

Carcinoma papilar: reporte de un caso y revisión de la literatura

María Guadalupe Rocha-Rodríguez,* Beatriz Yolanda Álvarez-Alfonso,**
Gustavo A. Caslán-Castellanos,***** Agustín I. Rodríguez-Blas****

RESUMEN

Los papilomas son proliferaciones epiteliales ductales que crecen con un patrón arborescente y frondoso con un tallo central fibrovascular cubierto por una doble capa epitelial y mioepitelial. Las lesiones papilares mamarias son poco frecuentes y constituyen menos de 10% de las lesiones mamarias benignas y menos de 1% de los carcinomas de la mama. El sangrado a través del pezón es conocido por la literatura como telorragia, la secreción por el pezón puede ser espontáneo o inducida o de ambos tipos; sanguinolenta, serosa, verdosa o lechosa. La etiología puede ser variable, entre las más frecuentes se incluyen las infecciones, traumatismos, alteraciones congénitas del sistema ductal, alteraciones hormonales (paso de hormonas maternas), hiperprolactinemia y por hematopoyesis extramedular a nivel de la glándula mamaria. El objetivo de este artículo es describir el caso de una paciente que desarrolló cáncer papilar, revisar la patogénesis, diagnóstico clínico, hemodinámico y diagnóstico por imagen con el uso de la galactografía.

Palabras clave: Lesiones papilares, cáncer papilar.

ABSTRACT

Papillomas are epithelial ductal proliferations growing a lush tree- pattern with fibrovascular central stalk covered by epithelial and myoepithelial double layer. The mammary papillary lesions are rare and constitute less than 10% of benign breast lesions and less than 1% of breast carcinomas. Bleeding through the nipple is known in the literature as telorragia, the nipple discharge can be spontaneous or induced, or both, can be bloody, greenish serous or milky, the etiology may be variable among the most common include infections, trauma, congenital abnormalities of the ductal system, hormonal changes (transition from maternal hormones), hyperprolactinemia and hematopoiesis extramedular level of the mammary gland. The aim of this article is to describe the case of a patient who developed papillary cancer, review the pathogenesis, clinical diagnosis, diagnostic imaging and hemodynamic using galactography.

Key words: Papillary lesions, papillary cancer.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones papilares de la mama representan un grupo heterogéneo de tumores que crecen en el interior de los conductos galactóforos y que varían desde lesiones benignas

como los papilomas ductales benignos hasta entidades malignas, las lesiones papilares miden de 2 a 3 mm, pero pueden crecer a considerable distancia dentro de la luz del conducto como para ser un nódulo palpable.^{3,4} Este grupo de tumores se localiza y extiende exclusivamente en el sistema ductal mamario, en cualquier sitio desde el pezón hasta la unidad ducto-lobular terminal, y comparten una característica histológica en común: la proliferación del epitelio mamario soportada por un tallo fibrovascular.³

La causa patológica más común de las lesiones papilares es el papiloma benigno intraductal (50%), cambios fibroquísticos, ectasia ductal y el carcinoma intraductal o

* Médico cirujano ultrasonografista, adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

** Médico radiólogo, adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

*** Jefe del Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

**** Médico radiólogo e intervencionista, adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

invasivo.⁵ El síntoma más importante es la descarga de una secreción sanguinolenta, rara vez sangre pura, y en este caso se sospecharía de una transformación maligna. La mayoría de las lesiones papilares o vegetantes encontradas en las pacientes atendidas en el Hospital Juárez de México presentan sangrado a través del pezón como fue el caso presentado. Al examen físico de la mama puede apreciarse debajo de la areola y junto al pezón una tumoración pequeña, blanda e indolora, que al presionarla hace brotar por el mismo la secreción señalada, así como también retracción del pezón.² Por lo que el clínico debe de estar alerta para su diagnóstico temprano y oportuno, sobre todo en la fase aguda, cuando se complica con telorragia y éste puede condicionar el desarrollo de cáncer papilar, complicación grave asociada a una elevada mortalidad si no es diagnosticada.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años de edad, con antecedente de cáncer de mama. La paciente presentaba descarga sanguinolenta por el pezón de la mama izquierda desde aproximadamente un año previo, sin acudir a facultativo; sin embargo, posteriormente la paciente refirió que al manipularse se palpaba un nódulo de consistencia dura no móvil, por lo que decidió acudir al Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

