

últimos años, con una tasa actual de supervivencia a cinco años de alrededor del 84% en nuestro entorno⁴. Esta mejora en el pronóstico del CM se ha logrado implementando una importante serie de recursos durante décadas, como los programas de cribado poblacionales, la optimización de la mamografía y ecografía mamaria, la resonancia magnética, la core-biopsia, los procedimientos quirúrgicos conservadores, la radioterapia y los tratamientos sistémicos. Gran parte de estos logros se pusieron en riesgo durante el primer brote de COVID-19. De entrada, es posible que algunas pacientes con un nuevo cáncer de mama no consultaran por temor a los centros sanitarios como foco de contagio⁵. Los resultados del presente estudio apuntan a una caída del 39% en la actividad asistencial del cáncer de mama y del 42% en el diagnóstico de nuevos casos. Las escasas diferencias entre sujetos de estudio y controles no muestran, como quizás podría sospecharse, un estadio más avanzado de la enfermedad en las pacientes atendidas durante la primera ola COVID-19 ni en los meses posteriores. La reducción en la tasa de CM en el período de estudio parece claramente relacionada con la interrupción del programa de cribado. Más difícil es explicar la mayor tasa de antecedentes familiares de CM entre las pacientes de estudio. Quizás tener familiares de primer grado con esta patología fue un estímulo para buscar asistencia médica. Al analizar las pacientes que consultaron durante el primer brote de COVID-19, no observamos un retraso de diagnóstico ni tratamiento, ni otros aspectos en el corto plazo. No obstante, causa cierta perplejidad y preocupación la falta de información con respecto a las pacientes «perdidas» durante ese período, hasta finales de mayo de 2020, y todavía sin recuperar a finales de septiembre de 2020, justo antes de la segunda ola.

BIBLIOGRAFÍA

1. Official statistics of Catalonia. Incidència setmanal COVID-19. Institut d'Estadística de Catalunya. [consultado 16 May 2021]. Disponible en: <https://www.idescat.cat>
2. Curigliano G, Cardoso MJ, Poortmans P, Gentilini O, Pravettoni G, Mazzocco K, et al. Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during

the COVID-19 pandemic. *Breast*. 2020;52:8-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006>.

3. Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez MJ. Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. *Med Clin (Engl Ed)*. 2020;155:263-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2020.04.018>.
4. Izquierdo A, Gispert R, Saladie F, Espinàs JA. Analysis of cancer incidence, survival and mortality according to the main tumoral localizations, 1985-2019: Breast cancer. *Med Clin (Barc)*. 2008;131 Suppl 1:50-2. [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753\(08\)76433-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(08)76433-9).
5. Li J, Wang H, Geng C, Liu Z, Lin Y, Nie J, et al. Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020. *EClinicalMedicine*. 2020;26:100503. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclim.2020.100503>.

Israel Barco Nebreda ^{a*}, Antonio García-Fernández ^a, Lidia Menchen Palau^b, Nuria Giménez Gómez ^{cd} y Manel Fraile López-Amor^e

^aUnidad de Mama, Departamento de Ginecología, Hospital Universitario Mutua Terrassa, Universidad de Barcelona, Terrassa, España

^bUnidad de Mama, Departamento de Ginecología, Hospital de Terrassa, Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, España

^cHospital Sant Jaume de Calella, Laboratori de Referència de Catalunya i Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Calella, España

^dLaboratorio de Toxicología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

^eDepartamento de Medicina Nuclear, Hospital Universitario MútuaTerrassa, Universidad de Barcelona, Terrassa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ibarco@mutuaterrassa.es
(I. Barco Nebreda).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.10.017>

0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Adenocarcinoma sobre glándula de tipo mamario perianal

Mammary-like glandule perianal adenocarcinoma

Las glándulas de tipo mamario (mammary-like glandule [MLG]), están presentes en la piel de la región anogenital de mujeres y hombres. Al igual que el tejido mamario normal, poseen potencial de degeneración y malignización, y aunque con una presentación muy infrecuente, se han

descrito neoplasias en esta localización. Por su baja incidencia y su distribución anómala, son neoplasias que suponen un reto diagnóstico siendo, normalmente, un hallazgo casual y cuyo manejo no está ampliamente definido ni sistematizado.

