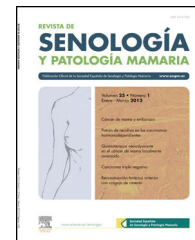




# Revista de Senología y Patología Mamaria

[www.elsevier.es/senologia](http://www.elsevier.es/senologia)



## CARTA AL DIRECTOR

### Carcinoma medular quístico de mama



### Cystic medullary breast carcinoma

*Sr. Director:*

El carcinoma quístico se define como aquel carcinoma con características quísticas o que aparece dentro de un quiste. Puede deberse tanto al desarrollo de un carcinoma en el interior de una cavidad quística, como a la degeneración quística que aparece por necrosis central de un tumor o, incluso, a la invasión carcinomatosa de un quiste inicialmente benigno<sup>1</sup>.

Si bien el 1% de los carcinomas mamarios son quísticos<sup>2</sup>, lo más frecuente es que se trate de carcinomas ductales o papilares, siendo altamente infrecuente que corresponda a un carcinoma medular.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años con una tumoración palpable en mama izquierda. No refería ningún traumatismo. Como antecedentes refería colitis ulcerosa y alergia al polen. En la exploración física destacaba una tumoración de 8 cm de diámetro, no dolorosa, de bordes lisos, en línea intercuadrántica superior. Una adenopatía ipsilateral palpable de características inespecíficas. Mama y axila contralaterales normales. El estudio ecográfico demostró una colección de 5 × 5 × 6,5 cm, con una ecogenicidad mixta, líquido flotante y tabiques en su interior, con pared sólida, engrosada, muy irregular con eco-Doppler en su interior (fig. 1A). En la axila izquierda se veía una adenopatía hipoecoica con señal Doppler más acentuada en los polos. En la mamografía bilateral se observó una tumoración de 8,8 × 7,6 × 6 cm de bordes bien definidos. Se realizó una punción con aguja gruesa de mama y axila, que resultaron negativas para malignidad. Ante la discordancia clínico-radiológica-anatomopatológica se decidió la extirpación quirúrgica. El estudio anatomopatológico demostró un carcinoma de alto grado, con alta tasa mitótica, microscópicamente circunscrito, con un patrón en láminas (sincitial) y con reacción linfoplasmocítica (linfocitos y células plasmáticas) en la pared del quiste y afectación difusa en el interior del tumor. El estroma linfoplasmocítico interno estaba limitado al estroma fibrovascular entre las zonas sincitiales de las células tumorales (fig. 1B). Todo ello sugestivo de carcinoma de tipo medular en el seno de una formación quística. El estudio inmunohistoquímico fue de

receptor estrogénico negativo, receptor progesterona negativo, Her2/neu negativo (1 sobre 3), Ki-67 del 30%, p53 nulo, Bcl2 0 sobre 3, cadherina positivo, actina (sma) (±), p63 (–), S100 (–), CK8/18 (+), CK19 positiva. Dada la presencia de un carcinoma de alto grado, de más de 5 cm de diámetro, triple negativo y con adenopatías sospechosas, clínica y ecográficamente se decidió completar la cirugía con una mastectomía radical modificada. La paciente recibió tratamiento quimioterápico secuencial con antraciclinas y taxanos (FEC-100 en 4 ciclos seguida de docetaxel en 4 ciclos). Tras un año de seguimiento, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Descrito por primera vez por Moore y Foote<sup>3</sup>, el carcinoma medular de mama es un tumor circunscrito, con crecimiento sincitial, necrosis hemorrágica, pleomorfismo nuclear, alto índice mitótico y un infiltrado linfocitario entre moderado y elevado<sup>4-6</sup>. Lo más frecuente es que sean positivos para p53 y negativos para receptor de estrógenos, Her2/neu y *bcl-2*<sup>6,7</sup>. Estas características aparentemente más agresivas contrastan con un relativo mejor pronóstico<sup>7</sup>, aunque esto ha sido puesto en duda en recientes estudios<sup>8</sup>.

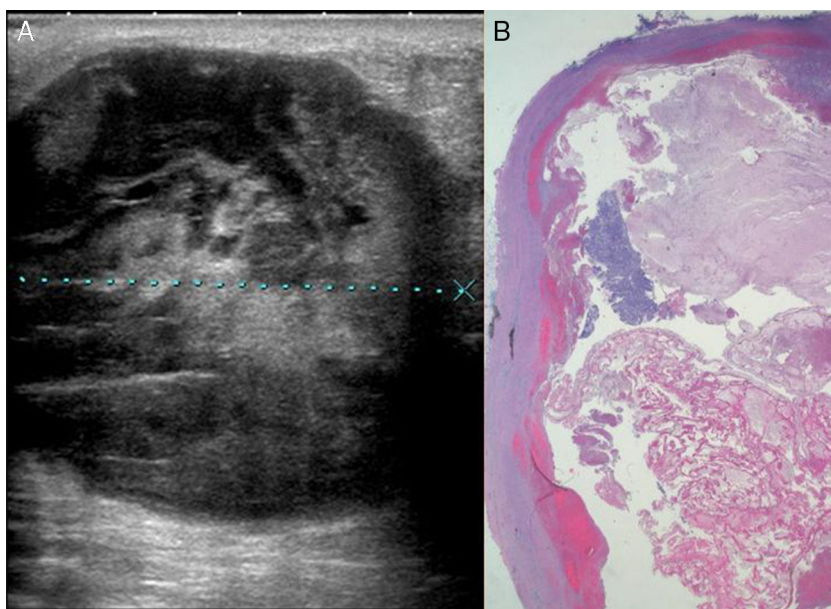
Por otra parte, las lesiones quísticas de la mama son una enfermedad altamente frecuente<sup>9</sup>. Si bien la mayoría son benignas, existe un grupo de pacientes en los que pueden contener proliferaciones carcinomatosas<sup>10</sup>. Así, se han descrito diferentes tipos histológicos, como carcinoma papilar (56%), comedocarcinoma (17,2%), carcinoma escirro (8,6%), carcinoma apocrino (5,2%), adenoacantoma (3,4%), carcinosarcoma (1,7%) y carcinoma coloide (1%)<sup>11</sup>. El carcinoma medular sería excepcional en estos casos<sup>12</sup>. En la serie más amplia encontrada en la literatura, se describieron las características de 5 pacientes<sup>11</sup>. Asumiendo las limitaciones de una serie tan corta, este carcinoma parecería en mujeres más jóvenes, sería típico el aspirado hemorrágico, alta la celularidad, los neutrófilos y quizá también los linfocitos.

