



Sarcoma primario de la glándula mamaria

Pedro Guillermo Coronel-Brizio,* Fernando Quistian Navarrete,** Raúl E Guzmán García,*** Pedro A. Zoloe-ta Domínguez,**** Berenice Venegas Espinosa¹

RESUMEN

Antecedentes: el cáncer de mama ocupa el principal lugar en incidencia luego del de cuello uterino. Los sarcomas de esta glándula son infrecuentes, con menos de 1% en esta localización. Su diagnóstico es difícil y su evolución es agresiva. Los sarcomas mamarios primarios osteogénicos son un subgrupo de baja frecuencia por lo que en su comportamiento, evolución, pronóstico y tratamiento no hay mucha experiencia y, con frecuencia, se diagnostican como tumores benignos.

Caso clínico: se comunica el caso clínico de una mujer de 59 años de edad que, de inicio, tuvo un tumor en la mama derecha. La biopsia con tru-cut dio resultado no concluyente, el tumor reapareció siete meses después como tumor multilobulado sólido de 20 centímetros, con mastografía compatible con tumor Phyllodes (BIRADS 2). Se decidió efectuar mastectomía total derecha y resección del músculo pectoral y reconstrucción con dorsal ancho y estudio anatomopatológico con revisión histoquímica. Se diagnosticó neoplasia mesenquimatosa maligna, sarcoma osteogénico osteoblástico tipo osteoclasto. El tratamiento se complementó con radioterapia y quimioterapia. El pronóstico es malo porque la supervivencia a cinco años es menor de 40%.

Conclusión: en los tumores mamarios de crecimiento rápido y de gran tamaño con signos mamográficos de calcificaciones y antecedentes de irradiación, traumatismo y tumor Phyllodes debe tenerse presente esta enfermedad porque el diagnóstico temprano aumenta la supervivencia. En el tratamiento quirúrgico la linfadenectomía axilar no está indicada y el tratamiento coadyuvante es con radioterapia y quimioterapia.

Palabras clave: sarcoma osteogénico osteoblástico, mastectomía, mamografía.

ABSTRACT

Background: Breast cancer occupies the chief place in incidence after the cervix. This gland sarcomas are rare with less than 1% at this location. Its diagnosis is difficult and its evolution is aggressive. Primary breast osteogenic sarcomas are a subset of lower frequency so that their behavior, evolution, prognosis ytratamiento no much experience and often are diagnosed as benign tumors.

Case report: We report the case of a woman of 59 years which initially arose from a tumor in the right breast was performed with tru-cut biopsy with inconclusive results, using the tumor 7 months after the presence of a multilobulated solid tumor 20 cm, tumor compatible with mammography Phyllodes (BIRADS 2). It was decided to perform right total mastectomy and pectoral muscle resection reconstruction with latissimus dorsi more and histochemical review pathology diagnosed with malignant mesenchymal neoplasm,

osteosarcoma osteoblast osteoclast type and complemented the treatment with radiotherapy and chemotherapy. The prognosis is poor because the five-year survival is less than 40%.

Conclusion: In the fast-growing breast tumors and large mammographic calcifications with signs and antecedentesde irradiation, trauma and Phyllodes tumor must be aware of this disease and that early diagnosis improves survival. In the surgical treatment of axillary dissection is not indicated and adjuvant treatment with radiotherapy and chemotherapy.

Key words: osteogenic sarcoma osteoblast, mastectomy, mammography

RÉSUMÉ

Antécédents: Le cancer du sein est la première place de l'incidence du col de l'utérus après. Cette glande sarcomes sont rares, moins de 1% à cet endroit. Le diagnostic est difficile et son évolution est agressif. Ostéogéniques sarcomes primitifs du sein sont un sous-ensemble de basse fréquence afin de leur comportement, l'évolution, le pronostic et le traitement ne sont pas très expérimentés et sont souvent diagnostiquées comme bénignes.

Cas clinique: Nous rapportons le cas clinique d'une femme de 59 ans qui a eu un début dans la tumeur du sein droit. La biopsie Tru-cut a donné des résultats non concluants, la tumeur réapparaît sept mois, tumeur solide multilobulada 20 centimètres, avec le soutien de la tumeur Phyllodes mammographie (BIRADS 2). Il a été décidé de procéder à droite mastectomie totale et résection du muscle pectoral et la reconstruction avec le grand dorsal et l'étude pathologique avec examen histochimique. Tumeur maligne mésenchymateuse a été diagnostiqué, le type ostéoblastique ostéoclastes ostéosarcome. Le traitement a été complété par la radiothérapie et la chimiothérapie. Le pronostic est mauvais parce que la survie à cinq ans est inférieure à 40%.

