



www.elsevier.es/cirugia

P-626 - CARCINOMA OCULTO DE MAMA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Abellán Garay, Laura; Balsalobre Salmerón, María D; García López, María Aránzazu; Martínez Manzano, Álvaro; Carrillo López, María José; Rodríguez García, Pablo; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: El carcinoma oculto de mama es una rara patología que supone el 0,3-1% de los carcinomas de mama. Se define por presencia de una metástasis ganglionar principalmente en axila en ausencia de lesión primaria mamaria detectable tanto clínica como radiológicamente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 43 años que consultó por adenopatía axilar derecha de meses de evolución de 1 cm sin otra sintomatología. La paciente aportó ecografía mamaria y mamografía bilateral normales. A los tres meses se observó crecimiento de > 3 cm. Se realizó ECO-BAG cuyo estudio inmunohistoquímico informó de metástasis de carcinoma ductal mamario con receptores de estrógenos y progesterona positivos, Ki67 80%, p53, bcl-2 y citoqueratina-19 positivos y Her2/neu negativo. Ante estos hallazgos, se realizó RMN y PET-TC que informaron de adenopatías axilares derechas de hasta 2 cm sin evidenciar lesión primaria. Con diagnóstico de carcinoma oculto de mama con metástasis axilares derechas, TxN1M0, se remitió a Oncología que decidió tratamiento adyuvante con quimioterapia (ACx4 y Taxolx8). Tras esto se realizó PET-TC objetivando disminución en tamaño (1 cm) y sin captación axilar. En consenso con la paciente, se acordó mastectomía radical ampliada derecha con vaciamiento axila. El estudio anatomo-patológico de la pieza informó: mama sin evidencia de restos tumorales y 18 ganglios libres de metástasis.



Discusión: El carcinoma oculto de mama es una patología infrecuente, que afecta fundamentalmente a mujeres, posmenopáusicas (60-80%) y con AF de carcinoma de mama (20-45%). Las adenopatías axilares pueden tener origen inflamatorio, infeccioso, tumoral o autoinmune. Ante una metástasis axilar descartaremos linfoma como tumor más frecuente, seguido de otras localizaciones como mama, pulmón, tiroides... Ante una adenopatía axilar metastásica por adenocarcinoma primario desconocido la probabilidad de origen mamario es del 55-100%. La biopsia e inmunohistoquímica de la adenopatía proporciona información sobre el tumor primario y el pronóstico. En caso de la mama: positividad para citoqueratina-19, CEA, CA15.3, receptores hormonales, genes de proliferación o Her2/neu. Confirmado el origen mamario de la metástasis axilar, iniciaremos el estudio radiológico para localizar el tumor primario. La ecografía y mamografía presentan baja sensibilidad (25-30%) siendo generalmente negativas. La RMN mamaria tiene alta sensibilidad (85-100%). El PET-TC permite identificar tumores de 1-3 mm y lesiones a distancia. Presenta alta sensibilidad y especificidad y sus resultados permiten determinar una actitud terapéutica. Si estos estudios resultan negativos, el estadio será IIb-III (T0,N1-2,Mx). La indicación de linfadenectomía axilar con posterior radioterapia está aceptada con el fin de ajustar estadiaje, conseguir un pronóstico y lograr el control local de la enfermedad. En cuanto al manejo de la mama, la actitud expectante es desaconsejada por desarrollo de neoplasia con alta frecuencia. La mastectomía radical profiláctica está desplazada por la cirugía conservadora debido a ausencia de tumor en el 30% de mastectomías. La radioterapia aislada sobre la mama es considerada el tratamiento de elección por muchos autores, describiendo resultados equiparables a la mastectomía en supervivencia y pronóstico con la ventaja estética. Como tratamiento sistémico se recomienda quimioterapia y/o hormonoterapia adyuvante. La supervivencia global y libre de enfermedad es similar en el carcinoma oculto y en el primario conocido de mama.