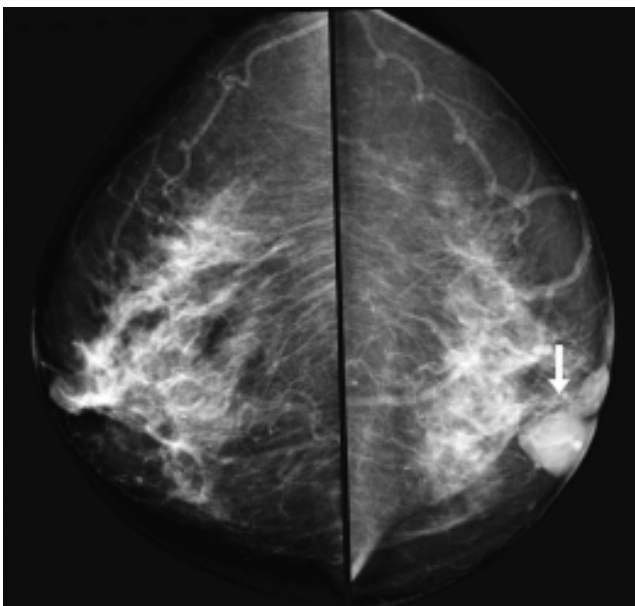


Figura 1. Proyección céfalo-caudal. Nódulo denso de bordes multilobulados bien delimitados en casi la totalidad, con excepción de una pequeña porción en el borde posterior (flecha) en donde se ve un aspecto desflecado de la mama izquierda.

A la exploración física, tensión arterial de 130/80, frecuencia cardíaca de 78x', frecuencia respiratoria de 21x', temperatura de 37 °C. Se palpó en mama izquierda una tumoración de aproximadamente 5 mm, localizada en la región retroareolar, además de presentar descarga serohemática a través del pezón de la mama. Abdomen globoso, distendido, sin dolor a la palpación sin evidencia de hepatomegalia ni esplenomegalia. Biometría hemática: hemoglobina de 10 g/dL, hematocrito de 24%, leucocitos 10,000/uL. Química sanguínea y examen general de orina normal.

A la sospecha de la patología tumoral de la mama izquierda se realizó mastografía. En una proyección céfalo-caudal de la mama izquierda se observó un nódulo denso de bordes multilobulados bien delimitados en casi la totalidad, con excepción de esta pequeña porción en su borde posterior, en donde se observó un aspecto desflecado y por la densidad tan alta presentada, se realizó un ultrasonido (Figura 1). A la categorización por ecografía se identificó un nódulo sólido, heterogéneo por la presencia de una