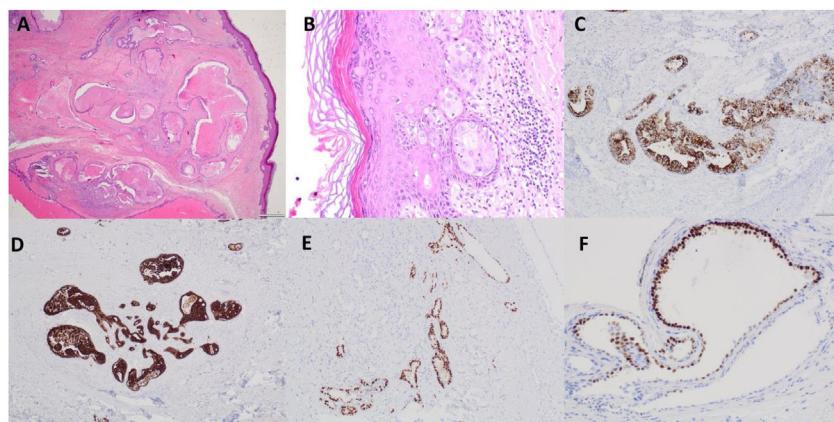


Figura 1 – Imágenes del estudio anatomoabótológico. A) Carcinoma ductal «in situ» en relación a epidermis con formación de cribas, y necrosis tipo comedo (tinción hematoxilina-eosina (H-E), x2). B) Carcinoma ductal «in situ» con presencia de extensión pagetoide. (H-E, x20). C) Tinción immunohistoquímica para CK20 resultó positiva (x10). D) Tinción immunohistoquímica para CK7 resultó positiva (x4). E) Tinción immunohistoquímica para receptor de estrogenos resultó positiva. (x10). F) Tinción immunohistoquímica para receptor de progesterona resultó positiva. (x20).

Se presenta el caso de una mujer de 64 años, fumadora activa, sin otros antecedentes de interés en la que durante un examen rutinario se evidenció una lesión perianal de 30 años de evolución. Se decidió exéresis de la misma bajo anestesia local. El estudio anatomoabótológico informó de carcinoma ductal microinfiltrante (< 1 mm) de tipo mamario asentado sobre glándula anogenital de tipo mamario con extensión focal al margen de resección. Se describía formación de cribas y focos de necrosis tipo comedo así como extensión pagetoide (fig. 1). El estudio inmunohistoquímico reflejó positividad de las células intraepidérmicas para citoqueratina 7, CEA, GATA3. Las células tumorales expresaban GATA 3, GCDFR-15, E-Cadherina y de forma focal receptores de estrógenos y progesterona. Igualmente se mostraba positividad para citoqueratina 19 y el estudio Neu-Her 2 resultó negativo. No se observó mucoproducción.

Posteriormente se realizó ampliación de márgenes con resultado del estudio anatomoabótológico negativo.

Además, se realizó exploración física completa de la paciente sin encontrar lesiones en ambas mamas ni adenopatías inguinales. Por último, se completó el estudio con PET, mamografía y RM mamaria, así como analítica con marcadores tumorales. Todos los estudios de extensión resultaron negativos descartando, de esta forma, la realización de una linfadenectomía.

Tras presentar el caso en comité de tumores multidisciplinar se decidió seguimiento con analítica con marcadores tumorales CEA, CA 15.3 y resonancia magnética pélvica.

