



P-536 - CARCINOMA PAPILAR SÓLIDO INFILTRANTE DE MAMA SOBRE CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO EN EL VARÓN

de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel; Perna Monroy, Luís Cristian; Regojo Zapata, Rita María; López Marcano, Aylhin Joana; Ramiro Pérez, Carmen; Al Shwely Abduljabar, Farah; Valenzuela Torres, José del Carmen

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El carcinoma papilar intraquístico (CPI) constituye del 0,5-1% de todos los cánceres de mama y sólo el 3% de los CPI ocurren en hombres. El 53% de los casos son invasivos y un 7,8% de éstos presentan enfermedad regional, ya sea con extensión directa a los tejidos o afectación axilar ganglionar. El 0,4% tienen enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico. CPI ha sido dividido en 3 subgrupos que se relacionan con el pronóstico: CPI puro (con/sin invasión), CPI asociado a carcinoma intraductal (CDIS) y CPI asociado a carcinoma invasivo. Son tumores vasculares. Presentamos un paciente varón con un carcinoma papilar sólido infiltrante de mama sobre CPI, su iconografía y realizamos una revisión de su manejo.

Caso clínico: Varón de 65 años que presentó caída con traumatismo torácico y aparición de tumefacción en mama izquierda que asoció al mismo. Seis meses después presentó ictus isquémico lacunar tipo hemimotor de localización en putamen izquierdo por lo que inicia tratamiento con 300 mg AAS. Ante la persistencia de la lesión es valorado en consulta externa en donde se aprecia tumoración quística con aspecto de hematoma. Se realiza ecografía mamaria repetida que aprecia colección septada y las PAAF, citología negativa para células tumorales malignas, presencia de hematíes y macrófagos con pigmento hemosiderínico, compatibles con hematoma. La TAC, objetiva la presencia de hematoma de 7 × 4,5 × 7 cm, pequeños focos hiperdensos y pequeño nódulo adyacente a su margen lateral externo. Se decide practicar mastectomía simple, cuyo estudio histológico determinó la presencia de carcinoma papilar sólido infiltrante de mama izquierda (3,8 cm) grado histológico 1 (4/9 puntos), sobre CPI, receptores de estrógenos, progesterona y andrógenos positivos en más del 90%, Her2-, p53-, KI-67: 4%, inmunofenotipo luminal A. Por ello se somete a linfadenectomía axilar izquierda que demuestra micrometástasis (0,35 mm) en 1/17 ganglios linfáticos (pT2N1mi). La ecografía y mamografía contralateral fueron normales. Recibió 4 ciclos de docetaxel y ciclofosfamida, y continúa sin evidencia de recidiva y con tamoxifeno 21 meses después del diagnóstico.

Discusión: No hay una guía definitiva clara acerca del manejo de CPI por su rareza, y su clasificación histopatológica y la detección de su capacidad invasiva es bastante confusa. La escisión radical con margen es el pilar del tratamiento para además, buscar invasión o CDIS asociado en los tejidos circundantes. Sin embargo la mastectomía no es esencial a no ser que sea necesaria, ya que

el CPI tiene un excelente pronóstico y baja recurrencia. La biopsia de ganglio centinela puede ser una alternativa excelente a la disección axilar completa en pacientes con CPI asociado a carcinoma invasor. La terapia endocrina y la radioterapia son usadas si se asocia a carcinoma invasivo o CDIS, pero no hay evidencia en la mejoría del pronóstico. Por ello, hay preocupación por un potencial exceso de tratamiento para esta enfermedad. El CPI en varón es una patología excepcional. No hay una guía definitiva acerca de su manejo global, aunque, dado su excelente pronóstico si se presenta puro, es probable que su tratamiento estándar deba basarse en la patología asociada.