

PAAF DE NÓDULO INFRAMAMARIO. CARCINOMA DE MAMA EN TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO.

Andrea Pazmiño Arias; Ivonne Vázquez de las Heras.
Hospital del Mar; Barcelona

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años sin antecedentes de importancia que se presenta con un nódulo subcutáneo inframamario derecho, que según refiere, nota desde hacía escasas semanas. A la palpación es profundo, móvil y no doloroso. No se aprecian lesiones en la epidermis. La ecografía identifica un nódulo hipoecoico de 14 mm de diámetro máximo con márgenes espiculados y vascularización intralesional, por lo que se propone una punción aspiración con aguja fina (PAAF).

Hallazgos citológicos

En las extensiones citológicas se observó abundante celularidad de aspecto epitelial sobre fondo limpio, con escasos hematíes. Las células se disponen formando placas, grupos tridimensionales con cierta tendencia a la discohesividad e incluso se podían intuir formaciones glandulares.

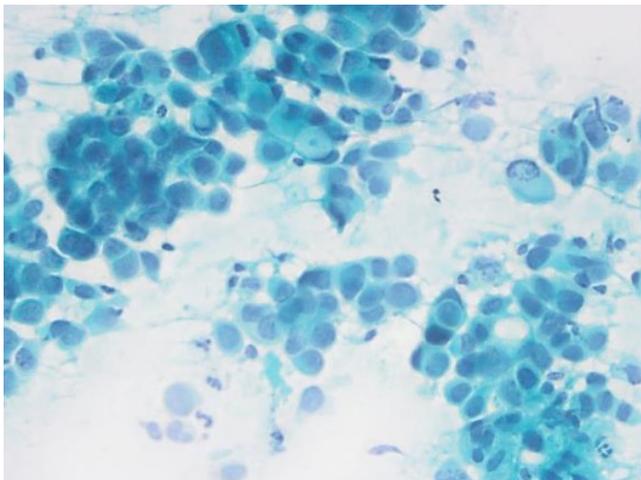


Figura 1. Papanicolaou 40x. Extensión citológica en la que se observan grupos tridimensionales de células de hábito epitelial, luces glandulares y figuras de mitosis.

El citoplasma es lábil, escaso y en ocasiones se observan vacuolas en su interior (figura 1). La relación núcleo-citoplasma se encuentra aumentada. El núcleo es grande, irregular, presenta pseudoinclusiones intranucleares (figura 2). Se identifican figuras de mitosis.

El diagnóstico citológico remitido fue de carcinoma, clasificación de Yokohama: categoría 5. Al cabo de unos días, nos comentan desde consultas externas que el nódulo se encuentra en hipocondrio derecho y se plantea el diagnóstico diferencial con tumores malignos de partes blandas. Además, el estudio radiológico de las mamas no muestra ninguna lesión.

Se revisa de nuevo el caso, pero los hallazgos citológicos son compatibles con el diagnóstico emitido, por lo que, comentado en el comité multidisciplinar, se decide exéresis de la lesión.

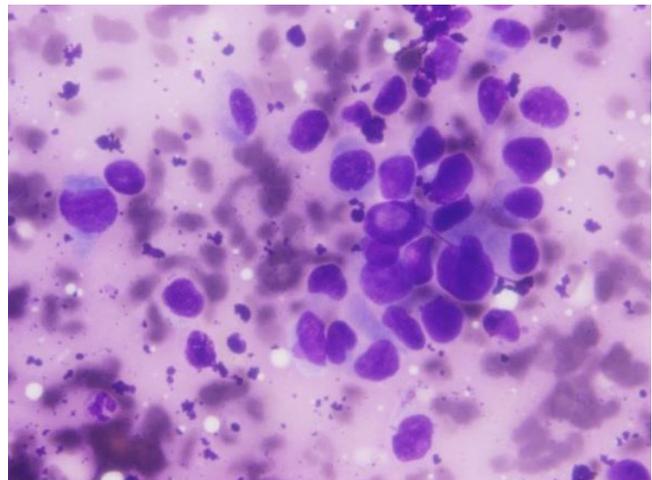


Figura 2. Giemsa 60x. Extensión citológica en la que se identifica citoplasma microvacuolado e inclusiones intranucleares.

