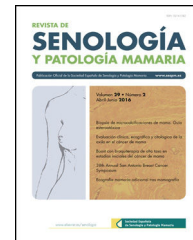




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CASO CLÍNICO

Carcinoma escamoso con cambios quísticos asociado a embarazo



Mireia Gutiérrez Prat*, Sonia Baulies Caballero, Francesc Tresserra Casas, Jean Laurent Browne, Maria Garcia Gallardo, Carmen Ara Pérez y Rafael Fabregas Xaudaró

Instituto Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 8 de octubre de 2019; aceptado el 16 de marzo de 2020

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama y embarazo;
Carcinoma escamoso;
Galactocele

KEYWORDS

Breast cancer and pregnancy;
Squamous cell carcinoma;
Galactocele

Resumen El cáncer de mama asociado al embarazo representa una compleja situación clínica por la dificultad de su diagnóstico. La clínica principal del cáncer de mama gestacional es el nódulo palpable, sin embargo, debido a los cambios fisiológicos que se producen en la glándula durante el embarazo o la lactancia, el diagnóstico es especialmente difícil, lo que provoca un retraso en el diagnóstico.

El carcinoma escamoso es un subtipo histológico raro, que representa menos del 0,5% de los cánceres de mama. Se trata de un tipo de tumor que suele presentarse en forma de masa quística y cuyo diagnóstico puede confundirse con una entidad benigna.

Se presenta el caso de una mujer de 35 años diagnosticada de un carcinoma escamoso de mama tras múltiples ingresos médicos por sospecha de galactoceles y mastitis. El cáncer de mama debe ser el primer diagnóstico diferencial que tener en cuenta ante un nódulo persistente que no mejora tras tratamiento médico y es importante pensar en el carcinoma escamoso en caso de que se trate de una masa quística o absceso mamario.

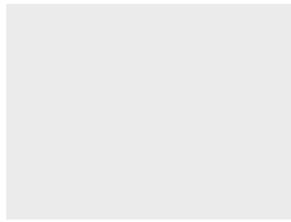
© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pregnancy-associated squamous cell carcinoma with cystic changes

Abstract Pregnancy-associated breast cancer represents a complex clinical situation due to the difficulty of diagnosis. The main clinical feature is a palpable nodule. However, due to the physiological changes that occur in the gland during pregnancy or lactation, diagnosis is especially difficult and sometimes delayed. Squamous cell carcinoma is a rare histological subtype, representing less than 0.5% of breast cancers. It usually presents as a cystic mass that can be mistaken for a benign entity. We present the case of a 35-year-old woman diagnosed with

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mirgut@dexeus.com (M. Gutiérrez Prat).



squamous cell carcinoma of the breast after multiple medical admissions due to suspicion of galactoceles and mastitis. Breast cancer should be the first differential diagnosis to consider in the presence of a persistent nodule that does not improve after medical treatment and it is important consider squamous cell carcinoma if there is a cystic mass or breast abscess.

© 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de mama asociado al embarazo es la neoplasia maligna más común diagnosticada durante la gestación^{1,2}. Representa el 7,3% de los cánceres de mama en pacientes menores de 40 años³.

De todos los tumores de mama, el tipo histológico más frecuente son los tumores epiteliales, concretamente, el carcinoma invasivo de tipo no especial (70-80%). Los tumores de mama metaplásicos son una variante rara (<5%) y, de ellos, el carcinoma escamoso representa menos del 0,1% de todas las neoplasias de mama^{4,5}.

Exponemos las dificultades diagnósticas que se tuvieron en una paciente puerpera con un carcinoma escamoso de mama que se presentó como una lesión quística con abscesos de repetición.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, en lactancia materna, diagnosticada a los 6 meses posparto de una mastitis con ecografía mamaria y mamografía normales, que fue tratada con antibiótico. A los 3 meses, la paciente volvió por el rechazo del recién nacido a la leche de la mama derecha y por un nuevo episodio de tumefacción y mastalgia. Se diagnosticó de galactoceles recidivantes que requirieron múltiples drenajes para su evacuación. Al no ceder la sintomatología, acudió a nuestro centro para segunda opinión.

A la exploración física, se observaba la mama derecha aumentada de tamaño, blanda, eritematosa, hipertérmica y con circulación colateral superficial en cuadrante superior interno.

La ecografía mamaria se clasificó como Bi-rads 4b, que mostró una formación quística compleja, de pared engrosada, con componente sólido de aspecto polipoide, de 113,8mm, con abundante vascularización. Había ganglios axilares aumentados de tamaño, por lo que se realizó punción-evacuación de la lesión descrita y punción del ganglio. El estudio microbiológico fue negativo y la citología mostró células poco diferenciadas, con atipia en la lesión mamaria y linfadenitis en el ganglio.

El Comité de Ginecología y Oncología Mamaria decidió completar el estudio mediante una resonancia magnética y una biopsia con aguja gruesa. La resonancia mostró una masa sólido-quística de 10 × 8 cm con presencia de lesiones nodulares bien definidas satélites infracentimétricas (7-9 mm) con curvas de captación de rápido ascenso y meseta posterior (fig. 1). La biopsia permitió diagnosticar un carcinoma escamoso.

