



Carcinoma adenoideo quístico de glándula mamaria diagnosticado mediante biopsia con aguja fina

Mónica B Romero Guadarrama,* Humberto Cruz Ortiz,*
Avissái Alcántara Vázquez,* Sandra Robles Sánchez, Marco Durán Padilla*

RESUMEN

El carcinoma adenoideo quístico es un tumor poco frecuente que representa menos del 1% de los carcinomas de la glándula mamaria, tiene mejor pronóstico en comparación con los tumores del mismo tipo histológico que se presentan en glándulas salivales, lagrimales y en otros sitios. Su morfología es idéntica en todas estas glándulas. Se informa el caso de un carcinoma adenoideo quístico, cuyo diagnóstico se efectuó mediante biopsia por aspiración con aguja fina y se corroboró por cortes histológicos de la pieza quirúrgica.

Palabras clave: Carcinoma adenoideo quístico, biopsia por aspiración con aguja fina.

ABSTRACT

Adenoid cystic carcinoma of the breast is an uncommon tumor occurring in less than 1% of breast cancers, but with a better prognosis than the other varieties. The morphology is indistinguishable from the tumor of the salivary gland. In this 55 years old woman, the diagnosis of the tumor in the breast was made by aspiration biopsy, and confirmed in the histological sections.

Key words: Adenoid cystic carcinoma, fine-Needle aspiration biopsy.

INTRODUCCIÓN

La biopsia mediante aspiración con aguja fina (BAAF) de glándula mamaria se ha convertido en un método de diagnóstico útil e inmediato, de bajo costo, con mínimas complicaciones tanto en lesiones neoplásicas como no neoplásicas, que permite al cirujano especialista planear adecuadamente el tratamiento médico o quirúrgico y el seguimiento de la enfermedad.

El carcinoma adenoideo quístico de la glándula mamaria es una neoplasia poco frecuente pues representa menos del 1% de los tumores de esta región.¹ Los cambios citohistológicos obtenidos con la BAAF son idénticos a los que se presentan en los tumores de glándulas salivales, glándulas lagrima-

les, oído externo, nasofaringe, bronquios, cérvix y glándula de Bartholin.² El pronóstico de este especial tipo de tumor en la glándula mamaria es excelente. Incluso algunos autores suponen que no es comparable con la evolución del mismo tipo de tumor en otra localización, debido al tamaño pequeño y al lento grado de crecimiento de la neoplasia, ya que pocas veces hay metástasis en ganglios axilares, las cuales se han informado con una frecuencia del 15 al 17%.³

El extendido citológico es característico de esta entidad cuando el material es adecuado; sin embargo, deben incluirse otros tipos de tumores en el diagnóstico diferencial, tales como el carcinoma lobulillar, el carcinoma mucinoso y otros.

Se informa un tumor maligno poco común de la glándula mamaria que mediante BAAF fue diagnosticado como carcinoma adenoideo quístico y confirmado posteriormente en cortes histológicos.

* Unidad de Patología, Hospital General de México. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

INFORME DEL CASO

Mujer de 55 años de edad, sin antecedentes familiares de carcinoma mamario, quien ocho meses antes de su ingreso descubrió por palpación un nódulo en la glándula mamaria izquierda, de crecimiento lento, progresivo y discretamente doloroso. En la exploración física se detectó un nódulo de 4 cm de eje mayor, móvil, desplazable e irregular. El diagnóstico clínico fue de carcinoma de mama (T1N1M0). La mastografía mostró una lesión estelar localizada en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda, de ecogenicidad sólida, de contornos nítidos y midió 4 x 2 cm.

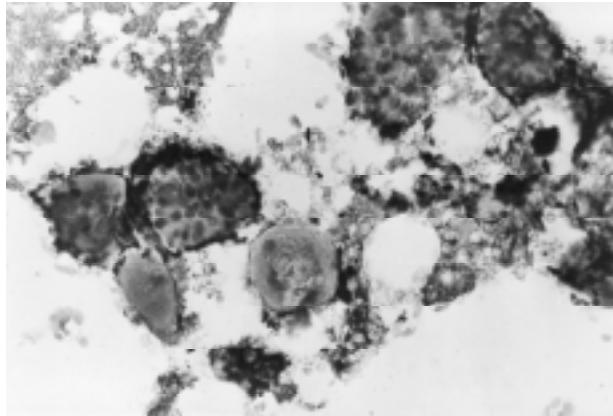


Figura 1. Extendido citológico que muestra grupos sólidos de células tumorales de tamaño uniforme, con núcleos redondos, ovales y escaso citoplasma. Hay dos estructuras globulares acelulares que corresponden a membrana basal que están rodeadas de escasas células basaloïdes. (Papanicolaou, 10X).

