

El tratamiento definitivo del CPI es la cirugía, siendo la finalidad terapéutica la exéresis completa del tumor. En los varones, la menor cantidad de parénquima mamario obliga la mayoría de las veces a la realización de una mastectomía radical modificada^{2,5}. Otra opción válida es la de realizar una mastectomía parcial seguida de radioterapia. La presencia de un CPI aislado (no asociado a carcinoma invasivo) presenta muy baja frecuencia de afectación ganglionar metastásica, de ahí su excelente sobrevida y la posibilidad de realizar cirugía conservadora en la mayoría de los casos³. Si bien, cuando se presentan asociados a carcinoma invasivo, deberán ser tratados de acuerdo al estadio de la lesión invasora.

En cuanto al tratamiento adyuvante de los CPI, la radioterapia no ha demostrado aumentar la sobrevida, y el uso de la hormonoterapia es controvertido, por la morbilidad que puede suponer³. La mayoría del los estudios reportados en la literatura confirman el excelente pronóstico que tienen los carcinomas papilares intraquísticos puros (supervivencia próxima al 100% a 5 años)⁶.

Mientras que en la mujer se han hecho infinidad de estudios epidemiológicos y existen multitud de programas de screening para el diagnóstico precoz, en el hombre no se conocen estudios de este tipo, ni existen estos programas de diagnóstico precoz, lo que hace interesante cualquier aportación sobre el manejo de estos tumores.

Bibliografía

1. Rosasco M, Centurión D, Carzoglio J. Cáncer de mama masculina en Uruguay Comunicación de 16 casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol.* 2004;37(3):253-61.
2. Santra A, Chakrabarti N, Das S, Konar K, Mukherji M. Invasive papillary carcinoma of male breast. A rare case report. *Am J Case Rep.* 2015;3(2):54-9.
3. Pérez PJA, Mariángel PP, Poblete SMT. Carcinoma mamario papilar intraquístico. *Cuad Cir.* 2004;18:70-5.
4. Aguilar LA, Sarmiento RC, Merino TE, Martínez GP. Carcinoma de mama en el varón. Análisis de 5 casos y revisión bibliográfica. *Rev Cubana Cir.* 2001;40(1):66-72.
5. Balsa-Marín T, Dieza J, Timoma J, Gilb B, Palomarc A, González N. Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en varón. Caso clínico. *Cir Esp.* 2005;78(4):266-7.
6. González C, Betanecourt L, Spinetti D, Verdes A, Díaz F, Martínez P, et al. Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en el hombre. Reporte de un caso. *Rev Venez Oncol.* 2009;21(1):36-9.

Antonio José Fernández-López^{a,*},
Beatriz Abellán-Rosique^a, Pedro Marín-Rodríguez^a,
Nuria Martínez-Sanz^a, Delia Luján-Martínez^a
y Antonio Albarracín-Marín-Blázquez^b

^a Unidad de Mama, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Servicio en Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandezlopezaj@gmail.com
(A.J. Fernández-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.12.002>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Detección de un cáncer ectópico de mama mediante PET/TC con ¹⁸F-FDG



Ectopic breast cancer detected by ¹⁸F-FDG PET/CT

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 47 años que consultó por tumoración axilar derecha de 2 meses de evolución. La biopsia con aguja gruesa fue positiva para carcinoma ductal infiltrante grado III, triple negativo, con Ki67 del 38%. Se practicó una TC tóraco-abdominal, una ecografía y una RM de mama derecha que fueron negativas, evidenciando únicamente las adenopatías en esta axila, cT0N2M0.

Por estos motivos se decidió la realización de estudio PET/TC con ¹⁸F-FDG que mostró una marcada actividad metabólica en 2 adenopatías de la axila derecha (20 mm y SUV_{máx} 10,2/16 mm y SUV_{máx} 9,5). En el resto del organismo únicamente se evidenció un pequeño foco hipermetabólico (SUV_{máx} 2,4) en la región caudal de la mama derecha, que correspondía con una imagen nodular de partes blandas (fig. 1).

Dados estos hallazgos se realizó un *second-look* ecográfico que demostró una lesión de 15 mm en la región submamaria derecha, en prolongación del músculo recto-abdominal. Esta lesión no presentó complejo aréola/pezón, siendo compatible con mama ectópica aberrante en línea embrionaria láctea. Se procedió a biopsia con aguja gruesa, que demostró resultado similar que la axila cT1N2M0 (estadio IIIC).

El tejido ectópico mamario se forma a partir de las 5 semanas en el útero, y puede presentarse a lo largo de toda la línea embrionaria láctea, de forma más frecuente en la axila, siendo infrecuente en el tórax (5-10% en situación inframamaria) y muy rara en la vulva¹⁻³.

La incidencia de tejido mamario accesorio es de un 0,2-6% de las mujeres, presentando similar influencia hormonal, por lo que es susceptible de presentar carcinomas. El diagnóstico diferencial del tejido ectópico mamario incluye el lipoma, la adenopatía, el quiste folicular, los fibromas, la queratosis seborreica y el nevus intradérmico¹⁻³.

