

Carcinoma papilar intraquistico de mama en un varón joven. Presentación de un caso



Intracystic papillary carcinoma of the breast in a young man. Case report

Sr. Director:

Siendo el cáncer de mama la neoplasia más frecuente en la mujer, en el hombre la presentación es muy rara, suponiendo menos del 1% de los cánceres mamarios^{1,2}. El carcinoma papilar intraquistico (CPI) o carcinoma papilar encapsulado es un tipo de cáncer de mama no invasivo muy poco frecuente (0,5-1,6% de todos los cánceres mamarios³), considerándose una lesión local *in situ*. En general, los CPI se presentan como una masa solitaria, de bordes bien definidos, en mujeres posmenopáusicas (64-67 años) y con localización retroareolar. Su diagnóstico en un varón es una presentación extraordinariamente rara de cáncer de mama y se asocia a una esperanza de vida excelente^{1,2}. Presentamos un caso de un varón joven, con un carcinoma papilar intraquistico no invasivo, explicando su manejo diagnóstico y terapéutico.

Varón de 45 años con inmunodeficiencia en estudio sin más antecedentes de interés, que acude por molestias en mama derecha de un año de evolución asociado a tumoración retroareolar derecha de reciente aparición, sin secreción por el pezón ni otra sintomatología asociada.

La exploración física reveló un nódulo retroareolar de aproximadamente 1,5 cm en cuadrante inferior

externo de mama derecha. Se le realizó mamografía bilateral donde se observó un nódulo retroareolar en mama derecha de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, clasificado como BIRADS IV (fig. 1A). La ecografía de mama mostraba una lesión de características quísticas de 15 mm con cápsula engrosada y crecimiento sólido en su interior, de 1 × 0,6 cm, sugiriendo lesión papilar (fig. 1B). Las pruebas de imagen no objetivaron otras lesiones en mama izquierda ni adenopatías sospechosas a nivel axilar.

La biopsia con aguja gruesa era compatible con lesión papilar, sin poder descartar invasión. El paciente se trató quirúrgicamente mediante mastectomía radical y biopsia de ganglio centinela. El análisis ganglionar no encontró extensión de la enfermedad tumoral. El estudio anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica confirmó que se trataba de un carcinoma papilar intraquistico de unos 0,7 cm sin componente infiltrante (fig. 1C). El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para receptores estrogénicos (80%) y progesterógenos (80%). Her2 negativo.

Tras 14 meses de tratamiento adyuvante con tamoxifeno, el paciente no ha presentado complicaciones atribuibles a su empleo, encontrándose libre de recidiva local y/o regional.

El CPI es una neoplasia poco frecuente, siendo fundamental la sospecha clínica para su diagnóstico. La ecografía, apoyada por la histopatología, se sitúa como la principal prueba que permite la sospecha y la necesidad de alcanzar un diagnóstico. Se describe como lesiones predominantemente quísticas con proyecciones irregulares endoluminales. En el varón, la ecografía tiene aún más valor. El retraso diagnóstico, más frecuente en los varones, por ser más rara la presencia del cáncer de mama, ensombrece el pronóstico⁴.

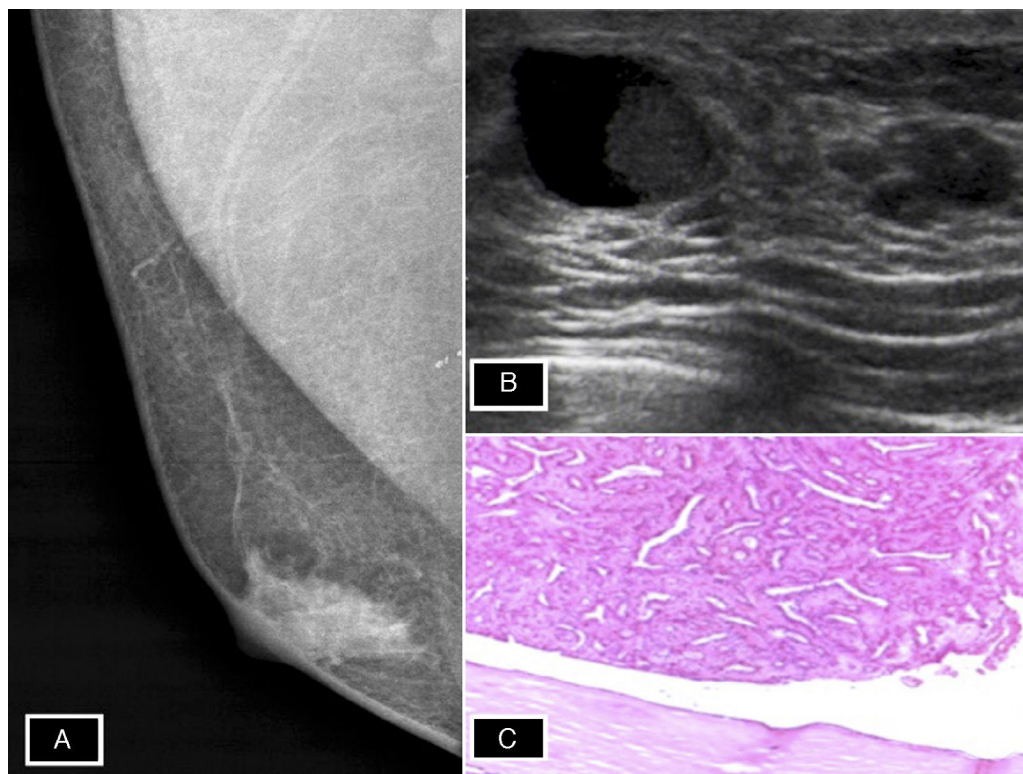


Figura 1 A) Nódulo retroareolar mama derecha. B) Quiste de 15 mm con cápsula engrosada y crecimiento sólido en su interior (lesión papilar). C) Neoplasia epitelial tipo papilar delimitada por pared quística.