Se realizó una mastectomía derecha y exéresis del músculo pectoral mayor por su afectación, y biopsia selectiva de ganglio centinela axilar derecha. La lesión extirpada correspondía a un tumor extensamente quistificado de 9 × 6 cm y el diagnóstico histopatológico fue de carcinoma escamoso, grado 3, con extensa necrosis y cambios pseudoquísticos, con invasión del músculo. El estudio inmunohistoquímico mostró un tumor triple negativo, con p53 negativo y un Ki67 del 80% (fig. 2). El ganglio centinela y los secundarios no mostraron metástasis (pT3 pN0 i-/gc M0).

Se completó el estudio de extensión con PET-TAC en la que se observó una adenopatía hipermetabólica, sospechosa de malignidad, en cadena mamaria interna ipsilateral; se completó el tratamiento con quimioterapia (paclitaxel y cisplatino) y radioterapia de pared torácica.

El estudio genético reveló una mutación patogénica en *BRCA1* y de significado incierto en *BRCA2*.

Actualmente, la paciente sigue controles trimestrales. Se ha realizado mastectomía profiláctica contralateral y está libre de enfermedad a los 3 años del diagnóstico.

Discusión

Este caso muestra la dificultad diagnóstica del cáncer de mama asociado al embarazo, con una histología tan singular como lo es la del carcinoma escamoso de mama.

Debido a los cambios fisiológicos que se producen en el pecho durante el embarazo o la lactancia, el diagnóstico del cáncer de mama asociado al embarazo es especialmente difícil y tardío. Se sabe que un mes de retraso diagnóstico aumenta el riesgo de metástasis axilares a un 0,9% y a un 5,1% si son 6 meses^{1,6}. En nuestro caso, hubo un retraso de 11 meses. Para evitar esta demora es importante abordar un estudio exhaustivo ante un nódulo mamario que persista más de 2 semanas, a pesar de que en el 80% de los casos será una entidad benigna. Además, se debe tener en cuenta el *milk rejection sign*, descrito en los años 70^{7,8}.

El cáncer de mama asociado al embarazo es histológicamente similar al de las mujeres jóvenes no gestantes, que se tratará de un carcinoma ductal infiltrante en el 70-100% de los casos⁹. Sin embargo, en nuestro caso, se trató de un carcinoma escamoso de mama.

El carcinoma escamoso de mama es una entidad rara que representa el 0,1-0,4% de todos los cánceres de mama⁴. Se diagnostican cuando más del 90% de las células malignas son de tipo escamoso¹⁰.

Suele presentarse como una masa palpable, de rápido crecimiento^{4,11-13}, quística en un 50% de los casos¹³. No hay

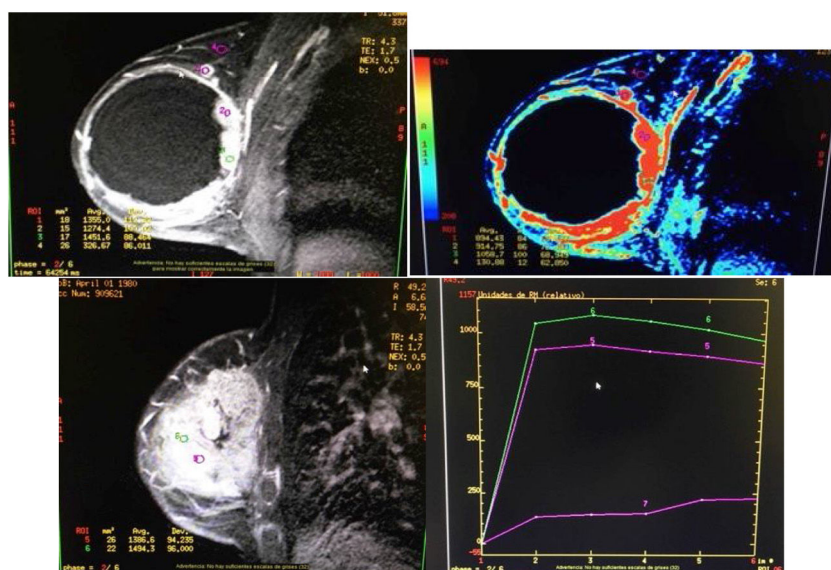


Figura 1 RMN y curvas de captación.

