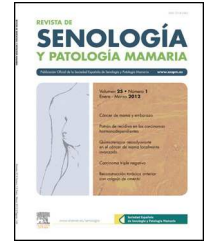




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CARTA AL DIRECTOR

Cáncer neuroendocrino de mama. A propósito de un caso



Neuroendocrine breast cancer. A case report

Sr. Director:

El tumor neuroendocrino (TNE) de mama, también llamado carcinoma de mama con diferenciación neuroendocrina, es una entidad rara que la OMS define como un grupo de tumores de características morfológicas similares a las de aquellos encontrados en el tracto gastrointestinal y pulmonar, que expresan marcadores neuroendocrinos en más del 50% de la población celular¹.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, los tumores neuroendocrinos se clasifican en 3 categorías: tumor neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide), carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado (carcinoma de células pequeñas) y carcinoma infiltrante con diferenciación neuroendocrina. Tavassoli y Eusebi, en su clasificación, añaden el carcinoma mixto endocrino como cuarta categoría².

Los TNE de la mama se caracterizan por tener una baja agresividad, siendo muchos de ellos carcinomas ductales o lobulillares, con características histológicas de células de pequeño tamaño, bordes celulares poco definidos, núcleos hiper cromáticos, redondos u ovales, identificándose la presencia de gránulos citoplasmáticos, que pueden estar asociados o no a niveles elevados de receptores de estrógenos y de progesterona, pero lo importante es que por inmunohistoquímica estos gránulos suelen ser positivos para uno o más de los siguientes marcadores neuroendocrinos: enolasa neuronal específica, cromogranina, somatostatina, gastrina, ACTH, péptido intestinal vasoactivo y CD56³. Los tumores carcinoides de la mama tienden a ser menos agresivos que el carcinoma ductal infiltrante convencional, siendo rara la existencia de enfermedad metastásica axilar⁴.

Estas lesiones, cuando se presentan, no tienen una característica clínica ni por imagen definida que permita sospechar o inferir que estamos en presencia de un TNE de la mama en el momento del diagnóstico, como tampoco las pacientes suelen presentar síntomas de enfermedad sistémica relacionadas con la secreción hormonal, que suele acompañar a los tumores carcinoides de otra localización⁵.

Exponemos el caso de una mujer de 54 años de edad que consultó por la presencia de un nódulo de reciente aparición en el cuadrante superoexterno de la mama derecha, con mamografía de cribado de hacia 2 meses negativa. La mamografía y la ecografía mamaria posteriores informaban de un nódulo hipocogénico mal definido en el cuadrante superoexterno de la mama derecha de $1,6 \times 1,3 \times 0,9$ mm y varias adenopatías axilares (2,6 cm la de mayor tamaño); categoría BI-RADS 5. Se realizó biopsia percutánea de dicho nódulo con resultado de carcinoma ductal infiltrante de alto grado con receptores de estrógenos (–), receptores de progesterona (+ 50%), CEB2 (–), y Ki-67 (+ 60%). Se decidió administrar quimioterapia neoadyuvante con Taxol® semanal, previo marcaje radiológico de la lesión. Tras la misma se comprobó respuesta parcial por resonancia magnética. Posteriormente se realizó una tumorectomía guiada con arpón con linfadenectomía axilar y posterior ampliación de margen de tumorectomía. El estudio posterior de anatomía patológica puso de manifiesto un carcinoma neuroendocrino de 18 mm bien diferenciado grado 2. Según la clasificación de Miller y Payne, grado de respuesta patológica local: G2; grado de respuesta patológica regional: B. Inmunohistoquímica: receptores de estrógenos (–), receptores de progesterona (60%, 2+), CEB2 (–), Ki-67 (2-3%), cromogranina (+), sinaptofisina (+), CD56 (+) (fig. 1). Se estadificó como ypT1c ypN2a (4 ganglios positivos de 20) cM0. Tras estos hallazgos se solicitaron también marcadores endocrinos en la biopsia percutánea inicial, siendo la cromogranina, la sinaptofisina y el CD56 positivos. El tratamiento se completó con radioterapia y hormonoterapia con letrozol. En el último control, un año después del diagnóstico, no se ha detectado recaída local ni a distancia.

