



P-670 - Carcinoma microcapilar infiltrante con localización atípica en ectopia axilar mamaria

Pérez Calvo, Javier; Buqueras, Carmen; Vasco, María Ángeles; Comas, Jaume; Robres, Joaquim; Riba, Luisana; Barrios Sánchez, Pedro; Barri, Joan

Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: El carcinoma micropapilar infiltrante es una variante extremadamente rara del carcinoma ductal infiltrante. En la literatura se encuentran escasas referencias respecto a este tipo tumoral. Presenta frecuente invasión vascular linfática con una alta incidencia de metastatización ganglionar, por ello se trata de un tipo histológico de mal pronóstico. No existe consenso sobre el tratamiento quirúrgico adecuado en los casos descritos, por lo que presentamos un caso con un carcinoma micropapilar infiltrante en una ectopia axilar mamaria tratado mediante exéresis del mismo.

Caso clínico: Mujer de 65 años, sin antecedentes de interés, que consulta tras detectarse en la autoexploración nódulo axilar derecho. En la exploración presentaba mamas de gran tamaño, ptósicas, con presencia de nódulo sólido, pétreo, adherido, de aproximadamente 2 cm de tamaño localizado sobre una ectopia axilar mamaria, sin afectación cutánea y axila clínicamente negativa. Mama izquierda sin alteraciones. Las pruebas de imagen (mamografía y ecografía) objetivaban un nódulo poliglobulado en prolongación axilar derecha (BIRADS 5), sin adenopatías axilares sospechosas. La BAG ecoguiada confirma un carcinoma micropapilar infiltrante, icon inmunohistoquímica: RE 100%, RP 2%, Ki67 30%, Her-2/Neu: 2+, SISH -, CK19 +, con estudio de extensión negativo (Rx, eco, gammagrafía). cT1c N0 M0. Se realizó tratamiento quirúrgico, realizándose exéresis completa de la ectopia axilar con márgenes > 1 cm, incluyéndose un huso de piel en su margen externo con una lesión dérmica sugestiva de pezón. Posteriormente, se procedió a detección y exéresis de ganglio centinela. La AP definitiva informó de carcinoma micropapilar infiltrante (60%) y ductal infiltrante en la periferia (40%), con un grado de diferenciación G2, y presencia de permeación tumoral angiolímfática. Además se observó otro foco microscópico de c. ductal infiltrante con un tamaño de 3 mm, separado del tumor principal, en contacto con margen interno. Se decidió ampliar margen interno en un 2º tiempo. pT1c, N0 (i-). Actualmente en tratamiento adyuvante con hormonoterapia, quimioterapia y radioterapia.

Discusión: El carcinoma ductal infiltrante se trata de un tipo tumoral extremadamente raro, con mal pronóstico debido a la invasión ganglionar. La paciente presentó un tumor infrecuente en una localización atípica sin invasión metastásica ganglionar, candidata a resección quirúrgica tumoral y posterior tratamiento adyuvante.