Med.* 2011 Article ID 972168, 3 pages. doi: 10.1155/2011/972168.
5. Adeniran A, Al-Ahmadie H, Mahoney MC, Robinson-Smith TM. Granular cell tumor of the breast: a series of 17 cases and review of the literature. *Breast J* 2004; 10(6):528–31.
6. Scaranelo AM, Bukhanov K, Crystal P, Mulligan AM, O'Malley FP. Granular cell tumour of the breast: MRI findings and review of the literature. *Br. j. radiol.* 2008; 80(960):970-4.
7. Makrakis E, Hassiakos D, Stravoula B, Creatsas G. Granular cell tumor of the breast mimicking breast cancer [letters]. *European J of Obstet and Gynecol and Reproduct Biol.* 2006; 127:264-70.
8. Tran TA, Kallakury BV, Carter J, Wolf BC, Ross JS. Coexistence of granular cell tumor and ipsilateral infiltrating ductal carcinoma of the breast. *South Med J* 1997; 90(11):1149–51.
9. Al-Ahmadie H, Hasselgren PO, Yassin R, Mutema G. Colocalized granular cell tumor and infiltrating ductal carcinoma of the breast. *Arch Pathol Lab Med* 2002; 126(6):731–3.
10. Kim EK, Lee MK, Oh KK. Granular Cell Tumor of the Breast. *Younsei Medical Journal.* 2000; 41(5) 673-5.
11. Oliveira CV, Gonçalves CE, Almeida VF, Oliveira AM, Pimenta FC. Doença de Castleman localizada abdominal. *Rev Brás hematol hemoter.* 2005; 27(2):133-7.
12. Erkan N, Yildirim M, Selek E, Sayhan S. Peripancreatic Castleman disease. *JOP J. Pancreas (online).* 2004; 5(6):491-4.
13. Castleman B, Towne VW. Case reports of Massachusetts General Hospital- weekly clinic pathological exercises; Case 40011. *N Engl J Med.* 1954; 250:26-30.
14. Marques CDL, Nunes PS, Duarte ALBP, Cavalcanti FS. Doença de Castleman mimetizando doença de still do adulto. *Rev bras reumatol.* 2005; 45(5):331-4.
15. Ulrich J, Heitz PU, Fischer T, Obrist E, Gullotta F. Granular cell tumors: evidence for heterogeneous tumor cell differentiation. An immunocytochemical study. *Virchows Arch B Cell Pathol Incl Mol Pathol.* 1987; 53(1):52–7.
16. Churg J, Work J. Granular cell nodules of the gastrointestinal tract. *Am J Pathol* 1959; 35:692–3.
17. Yang WT, Edeiken-Monroe B, Sneige N, Fornage BD. Sonographic and mammographic appearances of granular cell tumors of the breast with pathological correlation. *J Clin Ultrasound* 2006; 34(4):153–60.
18. Aoki Y, Tosato G, Fonville TW, Pittaluga S. Serum viral interleukin-6 in AIDS-related multicentric Castleman disease. *Blood.* 2001; 97(8):2526-7.
19. Vasef M, Katzin WE, Mendelsohn G, Reydman M. Report of a case of localized Castleman's disease with progression to malignant lymphoma. *Am J Clin Pathol* 1992; 98(6):633–6.
20. Yashimata T, Matos AC, Ferreira MCF, Alvarenga M. Doença de Castleman: hiperplasia com aspectos de neoplasia. *Rev ciênc méd, (Campinas).* 2006; 15(2):173-7.

Abstract

Introduction: The Granular cell tumor is a rare benign neoplasia that can occur in any part of the body. In the breast, it represents 5-6% of all granular cell tumors. It is usually a nodular tumor that can mimic an invasive carcinoma on breast imaging. Histologically, it is characterized by a proliferation of polygonal cells with granular appearance, which group themselves in nests, cords or sheets and present a strong immune-histochemical marker for S-100 protein. The Castleman's disease is a rare benign lymphoproliferative illness of unknown etiology characterized by proliferation of the lymphoid tissue in any lymphatic chains. Clinically, this disease is divided into unicentric and multicentric; the cure of the Unicentric Castleman's disease is possible through surgical excision, while the multicentric disease has a poorer prognosis in the long run. **Case report:** We report a case of a patient with a nodule in the breast suggestive of carcinoma who had the diagnosis of a granular cell tumor and, in staging tests, showed a mass in the retroperitoneum which, after surgical resection, was diagnosed as Castleman's disease. **Conclusion:** We must have the granular cell tumor as a differential diagnosis of breast malignant tumors because of their similarity on clinical and image exams. The Castleman's disease must be in differential diagnosis of retroperitoneal masses.

Key words: Female; Breast; Granular Cell Tumor; Giant Lymph Node Hyperplasia; Retroperitoneal Space

Resumen

Introducción: El tumor de células granulares es una neoplasia benigna rara que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. En la mama, representa el 5-6% de todos los tumores de células granulares. Por lo general son nódulos que pueden simular un carcinoma invasivo en pruebas de imagen. Histológicamente se caracteriza por una proliferación de células poligonales de aspecto granular que se agrupan en nidos, cordones o sabanas y presentan una fuerte marcación inmuno histoquímica para la proteína S-100. La enfermedad de Castleman es un trastorno linfo proliferativo benigno raro, de origen controvertido, caracterizado por la proliferación de tejido linfoide en cualquier cadena linfática. Clínicamente, esta enfermedad se divide de forma unicéntrica y multicéntrica, la cura en su forma unicéntrica es posible a través de la escisión quirúrgica, mientras que la forma multicéntrica tiene pronóstico más reservado a largo plazo. **Relato del caso:** Se ha descrito el caso de una paciente con un nódulo de mama sugestivo de carcinoma y que tuvo el diagnóstico de tumor de células granulares y en pruebas de estadiamiento, fue encontrada una masa retroperitoneal que después de la resección quirúrgica se diagnosticó como la enfermedad de Castleman. **Conclusión:** Debemos tener, como diagnóstico diferencial de tumores malignos de mama, el tumor de células granulares debido a la similitud de la prueba clínica y en las pruebas de imagen. La enfermedad de Castleman debe estar en el diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales.

Palabras clave: Femenino; Mama; Tumor de Células Granulares; Hiperplasia de Glanglio Linfático Gigante; Espacio Retroperitoneal