

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Carcinoma metaplásico epidermoide primario de la mama. Reporte de un caso
Primary metaplastic epidermoid carcinoma of breast. A case report

Armando Rivero León (1), Margis Núñez Calatayud (2), Hellen Rivero Núñez (3), Alberto Rivero León (4).

RESUMEN

El cáncer epidermoide de mama es una enfermedad poco frecuente y representa menos del 1% de las neoplasias malignas de la mama. Se presenta una paciente femenina de 52 años de edad, blanca, con antecedentes de salud, que acude a la consulta multidisciplinaria de mama previa valoración por cirugía por presentar tumor de 4cm en cuadrante superior externo de la mama derecha, poco movable, no doloroso a la palpación y sin adenopatías satélites, se realizaron estudios imagenológicos (ecografía y mamografía), exámenes humorales y la biopsia por aspiración con aguja fina, la cual resultó ser positiva de malignidad. Se discutió en colectivo y se decide tratamiento quirúrgico, la biopsia por congelación no fue concluyente para diagnóstico y a los ocho días la biopsia por inclusión en parafina informa: carcinoma metaplásico epidermoide bien diferenciado de la mama, se completa el tratamiento quirúrgico, evoluciona favorablemente y cumple tratamiento neoadyuvante. Este caso corresponde al primero de carcinoma metaplásico epidermoide primario registrado en la institución.

Palabras clave: NEOPLASIAS DE LA MAMA/cirugía, CARCINOMA EPIDERMOIDE/patología.

1. Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.
2. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Investigador Agregado.
3. Estudiante de 1er año de Medicina.
4. Especialista de 2do Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Superior. Profesor Asistente. Investigador Agregado.

INTRODUCCIÓN

El cáncer epidermoide de mama es una enfermedad poco frecuente y representa el 0,06-1,1% de las neoplasias malignas de mama (1-2); raramente aparece en varones. Puede ser un tumor primario, cuyo origen es controvertido (absceso, quiste, etc.), o secundario a un tumor epidermoide de otra localización (pulmón, laringe, esófago, vejiga y cérvix). Su histogénesis no está clara. La clínica es parecida a otros tumores mamarios, pero radiológicamente es frecuente que se presenten como quistes complejos (3-5). Su tratamiento no difiere del resto de tumores de mama, aunque suele presentar un curso rápido y agresivo, con tasas de recurrencia de alrededor de 25% (4). El caso presentado corresponde al primer caso de carcinoma epidermoide de la mama, registrado en este hospital.

PRESENTACION DEL CASO

Motivo de consulta: presencia de un nódulo en la mama.

Paciente femenina de 52 años de edad, de raza blanca, con antecedentes de salud; quien presentó tumoración en mama derecha de crecimiento rápido, sin concomitantes. Sin antecedentes oncológicos personales ni familiares. Al examen físico se aprecian mamas voluminosas, simétricas, con tumor en la mama derecha de 4cm de diámetro en eje horario 10, a 3cm del borde areolar, de forma irregular, superficie difícil de precisar con bordes mal definidos, duro, poco movable y no dolorosos, sin adenopatías satélites. Resto del examen sin alteraciones. Se realiza mamografía en varios planos que mostró una imagen nodular de bordes poco definidos

en la unión de cuadrantes superiores de mama derecha, que mide 3x4cm. Mama izquierda sin alteraciones, músculo pectoral sin alteraciones (Figuras No.1, No.2 y No.3).