Las glándulas de tipo mamario MLG están presentes en la piel de la región anogenital de mujeres y hombres. Han sido consideradas durante mucho tiempo como tejido mamario ectópico, derivado de los restos embrionarios de la involución de la cresta o línea mamaria¹. Las MLG presentan una distribución que se extiende por ano y región perianal, surcos interlabiales y zona alrededor del clítoris en mujeres y cara ventral del pene en varones.

Actualmente se plantea claramente la distinción entre ambas estructuras, tejido mamario ectópico y MLG, siendo la localización de estas últimas más medial y próxima a los labios menores vulvares, encontrando un menor número de glándulas y presentando una configuración más simple². Además, su ultraestructura se diferencia de las glándulas sudoríparas en la demostración de positividad para estrógenos y progesterona³.

Estas glándulas MLG están sujetas a los cambios degenerativos y displásicos presentes en el parénquima mamario normal, de modo que las lesiones que derivan de ellas, ya sean benignas o malignas, presentan una sorprendente similitud con sus homólogas mamarias⁴, siendo la evolución a una enfermedad maligna extremadamente raro⁵.

Los tumores sobre MLG son entidades excepcionalmente raras. El hecho de que, en la literatura, muchas de estas neoplasias hayan sido descritas erróneamente como originarias sobre tejido mamario ectópico genera, además, falta de sistematización en su categorización y definición. Dada la baja prevalencia, no existe consenso en el protocolo diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes. Sin embargo, dado que la histología confirma un comportamiento similar a las neoplasias primarias de mama, muchos autores defienden un manejo similar al de estos tumores⁶, aunque continúa siendo un punto controvertido. Otros estudios defienden la individualización, recomendando en caso de localizaciones perineales, y vulvares un manejo similar a los primarios de esta localización que incluyan una resección, linfadenectomía si procede⁷.

Una correcta tipificación de estas neoplasias y un mayor acuerdo en el proceso diagnóstico y alternativas terapéuticas puede suponer un beneficio importante para los pacientes afectos de este tipo de tumores que, si bien son infrecuentes, dada la falta de sospecha se diagnostican como enfermedad avanzada.

B I B L I O G R A F Í A

1. Dmitry V, Kazakov L, Spagnolo DV, Kacerovska D, Michal M. Lesions of anogenital mammary-like glands: an Update. *Adv Anat Pathol.* 2011;18:1-28.
2. Vivas CI, Pantoja M, Holgado A. Adenocarcinoma primario de vulva tipo glándula mamaria. Forma histológica muy infrecuente de neoplasia vulvar. *Clin Invest Gin Obst.* 2018;45:187-92.
3. Meddeb S, Rhim MS, Mestiri S, Kouira M, Bibi M, Khairi H, et al. Mammary-like adenocarcinoma of the vulva associated to Page's disease: A case report. *Pan Afr Med J.* 2014;19:188.
4. Dmitry V, Kazakov L, Spagnolo DV, Kacerovska D, Michal M. Lesions of anogenital mammary-like glands: an Update. *Adv Anat Pathol.* 2011;18:1-28.
5. Vivas CI, Pantoja M, Holgado A. Adenocarcinoma primario de vulva tipo glándula mamaria. Forma histológica muy infrecuente de neoplasia vulvar. *Clin Invest Gin Obst.* 2018;45:187-92.
6. Baykal C, Dündür I, Turkmen IC, Ozyar E. An unusual case of mammary gland-like carcinoma of vulva: Case report and review of literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2015;36:333-4.
7. Khanna S, Mishra S, Kumar S, Khanna AK. Carcinoma in accessory axillary breast. *BMJ Case Report.* 2015. 2015:bcr2015210944.

Elena Pareja Nieto*, Jesús Bollo Rodríguez,
María Pilar Hernández Casanovas, Clara Galán Martínez
y Eduardo M Targarona Soler

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Digestiva,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epareja@santpau.cat (E. Pareja Nieto).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.10.013>

0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.