

Carcinoma metaplásico de mama multicéntrico (sarcomatoide). Comunicación de un caso

Rosina Smit,* Carla Salvarezza,* Carolina Buitrago,* Pablo Lespi*

RESUMEN

El carcinoma sarcomatoide es una variante del carcinoma metaplásico. Es un tumor raro que puede confundirse con otras alteraciones benignas y malignas y su diagnóstico puede ser difícil de establecer. Se comunica el caso de una mujer de 39 años con tres nódulos en la mama izquierda. En la mastectomía se observó neoplasia con proliferación de células ahusadas atípicas que alternaban con otras células pleomórficas grandes inmersas en un estroma fibroso. En la periferia de la lesión se evidenciaron focos de carcinoma ductal infiltrante. Se discuten la nomenclatura, los diagnósticos diferenciales y los factores pronósticos de una lesión que podría tener un curso clínico más agresivo que el del carcinoma ductal clásico.

Palabras clave: carcinoma metaplásico, carcinoma sarcomatoide, carcinoma de células ahusadas.

ABSTRACT

Sarcomatoid carcinoma is a variant of metaplastic carcinoma. It is a rare tumor that can be mixed up with benign or atypical lesions and its diagnosis can be difficult to establish. We present a 39-years old woman case with three nodules in left breast. Surgical specimen showed a tumor composed by atypical spindle cells alternated with pleomorphic cells immersed in fibrous stroma. In the periphery of the lesion, ductal carcinoma was observed. We discussed the nomenclature, the differential diagnoses and the prognoses factors of a tumor that could have a more aggressive clinical course compared with the classic ductal carcinoma.

Key words: Metaplastic carcinoma, sarcomatoid carcinoma, spindle cell carcinoma.

El carcinoma sarcomatoide es una variante del carcinoma metaplásico. Constituye el 5% de los carcinomas de mama y existen reportes sobre que tendría un curso clínico más agresivo en comparación con el carcinoma ductal clásico.

Se comunica un caso de carcinoma metaplásico de mama multicéntrico tipo sarcomatoide y se discuten la nomenclatura, los diagnósticos diferenciales y los factores pronósticos de la lesión.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años con un nódulo en la mama izquierda descubierto en la autoexploración. El examen físico y los

métodos de diagnóstico por imágenes revelaron tres formaciones nodulares en los cuadrantes superior e inferior externos. Se practicaron mastectomía total y vaciamiento axilar.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

La pieza quirúrgica de la mastectomía media 20 x 18 x 8 cm. En el cuadrante superior externo se identificaron dos nódulos de 1.2 y 1.5 cm a 0.4 cm de distancia, rosáceos, uno de ellos con márgenes irregulares y firmes. En el cuadrante inferior externo se apreció otro nódulo de 1.3 cm, blanquecino grisáceo, bien delimitado y firme.

El examen microscópico reveló proliferación de células ahusadas atípicas, dispuestas en un patrón estoriforme y fascicular que alternaba con células pleomórficas inmersas en un estroma fibroso. En la periferia se apreciaron focos de carcinoma ductal invasor e infiltrados linfocitarios (figuras 1 y 2). Un ganglio tuvo metástasis del carcinoma ductal poco diferenciado. Las técnicas de inmunohistoquímica se resumen en el cuadro 1. Hubieron estroma difuso, ductal y focal positivos para vimentina (figura 3), queratina

* Hospital Interzonal Dr. J. Penna, Bahía Blanca, Argentina.

Correspondencia: Dra. Rosina Smit. Servicio de Patología, Hospital Interzonal Dr. J. Penna, Lainez 2401 (8000), Bahía Blanca, Argentina. Tel.: 54-291-459 3600, int. 293.

