
Casos clínicos

M. Teulón
J. Petrement
E. Álvarez
I. Sangüesa
A. Alonso
J. Martínez

Hospital «Severo Ochoa»
Madrid

Carcinoma oculto de mama

43

Occult carcinoma of the breast

Correspondencia:

Dra. Elena Álvarez Castaño
Camino de Húmera, 18 D
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Fecha de recepción: 29/12/98
Aceptado para publicación: 11/10/99

Teulón M, Petrement J, Álvarez E, Sangüesa I, Alonso A, Martínez J. *Carcinoma oculto de mama.*
Prog Obstet Ginecol 2000;43:43-46.

INTRODUCCIÓN

La aparición de una adenopatía axilar afectada por un carcinoma sin tumor primario evidente es infrecuente. El enfoque diagnóstico y terapéutico de estos casos suele plantear dudas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años con hallazgo de una adenopatía axilar izquierda de un mes de evolución, sin nódulo mamario palpable. Las mamografías no evidenciaban lesión mamaria sospechosa (Figs. 1 y 2). La adenopatía fue puncionada, siendo positiva para malignidad y sugestiva de neoplasia epitelial de origen glandular. Se realizó estudio de extensión de carcinoma de mama sin hallazgos de interés. Decidimos realizar una RNM mamaria, observándose un área de hipercaptación de contraste en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda, sin que se pudiera precisar si correspondía a cambios inflamatorios, mastopáticos o neoplásicos.

Decidimos realizar linfadenectomía axilar y cuadrantectomía supero-externa izquierdas, debido a los hallazgos de la resonancia. El envío de la pieza

se realizó en fresco para facilitar la determinación de receptores hormonales.

El examen anatomicopatológico reveló metástasis de adenocarcinoma en cinco de las 14 adenopatías aisladas, sugestivo de tumor primario de la mama. No se evidenció formación neoplásica en el parénquima mamario extirpado. El estudio inmunohistoquímico objetivó un fenotipo tumoral altamente sugestivo de origen mamario y positividad para receptores hormonales de estrógenos y progesterona. Complementamos el tratamiento con poliquimioterapia convencional (CMF), más radioterapia de campos afectos y terapia hormonal con tamoxifeno.

DISCUSIÓN

Se considera carcinoma oculto de mama el que se manifiesta con el aumento de tamaño de una adenopatía axilar en la que se demuestra afectación por un adenocarcinoma, sin que exista evidencia clínica ni radiológica de lesión sospechosa en la mama en los tres meses siguientes al diagnóstico inicial^(1,2). Debe distinguirse este concepto del cáncer subclínico en el que el tumor no palpable se distingue mediante la imagen radiológica.

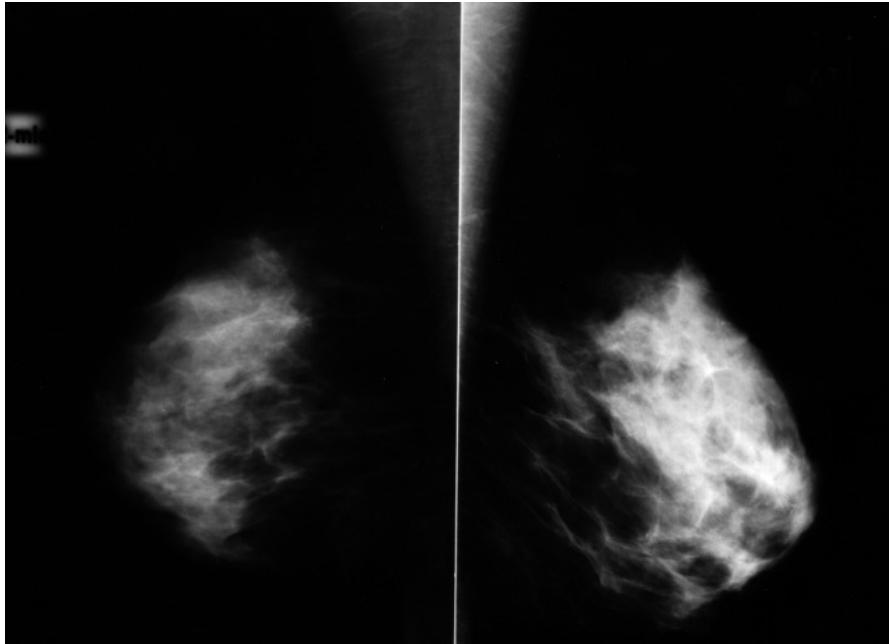


Figura 1. Mamografía bilateral proyección oblicua.

