

CASO CLÍNICO

Progresión locorregional de carcinoma mioepitelial de la mama postratamiento quimiorradioterápico. Resección y cobertura con colgajo de avance



Karen Pilar Reyes Palomino^{a,*}, Benigno Acea Nebri^b, María Rosario Noguero Meseguer^a y Lourdes García Jiménez^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Recibido el 6 de mayo de 2020; aceptado el 8 de junio de 2020

Disponible en Internet el 28 de agosto de 2020

PALABRAS CLAVE

Carcinoma mioepitelial;
Mioepitelioma maligno;
Mama;
Colgajo local;
Pronóstico y tratamiento

KEYWORDS

Myoepithelial carcinoma;
Malignant myoepithelioma;
Breast;
Local flap;
Prognosis and treatment

Resumen El carcinoma mioepitelial de la mama es un tumor infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura, por lo que su diagnóstico es difícil y su tratamiento un desafío que incluye el diseño de colgajos locales. Presentamos un caso clínico de carcinoma mioepitelial de mama con progresión locorregional tras quimioterapia y radioterapia, así como una revisión de la literatura que nos permiten establecer un diagnóstico definitivo y un tratamiento óptimo oncológico y quirúrgico con reconstrucción de este tumor.

© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Locoregional progression of myoepithelial carcinoma of the breast after chemotherapy and radiotherapy. Resection and coverage with advancement flap

Abstract Myoepithelial carcinoma of the breast is an uncommon tumour with few cases reported in the literature. Consequently, it is a diagnostic and therapeutic challenge. Treatment includes the design of local flaps. We present a case of myoepithelial carcinoma of the breast with locoregional progression after chemotherapy and radiotherapy. We also provide a review of the literature, allowing us to establish a definitive diagnosis and optimal oncological and surgical treatment with reconstruction of this tumour.

© 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: karenreyespalomino@gmail.com (K.P. Reyes Palomino).

Introducción

La progresión locorregional postratamiento sistémico en la región torácica es poco frecuente en las mujeres con cáncer de mama, y se relaciona con carcinomas resistentes a terapia sistémica o sarcomas con elevado índice de proliferación. Esto supone un reto para el cirujano, planteando 3 necesidades críticas: actuación quirúrgica temprana para evitar la irrecesibilidad del tumor, resección anatómica ampliada con extirpación completa del proceso y cobertura cutánea garantizando el cierre del defecto originado. La experiencia en resecciones ampliadas y el diseño de colgajos de avance permite al cirujano solventar esta problemática, otorgando una oportunidad a estas pacientes. El objetivo de este artículo es comunicar nuestra experiencia en el diseño de colgajo local para la cobertura cutánea de una progresión locorregional por un carcinoma mioepitelial de mama.

Caso clínico

Mujer de 46 años diagnosticada en otro centro de carcinoma mioepitelial de mama izquierda con progresión tras quimioterapia y radioterapia. Previamente la paciente se palpó una masa de 3,5 cm en el cuadrante superior externo de la mama izquierda, cuya biopsia demostró un adenomioepitelioma atípico. Se practicó una tumorectomía que demostró un carcinoma mioepitelial sobre un adenomioepitelioma de 4,2 cm. La resonancia magnética postumorectomía demostró infiltración de pared costal, engrosamiento cutáneo y múltiples adenopatías axilares ipsilaterales. Ante esto, el comité de mama decidió tratamiento con doxorubicina y ciclofosfamida. Durante dicho tratamiento la paciente percibe el aumento de la mama izquierda, dolor y secreción serosa. Una segunda resonancia magnética evidencia empeoramiento local del proceso, aumento de tamaño del tumor, adenopatías axilares izquierdas y afectación de la pared costal. Tras estos hallazgos el comité recomendó radioterapia de la mama izquierda. Al finalizar la quimioterapia y radioterapia se realizó una tercera resonancia magnética (fig. 1) que demostró persistencia de la tumoración con afectación costal, muscular, retracción del pezón y

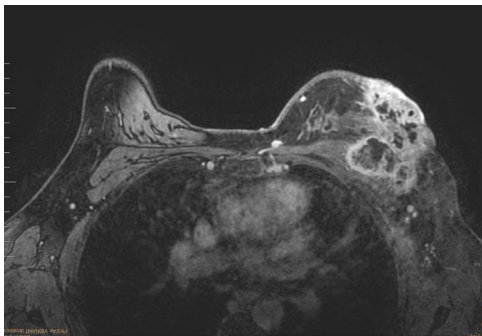


Figura 1 Resonancia magnética de mamas. Múltiples áreas en relación con necrosis, contacta ampliamente con pared costal con datos de infiltración muscular, engrosamiento e hipercaptación de la piel de los cuadrantes externos, así como retracción del pezón. Múltiples adenopatías axilares ipsilaterales.

múltiples adenopatías axilares ipsilaterales. Ante esta evolución se solicitó valoración por nuestra unidad de mama.