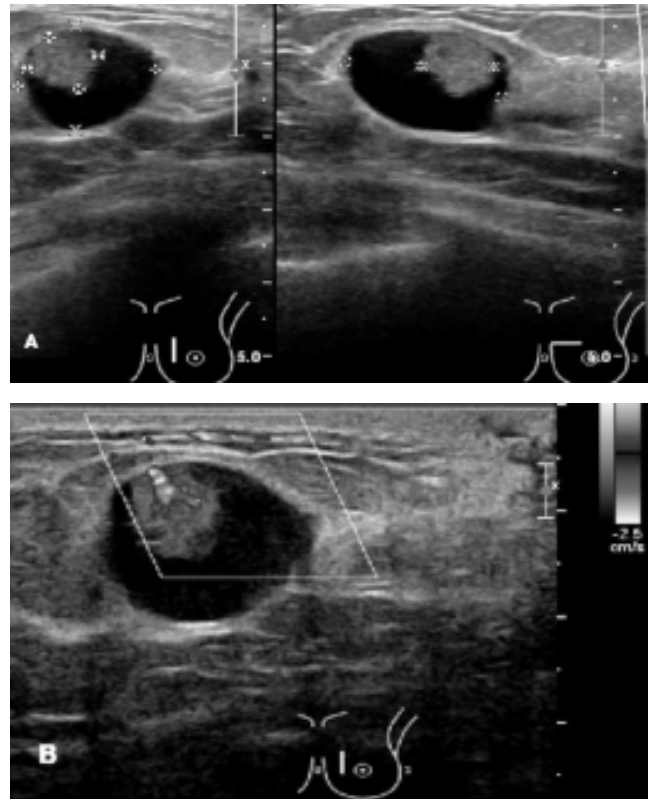


Figura 2. Ecografía. **A.** Nódulo sólido, heterogéneo por la presencia de una imagen vegetante dependiente de sus paredes al parecer en su pared posterior de bordes irregulares y parcialmente definidos, que presenta discreta extensión ductal en la región retroareolar de la mama izquierda. **B.** A la modalidad Doppler muestra un tallo vascular con flujo arterial.

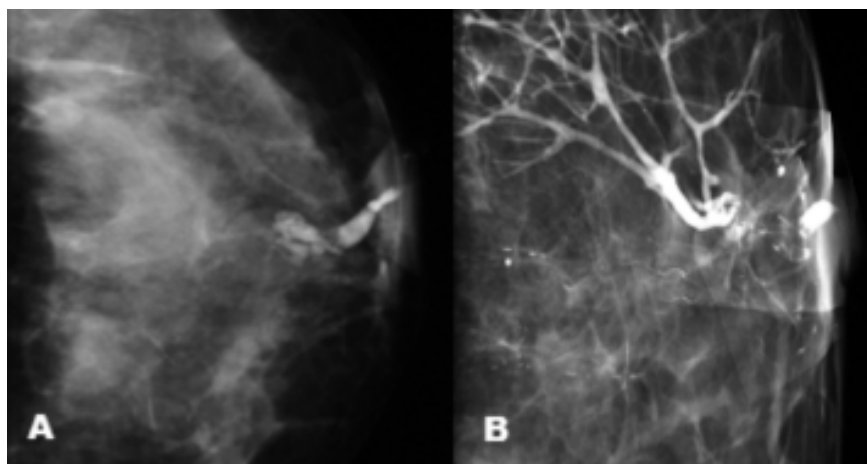


Figura 3. Galactografía. **A.** Aire instilado a través de una vía percutánea. **B.** Paso del material radioopaco posterior al defecto de llenado.

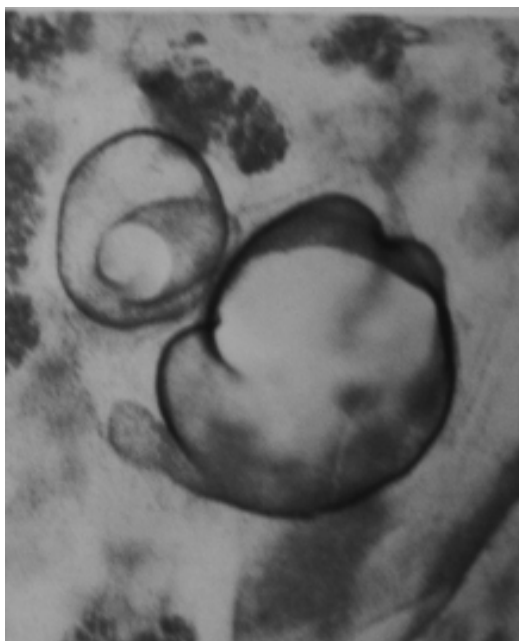


Figura 4. Histológicamente se observa que están constituidos por un delicado eje conectivo, muy ramificado, portador de vasos muy frágiles, recubiertos por tejido cilíndrico aplanado, dispuesto en una o dos capas.

