

Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en varón. Caso clínico

Tomás Balsa-Marín^a, Julia Díez^a, Jesús Timon^a, Braulio Gil^b, Alberto Palomar^c y Nicasio González^a

^aServicio de Cirugía. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

^cServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Resumen

El carcinoma ductal *in situ* CDIS representa entre el 0 y el 7% de los cánceres de mama diagnosticados en varones. El carcinoma papilar intraquístico (CPI) no invasivo es una de las formas de CDIS, y por tanto una presentación extraordinariamente infrecuente de cáncer de mama.

La ecografía es la técnica de imagen que mayor información aporta en el estudio de estas lesiones.

El tratamiento de los casos de CDIS en varones continúa siendo un tema controvertido.

Presentamos un caso de carcinoma intraquístico no invasivo de mama tratado con mastectomía parcial seguida de radioterapia y tratamiento con tamoxifeno. Sin signos de recidiva tras un año de seguimiento.

Palabras clave: Carcinoma intraquístico. Carcinoma de mama en varón. Carcinoma ductal *in situ* en varón.

NONINVASIVE INTRACYSTIC PAPILLARY CARCINOMA OF THE MALE BREAST. A CASE REPORT

Ductal carcinoma *in situ* (DCIS) represents between 0% and 7% of breast cancers diagnosed in men. Noninvasive intracystic papillary carcinoma is a form of DCIS and is therefore an extremely rare presentation of breast cancer.

The imaging technique that provides the greatest information on these lesions is ultrasonography.

Treatment of DCIS in men continues to be controversial.

We present a case of noninvasive intracystic papillary carcinoma treated with partial mastectomy followed by radiotherapy and tamoxifen therapy. After 1 year of follow-up, the patient shows no signs of recurrence.

Key words: Intracystic carcinoma. Carcinoma of the male breast. Ductal carcinoma *in situ* of the male.

Introducción

El carcinoma papilar intraquístico (CPI) no invasivo es una de las variantes del carcinoma ductal *in situ* (CDIS) de mama, y su diagnóstico en un varón es una presentación extraordinariamente rara de cáncer de mama¹.

El diagnóstico diferencial de CPI de mama con otro tipo de lesiones mamarias basado en la exploración física, e incluso en los hallazgos mamográficos, no es fiable². Los hallazgos ecográficos suelen orientar hacia el diagnóstico.

El estudio citológico de estas lesiones suele hacer sospechar su naturaleza en la mayoría de los casos^{2,3}.

El tratamiento del CDIS en varones continúa siendo un tema controvertido.

Presentamos un caso de CPI no infiltrante de mama en un varón que fue tratado por medio de mastectomía parcial y posterior tratamiento adyuvante con radioterapia y tamoxifeno.

Caso clínico

Varón de 66 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, broncopatía crónica, brucelosis, ex fumador y traumatismo en la mama izquierda años antes. Acudió a consulta por presentar desde hacía 1 año una tumoración en cuadrante supero externo de mama izquierda que había aumentado lentamente de tamaño desde su aparición. Esta tumoración presentaba consistencia elástica, no era dolorosa ni se encontraba fija a planos profundos. No se palpaban adenopatías axilares.

La mamografía demostró una lesión quística de 3,5 x 3 cm bien delimitada de contornos lisos. La ecografía mostró una lesión quística de las dimensiones mencionadas que presentaba un polo sólido de 1,2 cm sospechosa de malignidad.

Correspondencia: Dr. T. Balsa.
Ctra. de Madrid, Km 114. 45600 Talavera de la Reina. España.
Correo electrónico: balmarto@hotmail.com

Manuscrito recibido el 9-9-2004 y aceptado el 2-12-2004.

Se realizó una tumorectomía y se obtuvo una lesión quística unilocular de 2,5 cm de diámetro máximo con una zona de elevación de 1 cm. Dado el resultado del estudio del espécimen se realizó una ampliación de los bordes de resección, y posteriormente se inició tratamiento adyuvante con tamoxifeno y radioterapia.

Resultados

El resultado del estudio anatomopatológico de la pieza de tumorectomía fue de CPI no infiltrante. En el estudio anatomopatológico de la ampliación de márgenes quirúrgicos no se encontró resto de tumor.

El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para receptores de estrógenos y progestágenos. El estudio resultó negativo para Ki 67, c-Erb-B2 y P 53.

Tras un año de seguimiento el paciente se encuentra vivo, sin signos de recidiva tumoral.

Discusión

El CDIS representa entre el 0 y el 7% de las neoplasias malignas de mama en el varón¹; en nuestra serie fue del 1%. Esto implica, dada la frecuencia de cáncer de mama en el varón, que se trata de una patología muy rara. El tipo histológico más frecuente de esta forma de cáncer de mama es el papilar puro o, como en el caso que presentamos, intraquístico¹, aunque se han descrito otros^{1,2}. No se han identificado factores etiológicos claros¹.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la presencia de una masa mamaria de varios meses de evolución no dolorosa, de consistencia elástica, móvil no fija a planos profundos^{2,3}, y la secreción sanguinolenta a través del pezón^{1,3}. La presencia de adenopatías axilares palpables es rara incluso en las formas infiltrantes^{1,4}. La mayoría de los pacientes se encuentra en la sexta década de la vida^{2,4}.