En cuanto al diagnóstico de las lesiones quísticas, estas pueden clasificarse, ecográficamente, en quiste simple, complicado o complejo<sup>13</sup>. Los quistes complejos, como el del caso presentado, poseen un componente quístico y un componente sólido, y pueden asociarse con una gran variedad de diagnósticos patológicos, como carcinomas *in situ* o carcinomas infiltrantes. En estos casos es obligatoria la biopsia debido a la alta probabilidad de contener lesiones malignas<sup>14</sup>.

En cuanto al tratamiento quirúrgico del carcinoma medular, no parece justificado un tratamiento quirúrgico más

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2014.10.003>

0214-1582/© 2014 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



**Figura 1** A) Imagen ecográfica de la lesión. B) Estudio anatomopatológico de la lesión quística.

agresivo y las pacientes serían candidatas a cirugía conservadora en los mismos supuestos que otros tipos de carcinoma<sup>15</sup>. En el caso presentado, el gran tamaño tumoral (> 5 cm), así como la presencia de adenopatías sospechosas de malignidad condicionó la actitud quirúrgica más agresiva, que no debe considerarse como un estándar de tratamiento.

En resumen, el carcinoma medular quístico es una lesión infrecuente. No obstante, dadas sus posibles formas de presentación debería tenerse en cuenta ante una lesión quística compleja.

## Bibliografía

- Matsuo S, Eto T, Soejima H, Ohara O, Hidaka O, Miyazaki J, et al. A case of intracystic carcinoma of the breast: The importance of measuring carcinoembryogenic antigen in aspirated cystic fluid. *Breast Cancer Res Treat.* 1993;28:41-4.
- Devitt JE, To T, Miller AB. Risk of breast cancer in women with breast cysts. *Can Med Assoc J.* 1992;147:45-9.
- Moore OS Jr, Foote FW Jr. The relatively favorable prognosis of medullary carcinoma of the breast. *Cancer.* 1949;2:635-42.
- Ridolfi RL, Rosen PP, Port A, Kinne D, Miké V. Medullary carcinoma of the breast: A clinicopathologic study with 10 year follow-up. *Cancer.* 1977;40:1365-85.
- Pedersen L, Zedeler K, Holck S, Schiødt T, Mouridsen HT. Medullary carcinoma of the breast, proposal for a new simplified histopathological definition. Based on prognostic observations and observations on inter- and intraobserver variability of 11 histopathological characteristics in 131 breast carcinomas with medullary features. *Br J Cancer.* 1991;63:591-5.
- Eichhorn JH. Medullary carcinoma, provocative now as then. *Semin Diagn Pathol.* 2004;21:65-73.
- Dendale R, Vicent-Salomon A, Mouret-Fourme E, Savignoni A, Medioni J, Campana F, et al. Medullary breast carcinoma: Prognostic implications of p53 expression. *Int J Biol Mark.* 2003;18:99-105.
- Park I, Kim J, Kim M, Bae SY, Lee SK, Kil WH, et al. Comparison of the characteristics of medullary breast carcinoma and invasive ductal carcinoma. *J Breast Cancer.* 2013;16:417-25.
- Berg WA, Sechtin AG, Marques H, Zhang Z. Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience. *Radiol Clin North Am.* 2010;48:931-87.
- Markopoulos C, Kouskos E, Gogas H, Kakisis J, Kyriakou V, Gogas J, et al. Diagnosis and treatment of intracystic breast carcinomas. *Am Surg.* 2002;68:783-6.
- Howell LP, Kline TS. Medullary carcinoma of the breast. An unusual cytologic finding in cyst fluid aspirates. *Cancer.* 1990;65:277-82.
- Kanhoush R, Jorda M, Gómez-Fernández C, Wang H, Mirzabeigi M, Ghorab Z, et al. 'Atypical' and 'suspicious' diagnoses in breast aspiration cytology. *Cancer.* 2004;102:164-7.
- Yang W, Dempsey PJ. Diagnostic breast ultrasound: Current status and future directions. *Radiol Clin North Am.* 2007;45:845-61.
- Doshi DJ, March DE, Crisi GM, Coughlin BF. Complex cystic breast masses: Diagnostic approach and imaging-pathologic correlation. *Radiographics.* 2007;27 Suppl 1:S53-64.
- Vu-Nishino H, Tavassoli FA, Ahrens WA, Haffty BG. Clinicopathologic features and long-term outcome of patients with medullary breast carcinoma managed with breast-conserving therapy (BCT). *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;62:1040-7.

David Martínez Ramos\*, Raquel Queralt Martín, Isabel Perona Zuriaga, M. Carmen Martínez Lahuerta, Miguel Alcalde Sánchez y José Luis Salvador Sanchís

*Unidad de Patología Mamaria, Hospital Universitario General de Castellón, Castellón, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es (D. Martínez Ramos).