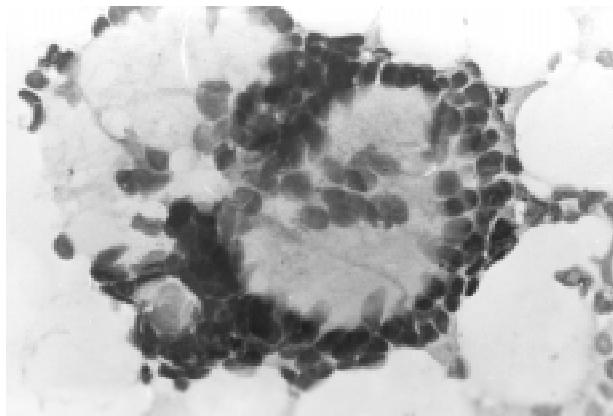


Figura 2. Biopsia por aspiración con aguja fina del tumor. Muestra un espacio quístico que contiene material amorfó acelular (membrana basal) y está rodeado de células basaloïdes en varias capas. (Papanicolaou, 40X).

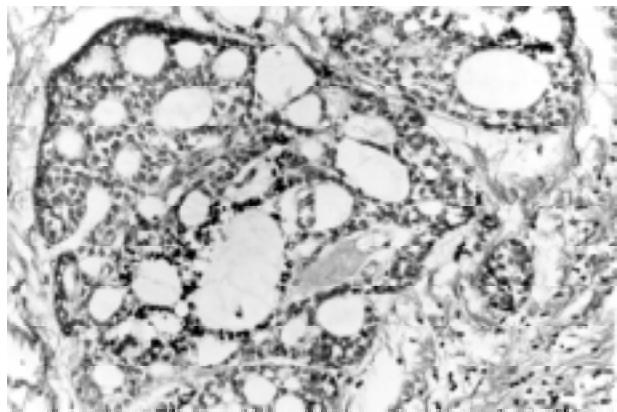


Figura 3. Corte histológico del carcinoma adenoideo quístico de mama que muestra el clásico patrón cribiforme. (Hematoxilina y Eosina, 40X).

Después de localizada la lesión se hizo biopsia por aspiración con aguja fina. Los extendidos celulares se fijaron en alcohol y fueron teñidos con la técnica de Papanicolaou y ácido peryódico de Schiff (PAS). Los frotis mostraron buena celularidad; las células eran uniformes, pequeñas, de escaso citoplasma y núcleo redondo, cromatina granular y ocasionales nucléolos que se disponían en nidos con formaciones glandulares y/o acinares. En el interior de algunas formaciones glandulares se identificó material amorfó translúcido, o bien formaciones balonoides (Figuras 1 y 2), que se hacían más aparentes con la tinción de PAS; en el fondo del extendido había numerosas células pequeñas de escaso citoplasma y núcleos ovales que correspondían a células mioepiteliales. Con base en estas características se estableció el diagnóstico citológico de carcinoma adenoideo quístico. La paciente se sometió a cuadrectomía con disección ganglionar axilar izquierda. El espécimen se recibió en el laboratorio de patología quirúrgica; la pieza midió 11 x 8 x 3 cm. Al corte se observó un tumor que midió 7 x 4 cm, de bordes mal limitados, de forma irregular, de color gris blanquecino y de consistencia media. Se identificaron 23 ganglios linfáticos axilares. Los cortes histológicos fueron teñidos con hematoxilina y eosina, ácido peryódico de Schiff (PAS) y azul alciano. Histológicamente, el tumor estaba formado por estructuras glandulares con un patrón cribiforme (Figura 3), formadas de células monotonas y uniformes que rodeaban glóbulos hialinos (membrana basal). Los 23 ganglios linfáticos axilares mostraron hiperplasia folicular y no se identificaron metástasis. Hasta el momento actual, la paciente no ha presentado actividad tumoral después de un año de tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Una parte importante del material recibido en los laboratorios de citopatología corresponde a extendidos obtenidos mediante BAAF de glándula mamaria. En 1997, en el laboratorio de citopatología de la Unidad de Patología del Hospital General de México, se efectuaron 1,329 aspiraciones de glándula mamaria, de las cuales 187 resultaron tumores malignos (14.0%) y de entre éstos sólo hubo un caso de carcinoma adenoideo quístico. En la literatura hay poco más de 10 casos publicados sobre carcinoma adenoideo quístico diagnosticado mediante BAAF. El diagnóstico preoperatorio de esta variante rara de tumor mediante BAAF es importante para la decisión terapéutica que tome el oncólogo, ya que en tumores pequeños basta una cuadripectomía o mastectomía simple; en tumores de mayor tamaño y con ganglios axilares aumentados de tamaño, el tratamiento de elección es una mastectomía radical modificada.² En la glándula salival el carcinoma adenoideo quístico se origina en los conductos; en la glándula mamaria, el tumor también nace de los conductos que están cerca del pezón, sin retracción de la piel, ni adhesión a los planos profundos.¹ Las metástasis son raras. El tumor puede recurrir si la cirugía es conservadora.²

