



## P-629 - CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE MAMA METASTÁSICO EN PACIENTE GESTANTE

Pellicer Sánchez, Virginia; Rodríguez Cazalla, Lorena; Davó Pérez, Cristina Isabel; García Cascales, Alba; Cabrera Vilanova, Arantxa; Soliveres Soliveres, Edelmira; Cases Baldó, M.<sup>a</sup> José

Hospital Vega Baja, San Bartolomé.

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma neuroendocrino de mama (CNEM) es una entidad infrecuente que representa menos del 1% de todos los carcinomas mamarios. Se caracteriza por la expresión de marcadores neuroendocrinos en más del 50% de las células tumorales, entre ellos sinaptofisina, cromogranina A, CD56 y enolasa neuronal específica. Morfológicamente puede ser indistinguible de los tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal o pulmonar, por lo que es fundamental descartar metástasis extramamarias al diagnóstico. Según la clasificación de la OMS (2022), los CNEM se dividen en tres categorías: tumores bien diferenciados, carcinomas pobremente diferenciados (como el de células pequeñas) y carcinomas invasivos con diferenciación neuroendocrina parcial. Histológicamente, pueden presentarse como carcinomas ductales o lobulillares, con células pequeñas, núcleos hipercromáticos y positividad inmunohistoquímica para marcadores neuroendocrinos. Suelen afectar a mujeres postmenopáusicas entre 60 y 70 años. Carecen de hallazgos clínicos o radiológicos específicos, y rara vez cursan con síntomas hormonales. La expresión de receptores hormonales suele ser positiva, mientras que HER2 suele ser negativo. El pronóstico depende del grado de diferenciación tumoral, siendo peor en las formas pobremente diferenciadas.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una gestante de 44 años (31+4 semanas) que consulta por un nódulo palpable en el cuadrante inferointerno (CII) de la mama derecha. Antecedente de tabaquismo y familiar de primer grado con cáncer gástrico. A la exploración se identifica un nódulo pétreo, sin afectación axilar clínicamente evidente. La mamografía, ecografía y resonancia revelan una masa de 47 × 40 × 36 mm en CII y una adenopatía axilar patológica derecha (BIRADS 5). La biopsia confirma un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, con receptores de estrógenos negativos, progesterona 10%, HER2 negativo, Ki67 del 80-85% y positividad para CD56 y AE1/AE3. Se programan cesárea a las 33+3 semanas e inicio del estudio de extensión. El PET-TC muestra una lesión hepática en segmento IV compatible con metástasis, confirmada por biopsia; se realiza marcaje para posterior radioterapia ablativa (SBRT). Se inicia tratamiento con cisplatino y etopósido (6 ciclos), logrando respuesta completa hepática y parcial en mama y axila. Se realiza mastectomía radical modificada derecha. El estudio anatomopatológico muestra un carcinoma de 38 mm (ypT2 G3) con afectación axilar (4/23 ganglios), márgenes negativos y positividad para sinaptofisina, CD56 y TTF-1. Ki67 del 90-95% y PD-L1 negativo. Al mes, progresión de enfermedad a nivel hepático, locoregional y en mama contralateral. Se inicia quimioterapia de segunda línea con FOLFIRI, sin

mejoría. Se retoma cisplatino-etopósido y se valora ensayo clínico. Finalmente, la paciente fallece por fallo hepático secundario a progresión tumoral.

**Discusión:** El CNEM es una entidad poco frecuente y difícil de distinguir clínicamente de otros carcinomas mamarios. Aunque suele ser de baja agresividad, este caso pone de manifiesto que las formas pobemente diferenciadas pueden tener una evolución agresiva, especialmente cuando se diagnostican en fases avanzadas. La detección temprana, el estudio de extensión y la planificación terapéutica multidisciplinar son claves para mejorar el pronóstico.