Conclusion: dans les tumeurs mammaires de croissance rapide et des calcifications importantes dans les signes mammographiques et du rayonnement ambiant, les traumatismes et les tumeurs phyllodes s'il vous plaît noter cette maladie parce que le diagnostic précoce augmente la survie. Dans la chirurgie curage axillaire n'est pas indiqué et est un traitement adjuvant à la radiothérapie et à la chimiothérapie.

Mots-clés: ostéosarcome ostéoblastique, la mastectomie, la mammographie.

RESUMO

Antecedentes: O câncer de mama é o lugar de liderança na incidência após cervical. Esta glândula sarcomas são raros, com menos de 1% neste local. O diagnóstico é difícil e sua evolução

é agressivo. Osteogênicas sarcomas primários de mama são um subconjunto de baixa frequência para que em seu comportamento, prognóstico, evolução e tratamento não é muito experiente e muitas vezes são diagnosticados como benignos.

Relato de caso: Apresentamos o relato de caso de uma mulher de 59 anos, que teve um início no tumor de mama direita. A biópsia Tru-cut deu resultados inconclusivos, o tumor reapareceu sete meses como tumor sólido multilobulada 20 centímetros, com o apoio do tumor Phyllodes mamografia (BIRADS 2). Foi decidido realizar mastectomia total direita e ressecção do músculo peitoral e reconstrução com grande dorsal e estudo patológico com análise

histoquímica. Neoplasia mesenquimal maligna foi diagnosticada, tipo osteoclasto osteoblástica osteossarcoma. O tratamento foi completado com a radioterapia e quimioterapia. O prognóstico é ruim, porque a sobrevivência de cinco anos é inferior a 40%.

Conclusão: em tumores mamários de crescimento rápido e calcificações grandes sinais em mamografia e da radiação de fundo, phyllodes trauma e tumor observe esta doença, porque o diagnóstico precoce aumenta a sobrevida. Na cirurgia de dissecação axilar não está indicada e é o tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia.

Palavras-chave: osteossarcoma osteoblástico, mastectomia, mamografia.

El cáncer de la glándula mamaria en México ocupa el primer lugar en incidencia seguido de la neoplasia maligna del cuello uterino.^{1,2} El tumor maligno de mama afecta a 1 de cada 12 mujeres en el mundo y es actualmente la neoplasia maligna más frecuente en mujeres del hemisferio occidental, que corresponde al 30% de la totalidad de los cánceres en esta ubicación anatómica.³

Los sarcomas mamarios son enfermedades que representan alrededor de 12% de los sarcomas y menos de 1% del cáncer en esta localización. Su diagnóstico es difícil y de un curso agresivo, aunque menos que los sarcomas de partes blandas en otras partes del cuerpo. Los sarcomas mamarios primarios se consideran tumores muy agresivos, con recidivas locales tempranas y diseminación hematogénea, en especial a los pulmones.³ Los sarcomas mamarios osteogénicos son un subgrupo todavía menor ya que su baja frecuencia nos obliga a conocer su diagnóstico, comportamiento, evolución, pronóstico y tratamiento en

relación con los distintos tumores malignos de la glándula mamaria, sin dejar a un lado que este tipo de neoplasias puede confundirse con procesos benignos.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de 18 años de evolución, controladas actualmente, núbil, menarquia a los 15 años, con fecha de última menstruación a los 53 años de edad. El resto de los antecedentes sin relación con la enfermedad actual.

El padecimiento se inició dos años antes con dolor en el brazo derecho, intenso, progresivo, con limitación parcial a la movilidad. Inicialmente fue atendida en un medio privado en donde le diagnosticaron lesión sólida en la mama derecha, por lo que se realizó una biopsia por trucut con resultado no concluyente y se le resecó la lesión con impresión diagnóstica pre-operatoria de fibroadenoma.

El estudio anatomopatológico reportó que se trataba de un fibroadenoma con degeneración quística e inflamación crónica xantogranulomatosa con células gigantes multinucleadas y tejido con degranulación. No se encontró tejido neoplásico maligno. Siete meses después volvió a reaparecer un tumor de 20 x 15 centímetros, multilobulado, en la mama derecha en el cuadrante superior externo, fijo al pectoral mayor, con ganglios axilares y de cuello no palpables. Se tomó una biopsia por aspiración con resultado de tumor Phyllodes maligno, que se envió a este Centro Estatal de Cancerología para su atención. A su ingreso se efectuó una revisión de las laminillas que tuvo un resultado similar al de envío.