Muchos tumores pueden debutar de esta manera (linfomas, melanomas, carcinomas de pulmón, mama, tiroides, ovarios, tracto gastrointestinal y urogenital), pero está aceptado que toda adenopatía axilar metastásica de un carcinoma, en ausencia de otros signos de afectación extramamaria, debe tratarse como un carcinoma de mama ipsilateral⁽¹⁻⁷⁾.

La búsqueda radiológica exhaustiva del tumor primario no está justificada, porque suele ser infructuosa y retrasa el tratamiento^(4,8). Se recomienda realizar mamografías a todas las pacientes, a pesar de su escaso rendimiento diagnóstico (5-50 por 100 según las series)^(5,7). La tomografía por emisión de positrones reduce el número de lesiones primarias no identificadas en el 24 por 100 de los casos⁽¹²⁾.

La confirmación del origen glandular mediante PAAF y posterior linfadenectomía axilar permite asegurar el origen mamario en el 90 por 100 de las mujeres. En algunos casos, el diagnóstico histológico será más difícil, la determinación de receptores hormonales estrógeno-progestagénicos y las técnicas de inmunohistoquímica son muy útiles. La microscopía electrónica puede ser necesaria en los casos más complejos^(3,4).

La determinación de receptores hormonales es obligatoria. Son positivos en el 50-60 por 100 de los casos. Su hallazgo refuerza, aunque no asegura, el diagnóstico de carcinoma mamario, otros tumores malignos como los de colon, ovario, endometrio, riñón y los melanomas tienen cierta actividad para estos receptores^(1,2,5,7). Por otra parte, su presencia tiene implicaciones terapéuticas importantes. La tinción con inmunoperoxidasa para lactoalbúmina también permite determinar el origen mamario del tumor primario⁽¹⁾.

La mayoría de los autores han recomendado la realización de una mastectomía radical de la mama ipsilateral^(3-5,7,8). Muchos especialistas se han mostrado contrarios porque en el 25-45 por 100 de los casos la mama está libre de tumor^(2,5,7,8,10). La causa más frecuente por la que no se detecta el tumor primario es su omisión del análisis anatopatológico. La regresión tumoral después de la diseminación ganglionar ha sido descrita en los melanomas, pero no en los cánceres de mama⁽⁴⁾.

Otras alternativas terapéuticas propuestas son la mastectomía subcutánea más radio y quimioterapia⁽⁷⁾ o la linfadenectomía axilar seguida de radioterapia⁽⁸⁾, con unos resultados en cuanto a supervivencia simi-

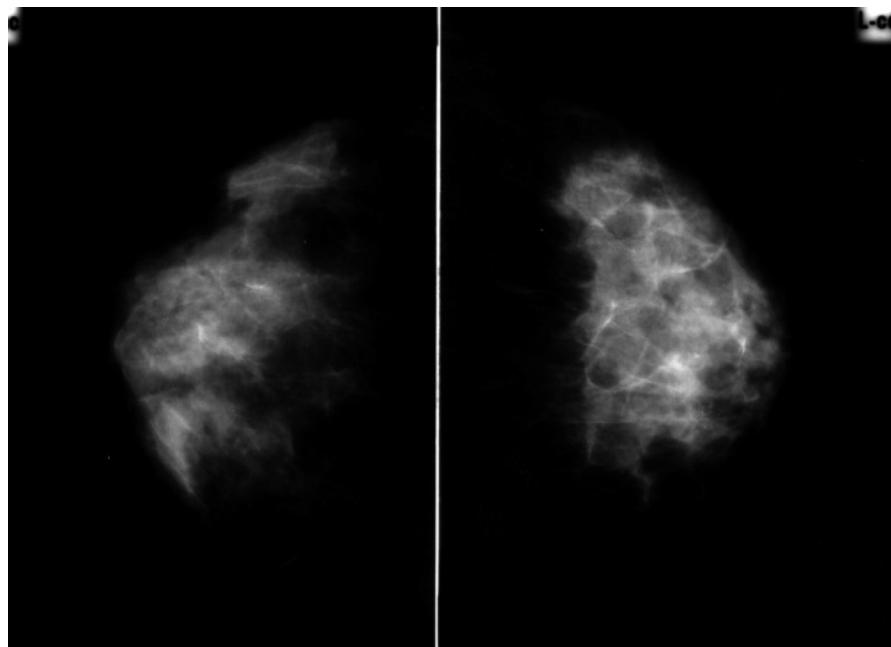


Figura 2. Mamografía bilateral proyección craneocaudal.

