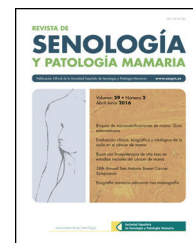




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CASO CLÍNICO

Carcinoma medular con degeneración pseudoquística: reporte de un caso



Gerardo Sela Bayardo^{a,*}, Fernando Mendoza Cuadra^a, Angie Becerra Cervantes^b, Alfonso Valenzuela Espinoza^c y Jesús Portillo Reyes^c

^a Departamento de Imagen, Núcleo Diagnóstico Avanzado, Tijuana, Baja California, México

^b Núcleo Diagnóstico Avanzado, Tijuana, Baja California, México

^c Hospital General Tijuana, Tijuana, Baja California, México

Recibido el 18 de julio de 2019; aceptado el 28 de enero de 2020

Disponible en Internet el 25 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Carcinoma medular;
Carcinoma quístico;
Quistes complejos;
Mama

KEYWORDS

Medullary carcinoma;
Cystic carcinoma;
Complex cysts;
Breast

Resumen

Introducción: El carcinoma medular es diagnosticado en aproximadamente del 1 al 7% de todos los cánceres mamarios y existen pocos casos asociados a una lesión quística.

Caso clínico: Femenino de 34 años con diagnóstico de quiste complejo de mama derecha; histopatológicamente se reporta carcinoma medular en una de las paredes del quiste.

Conclusiones: Los tumores malignos de mama en formas quísticas han sido descritos en un 0,3-7%, y pocas veces son carcinomas medulares.

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

Medullary carcinoma with pseudocystic degeneration: case report

Abstract

Introduction: Medullary carcinoma is diagnosed in approximately 1% to 7% of all breast cancers and has been rarely associated with a cystic lesion.

Case report: A 34-year-old woman was diagnosed with a complex cyst of the right breast. Histopathological analysis identified medullary carcinoma in one of the walls of the cyst.

Conclusions: Malignant tumours of the breast are rarely found in cystic forms. Only 0.3% to 7% of breast cancer cases have been reported as medullary carcinomas.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardo.sela@gmail.com (G. Sela Bayardo).

Introducción

El carcinoma medular es diagnosticado en aproximadamente del 1 al 7% de todos los cánceres mamarios y se ha descrito asociado a una lesión quística en pocos casos en la literatura¹⁻³.

Los tumores malignos de mama raramente son encontrados en formas quísticas; se han reportado en un 0,3-7% de los casos de cáncer de mama, siendo en su mayoría carcinomas papilares que surgen de la pared del quiste (<1% de todas las lesiones de mama). Otros tipos histológicos que pueden encontrarse son comedocarcinoma, carcinomas apocrinos, adenocantoma y muy infrecuentemente carcinomas medulares⁴⁻⁶.

Caso clínico

Paciente femenino de 34 años de edad, quien acude a revisión por presentar aumento de volumen de la mama derecha de 6 meses de evolución. Se solicita como estudio inicial un ultrasonido mamario, el cual reporta una lesión quística con múltiples tabicaciones y en su interior líquido ecogénico que corresponde a un alto contenido en proteínas o detritos, sin vascularidad detectable en el estudio Doppler.

La paciente no cuenta con antecedentes personales y familiares oncológicos, ni uso de anticonceptivos hormonales orales. Clínicamente, sin dolor, sin cambios en la piel del pezón ni secreciones. Como siguiente paso en el estudio del quiste complejo, la tomografía contrastada realza lesión circular, hipodensa en la mama derecha, de 10 cm de diámetro que desplaza el tejido glandular hacia afuera, hace cuerpo con las estructuras de la caja torácica y las comprime hacia

el interior de la misma. Esta lesión tiene densidad de 15 UH y muestra varios nódulos murales siendo el más evidente el más posterior. No refuerza con el medio de contraste. El resto de las estructuras del tórax se encuentran normales.

Para mejor estudio de la lesión y decisión terapéutica se realiza estudio de resonancia magnética de la mama donde se observa masa hiperintensa en T2, extensa, heterogénea de 10 × 11, con tabicaciones gruesas de 3 a 5 mm con imágenes nodulares en la pared posterior hipointensas que se extienden alrededor de la cápsula de la lesión. El tejido glandular se encuentra desplazado en sentido lateral (fig. 1).