Los extendidos celulares obtenidos mediante BAAF de carcinoma adenoideo quístico son altamente celulares; están compuestos de una población uniforme de células pequeñas que se disponen en nidos o grupos con o sin estructuras glandulares, o bien con un patrón cribiforme. Las células son monótonas, de citoplasma escaso, núcleo con cromatina irregular y, ocasionalmente, hay nucléolos evidentes. La membrana basal presente en este tumor se encuentra en forma balonoides en el fondo del extendido o bien rodeado de estas células pequeñas; cuando este material es teñido con Papanicolaou, toma un aspecto translúcido y con la tinción de PAS es de color magenta^{3,4} (*Figura 2*). Este material que se presenta en el carcinoma adenoideo quístico es muy variable y la tinción de ácido peryódico de Schiff (PAS) facilita su identificación. El diagnóstico citológico diferencial debe de incluir otros tumores malignos, como el carcinoma canalicular, el cual no presenta membrana basal, las células son más grandes y los nucléolos están presentes en la mayor parte de los casos. El carcinoma lobulillar también presenta células monótonas y pequeñas, sólo que en este tumor la disposición de las mismas en algunas ocasiones es en fila india y algunas veces muestra inclusiones intracitoplásicas. El carcinoma mucinoso de mama también es un tumor raro; las células que lo constituyen son de mayor

tamaño, hay pleomorfismo celular y nuclear y casi siempre el fondo presenta material mucoide. Por último, debe de considerarse a la mioesferulosis collagenosa, que es una lesión benigna que puede estar asociada a papilomatosis, adenosis esclerosante y papiloma intraductal; en esta entidad característicamente se observa material amorf PAS positivo, rodeado de células pequeñas de núcleos discretamente alargados o en forma de coma y desprovistos en su mayoría de citoplasma, que corresponden a células mioepiteliales y epiteliales, hallazgos que se confirman con estudios de inmunohistoquímica.⁵⁻⁷

En conclusión, la BAAF es un método diagnóstico preoperatorio de gran utilidad y certeza diagnóstica que, junto con las manifestaciones clínicas y los estudios de imagen de la lesión, permite al cirujano oncólogo planear adecuadamente el tipo de cirugía a efectuar. La BAAF también es útil en el diagnóstico de tumores poco frecuentes de mama cuyo pronóstico es diferente al del carcinoma ductal clásico. El citopatólogo debe estar familiarizado con el aspecto morfológico de los tipos histológicos poco usuales de carcinoma mamario, ya que de su reconocimiento dependerá el manejo terapéutico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ermilova, Kryolova. Adenocystic cancer of the breast. Clinico-morphologic characteristics. *Arch Pathol* 1989; 51: 72-75.
2. Stanley MW, Tani ME, Rutquist LE, Koog LS. Adenoid cystic carcinoma of the breast. Diagnosis by fine-needle aspiration diagnostic. *Cytopathology* 1993; 9: 184-187.
3. Serrano M J, Miranda HH, Sandoval GJ, Martínez MR. Carcinoma adenoideo quístico de la mama. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1992; 55: 158-160.
4. Galed-IP, García EV. Fine needle aspiration biopsy diagnosis of Adenoid Cystic. Carcinoma of the breast. A case report. *Acta Cytol* 1992; 36: 364-366.
5. Gupta RJ, Dowle C. Fine-needle aspiration cytodiagnosis of adenoid cystic. Carcinoma of the breast. *Diagn Cytopathol* 1996; 14: 328-330.
6. Culubret M, Roig I. Fine-Needle aspiration biopsy of adenoid cystic carcinoma of the breast: A case report. *Diagn Cytopathol* 1996; 15: 431-434.
7. Sola PJ, Pérez-GM, Bas BA, Rodríguez BM. Diagnosis of collagenous spherulosis of the breast by fine needle aspiration cytology. A report of two cases. *Acta Cytol* 1993; 37: 725-728.

Dirección para correspondencia:

Mónica B. Romero Guadarrama
Hospital General de México
Unidad de Patología
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06726 México D.F.