



P-150 - CARCINOMA PAPILAR ENCAPSULADO DE LA MAMA

F. Acedo Díaz, J.A. Guerra Bautista, D. Candil Comesaña, J. Mena Raposo y A.K. Moalla Massa

Hospital de la Merced, Osuna.

Resumen

Introducción: El carcinoma papilar encapsulado es una de las cuatro variantes malignas de lesión papilar de la mama. Representa el 0,5-2% de las neoplasias de mama considerándose una progresión del carcinoma intraductal papilar o del carcinoma papilar intraquístico, al limitarse su crecimiento a un ducto dilatado pero sin conservar intacta la continuidad de su mioepitelio (criterio este último de progresión y de no consideración de *?in situ?*). En su evolución natural puede acompañarse de ca. ductal infiltrante o progresar a ca. papilar infiltrante (donde ya no existen las células mioepiteliales). Exponemos un caso tratado en nuestro centro de un tumor de mama que cumple estos criterios.

Caso clínico: Paciente de 40 años que acude para control rutinario. A la palpación existe un área de mayor densidad periareolar en mama izquierda, que la mamografía describe como densidad asimétrica focal compatible con tejido fibroglandular. La punción con aguja fina informa de ausencia de células neoplásicas. Al volver a explorar la zona de densidad se aprecia secreción blanquecina con algo de sangre, uniorificial, por lo que se toma citología por impronta que es informada con diagnóstico de tumor papilar. Se solicita galactografía: pequeño nódulo compatible con papiloma intraductal. Se decide intervención quirúrgica: canalización de conducto, inyección de colorante y exéresis en bloque de la zona. El estudio histológico confirma carcinoma papilar encapsulado con presencia discontinua de células mioepiteliales. De acuerdo con índice multifactorial de Van Nuys y la discontinuidad de la capa de células mioepiteliales se decide completar tratamiento con radioterapia. Revisión normal a los dieciocho meses.

Discusión: El carcinoma papilar encapsulado engloba al carcinoma papilar intraquístico y al carcinoma papilar sólido (este último menos frecuente y con mayor asociación al carcinoma ductal infiltrante) que han perdido la discontinuidad de la capa de células mioepiteliales, presentando no obstante un escaso poder de invasión local, menos del 3% de metástasis ganglionares y un excelente pronóstico. El tratamiento es fundamentalmente local, desestimándose la quimioterapia por sus efectos secundarios. El uso de hormonoterapia se reserva para casos de recidiva o mayor progresión de la lesión (carcinoma papilar infiltrante), y la demostración de la ausencia de la capa mioepitelial se basa en el uso de tres marcadores inmunohistoquímicos: calponina, miosina y p63.