El tratamiento definitivo del CPI es la cirugía, siendo la finalidad terapéutica la exéresis completa del tumor. En los varones, la menor cantidad de parénquima mamario obliga la mayoría de las veces a la realización de una mastectomía radical modificada^{2,5}. Otra opción válida es la de realizar una mastectomía parcial seguida de radioterapia. La presencia de un CPI aislado (no asociado a carcinoma invasivo) presenta muy baja frecuencia de afectación ganglionar metastásica, de ahí su excelente sobrevida y la posibilidad de realizar cirugía conservadora en la mayoría de los casos³. Si bien, cuando se presentan asociados a carcinoma invasivo, deberán ser tratados de acuerdo al estadio de la lesión invasora.

En cuanto al tratamiento adyuvante de los CPI, la radioterapia no ha demostrado aumentar la sobrevida, y el uso de la hormonoterapia es controvertido, por la morbilidad que puede suponer³. La mayoría del los estudios reportados en la literatura confirman el excelente pronóstico que tienen los carcinomas papilares intraquísticos puros (supervivencia próxima al 100% a 5 años)⁶.

Mientras que en la mujer se han hecho infinidad de estudios epidemiológicos y existen multitud de programas de screening para el diagnóstico precoz, en el hombre no se conocen estudios de este tipo, ni existen estos programas de diagnóstico precoz, lo que hace interesante cualquier aportación sobre el manejo de estos tumores.

Bibliografía

1. Rosasco M, Centurión D, Carzoglio J. Cáncer de mama masculina en Uruguay Comunicación de 16 casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol.* 2004;37(3):253-61.
2. Santra A, Chakrabarti N, Das S, Konar K, Mukherji M. Invasive papillary carcinoma of male breast. A rare case report. *Am J Case Rep.* 2015;3(2):54-9.
3. Pérez PJA, Mariángel PP, Poblete SMT. Carcinoma mamario papilar intraquístico. *Cuad Cir.* 2004;18:70-5.
4. Aguilar LA, Sarmiento RC, Merino TE, Martínez GP. Carcinoma de mama en el varón. Análisis de 5 casos y revisión bibliográfica. *Rev Cubana Cir.* 2001;40(1):66-72.
5. Balsa-Marín T, Dieza J, Timoma J, Gilb B, Palomarc A, González N. Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en varón. Caso clínico. *Cir Esp.* 2005;78(4):266-7.
6. González C, Betanecourt L, Spinetti D, Verdes A, Díaz F, Martínez P, et al. Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en el hombre. Reporte de un caso. *Rev Venez Oncol.* 2009;21(1):36-9.

Antonio José Fernández-López^{a,*},
Beatriz Abellán-Rosique^a, Pedro Marín-Rodríguez^a,
Nuria Martínez-Sanz^a, Delia Luján-Martínez^a
y Antonio Albarracín-Marín-Blázquez^b

^a Unidad de Mama, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Servicio en Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandezlopezaj@gmail.com
(A.J. Fernández-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.12.002>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Detección de un cáncer ectópico de mama mediante PET/TC con ¹⁸F-FDG



Ectopic breast cancer detected by ¹⁸F-FDG PET/CT

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 47 años que consultó por tumoración axilar derecha de 2 meses de evolución. La biopsia con aguja gruesa fue positiva para carcinoma ductal infiltrante grado III, triple negativo, con Ki67 del 38%. Se practicó una TC tóraco-abdominal, una ecografía y una RM de mama derecha que fueron negativas, evidenciando únicamente las adenopatías en esta axila, cTON2M0.

Por estos motivos se decidió la realización de estudio PET/TC con ¹⁸F-FDG que mostró una marcada actividad metabólica en 2 adenopatías de la axila derecha (20 mm y SUV_{máx} 10,2/16 mm y SUV_{máx} 9,5). En el resto del organismo únicamente se evidenció un pequeño foco hipermetabólico (SUV_{máx} 2,4) en la región caudal de la mama derecha, que correspondía con una imagen nodular de partes blandas (fig. 1).

Dados estos hallazgos se realizó un *second-look* ecográfico que demostró una lesión de 15 mm en la región submamaria derecha, en prolongación del músculo recto-abdominal. Esta lesión no presentó complejo aréola/pezón, siendo compatible con mama ectópica aberrante en línea embrionaria láctea. Se procedió a biopsia con aguja gruesa, que demostró resultado similar que la axila cT1N2M0 (estadio IIIC).

El tejido ectópico mamario se forma a partir de las 5 semanas en el útero, y puede presentarse a lo largo de toda la línea embrionaria láctea, de forma más frecuente en la axila, siendo infrecuente en el tórax (5-10% en situación inframamaria) y muy rara en la vulva¹⁻³.

La incidencia de tejido mamario accesorio es de un 0,2-6% de las mujeres, presentando similar influencia hormonal, por lo que es susceptible de presentar carcinomas. El diagnóstico diferencial del tejido ectópico mamario incluye el lipoma, la adenopatía, el quiste folicular, los fibromas, la queratosis seborreica y el nevus intradérmico¹⁻³.

El carcinoma de tejido mamario accesorio representa un 0,3% de los cánceres de mama y el 5% presentan localización supernumeraria. El cáncer de mama ectópico más frecuente es el ductal infiltrante (50-79%). El 95% de los cánceres de mama ectópicos se dan en tejido mamario aberrante (islas de sistemas secretores) comparado con el 5% que se