

CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA

A PROPÓSITO DE UN CASO

YAZMÍN VELÁSQUEZ, GONZALO BARRIOS, NASSER SMAILI, JOSÉ SUÁREZ, ELEAZAR TIRADO, CARLOS QUINTERO

HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

Presentamos un informe de una patología quirúrgica poco frecuente y la descripción de un caso clínico, visto en el servicio de patología mamaria del Hospital Oncológico "Padre Machado" Caracas, Venezuela. Se describe el caso de una paciente femenina de 41 años a la cual se le realizó el diagnóstico de carcinoma metaplásico de la mama izquierda clasificándose como PTXNOMO, posterior a múltiples cirugías previas en un centro foráneo, se le realizó una mastectomía simple de la mama izquierda y la reconstrucción inmediata con colgajo de dorsal ancho más prótesis de 270 cm³. La biopsia definitiva reportó cambios pos tratamiento, marcados cúmulos de células gigantes tipo cuerpo extraño. Macroquistes y microquistes, adenosis extensa marcada. Los carcinomas metaplásicos de mama son tumores bifásicos, caracterizados por presentar doble componente epitelial y mesenquimal. El pronóstico se relaciona con el tamaño tumoral, tipo histológico, tipo y grado de componente mesenquimático. El tratamiento inicial es quirúrgico.

PALABRASCLAVE: Carcinoma, metaplásico, sarcomatoide, carcinosarcoma

SUMMARY

We presented a report of infrequent surgical pathology and description of clinical case seen in the service of mammary pathology of the Oncologic Hospital "Padre Machado" Caracas, Venezuela. The case of a feminine patient of 41 years is described to which we are made to him the diagnose of metaplastic carcinoma of left breast PTXNOMO, subsequent to multiple previous surgeries in foreign center, I am made a simple mastectomy of left breast and immediate reconstruction with flap of wide ridge but prosthesis to him of 270 cm³. The definitive biopsy report pos changes treatment and noticeable accumulations of giant cells type strange body. Macro cyst and micro cysts, marked extensive adenosis. The metaplastic carcinomas of breast are two-phase tumors, characterized to present/display a double epithelial and mesenquimal component. The prognosis is related to the tumor like size, histological type, type and degree of mesenquimatic component. The initial treatment is surgical.

KEY WORDS: Carcinoma, metaplastic, sarcomatoide, carcinosarcoma

INTRODUCCIÓN

E

l carcinoma metaplásico de mama, es poco frecuente se describen menos del 1 % del total de los tumores malignos de mama, esto ha originado dificultades en el diagnóstico y el tratamiento.

Existen diversas nomenclaturas por lo que se le ha llamado carcinoma sarcomatoide,

Recibido: 04/06/2007 Revisado: 11/06/2007

Aceptado para publicación: 18/06/2007

Correspondencia: Dra. Yasmín Velásquez Urbanización el Marqués Avenida Sanz Edificio Tocuyano

Piso 1 Apartamento 1F. Teléfono:

04142520011. E-Mail: yv-ve@hotmail.com

carcinosarcoma, carcinoma fusiforme y carcinoma mioepitelial.

Es una neoplasia que se caracteriza por mezclar un componente epitelial y un componente mesenquimal que puede adoptar un fenotipo variable (escamoso, óseo, condroide, fusiforme).

La sobrevida de estos tumores a los 5 años, considerados en conjunto, oscila entre 35 % -65 % según las series y parece ser algo inferior en los verdaderos carcinosarcomas.

CASO CLÍNICO

Estudio descriptivo de caso clínico de paciente femenina de 41 años, quien inicia enfermedad actual en mayo de 2006 cuando presenta nódulo en cuadrantes superiores de mama izquierda por lo que acude a facultativo quien realiza mastectomía parcial izquierda sin resultado de biopsia, por persistencia del nódulo en octubre de 2006 se le realizó mastectomía parcial izquierda con resultado de biopsia: carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado, los márgenes del tumor no pudieron ser evaluados; debido a esto fue llevada a quirófano en diciembre de 2006 realizándose ampliación de márgenes y disección axilar izquierda con resultado de anatomía patológica de: carcinoma ductal infiltrante, poco diferenciado, grado 3, con metaplasia condroide, no se identificó invasión vascular y linfática, hiperplasia ductal con atipias, la disección axilar: 13 ganglios libres de neoplasia con hiperplasia sinusoidal y folicular reactiva inespecífica, se le realiza inmunohistoquímica que concluye: carcinoma ductal infiltrante, poco diferenciado, con metaplasia heteróloga, condroide, maligna, receptores de estrógeno negativos, receptores de progesterona negativos, Her 2neu negativo.