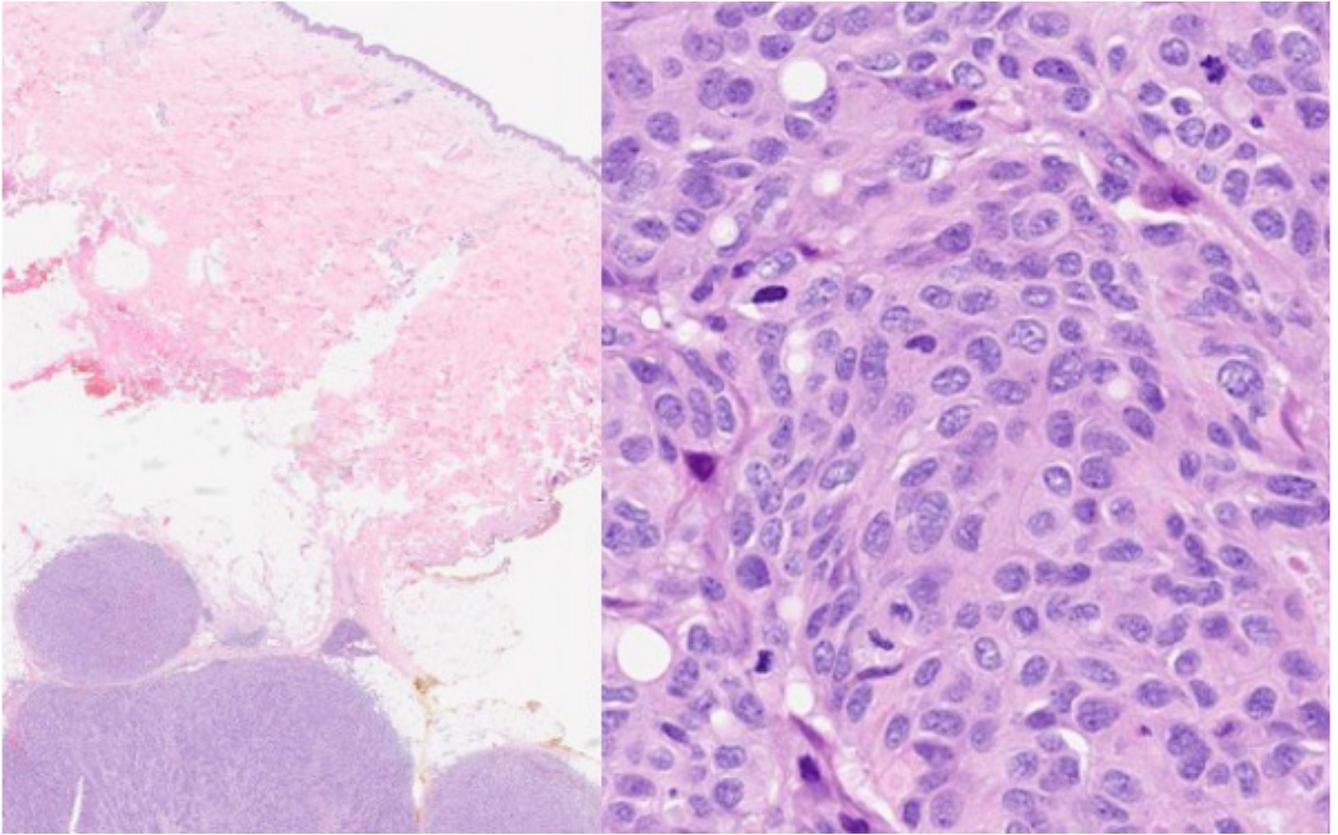


Figura 3. Corte histológico de la lesión de morfología multinodular que se halla en profundidad, a distancia de la dermis y epidermis y presenta marcada atipia citológica.