Durante la exploración en nuestra unidad destacaba una masa móvil en cuadrante superior externo de la mama izquierda de 9 × 8 cm con 2 orificios fistulosos y la salida de secreción serosa. No se palpaban adenopatías axilares ni cervicales, y presentaba linfedema moderado en el brazo izquierdo. Se practicó una mastectomía radical izquierda, linfadenectomía axilar izquierda de nivel I y cobertura cutánea con colgajo toracoepigástrico (fig. 2).

El estudio anatomopatológico demostró un carcinoma mioepitelial de 5,6 cm con extensa necrosis que infiltraba superficialmente el músculo pectoral subyacente, y sin metástasis ganglionares. Tras un año de seguimiento, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión

Las neoplasias mioepiteliales de la mama son poco frecuentes, y los casos reportados son limitados¹⁻³. En 1999, Tavassoli describió un sistema de clasificación de las lesiones mioepiteliales: carcinoma adenoide quístico, carcinoma pleomórfico, mioepiteliosis multifocal, adenomioepitelioma y carcinoma mioepitelial (proliferación de células malignas de características mioepiteliales)^{1,4}.

El carcinoma mioepitelial es más frecuente en la quinta década de la vida^{1,5}. No existe una clínica específica⁵, aunque se ha descrito como nódulos indolores de rápido crecimiento, y frecuentemente en cuadrantes externos de la mama⁶. El tamaño del tumor varía entre 1,4 a 17 cm¹. Tienen un comportamiento localmente agresivo, con potencial recurrencia y metástasis^{1,5}. Los hallazgos mamográficos y ecográficos son poco útiles al dar imágenes inespecíficas nodulares⁶. El diagnóstico es difícil, debido a que presenta una histología heterogénea, siendo muy importante el estudio histopatológico e inmunohistoquímico. La inmunohistoquímica incluye la proteína S-100, proteínas de la membrana basal, colágeno tipo iv y laminina, citoqueratinas de alto peso molecular (CK5, CK5/6, CK14 y CK17), actina de músculo liso, vimentina, calponina y p63 (altamente sensible y específico para células mioepiteliales)⁷. Estos tumores no suelen expresar receptores hormonales^{1,6,8}.

El diagnóstico diferencial del carcinoma mioepitelial incluye tumores de células fusiformes (carcinoma sarcomatoide monofásico, fibromatosis y sarcoma de células fusiformes puro) y neoplasias malignas con diferenciación mioepitelial (carcinoma adenoide quístico, adenomioepitelioma maligno, carcinoma adenoescamoso de bajo grado o carcinoma de mama pobremente diferenciado rico en células mioepiteliales)^{1,6,9}.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica amplia con linfadenectomía axilar, seguido de radioterapia^{1,2,6-8}. No hay estudios del rol del ganglio centinela. El esquema adecuado de quimioterapia se desconoce^{1,2,6,8}, pero es la única opción terapéutica en casos con metástasis a distancia o recurrencia¹. Se recomienda un esquema con análogos de platino y paclitaxel dado que solo este régimen ha reportado alguna eficacia^{6,8}. No se recomienda hormonoterapia al ser tumores con receptores hormonales negativos^{1,6}.

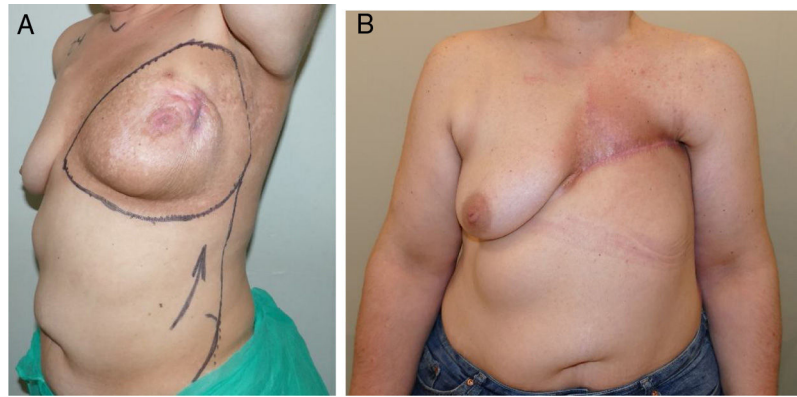


Figura 2 A) Planificación previa a cirugía de reconstrucción. B) Reconstrucción con colgajo toracoepigástrico.

