



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-148 - SEGUNDO CÁNCER DE MAMA EN VARÓN TRAS CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO

T. Balsa Marín, J. Díez Izquierdo, R. Rodríguez Fernández, S. Martínez Cortijo, M.C. Carballo, L. Gómez, T. Calderón Duque, P.R. Cruz, D. Cuevas del Pino, R. Tobalina Bonis y J. Timón Peralta

Hospital Ntra. Señora del Prado, Talavera de la Reina.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de mama en el varón representa el 1% de la presentación de esta neoplasia. El carcinoma papilar intraquístico es una forma infrecuente de cáncer de mama, representando entre el 0,5 y el 1% de los mismos. Habitualmente se presenta en mujeres más de 50 años y presenta un excelente pronóstico. La supervivencia a los 10 años es del 100%, y la supervivencia libre de enfermedad a los 2 y 10 años es del 96 y el 77%, respectivamente. El manejo de este tipo de neoplasia continúa siendo motivo de controversia. Presentamos un caso de carcinoma papilar no infiltrante intraquístico de mama en un varón, con un segundo cáncer en la misma mama a los 8 años de su diagnóstico inicial.

**Caso clínico:** Varón 74 años con antecedentes de alergia a la picadura de abejas, ex-fumador, HTA, incidentaloma suprarrenal. Tumorectomía de mama izquierda en el 2001 por adenocarcinoma papilar intraquístico no infiltrante, con varios focos de papiloma atípico. La ampliación de la tumorectomía realizada no demostró enfermedad residual. Receptores de estrógenos (3+); Receptores de Progesterona (+); HER-2: negativo; Ki 67, menos de 5% de núcleos positivos; p53 negativa. Radioterapia post-operatoria y tamoxifeno durante 5 años. Revisiones normales hasta noviembre del 2009 cuando se detecta nódulo bajo cicatriz de tumorectomía previa. Mamografía bilateral (noviembre 2009): En axila izquierda se visualiza nódulo espiculado, de aprox. 10 mm de diámetro, que no se visualizaba en estudio anterior, que podría corresponder con adenopatía o nódulo. Ecografía axilar (noviembre 2009): En axila izquierda se visualiza imagen hipoecoica de 21,5 × 10,0 mm de diámetro en relación con adenopatía y otro nódulo sólido, de aprox. 8,2 × 7,3 × 6,8 mm de diámetro, que podría corresponder con adenopatía vs metástasis. Se realiza PAAF ecoguiada, sospechosa para malignidad. Biopsia: adenocarcinoma de probable origen mamario. Inmunohistoquímica: receptores de estrógenos y progesterona: +++. HER-2: negativo. TAC y RNM abdominal: LOE hipodensa de 11 mm en segmento 7 y otra en segmento 8. Nódulo suprarrenal izquierdo de 2 cm a control. Estudio de función suprarrenal dentro de la normalidad. Gammagrafía ósea sin alteraciones significativas. Mastectomía radical modificada: Adenocarcinoma ductal infiltrante de 13,2 mm de diámetro máximo. Inmunohistoquímica: receptores de estrógenos: +++. Receptores de progesterona: ++. HER-2: negativo. Ki-67: 10%. Los ganglios aislados no mostraron infiltración neoplásica. Actualmente, 3 años después de la intervención por su segundo tumor mamario, el paciente no presenta hallazgos clínicos sugerentes de nueva recidiva de neoplasia mamaria. Las lesiones hepáticas y suprarrenal, permanecen estables en ecografía, TC y RNM. El paciente se encuentra en estudio por nódulo de reciente aparición en glándula parótida izquierda.

**Discusión:** La biopsia escisional debe ser considerada en los casos de lesiones mamarias quísticas atípicas. El manejo del carcinoma papilar intraquístico de mama continúa siendo motivo de controversia aunque la cirugía es la base del tratamiento. A pesar del excelente pronóstico del carcinoma papilar intraquístico de mama, no debe olvidarse la posibilidad de aparición de recidivas y de segundos tumores en la mama.