Por tanto, ante una biopsia mamaria de una lesión sospechosa de malignidad, cuyo resultado anatomopatológico es compatible con un TNE, habrá que evaluar si la paciente presenta antecedentes de un TNE extramamario. De no existir tal antecedente, se descartaría que se trate de una lesión metastásica en la glándula mamaria y se evitaría así realizar una mastectomía innecesaria, procediéndose a realizar el procedimiento oncológico quirúrgico indicado. La decisión de indicar tratamientos adyuvantes locales o sistémicos se hará tomando en consideración los factores pronósticos y el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico⁴.

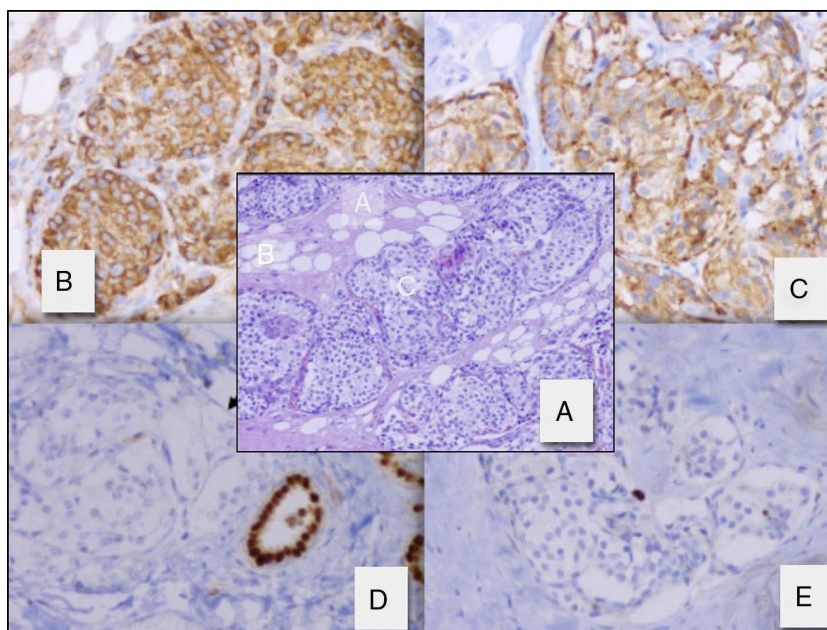


Figura 1 A (HE, $\times 10$): tejido mamario con extensa fibrosis collagenizada (A) que atrapa adipocitos maduros (B) y que se encuentra infiltrado por un carcinoma que forma nidos sólidos cohesivos (C). B-E (IHC, $\times 20$): el estudio inmunohistoquímico demuestra positividad de las células neoplásicas para cromogranina (B), sinaptofisina (C), positividad débil para receptores de progesterona (D) y negatividad para estrógenos (E).

Bibliografía

1. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. WHO Classification of Tumours of the Breast Lyon: IARC. 2012: 62-3.
2. Tavassoli FA, Eusebi V. Tumors of the mammary gland: Atlas of Tumor Pathology; Fourth Series, Fascicle 10. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 2009. p. 195-200.
3. Delektorskaia VV, Ermilova VD, Smirnov AV, Nechushkin MI, Parokonnaia AA. [Breast cancer with neuroendocrine differentiation] Russian. Arkh Patol. 1997;59:53-7.
4. Kanthan R, Negreiros F, Kanthan SC. Colonic carcinoid metastatic to the breast. Arch Pathol Lab Med. 2003;127: 1373-5.
5. Mariscal A, Balliu E, Díaz R, Casas JD, Gallart AM. Primary oat cell carcinoma of the breast: Imaging features. AJR Am J Roentgenol. 2004;183:1169-71.

Rebeca Puente Blanco^a, Ernesto Bas Esteve^{a,*},
Francisca Peiro Marqués^b, Mar Fitor Serrano^a
y Laura Ortolá Cerdán^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Marina
Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Marina Baixa,
Villajoyosa, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erbases@hotmail.com (E. Bas Esteve).