Se decide someter a PAAF extrayéndose líquido transparente con fondo hipocelular, proteáceo que se reporta negativo a malignidad. Los diagnósticos diferenciales considerados fueron quiste complejo, galactocele complicado o un tumor de pared torácica de origen neurogénico. Dadas las características del quiste y el tamaño del mismo se decide manejo quirúrgico tipo conservador oncoplastico con escisión amplia. Durante el acto el estudio transquirúrgico de la lesión se reporta positivo a malignidad y se decide realizar linfadenectomía axilar completa. Se disecan 4/4 ganglios axilares ipsilaterales, el mayor de 0,9 cm, obteniéndose diagnóstico histológico de hiperplasia sinusal en los 4 ganglios. La pieza enviada a estudio histopatológico coincide con una masa quística redondeada de 11,0 × 10,0 × 7,0 cm. El corte muestra tejido mamario escaso con pseudocápsula indurada y en su cara interna se advierte tejido de aspecto neoplásico que ocupa parcialmente la superficie interna del quiste de color gris blanquecino. El resto de la cavidad contiene material hemorrágico con cavidades parcialmente divididas por bordes de tejido de aspecto laminar de consistencia blanda. Se concluye carcinoma medular

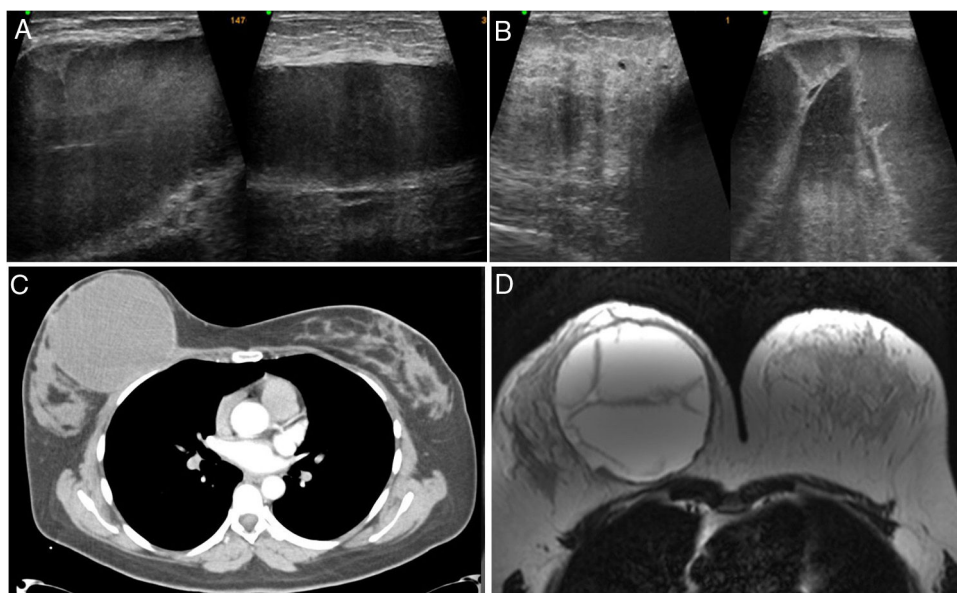


Figura 1 Estudios imagenológicos de la lesión. (A y B) Lesión hipoeoica de gran tamaño, tabicada con septos gruesos y reforzamiento posterior, heterogénea, de márgenes circunscritos. No se detectó vascularidad en los septos en la exploración con Doppler. (C) TAC con medio de contraste i.v. que muestra masa hipodensa (15 UH) de márgenes circunscritos que ocupa casi toda la glándula mamaria derecha y borra los planos musculares, no refuerza con el medio de contraste y desplaza el tejido glandular en sentido lateral. (D) RM en secuencia axial T2 que muestra masa hiperintensa, extensa, heterogénea de 10 × 10 cm, con tabicaciones gruesas de 3 a 5 mm, con imágenes nodulares en la pared posterior hipointensas que se extienden alrededor de la cápsula de la lesión.