En la mamografía los CPI infiltrantes o no se describen, como masas homogéneas bien definidas y, sólo ocasionalmente, se pueden descubrir signos sugestivos de malignidad como el signo de cola de cometa o microcalcificaciones agrupadas².

Como ocurre en otros casos de neoplasias quísticas de mama, en nuestro paciente la ecografía fue la prueba de imagen que más orientó hacia la naturaleza de la lesión. En las ecografías realizadas los casos de CPI, tanto infiltrantes como no invasivos, suelen describirse como formaciones predominantemente quísticas con proyecciones irregulares endoluminales que parten de una zona engrosada de la pared quística^{2,4}. Esta técnica representa un complemento de indudable valor en el estudio de la patología mamaria, especialmente en el varón².

Otras pruebas de imagen empleadas son la cistoneumografía y, recientemente, la tomografía computarizada y la resonancia magnética; en todas ellas se puede apreciar la presencia de una tumoración intraquística, y el engrosamiento de las paredes del quiste en el que se encuentra el tumor^{4,5}.

Muchos autores han descrito el enorme valor diagnóstico del empleo de la punción-aspiración con aguja fina en

el estudio de las neoplasias quísticas de mama. De estas lesiones suele obtenerse material líquido, en la mayoría de las ocasiones sanguinolento, y el estudio citológico de la muestra obtenida suele orientar al diagnóstico^{2,4}; sin embargo, varios autores han encontrado resultados negativos o *borderline* en el estudio citológico de casos de carcinoma posteriormente confirmados por estudio anatomopatológico de la pieza resecada⁶. También se han publicado resultados positivos para malignidad en el estudio citológico de muestras obtenidas de la supuración a través del pezón en casos de CDIS en varones⁷.

Como en otras formas de CDIS, el tratamiento del CPI no infiltrante en el varón es un tema controvertido. Dada la inexistencia de afectación ganglionar en los casos publicados de CDIS en varones^{2,3,8}, coincidimos con otros autores en defender lo innecesario de realizar linfadenectomía en los casos de CPI no infiltrante^{1,3}.

Camus et al³ recomiendan el empleo de mastectomía simple frente a la mastectomía parcial en los casos de CDIS en varones, debido a la frecuencia de recidiva encontrada en su serie. Como otros autores, consideramos que la mastectomía parcial seguida de radioterapia es una alternativa válida⁹, y tras un año de seguimiento no hemos encontrado signos de recidiva tumoral.

El empleo de tamoxifeno tras la cirugía en otros casos de CDIS es controvertido^{3,10} y los resultados del estudio NSABP-24 todavía no se conocen. En el caso que presentamos se indicó tratamiento con tamoxifeno y no se han descubierto complicaciones atribuibles a su empleo. En cuanto al tratamiento adyuvante con quimioterapia, todos los autores coinciden en no recomendar su empleo en los casos de tumores no infiltrantes^{2,3}.

Bibliografía

1. Cutuli BF, Florentz P, Lacroze M, Dilhuydy JM, Allavena C, De Lafontan B, et al. Cancer du sein chez l'homme: étude de 15 cas de carcinoma canalaire in situ (CCIS) pur. Bull Cancer. 1992;79: 1045-53.
2. Sonksen CJ, Michell M, Sundaresan M. Case Report: Intracystic Papillary Carcinoma of the Breast in a Male Patient. Clinical Radiology. 1996;51:438-9.
3. Camus MG, Joshi MG, Mackarem G, Lee AKC, Rossi RL, Munson JL, et al. Ductal Carcinoma In Situ of the Male Breast. Cancer. 1994;74:1289-93.
4. Anan H, Okazaki M, Fujimitsu R, Hamada Y, Sakata N. And Nanbu M. Intracystic Papillary Carcinoma in the male breast. Acta Radiologica. 2000;41:227-9.
5. Tabar L, Pentek Z, Dean PB. The diagnostic and therapeutic value of breast cyst puncture and pneumocystography. Radiology. 1981;141:659.
6. Imoto S, Hasebe T. Intracystic papillary carcinoma of the breast in males -case report and review of the Japanese literature. Jpn J Clin Oncol. 1998;28:517.
7. López-Ríos F, Vargas-Castrillón J, González-Palacios F, De Agustín PP. Breast carcinoma in situ in a male. Report of a case diagnosed by nipple discharge cytology. Acta Cytol. 1998;42:742-4.
8. Cutuli B, Dilhuydy JM, De Lafontan B, et al. Ductal carcinoma in situ of the male breast. Analysis of 31 cases. Eur J Cancer. 1997;33:35-8.
9. Deutsch M, Rosenstein MM. Ductal carcinoma in situ (DCIS) of the male breast treated by lumpectomy and breast irradiation. Clin Oncol (R Coll Radiol). 1998;10:204-5.
10. Khan A, Newman LA. Diagnosis and management of ductal carcinoma in situ. Curr Treat Oncol. 2004;5:131-44.