Se efectuó mastografía (Figura 1) bilateral en la que se apreció asimetría de la densidad de la mama derecha, dos imágenes compatibles con tumor Phyllodes, calcifi-

* Ginecólogo-oncólogo. Investigador-docente. Instituto de Ciencias de la Salud y Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana.

** Oncólogo-médico y radioterapeuta. Jefe del servicio de Oncología Médica. Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa, Servicios de Salud de Veracruz (CECAN).

*** Cirujano oncólogo. Director general del CECAN.

**** Anatomopatólogo. Adscrito al CECAN

¹ Residente de tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Servicios de Salud de Veracruz.

Correspondencia: Dr. Pedro Guillermo Coronel-Brizio. Av. Avila Camacho 290. Xalapa 91000, Veracruz.

Recibido: 31 de agosto 2012. Aceptado: noviembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Coronel-Brizio PG, Quistian-Navarrete F, Guzmán-García RE, Zoloeta-Domínguez PA, Venegas-Espinosa B. Sarcoma primario de la glándula mamaria. Ginecol Obstet Mex 2012;80(12):777-782.

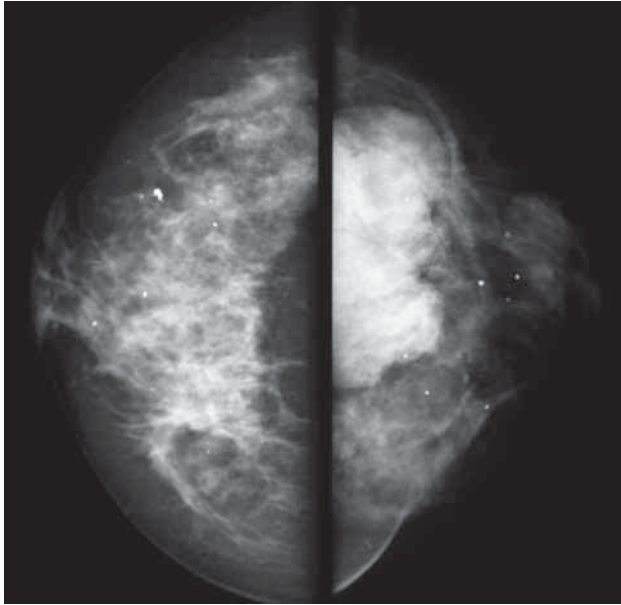


Figura 1. Mamografía medio lateral donde se aprecia el tumor y las calcificaciones.

caciones por necrosis grasa bilaterales (BIRADS 2). La biometría hemática fue normal, la glucosa en sangre de 148 mg/dL, creatinina de 0.7 mg/dL, pruebas de función hepática normales. Telerradiografía de tórax sin alteración aparente.

Se decidió efectuar mastectomía total derecha, resección del músculo pectoral y reconstrucción con dorsal ancho en abril del 2011. Los hallazgos fueron: tumor sólido, delimitado de 18 x 15 centímetros, con infiltración al pectoral mayor en el cuadrante superior externo.

El estudio anatomopatológico se reportó como neoplasia mesenquimatosa maligna, compatible con sarcoma osteogénico, tipo osteoclástico, que infiltró el pectoral mayor con medidas de 18 x 14 x 10 centímetros con tumor a 0.1 centímetros del lecho quirúrgico.

El gammagrama óseo (Figura 2) reportó un proceso óseo metastásico en el tercio superior del húmero derecho, dos arcos costales y una vértebra dorsal, que se corroboró con tomografía computada. Se completó el estudio con ultrasonografía abdominal con datos sugerentes de esteatosis hepática, sin actividad tumoral. El resto del estudio estuvo en límites normales.

En otra revisión inmunohistoquímica de los bloques de parafina nuevamente se corroboró la neoplasia mesenquimatosa maligna, sarcoma osteogénico osteoclástico, Her

2 neu, receptores de estrógenos y progesterona negativos (Figura 3 y 4).

Se inició tratamiento con ciclo mamario de 5000 cGy en 25 sesiones fraccionadas. Se complementó con quimioterapia sistémica con epirrubicina-cisplatino (4 ciclos), con intolerancia a dicho esquema por lo que se cambió a metotrexato más ácido fólico en el quinto ciclo.