Se complementó la exploración con ultrasonido, se identifica una imagen sólida de bordes irregulares, que mide 3,2x2cm discretamente lobulado. El diagnóstico imagenológico sugiere imagen nodular (sólida) en mama derecha sospechosa de malignidad. Se realizó una biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) cuyos hallazgos celulares fueron compatibles con malignidad. La biopsia por congelación no fue concluyente para diagnóstico, el estudio histopatológico definitivo resultó ser carcinoma metaplásico epidermoide bien diferenciado de la mama (2x1cm) grado I, desmoplasia (xx), no elastosis, ni infiltración vascular o ganglionar, receptores hormonales negativos (método matemático), los hallazgos microscópicos revelan tejido glandular mamario que se alterna en zonas con tejido queratinizado, con puentes intercelulares, células con abundante citoplasma y núcleos en la periferia (Figuras No.4 y No.5). Se realizó además exploración ecográfica y radiográfica así como estudio endoscópico digestivo alto y laringoscopia directa para descartar proceso metastásico, sin mayores hallazgos. Se establece el diagnóstico definitivo de carcinoma metaplásico epidermoide de la mama derecha tic NOM0, estadio I. Luego se complementa el tratamiento con cirugía conservadora (cuadrantectomía) y disección axilar de los tres niveles ganglionares de berg. La biopsia por inclusión en parafina informó no evidencia de lesión tumoral residual en cuadrante estudiado, enfermedad fibroquística. No metástasis en los 17 ganglios revisados y estudiados (0/17), índice pronóstico 1.0.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos de la mama se clasifican en tumores epiteliales, lobulares y mesenquimales. Los carcinomas invasivos ductales constituyen la enfermedad más común representa más del 70% de los carcinomas invasivos de la mama. Los carcinomas lobulillar infiltrante, medular, coloide, la enfermedad de paget y otros tipos puros o combinados de carcinoma representan el 30% restante (1). En tanto que el carcinoma escamoso o epidermoide es muy raro y representa entre 0,06 y 1,1% de las neoplasias malignas de mama, raramente aparece en varones (2). Este carcinoma es una forma de carcinoma metaplásico, el término debe restringirse para lesiones compuestas de carcinoma escamoso queratinizante o una de sus formas variantes, con el objeto de distinguir estos carcinomas de los ejemplos usuales de carcinoma mamario con metaplasia escamosa (3). Su forma de presentación es variable, pero la descripción más habitual es la presencia de un absceso en la mama que no responde al tratamiento quirúrgico, al desbridamiento y al tratamiento antibiótico; de ahí la importancia de realizar una BAAF en los casos en que se diagnostique un absceso mamario de evolución tórpida (6). También puede presentarse como una masa de crecimiento rápido. En la ecografía o mamografía puede aparecer una lesión sólida o con componente quístico, en cuyo caso hay que hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma papilar, el carcinoma medular, el tumor phyllodes y el carcinoma coloide (4-8).

El curso clínico del carcinoma epidermoide de la mama es rápido y agresivo, la enfermedad recurre en 25% de los pacientes y se produce metástasis en alrededor del 50%. La supervivencia media varía entre 9 y 54 meses, según las series publicadas (4). El carcinoma epidermoide de mama se puede originar de la epidermis, del pezón o de la transformación maligna de quistes asentados en tejidos profundos (5). Para clasificar un tumor como carcinoma epidermoide primario de mama, algunos criterios deben ser cumplidos; estos son: no deben haber otros elementos neoplásicos presentes en el tumor, el tumor debe estar independiente de las estructuras cutáneas adyacentes y no debe existir otro carcinoma epidermoide primario en el paciente (9). El carcinoma epidermoide de mama tiende a ser algo más grande que otros tipos de carcinoma mamario y el tamaño varía de 1 hasta 10cm (9). Es muy común que presenten degeneración quística central, especialmente en los tumores mayores a 2cm, en los cuales la cavidad se llena con restos escamosos necróticos (10). Los estudios ultra-estructurales de inmunohistoquímica permiten confirmar el carácter escamoso del tejido, pero los canalículos intracelulares vistos ultraestructuralmente en algunas células es evidencia de que pueden persistir los hallazgos glandulares en algunos de estos tumores (10). Las características citológicas de estas neoplasias son células escamosas malignas con citoplasma queratinizado, núcleos hiper cromáticos densos, cromatina gruesa y membranas nucleares engrosadas (8). Estos tumores

deben ser distinguidos de otros tipos de carcinomas metaplásicos mamarios. Algunos autores aseguran que esta diferenciación puede tener una importancia meramente académica pero no mucha significancia clínica. Sin embargo, otros autores enfatizan en que esta diferenciación acarrea gran importancia debido a que estos se comportan mucho más agresivos cuando se comparan con otros carcinomas metaplásicos (10).

El carcinoma epidermoide de la mama es usualmente negativo a receptores de estrógenos y progesterona, por tanto se tratan con terapia hormonal adyuvante. En los casos donde el receptor es positivo, el tamoxifeno se puede usar como terapia adyuvante de elección. Los pacientes que son negativos a estos receptores pueden requerir quimioterapia adyuvante, especialmente las pacientes premenopáusicas (10). El carcinoma epidermoide primario de mama es una entidad muy inusual y por ello no se suele tener presente a la hora de realizar diagnósticos diferenciales cuando se examina una paciente con tumor en la mama, por eso es importante conocer su presentación y características clínicas para poder guiar el diagnóstico presuntivo hacia carcinoma epidermoide y luego con pruebas paraclínicas poder confirmar o descartar este diagnóstico.

CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión que se está en presencia de un Carcinoma metaplásico epidermoide primario de la mama. El carcinoma epidermoide es una neoplasia de evolución tórpida y muy agresiva, por eso se debe tener presente para realizar un diagnóstico temprano y poder brindarle a la paciente un tratamiento oportuno.