Al tratarse de cirugías con extirpaciones amplias de tejido mamario y de estructuras adyacentes, el cierre del defecto quirúrgico es difícil, agravado por la mayor tensión en los bordes quirúrgicos y por el riesgo de necrosis. Los colgajos por rotación permiten el cierre de los defectos torácicos con menor morbilidad comparado con los colgajos musculares. Específicamente, los colgajos toracoepigástricos permiten el ascenso de la superficie cutánea de la región lateral del abdomen al tórax para cubrir dichos defectos, principalmente los localizados lateralmente hacia la axila. La vascularización del colgajo depende de las perforantes de la arteria epigástrica superior. La técnica quirúrgica consiste en realizar una incisión desde el extremo lateral inferior del defecto hasta la espina iliaca anterosuperior, disecando a nivel del plano fascial en dirección medial e inferior. En este caso, se reservó el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho como segunda opción si fracasaba el colgajo local^{10,11}.

El caso presentado nos aporta 2 enseñanzas. La primera, la ausencia de respuesta a quimioterapia y radioterapia permitió la progresión locorregional del proceso que puso en riesgo la reseccabilidad del tumor. Por ello es importante asumir que estos tumores se benefician de cirugía primaria como primer eslabón de la secuencia terapéutica para, una vez eliminada la enfermedad locorregional, incrementar la eficacia de la radioterapia sobre la enfermedad residual microscópica. Segunda, el cirujano debe adiestrarse en el diseño de colgajos locales que permitan la cobertura cutánea de grandes extirpaciones oncológicas, garantizando el cierre de la herida con una técnica de baja morbilidad que facilite el inicio temprano de la radioterapia. La no utilización de un colgajo musculocutáneo (colgajo de dorsal ancho) nos permite disponer de una segunda oportunidad para la cobertura cutánea en caso de una recidiva.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y han obtenido los permisos correspondientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Papazian M, Kalantzis I, Galanopoulos G, Mani I, Tzaida O, Iacovidou I, et al. Malignant myoepithelioma of the breast: A case report and review of the literature. *Mol Clin Oncol*. 2016;4:723–7, <http://dx.doi.org/10.3892/mco.2016.808>.
- Endo Y, Sugiura H, Yamashita H, Takahashi S, Yoshimoto N, Iwasa M, et al. Myoepithelial Carcinoma of the Breast Treated with Surgery and Chemotherapy. *Case Rep Oncol Med*. 2013;2013:164761, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/164761>.
- Terada T. Malignant myoepithelioma of the breast. *Pathol Int*. 2011;61:99–103, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1827.2010.02638.x>.
- Tavassoli FA. Myoepithelial lesion of the breast: Myoepitheliosis, adenomyoepithelioma and myoepithelial carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 1991;15:554–68, <http://dx.doi.org/10.1097/0000478-199106000-00004>.
- de la Noval D, Frías Aldeguez L, Sánchez Méndez JI, Santiago García J de, Herrera de la Muela M. Carcinoma mioepitelial de la mama recidivante tratado con cirugía y radioterapia. 35.º Congreso SESPM.
- Reyes Rodríguez MI, Cazorla Betancor M, Jiménez Medina C, Pavcovich Ruíz M, García Hernández J. Carcinoma mioepitelial de mama. *Rev Senol Patol Mamar*. 2019;32:26–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2018.10.001>.
- Ito R, Ota D, Ando S, Mori M, Fukuuchi A. A case of adenomyoepithelioma with myoepithelial carcinoma of the breast. *Clin Case Rep*. 2019;7:930–4, <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.2100>.
- Dsouza SP, Kulkarni A, Sharma N, Banavali SD. Myoepithelial carcinoma of the breast: Case report of a rare entity and its response to chemotherapy. *South Asian J Cancer*. 2017;6:185, http://dx.doi.org/10.4103/sajc.sajc_75_17.
- Liao KC, Lee WY, Chen MJ. Myoepithelial Carcinoma: A Rare Neoplasm of the Breast. *Breast Care*. 2010;5:246–9, <http://dx.doi.org/10.1159/000313982>.
- Acea Nebril B, Builes Ramírez S, García Novoa A, Varela Lamas C. Colgajos por rotación en la cirugía oncológica de la mama. *Fundamentos anatómicos y técnicos para su planificación quirúrgica*. *Cir Esp*. 2016;94:372–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.03.004>.
- Acea Nebril B. *Cirugía Oncológica de la Mama. Técnicas Oncoplásticas y Reconstructivas*. *Oncoplastia Extrema, Cirugía de Precisión* Puerto Único. 4.ª edición Barcelona: Editorial Elsevier; 2018.