imagen vegetante dependiente de sus paredes, al parecer en su pared posterior, de bordes irregulares y parcialmente definidos; presentó discreta extensión ductal en la región retroareolar; los bordes de este nódulo a nivel del parénquima no fueron delimitados, lo que traduce la imagen de la mastografía del borde desflecado de esta misma mama (Figura 2). Se realizó una galactografía en donde se puede identificar el aire instilado a través de una vía percutánea y el paso del material radioopaco posterior al defecto de llenado (Figura 3) se realizó una biopsia guiada por ultrasoni-

do y el diagnóstico histopatológico fue carcinoma papilar (Figura 4).

DISCUSIÓN

Los carcinomas papilares invasivos son raros, representando solamente 1% aproximado de todos los carcinomas mamarios, se caracterizan por presentarse en mujeres posmenopáusicas, con edad promedio entre 64 a 67 años, ubicados generalmente en la región retroareolar, manifestándose como una masa solitaria de bordes bien definidos. Con evidencia de telorragia en alrededor de 25% de los casos.⁵

Las lesiones papilares de la mama constituyen la causa más común de telorragia en las mujeres, comprenden aproximadamente 75% de todas las lesiones que producen secreción importante por el pezón, de tipo seroso o sanguinolento, tal y como se evidenció en este caso, donde la paciente presentó descarga serohemática a través del pezón.² Como su nombre lo indica, este grupo de tumores se localiza y extiende exclusivamente en el sistema ductal mamario, en cualquier sitio desde el pezón hasta la unidad ducto-lobular terminal.⁵

Carter formuló una clasificación agrupando los carcinomas papilares de la mama en dos grupos principales.⁵

- Formas no invasivas:
 - Forma localizada: carcinoma papilar intraquístico.
 - Forma difusa: variante papilar del carcinoma ductal *in situ*.
- Forma invasiva:
 - Carcinoma papilar invasor.

El carcinoma papilar intraductal se caracteriza por la proliferación de tallos fibrovasculares y su diagnóstico re-



quiere que 90% o más del proceso papilar esté totalmente desprovisto de la capa de células mioepiteliales, independientemente de la presencia o ausencia notable de proliferación epitelial o que cualquiera de los patrones de carcinoma ductal *in situ* de bajo grado ocupe 90% o más de la lesión.³

Los carcinomas papilares infiltrantes en su conjunto son tumores bien circunscritos. Cuando son sólidos tienen un aspecto multilobulado y están compuestos de tejido glandular, suave, friable, con focos de necrosis y hemorragia. Cuando son quísticos pueden ser sencillos o multiloculares y la luz del quiste característicamente contiene tejido necrótico o líquido hemorrágico.³

El pronóstico para el carcinoma papilar infiltrativo es relativamente bueno; sin embargo, la muerte por esta entidad es rara, y las metástasis en los ganglios se observan en 1% de los casos. Además, estos carcinomas tienden a un crecimiento lento. Por lo tanto, las recurrencias de este tumor tras la resección local tienden a presentarse después de cinco años.⁶

Se han demostrado diversos métodos de imagen para confirmar el diagnóstico de carcinoma papilar. La sensibilidad de la mamografía para detectar lesiones papilares es baja (37.5%). Normalmente los papilomas no se ven en la mamografía debido a su pequeño tamaño y su localización central.²

Es importante hacer un diagnóstico de la patología mamaria en forma integral, es decir, no es posible hacer un diagnóstico de un nódulo visto por mastografía, siempre hay que categorizar con estudio ecográfico. La ecografía mamaria ha demostrado ser un método útil en el estudio por la imagen de estas lesiones. Casi 90% de las lesiones papilares malignas son sólidas, heterogéneas e hipoeogénicas. La sensibilidad de la ecografía para detectar lesiones papilares es de 83%, con la limitación de que en ocasiones es difícil diferenciar la lesión papilar de secreciones espesas intraductales.² En el caso presentado, la ecografía realizada para evaluar la secreción por el pezón mostró un conducto ensanchado repleto de ecos internos, esta apariencia es inespecífica y podría pensarse en una lesión papilar intraductal, fibrosis intraductal o depósitos de secreciones dados los hallazgos por ecografía se realizó la galactografía y mostró una lesión papilar.