ABSTRACT

The epidermoid cancer of breast is an infrequent illness and represents less than 1% of breast malignant neoplasia. A 52 years old female white patient was presented, with health antecedents that goes to the breast multidisciplinary consultation previous evaluation for surgery, presenting tumor of 4cms in upper external quadrant of right breast, fixed, painful to the palpation and without satellites lymph nodes, imagenology studies were carried out (Scan and Mammography), humoral examinations and the Fine Needle Aspiration Biopsy, which turned out to be positive of malignancy. This case was discussed in collective and surgical treatment was decided, the freezing biopsy was not conclusive for diagnostic and eight days later the paraffin inclusion biopsy informs: Metaplastic Epidermoid Carcinoma well differentiated from the right breast, the surgical treatment was completed, she had a good evolution after completing neoadjuvant therapy. The case presented in this article corresponds to the first case of Primary Metaplastic Epidermoid Carcinoma of breast registered in our Institution.

Key Words: BREAST/tumors, EPIDERMOID CARCINOMA/pathology, THERAPY/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Compendio de Robbins y Cotran: patología estructural y funcional. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Balsalobre MD, Rodríguez JM, Torregrosa NM, Ríos A, Illana J, Martínez E, et al. Carcinoma epidermoide de la mama en el varón, ¿primario o secundario? Cir Esp. 2004; 76(5):333-4.
3. Kokufu I, Yamamoto M, Fokuda K. Squamous cell carcinoma of the breast: three case reports. Breast Cancer. 2009; 6:63-8.
4. William R, Wrightson M, Edwards J, Mcmasters KM. Primary squamous cell carcinoma of breast presenting as a breast abscess. Am Surg. 1999; 65:1103-5.
5. Harrington SW, Miller JM. Intramammary squamous cell carcinoma. Proc Mayo Clin. 1939; 14: 484-7.
6. Alonso García A, Jorge Fernández M, García J. Carcinoma epidermoide de mama: descripción de un caso y revisión de la literatura. Oncología (Barc). 2006; 29(7):38-40.
7. Pricolo R, Croce P, Voltolini F, Paties C, Schena C. Pure and primary squamous cell carcinoma of the breast. Minerva Chir. 2006; 46:215-9.
8. Zoltan TB, Konick L, Coleman RJ. Pure squamous cell carcinoma of the breast in a patient with previous adenocarcinoma of the breast: a case report and review of the literature. Am Surg. 2001; 67:671-3.
9. Chen KTK. Fine needle aspiration cytology of squamous carcinoma of the breast. Acta Cytol. 1990; 34:664-8.

10. Toikkanen S. Primary squamous cell carcinoma of the breast. Cancer. 2009; 48:321-324.

ANEXOS

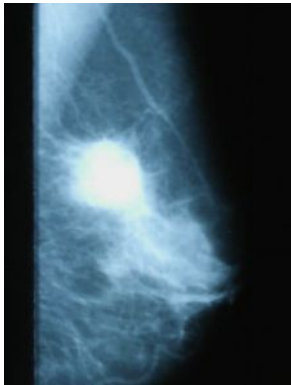


Fig. No.1



Fig. No.2

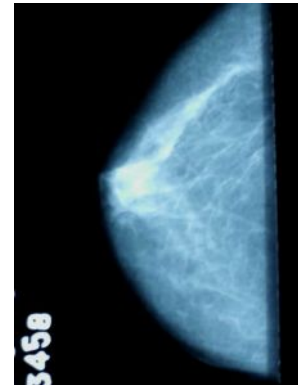


Fig. No.3

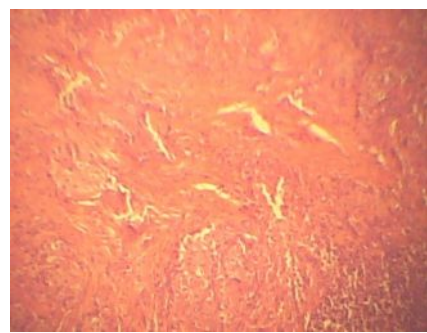
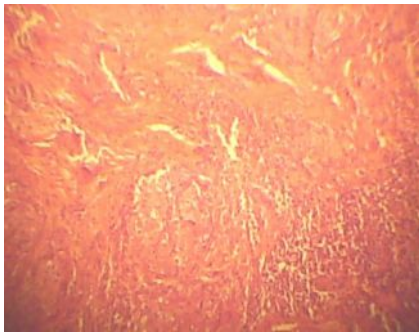


Fig. No.4 y No.5