Ingresa al servicio de patología mamaria con el diagnóstico de: carcinoma metaplásico de la mama clasificándose como PTX NO MO.

La paciente es intervenida quirúrgicamente

realizándose una mastectomía simple de mama izquierda más reconstrucción inmediata con colgajo del dorsal ancho más prótesis de 270 cm³.

La biopsia definitiva reportó cambios postratamiento, marcados cúmulos de células gigantes tipo cuerpo extraño. Macro y microquistes, adenosis extensa marcada.

DISCUSIÓN

Los carcinomas metaplásicos de mama son tumores bifásicos, caracterizados por presentar un doble componente epitelial y mesenquimal⁽¹⁾. Se han planteado múltiples clasificaciones de estos tumores: algunos autores lo subdividen en tres grupos: carcinomas productores de matriz, carcinomas fusocelulares y carcinosarcomas^(2,3).

Los carcinomas productores de matriz tienen un estroma abundante con diferenciación ósea o cartilaginosa maligna o benigna, sin que la transición entre ambos elementos adopte fenotipo fusiforme pseudosarcomatoso. El fusocelular tiene un componente mesenquimal abundante con disposición en fascículos y escasa atipia citológica. Los carcinosarcomas son aquellos tumores bifásicos donde más del 50 % del tumor presenta un fenotipo mesenquimal maligno^(2,3).

Catropo y col. consideran imprescindible el empleo de técnicas de inmunohistoquímica o microscopía electrónica para diagnosticar estos tumores en la mama, pues permiten demostrar la naturaleza epitelial de la lesión⁽⁴⁾.

Los carcinosarcomas son aquellos tumores en los que el componente mesenquimal no presenta ningún tipo de diferenciación epitelial, mientras que en los carcinomas metaplásicos los dos componentes de la neoplasia muestran características epiteliales en el estudio inmunohistoquímico o de microscopía electrónica, la proporción entre ambos componentes puede ser altamente

variable^(3,4). En ocasiones el tumor puede adoptar un patrón monofásico, con predominio de fenotipo de aspecto pseudosarcomatoso sobre el epitelial⁽³⁾.

Los carcinomas metaplásicos son epiteliales o mioepiteliales en su origen debido a que existe co-expresión de proteína S-100, keratina y vimentina en ambos elementos tumorales⁽²⁾.

En la histogénesis de estos tumores se han aplicado dos teorías⁽³⁾

Convergencia: plantea que se originan desde una o más células progenitoras epiteliales y mesenquimales.

Divergencia: establece que el tumor se originaría de una única célula que a continuación tendría diferenciación divergente hacia epitelio y mesénquima forma de inactivación de cromosoma X y es idéntica en ambos componentes.

El pronóstico se relaciona con el tamaño tumoral, tipo histológico, tipo y grado de componente mesenquimático. Estos tumores no suelen expresar receptores de estrógenos o progesterona, lo que constituye factores de mal pronóstico⁽⁴⁾. Las metástasis ganglionares están en torno al 25 % - 30 % y suele metastatizar el componente epitelial aunque pueden hacerlo ambos. El tratamiento inicial es la cirugía⁽⁵⁾.

La reconstrucción mamaria forma o debería formar parte del tratamiento del cáncer de mama, debido al trauma psíquico y físico que origina la mastectomía, se consideró el uso de la reconstrucción mediante la utilización de colgajo músculo cutáneo de dorsal ancho, mediante esta técnica se aportó músculo y piel de buena calidad, más se utilizó una prótesis mamaria para conseguir el volumen adecuado.

REFERENCIAS

1. Golshan M, Kuten A, William J, Richardson A, Modarressi A, Matulonis U. Met plastic carcinoma of the breast with neuroglial differentiation. *Breast*. 2007;16(1):5-6.
2. Koker MM, Kleer CG. p63 expression in breast cancer a highly sensitive and specific marker of met plastic carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 2004;28(11):1506-1512.
3. Rayson D, Adjei A, Summer VJ, Wold LE, Ingle JN. Met plastic breast cancer: Prognosis and response to systemic therapy. *Ann Oncol*. 1999;10(4):413-419.
4. Catroppo J, Lara JF. Metastatic met plastic carcinoma of the breast (MCB). An uncharacteristic pattern of presentation with clinic pathologic correlation. *Diag Cytopathol*. 2001;25:285-291.
5. Salinas V, Lara J. Dorsal ancho: ¿Cuándo es posible la reconstrucción mamaria exclusivamente con tejido propio (autógeno)? *Rev Latinoam Cir Plast*. 1999;25:349-357.