Pérez y cols. describen a la galactografía como una herramienta útil e importante en el diagnóstico de la patología mamario intraductal que ayuda a determinar causas de galactorrea unilateral y espontánea. La galactografía permite realizar el diagnóstico de algunas entidades patológicas ductales; define la extensión de la enfermedad; identifica lesiones centrales y periféricas, además ayuda a la planea-

ción prequirúrgica, ya que permite la resección selectiva del tejido mamario.⁹

Hoy en día puede realizarse biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) para distinguir entre lesiones papilares benignas y malignas de la mama.¹ Hay autores como Agoff de Seattle, EUA, que plantea que todas las lesiones diagnosticadas por aguja requirieron de una biopsia por excisión, ya que según los resultados existe un elevado promedio de neoplasias malignas asociadas a los papilomas con hiperplasia ductal atípica que pasan inadvertidas en la BAAL; en este caso fue una biopsia percutánea de corte (TRUCUT) el reporte histopatológico fue un carcinoma de conductos infiltrantes de tipo papilar.⁷

Gonzalez menciona en su estudio que el tratamiento empleado en las lesiones papilares malignas correspondió según su estadiamiento a tratamiento neoadyuvante, en los casos que lo requirieron, y cirugía posterior y cirugía más tratamiento adyuvante en la mayoría de los casos. En el caso aquí presentado se realizó una mastectomía radical modificada con disección ganglionar axilar, resultando negativos de metástasis.⁵

CONCLUSIÓN

Se debe hacer la aclaración entre los términos histológicos y las lesiones por imagen que se observan en forma vegetante o papilar; el diagnóstico histológico de las lesiones papilares es muy variado:⁸

- Adenosis.
- Adenosis esclerosante.
- Metaplasia apocrina.
- Hiperplasia ductal típica.
- Carcinomatosa.

Es importante hacer un diagnóstico de la patología mamaria en forma integral, es decir, no se puede hacer un diagnóstico de un nódulo visto por mastografía siempre hay que categorizar con estudio ecográfico.

La ecografía realizada a la paciente para evaluar la secreción por el pezón mostró un conducto ensanchado repleto de ecos internos, esta apariencia es inespecífica y podría pensarse en una lesión papilar intraductal, fibrosis intraductal o depósitos de secreciones dados los hallazgos por ecografía se realizó la galactografía y mostró una lesión papilar. Evidentemente el diagnóstico histológico no se puede asegurar únicamente con un estudio mastográfico, ecográfico o una galactografía, esto es orientativo hacia cada una de las lesiones dependientes de los hallazgos que se encuentran en cada una de éstas.

Al realizar los estudios de galactografía en pacientes con descarga sanguinolenta es usual encontrar cero defecto de llenado; sin embargo, esto no es de buen pronóstico porque se ha visto que en algunas ocasiones las pacientes que presentan galactografías normales, incluso cuando hay salida de medio de contraste hacia el medio estromal o hacia el resto del tejido que rodea los conductos, es un hallazgo indirecto de cáncer *in situ* y sobre todo de cáncer *in situ* papilar, que se presentan con sangrado y que se presenta como un hallazgo de salida hacia el pezón del tejido del medio de contraste o galactografías normales. La búsqueda es más minuciosa para encontrar lesiones muy pequeñas, el diagnóstico citológico en muchas ocasiones es definitivo porque presentan células con datos que sugieren carcinoma.⁹