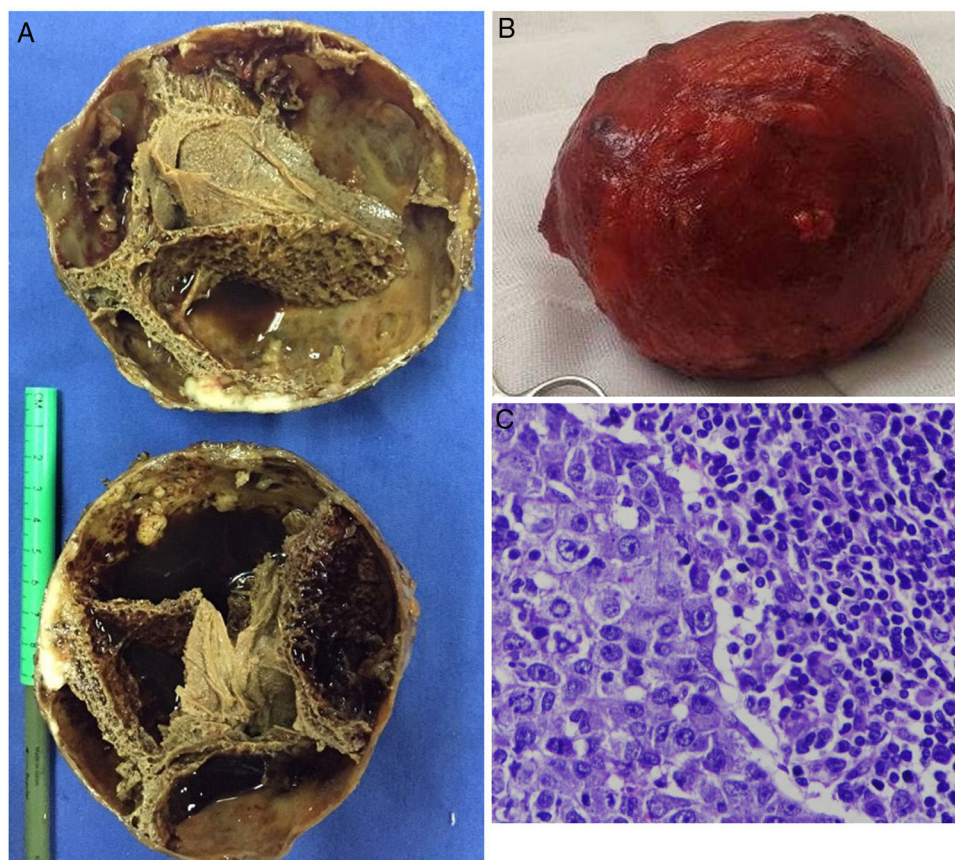


Figura 2 Estudio histopatológico de la lesión. (A y B) Estudio macroscópico. (C) Estudio microscópico.

con degeneración pseudoquistica de la mama derecha de $2,0 \times 0,4$ cm de diámetro (fig. 2).

Los estudios de inmunohistoquímica mostraron inmunorreactividad negativa para los biomarcadores de estrógenos, progesterona y Her2, por lo que se considera un carcinoma triple negativo con alto índice de proliferación al mostrar inmunorreactividad (Ki67) en el 80% de las células neoplásicas.

Posquirúrgicamente la paciente recibió quimioterapia adyuvante y radioterapia. Actualmente, 5 años de evolución sin recurrencia tumoral.

Discusión

El carcinoma medular, definido por la OMS como «un carcinoma bien circunscrito compuesto de células poco diferenciadas con estroma escaso e infiltración linfoide prominente», es diagnosticado en menos del 5% de todos los cánceres mamarios y se ha descrito asociado a una lesión quística en pocos casos en la literatura. El estudio más grande hasta la fecha reporta un total de 20 casos típicos (8/20) y atípicos (12/20) de carcinomas medulares^{1,2}.

En comparación con otros carcinomas, el carcinoma medular tiende a presentarse en pacientes más jóvenes. En un estudio Anderson et al. encontraron una media de edad de 47,5 años en comparación con el carcinoma intraductal, que era de 55,7 años de edad, y Park et al. reportaron que una proporción importante de carcinomas medulares

en su estudio se presentó en mujeres menores de 35 años. Sociodemográficamente se ha descrito también en mujeres posmenopáusicas y obesas^{3,6,7}.

Para establecer diagnósticos histopatológicos se han usado los criterios de Ridolfi, los cuales son: patrón de crecimiento sincitial predominante (>75%), lesión microscópicamente bien circunscrita, ausencia de componente intraductal, marcado infiltrado linfoplasmocitario del estroma, pleomorfismo nuclear moderado o marcado y ausencia de componente microglandular⁸.