A la fecha (27/07/12) la paciente continúa en control en oncología, médica sin aparente actividad tumoral.

DISCUSIÓN

La existencia de hueso en los tumores mamarios es rara en el humano, aunque es un hallazgo frecuente en otros mamíferos. El sarcoma mamario osteogénico se manifiesta como una masa delimitada y móvil que en la mamografía puede mostrar trabéculas óseas y grandes calcificaciones moteadas asociadas con una masa irregular o lobulada que induce en varias ocasiones a que esta rara variante osteogénica pueda confundirse con un fibroadenoma grande o tumor Phyllodes similar a lo presentado en este caso.

El sarcoma mamario osteogénico u osteosarcoma se presenta, generalmente, en mujeres en la posmenopausia, por arriba de los 60 años de edad. La evolución del tumor es de crecimiento rápido y a menudo doloroso que puede estar acompañado de telorrea y signos similares al de cáncer de mama de diferente histología, que va desde alteraciones de la piel hasta dolor, ulceración e infección.

Al explorar a la mujer con esta patología nos podemos percatar de la existencia de un tumor móvil, que puede ser doloroso, lobulado, con diámetro promedio de 4 centímetros pero que puede llegar a mediar más de 15 centímetros; no es común la afectación ganglionar regional. Dado el crecimiento rápido de este tumor, en ocasiones obliga a la resección quirúrgica sin una impresión diagnóstica previa. La muerte por enfermedad diseminada en este tipo histológico es en el primer año de realizado el diagnóstico.⁵

Aunque todavía no está claro, entre los factores de riesgo están: irradiación previa de la mama o la pared torácica, osteosarcoma mamario, traumatismos y tumor Phylloides maligno.

Las variantes anatomopatológicas son la fibroblástica, osteoblástica y osteoclástica. Aunque macroscópicamente son neoplasias bien delimitadas y sin aparente infiltración a estructuras vecinas, la mayor parte de estas lesiones tiene margen infiltrativo, con tejido mamario atrapado en