Hallazgos histológicos

Se recibe una tumorectomía en la que se identifica un tumor epitelial localizado en hipodermis, sin afectación de dermis ni epidermis. La lesión es multinodular y aspecto sólido. Las células se disponen formando nidos de diferentes tamaños y presentan marcada atipia celular (figura 3). El estudio inmunohistoquímico realizado fue amplio y orientaba hacia probable origen mamario (figura 4). Además las células tumorales expresaban receptores hormonales (estrógenos y progesterona) y presentaban Her2 sobreexpresado (positivo 3+).

El caso se vuelve a presentar en comité multidisciplinar sugiriéndose la posibilidad de carcinoma mamario sobre tejido mamario ectópico (TME). Dado el resultado de la exéresis, y siguiendo las guías de abordaje y tratamiento de los carcinomas mamaros, se indica biopsia de ganglio centinela. Se reciben cuatro ganglios linfáticos centinelas axilares, de los cuales uno es positivo para infiltración por carcinoma.

Se completa protocolo con linfadenectomía axilar, de la que se aíslan 13 ganglios que resultaron todos negativos. El estudio de extensión realizado mediante PET-TAC mostró dos lesiones hipercaptantes en vértebra T11 y hueso iliaco izquierdo. La biopsia de médula ósea de la lesión iliaca presenta infiltración por carcinoma con el mismo inmunofenotipo que la lesión inicial. El estadiaje patológico, siguiendo el TNM para carcinoma de mama, fue pT1cN1M1.

La paciente actualmente está recibiendo tratamiento de primera línea con quimioterapia y doble bloqueo anti-Her2.

En consultas externas, en interrogatorio dirigido, la paciente refería presentar una nodulación en la zona que molestaba modificaba el tamaño en relación a los ciclos menstruales, por la que nunca consultó.