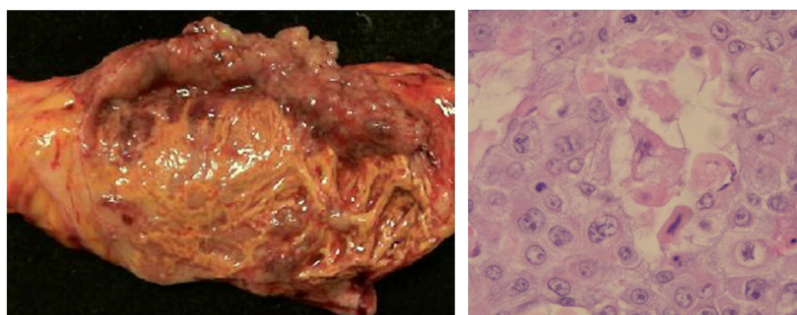


Figura 2 Estudio anatomopatológico (estudio macroscópico y microscópico con tinción H&E x400).

hallazgos específicos en la mamografía para este tipo de tumor, sin embargo, en una visión ecográfica, suele presentarse como una masa sólida hipocogénica con componentes quísticos complejos en su interior⁴, que es fácilmente malinterpretada como una entidad benigna¹². El 70% de los casos se presentan sin afectación linfática¹³ y en la inmunohistoquímica es similar al subtipo *basal-like*, como en nuestra paciente. De hecho, solo hay un caso reportado en la literatura de carcinoma escamoso de mama con receptores estrogénicos positivos¹⁴.

El tratamiento idóneo todavía no está establecido, por lo que la mayoría de las veces es tratado de manera similar al carcinoma ductal infiltrante. La cirugía es considerada el tratamiento primario de elección: la cirugía conservadora de mama es un tratamiento eficaz y seguro^{13,15}. Parece que estas neoplasias no son sensibles a la quimioterapia utilizada en el carcinoma ductal infiltrante^{4,16}, por lo que se ha propuesto el uso del cisplatino como fármaco quimioterápico, habitualmente utilizado en los carcinomas escamosos primarios de otros órganos¹⁶.

En cuanto al pronóstico, la mayoría de los artículos reconocen un comportamiento agresivo de este tipo de tumores^{4,12,13}. Se han descrito la edad < 40 años y el tamaño tumoral como los factores pronósticos más importantes¹³.

Conclusiones

El cáncer de mama asociado al embarazo representa una compleja situación clínica por su dificultad diagnóstica. Por otro lado, el carcinoma escamoso de mama es una neoplasia de difícil sospecha por presentarse como una entidad supuestamente benigna.

Tanto el cáncer de mama asociado al embarazo como el carcinoma escamoso suelen ser tumores de mayor agresividad y de difícil tratamiento, por lo que un diagnóstico precoz es de vital importancia en estas pacientes.

Agradecimientos

El trabajo ha sido realizado bajo los auspicios de la Cátedra de Investigación en Obstetricia i Ginecologia de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Conflicto de intereses

El doctor Francesc Tresserras es editor de la Revista de Senología y Patología Mamaria.

Bibliografía

1. Tocino Díaz A, Lorenzo Peñuelas A. Cáncer de mama y embarazo. 3^a ed. Madrid (España): Fundación Española de Senología y Patología Mamaria; 2015. p. 333–8. Capítulo 50.
2. Keyser EA, Staat MB, Fausett MB, Shields AD. Pregnancy-associated breast cancer. *Rev Obstet Gynecol*. 2012;5:94–9.
3. Baulies S, Cusidó M, Tresserra F, Rodríguez I, Úbeda B, Ara C, et al. Cáncer de mama asociado al embarazo: estudio analítico observacional. *Med Clin (Barc)*. 2014;142:200–4.
4. Chatha SS, Bano R, Farooq M, Farooq M, Farooq U, Zakauallah A. Squamous cell carcinoma of the breast. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2018;28:776–8.
5. Bleiweiss MD. Pathology of breast cancer. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [consultado 16 Jan 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
6. Woo JC, Yu T, Hurd TC. Breast cancer in pregnancy: A literature review. *Arch Surg*. 2003;138:91–8.
7. Goldsmith HS. Milk-rejection sign: A clinical observation. *Cancer*. 1966;19:1185–6.
8. Goldsmith HS. Milk-rejection sign of breast cancer. *Am J Surg*. 1974;127:280–1.
9. Amant F, Loibl S, Neven P, Calsteren KV. Breast cancer in pregnancy. *Lancet*. 2012;379:570–9.
10. Rosen P. Rosen's breast pathology. 3.^a edición Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Salemis NS. Breast abscess as the initial manifestation of primary pure squamous cell carcinoma: A rare presentation and literatura review. *Breast Dis*. 2011;33:125–31.
12. Liu J, Yu Y, Sun JY, He SS, Wang X, Yin J, et al. Clinicopathologic characteristics and prognosis of primary squamous cell carcinoma of the breast. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;149:133–40.
13. Aparicio I, Martínez A, Hernández H, Hardisson D, de Santiago J. Squamous cell carcinoma of the breast. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137:222–6.
14. Pribish AM, Saglam O, Weinfurter J. Estrogen receptor-positive squamous cell carcinoma of the breast. *Radiol Case Rep*. 2017;12:211–4.
15. Zhang X, Zhang B, Zang F, Zhao L, Yuan Z, Wang P. Clinical features and treatment of squamous cell carcinoma of the breast. *Onco Targets Ther*. 2016;9:3181–5.
16. Kurpad V, Prabhu KC, Ramesh MK, Harindranath HR. Primary de novo squamous cell carcinoma breast masquerading as breast abscess. *Indian J Surg Oncol*. 2013;4:48–51.