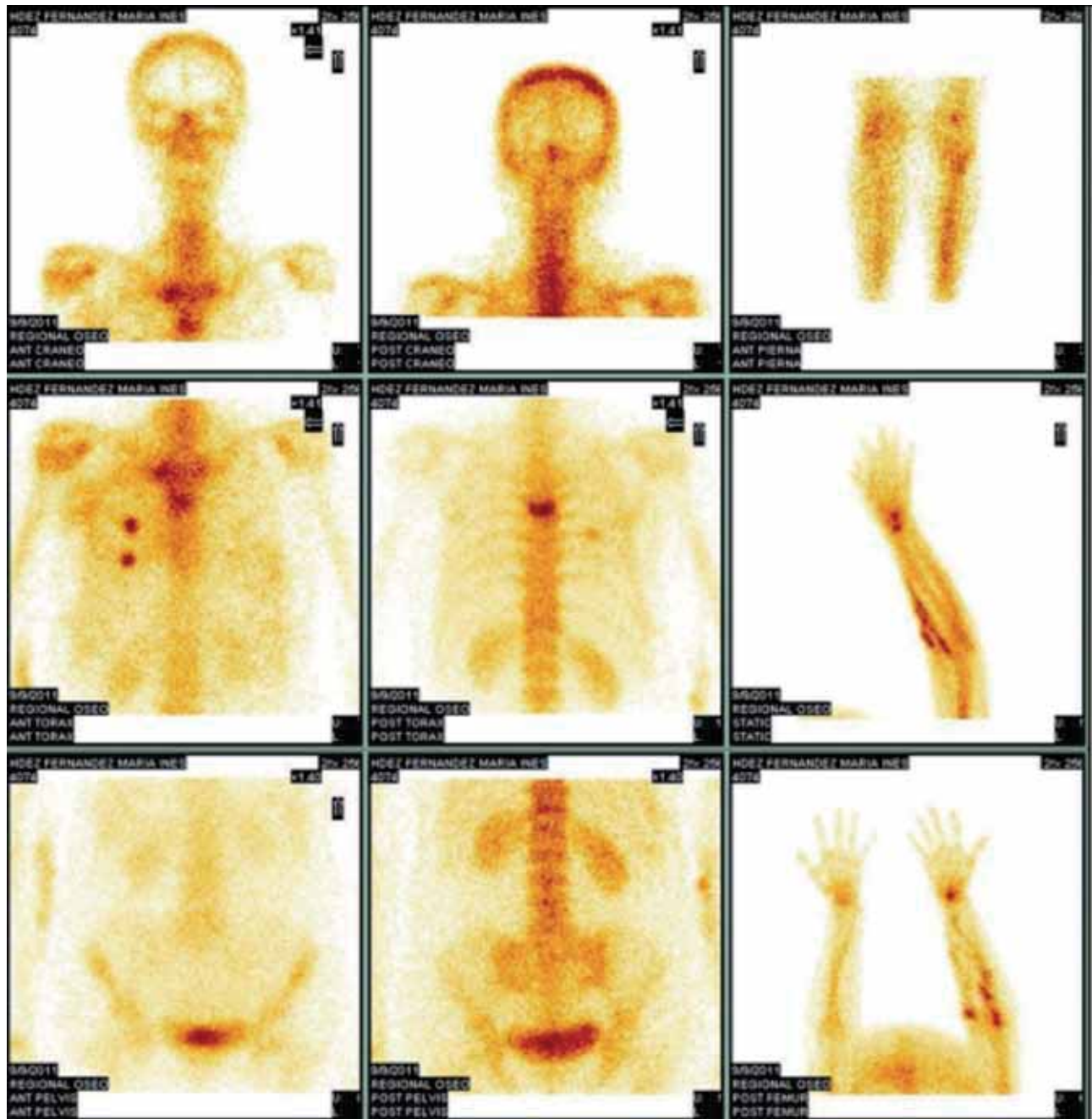


Figura 2. Proceso óseo metastásico en el tercio superior del húmero derecho, dos arcos costales y una vértebra dorsal.

la periferia del tumor. Microscópicamente las características del tumor son similares a las de otros osteosarcomas extraesqueléticos. El sarcoma mamario osteoclástico contiene abundantes células gigantes multinucleadas. Mitosis en número variable, más frecuentes en la periferia; a veces

lo hace formando láminas de sustancia osteoide o hueso. El caso que presentamos coincide con las características generales del sarcoma mamario osteoclástico.

Para el diagnóstico se sugiere la presencia de hueso u osteoide neoplásico, ausencia de componente epitelial

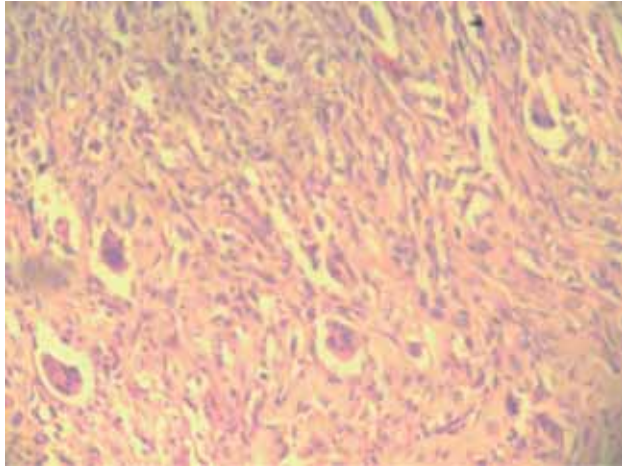


Figura 3. Osteosarcoma osteoblástico, formación de osteoide.

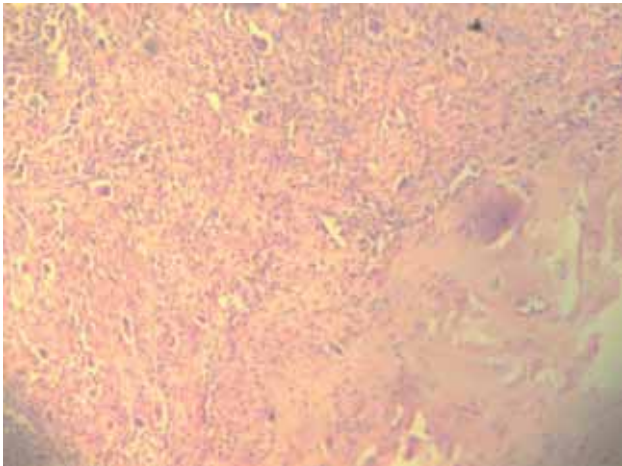


Figura 4. Osteosarcoma osteoblástico primario de mama con células gigantes multinucleadas, formación de osteoide.

demostrado inmunohistoquímica o ultraestructuralmente y exclusión de origen óseo.^{4,6}