Se presenta aquí el caso de una paciente con un quiste complejo de mama derecha que es manejada quirúrgicamente con escisión completa del mismo.

El hallazgo histopatológico de carcinoma medular de aspecto pseudoquístico se debe considerar una autoinvolución relacionada con la actividad inmunológica por la presencia de numerosos linfocitos que se presentan como características morfológicas del carcinoma medular, lo que explica que este tumor en estadios similares tiene mejor pronóstico que el carcinoma ductal NOS⁹.

El abordaje diagnóstico de un quiste complejo de mama (que cuenta con componentes sólidos, líquidos y septos) puede realizarse por diferentes métodos de imagen, como ultrasonido mamario y mamografía, siendo de primera elección el ultrasonido mamario donde se pueden apreciar los componentes y con ello clasificarlos en 4 tipos, según los criterios de Berg et al., de la siguiente manera: tipo I, que son masas con paredes externas gruesas y/o septos internos gruesos; tipo II, que corresponden a quistes que contienen

una o más masas internas; tipo III, masas con componentes sólidos y líquidos mixtos que son > 50% quísticos; y tipo IV, que son masas predominantemente sólidas (por lo menos el 50%) con un foco quístico excéntrico^{10,11}.

Aunque el carcinoma medular tiene características propias sugerentes de diagnóstico, por mamografía y ultrasonido es imposible diferenciar las lesiones, es por ello que el estándar de oro para el diagnóstico de carcinoma medular intraquístico es la confirmación histopatológica.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cheung YC, Chen SC, Lee KF, Wan YL, Ng SH. Sonographic and pathologic findings in typical and atypical medullary carcinomas of the breast. *J Clin Ultrasound*. 2000;28:325-31, [10.1002/1097-0096\(200009\)28:7<325::AID-JCU2>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-0096(200009)28:7<325::AID-JCU2>3.0.CO;2-4).
2. Vu-Nishino H, Tavassoli FA, Ahrens WA, Haffty BG. Clinicopathologic features and long-term outcome of patients with medullary breast carcinoma managed with breast-conserving therapy (BCT). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;62:1040-7, [http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2005.01.008](https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2005.01.008).
3. Park I, Kim J, Kim M, Bae SY, Lee SK, Kil WH, et al. Comparison of the characteristics of medullary breast carcinoma and invasive ductal carcinoma. *J Breast Cancer*. 2013;16:417-25, [http://dx.doi.org/10.4048/jbc.2013.16.4.417](https://doi.org/10.4048/jbc.2013.16.4.417).
4. Kihara M, Miyauchi A. Intracystic papilloma of the breast forming a giant cyst. *Breast Cancer*. 2010;17:68-70, [http://dx.doi.org/10.1007/s12282-008-0092-6](https://doi.org/10.1007/s12282-008-0092-6).
5. Howell LP, Kline TS. Medullary carcinoma of the breast. An unusual cytologic finding in cyst fluid aspirates. *Cancer*. 1990;65:227-82.
6. Reuter K, d'Orsi CJ, Reale F. Intracystic carcinoma of the breast: the role of ultrasonography. *Radiology*. 1984;153:233-4.
7. Anderson WF, Pfeiffer RM, Dores GM, Sherman ME. Comparison of age distribution patterns for different histopathologic types of breast carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15:1899-905, [http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-06-0191](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-06-0191).
8. Martí M, Cortés M, Bombi J, Novell F, Prats M, Cardesa A. Carcinoma medular de mama. Análisis de 27 casos. *Rev Senol Patol Mamar*. 1988;1:1965-8.
9. Tian T, Ruan M, Yang W, Shui R. Evaluation of the prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes in triple-negative breast cancers. *Oncotarget*. 2016;7:44395-405, [http://dx.doi.org/10.18632/oncotarget.10054](https://doi.org/10.18632/oncotarget.10054).
10. Berg WA, Campassi CI, Ioffe OB. Radiology cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation. *Radiology*. 2003;227:183-91.
11. Ridolfi RL, Rosen PP, Port A, Kinne D, Miké V. Medullary carcinoma of the breast. A clinicopathologic study with 10 year follow-up. *Cancer*. 1977;40:1365-85, [10.1002/1097-0142\(197710\)40:4<1365::AID-CNCR2820400402>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197710)40:4<1365::AID-CNCR2820400402>3.0.CO;2-N).