La citología por punción aspirativa presenta una sensibilidad variable, lográndose un diagnóstico en 40 a 85% de los casos.³ La distinción entre lesiones papilares benignas y malignas es compleja en la mayor parte de los casos. Sin embargo, hay algunos caracteres citológicos que orientan a carcinoma papilar, como los frotis hiper celulares, con grupos papilares y presencia de células aisladas y dispersas. La celularidad incrementada no es frecuente en los papilomas. En aquellos casos que corresponden a lesiones sólidas y/o menos diferenciadas, pueden verse atipias e hiper cromasia, lo cual orienta definitivamente a carcinoma. Por la gran dispersión de resultados del rendimiento diagnóstico de la citología, algunos autores consideran que ante la sospecha de carcinoma papilar el examen de elección debe ser la biopsia escisional.⁹

La mayoría de los estudios clínicos confirma que luego de la resección completa de un papiloma mamario sin atipias, el riesgo de presentar un carcinoma mamario posterior es muy bajo.¹⁰ Sin embargo, mediante biopsia core no se puede descartar la presencia de una lesión atípica o un carcinoma sin que se realice la resección completa de la lesión. Es importante revisar el término de hiperplasia y de que éstas sea de tipo usual; ante una hiperplasia atípica hay que tener cuidado, tanto en los conductos como en los lobulillos y es de estrecha vigilancia.⁴

Las posibles lesiones encontradas van desde las lesiones palpables hasta las lesiones no palpables, como en este caso, donde se encontró un quiste complejo; sin embargo, el nódulo mural es de menor tamaño, y no por eso es un hallazgo de benignidad. Es posible encontrar carcinomas < 5 mm, como en este caso, donde el quiste complejo resultó positivo para malignidad y el reporte histopatológico fue de un carcinoma de conductos infiltrantes de tipo papilar.¹¹

REFERENCIAS

1. García MJ, Álvarez M, Santos AL, Raya JL, Fuentes E, Bascuñana G. Biopsia percutánea con aguja gruesa en lesiones papilares mamarias: impacto en el manejo de pacientes. *Radiology* 2003; 6: 194-9.
2. Kopans DB, Marban E. La mama en imagen. 2a. Ed. España; 2008, p. 513-21.
3. Luz A. Mamografía. Intervención e imagen 2000; 37: 3-37.
4. Torregroza-Díazgranados E, Gómez MC. Tumores papilares intraductales del seno. *Rev Colomb* 2010; 25: 20-25.
5. Pérez PJA, Mariángel PP, Poblete SMT. Carcinoma mamario papilar intraquístico. Institutos de Cirugía y de Histología y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicios de Cx y unidad Anatomía Patológica. Hospital Clínico Regional Valdivia 2004; 18: 70-5.
6. Tan PH, Aw MY, Yip G, Bay BH, Sii LH, Murugaya S. Cytokeratins in papillary lesions of the breast: is there a role in distinguishing intraductal papilloma from papillary ductal carcinoma in situ? *Am J Surg Pathol* 2005; 5: 625-32.
7. Agoff SN, Lawton TJ. Papillary lesions of the breast with and without atypical ductal hyperplasia: can we accurately predict benign behavior from core needle biopsy? *Am J Clin Pathol* 2004; 122(3): 440-3.
8. Pettinato G, Manivel CJ, Panico L, Sparano L, Petrella G. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: clinicopathologic study of 62 cases of a poorly recognized variant with highly aggressive behavior. *Am J Clin Pathol* 2004; 121(6): 857-66.
9. Pérez MC, Cortés VCA, Cipagauta MP, Villalba SL. Galactografía: procedimiento diagnóstico para el radiólogo de hoy. *Revista Colombiana Radiología* 2007; 15 (3): 2209-14.
10. Collins LC, Schnitt SJ. Papillary lesions of the breast: selected diagnostic and management issues. *Histopathology* 2008; 52: 20-9.
11. Sydnor MK, Wilson JD, Hijaz TA, Massey HD, Shaw ES. Underestimation of the presence of breast carcinoma in papillary lesions initially diagnosed at core-needle biopsy. *Radiology* 2007; 242: 58-62.

Solicitud de sobretiros:

Dra. María Guadalupe Rocha-Rodríguez
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.
Correo electrónico:
dra.guadalupe-rocha@hotmail.com