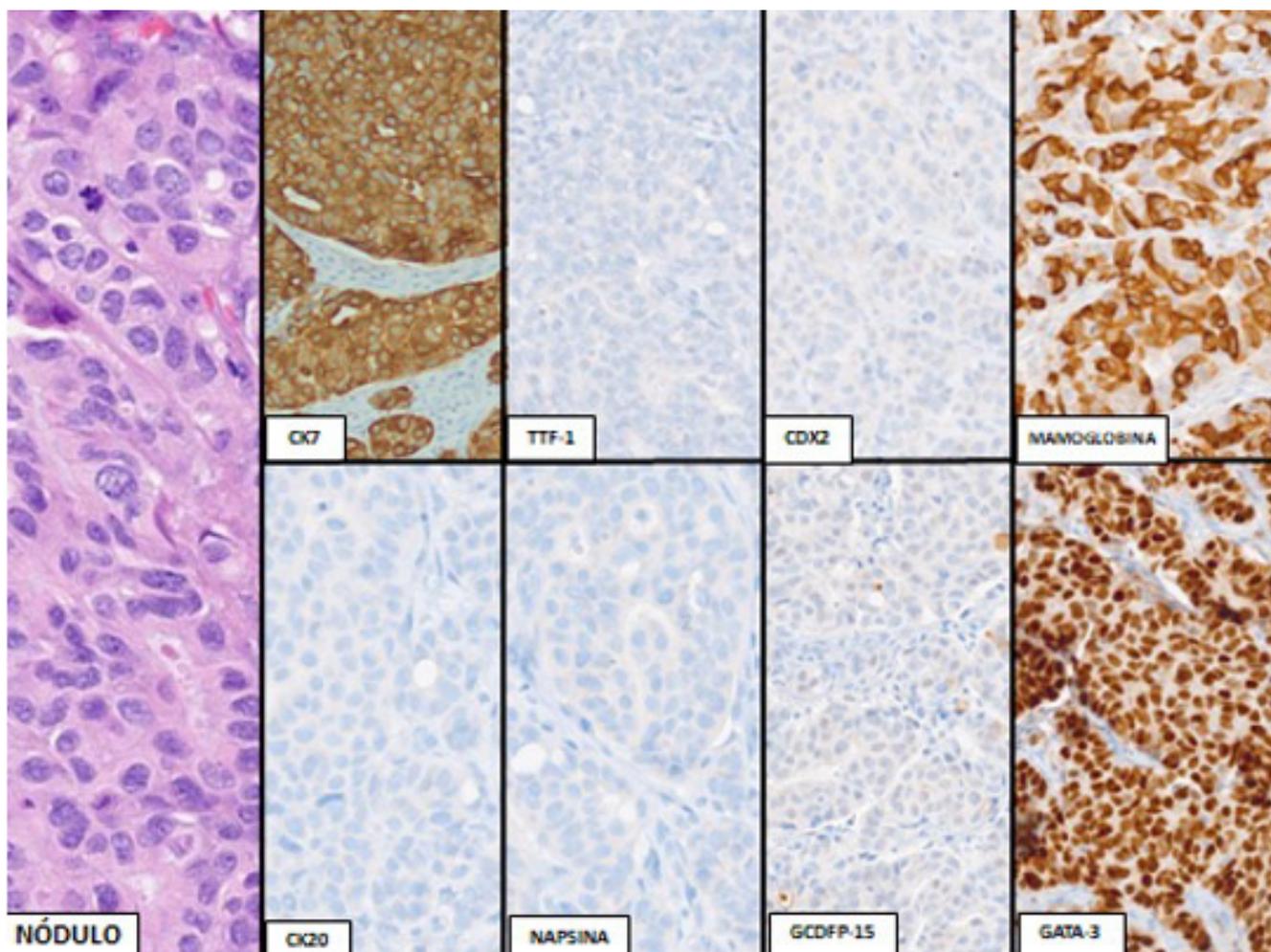


Figura 4. Panel inmunohistoquímico realizado que orientó la lesión como de probable origen mamario.

DISCUSIÓN

La literatura publicada en su mayoría se basa en descripciones de casos y revisión de los mismos. La incidencia de TME es baja, entre el 0.6-6%. Este concepto engloba dos tipos de tejido: mama supernumeraria y tejido mamario aberrante. La mama supernumeraria está constituida por un sistema ductal, generalmente comunicado con la piel adyacente y que se localiza a lo largo de la línea mamaria, como fue nuestro caso presentado. Se puede presentar de dos maneras, como polimastia y/o politelia. El tejido mamario aberrante, por el contrario, es un tejido glandular mamario aislado y desorganizado, que se sitúa normalmente en la periferia de mama ortotópica, usualmente se encuentra en axila.

El carcinoma sobre TME es muy poco frecuente. Corresponde aproximadamente a un 0.3% de todos los carcinomas de mama. En mujeres de edad media, su localización más frecuente es en axila, si bien se han descrito en otras localizaciones como paraesternal o hipocondrio. El tipo histológico de carcinoma infiltrante más frecuente es el carcinoma de tipo no especial, pero también pueden ser de tipo especial, como un carcinoma lobulillar o un carcinoma de tipo no especial de patrón medular. Se han reportado casos de carcinoma 'in situ'. El tratamiento no está protocolizado, no obstante, se sugiere seguir el procedimiento estándar aplicado a cáncer de mama y presentan un pronóstico similar a éste. ■

Bibliografía

1. Francone, E. et al. Ectopic Breast Cancer: Case report and review of the literature. *Aesthetic Plast Surg* 2013; 37(4):746-9 doi: 10.1007/s00266-013-0125-1.
2. Hallam, S, et al. Primary ectopic breast carcinoma in a supernumerary breast arising in the anterior chest wall: a case report and review of the literatura. *J Surg Case Rep* 2013; Dec 16;2013(12):rjt107 doi: 10.1093/jscr/rjt107.
3. Visconti, G, et al. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: Where are we? A comprehensive historical literature review. 64, e1ee11 *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011; 64(1): e1-11. doi: 10.1016/j.bjps.2010.08.015.
4. Wysokinska and Keeney. Breast Cancer Occurring in the Chest Wall: Rare Presentation of Ectopic Milk Line Breast Cancer. 1 abril, 2014. *J Clin Oncol* 2014; 32(10): e35-6 doi: 10.1200/JCO.2012.47.8958.
5. Shailaja S. et al. Carcinoma in ectopic breast: A cytological diagnosis. *Breast Dis* 2015; 35(3):217-9 doi: 10.3233/BD-150409.DOI 10.3233/BD-150409