El diagnóstico diferencial se debe hacer con lesiones benignas, como la miositis osificante, fibroadenoma mamario ya que en ambos mamográficamente puede haber calcificaciones. Por la histomorfología del osteosarcoma hay que diferenciarlo de un carcinoma metaplásico, cuya naturaleza epitelial puede ponerse de manifiesto con marcadores inmunohistoquímicos epiteliales; la importancia de diferenciar a los sarcomas de neoplasias con componente epitelial es porque estos necesitan tratamiento como carcinoma. Los tumores metastásicos, que aunque son raros en esta glándula, siempre deben descartarse.⁷

La evolución de esta patología está catalogada como: tumores muy agresivos, que recurren localmente y tiene metástasis hematógenas, en especial pulmonares. Por lo general hay ausencia de metástasis ganglionares y la pobre supervivencia a cinco años no llega al 40%. El factor pronóstico más importante es el tamaño del tumor de inicio, la primera cirugía que deje márgenes amplios negativos en la resección y la mayor supervivencia con tipo histológico, como el sarcoma mamario fibroblástico en comparación con los más agresivos (osteoblásticos u osteoclasticos).^{8,9}

CONCLUSIÓN

El caso aquí reportado de sarcoma mamario, aunque es poco frecuente, lo debemos tener siempre presente ante la aparición de un tumor de gran tamaño, crecimiento rápido con signos mamográficos de calcificación y antecedentes de irradiación, traumatismo y tumor Phyllodes, debido a su agresividad el diagnóstico temprano puede aumentar la supervivencia. También, como parte de su tratamiento, el principal es el quirúrgico, y dada su tendencia a la recidiva local, se prefiere la mastectomía simple, sobre todo en tumores grandes; la linfadenectomía axilar no está indicada. Las terapias coadyuvantes han demostrado ser útiles en algunos casos, fundamentalmente la radioterapia sola o en combinación con quimioterapia.^{4,10,11}

En este caso, la paciente había tenido como antecedente de importancia dos años previos un tumor Phyllodes maligno en la mama derecha, multilobulado, de aproximadamente 20 centímetros de diámetro, que se le extirpó. La mamografía previa a la cirugía no fue concluyente porque reportó asimetría en la densidad de la mama derecha y calcificaciones que sugerían BIRAD 2. Se trató con mastectomía de márgenes amplios, radioterapia y a la fecha cuatro ciclos de quimioterapia (etopósido y ciclofosfamida) pero se suspendió debido a los severos efectos secundarios indeseables y se sustituyó por metrotexato más ácido fólico.

Este caso coincide con las características clínico-histológicas del tumor.

REFERENCIAS

1. Franco-Marina F, Lazcano-Ponce, López-Carrillo. Breast cancer mortality in México. Ana ge-period-cohort analysis. Salud Pública de México 2009;51:1:10.

2. Coronel-Brizio P. Ginecología. 1a ed. Xalapa, Veracruz. México: Universidad Veracruzana, 2011;571-603.
3. Chirife MA, Bello L, Celeste F, Gimenez GS. Sarcomas primarios de mama. Medicina 2006;66:36-40.
4. Godayol F, Olival C, Aguiar K, Pesci FA, Nakhal HE. Sarcoma osteogénico de la mama: a propósito de un caso. Rev Venez Oncol 2004; 14:93-99.
5. Martínez Rodríguez AJ, Inocente JM, Fernández-Sanguino, Ramon N, Gómez-Pastrana F, Calero F. Osteosarcoma primario de mama. Prog Obstet Ginecol 2003;46:136-140.
6. Allan CJ, Soule EH. Osteogenic sarcoma of the somatic soft tissues. Clinicopathologic study of 26 cases and review of the literature. Cancer 1971;27:1121-1133.
7. Cebrián-García C, Jimeno-Sainz A. Sarcoma osteogénico de mama. VIII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Actas Hispanoamericanas de Patología 2006;1-7.
8. Pandey M, Mathew A, Abraham EK, Rajan B. Primary sarcoma of the breast. J Surg Oncol 2004;87:121-125.
9. Berek SJ, Hacker FN. Oncología ginecológica. 5ª ed. Madrid: Lippincott Williams and Wilkins, 2010;614-653.
10. Harris RJ y col. Enfermedades de la mama. 4ª ed. Madrid: Lippincott Williams and Wilkins, 2010;801-808.
11. Graces JP. Patología ginecológica. 1ª ed. Barcelona: Masson, 2003;455-462.