El carcinoma de tejido mamario accesorio representa un 0,3% de los cánceres de mama y el 5% presentan localización supernumeraria. El cáncer de mama ectópico más frecuente es el ductal infiltrante (50-79%). El 95% de los cánceres de mama ectópicos se dan en tejido mamario aberrante (islas de sistemas secretores) comparado con el 5% que se

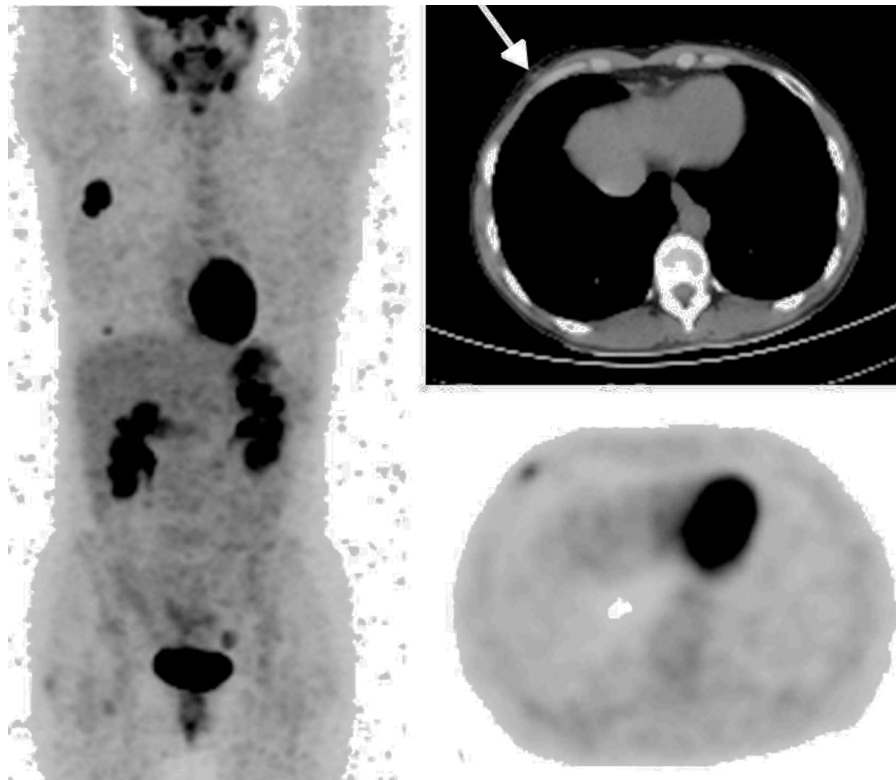


Figura 1 Imagen volumétrica PET con ^{18}F -FDG de cuerpo completo. Imágenes axiales TC y PET de la región torácica.

corresponde con tejido mamario supernumerario (sistema ductal organizado)¹⁻³.

El pronóstico del cáncer de mama ectópico es similar, pero las pocas referencias bibliográficas existentes muestran como por su rareza y escasa repercusión clínica, en muchas ocasiones se detecta en estadios tardíos, cuando por su aumento de tamaño presentan dolor y signos inflamatorios, con mayor prevalencia de infiltración adenopática o metástasis a distancia. Además, por el pequeño tamaño de la glándula, la infiltración precoz de la piel o la pared torácica son frecuentes¹⁻³.

El tratamiento propuesto sigue las guías estandarizadas del cáncer de mama. La mastectomía ipsilateral no proporciona un beneficio adicional. La quimioterapia adyuvante y la terapia hormonal son necesarias dependiendo de la estadificación tumoral y las características de la paciente. La radioterapia puede considerarse para optimizar el control loco-regional¹⁻³.

En nuestra paciente se decidió la realización de quimioterapia adyuvante y tumorectomía + linfadenectomía axilar, sin intervención sobre la mama ipsilateral. La anatomía patológica mostró un carcinoma ductal infiltrante de 22 mm, con márgenes libres (sistema de Miller & Payne G1B).

Este caso pone de manifiesto la utilidad de la PET/TC con ^{18}F -FDG de cuerpo completo en la detección de un cáncer ectópico de mama, no detectado en el estudio de *screening*

mamario, permitiendo un tratamiento radical en estadio más precoz de la enfermedad.

Bibliografía

1. Da Silva BB, dos Santos AR, Pires CG, Rosal MA, dos Santos MG, Lopes-Costa PV. Ectopic breast cancer in the anterior chest wall: A case report and literature review. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2008;29:653-5.
2. Kahraman-Cetintas S, Turan-Ozdemir S, Topal U, Kurt M, Gokgoz S, Saraydaroglu O, et al. Carcinoma originating from aberrant breast tissue. A case report and review of the literature. *Tumori.* 2008;94:440-3.
3. Madej B, Winkler I, Burdan F. Cancer of the accessory breast-a case report. *Adv Med Sci.* 2009;54:308-10.

José Ramón García*, Javier Encinas, Marina Soler, Pere Bassa, Puig Cozar y Eduard Riera

Unidad PET, CETIR-ERESA, Anatomía patológica, Consorci Sanitari Garraf, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Jrgarcia@cetir.es (J.R. García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2016.02.001>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.