lares a los de la cirugía radical. También se ha propuesto el tratamiento conservador con radioterapia de la mama y la axila a dosis moderadas⁽⁹⁾. De momento sería prematuro afirmar que la tasa de recidivas locales con estos tratamientos sea superior a la del tratamiento radical, estos casos se tratarían con mastectomía de rescate. La propuesta realizada por algunos autores recomendando un seguimiento estrecho de la paciente hasta la manifestación del tumor primario ha sido desestimada dados sus pésimos resultados a largo plazo⁽⁵⁾.

El pronóstico de la enfermedad está determinado por el estadio tumoral, el número de ganglios afectados y el comportamiento biológico del mismo. La mayoría de estos tumores serán un estadio II (American Joint Committee/UICC)⁽¹¹⁾. No parece afectar al

pronóstico el hecho de no encontrar el tumor primario, ni su tamaño si se descubre^(3,4). En la mayoría de las series revisadas, la tasa de supervivencia libre de enfermedad es mayor que la del cáncer de mama palpable, pudiendo estar en relación con el pequeño tamaño tumoral y la alta proporción de lesiones *in situ*^(1-5,8).

De esta revisión bibliográfica dos nos parecen las conclusiones más importantes. En primer lugar, que los estudios diagnósticos exhaustivos para determinar el origen tumoral en estos casos no están justificados porque en la mayoría de las ocasiones son carcinomas de mama; y en segundo lugar, que el tratamiento conservador de la mama es posible, porque se obtienen resultados similares al tratamiento quirúrgico radical.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bathia SK, Saclarides TJ, Witt TR, Bonomi PD, Anderson KM, Economou SG. Hormone Receptor Studies in Axillary Metastasis From Occult Breast Cancers. *Cancer* 1987;59:1170-2.
- 2 Svastits E, Rónay P, Bodó M. Occult Breast Cancer Presenting with Axillary Metastasis. *European Journal of Surgical Oncology* 1993;19(supl 1):575-80.

46

- 3 Patel J, Nemoto T, Rosner D, Dao TL, Pickren JW. Axillary Lymph Node Metastasis from an Occult Breast Cancer. *Cancer* 1981;47:2923-7.
 - 4 Vezzoni P, Balestrazzi A, Bignami P, Concolino F, Gennari L, Veronesi U. Axillary Lymph Node Metastasis From Occult Carcinoma of the Breast. *Tumori* 1979;65:87-91.
 - 5 Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J. Axillary Metastasis from Occult Breast Carcinoma: Diagnosis and Management. *The American Surgeon* May 1995;61:431-4.
 - 6 Westbrook KC, Gallager HS. Breast Carcinoma Presenting as an Axillary Mass. *Am J Surg* 1971;122:607-11.
 - 7 Baron PL, Moore MP, Kinne DW, Candela FC, Osborne MP, Petrek JA. Occult Breast Cancer Presenting With Axillary Metastases. *Arch Surg* 1990;125:210-4.
 - 8 Kemeny MM, Rivera DE, Terz JJ, Benfield JR. Occult Primary Adenocarcinoma With Axillary Metastases. *Am J Surg* 1986; 152:4347.
 - 9 CancerNet from National Cancer Institute. Carcinoma of Unknown primary. Last Updated 05/96.
 - 10 Vilcoq JR, Calle R, Ferme F, Veith F. Conservative Treatment of Axillary Adenopathy due to Probable Subclinical Breast Cancer. *Arch Surg* 1982;117:1136-8.
 - 11 American Joint Committee on Cancer. Manual for Staging of cancer, De. 3, Philadelphia: JB Lippincott; 1988.
 - 12 Kole C, Nieweg E, Pruim J. Detection of unknown occult primary tumors using positron emission tomography. *American Cancer Society* 1988:1160-6.
-