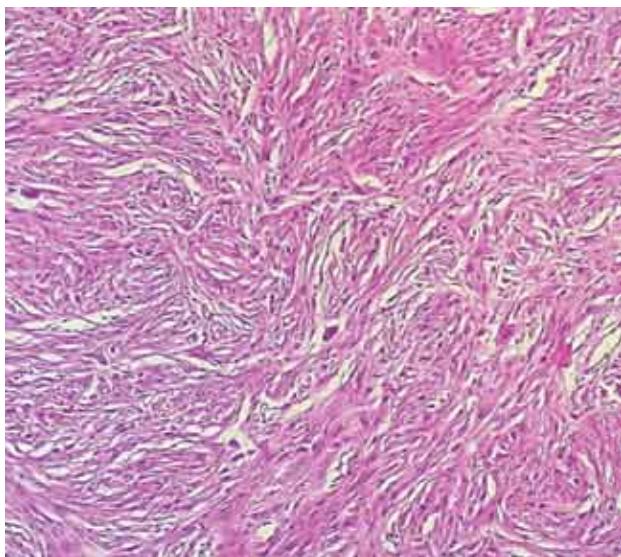
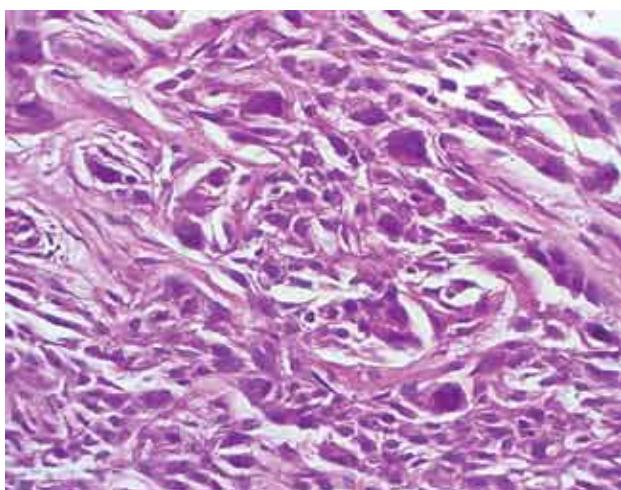
E-mail: patologia@hospitalpenna.gov.ar

Recibido: agosto, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Cuadro 1. Inmunohistoquímica

	<i>Ductal</i>	<i>Estromal</i>
Queratina AE1/AE3	+	-
EMA	+	+
Vimentina	-	+
Proteína S-100	+	-
Actina	-	-
Marcador de estrógeno	+	-
Marcador de progesterona	+	-
CerB2	+	-

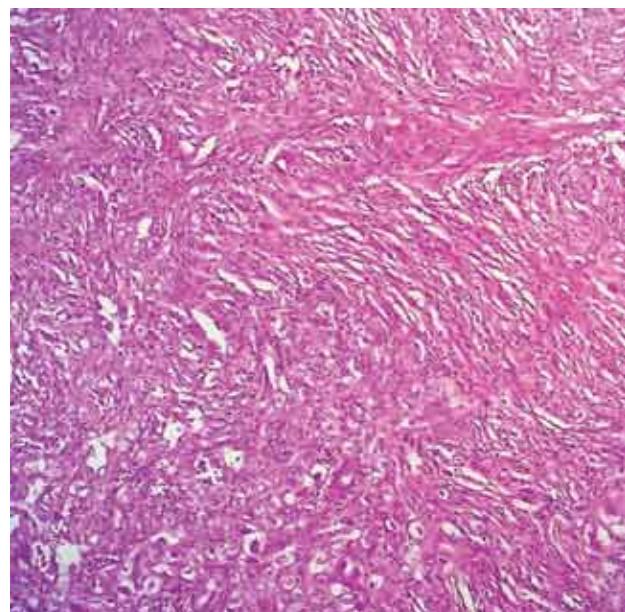
**Figura 1.** Patrón estoriforme de células ahusadas con aspecto sarcomatoso (H-E, 4x).**Figura 2.** Células ahusadas atípicas (H-E, 10x).

AE1/AE3 y EMA (figuras 4 y 5), respectivamente. Los marcadores de estrógeno y progesterona fueron positivos. En la amplificación del oncogen cerB2 hubo estroma difuso positivo (figura 6).

Se administraron seis sesiones de quimioterapia con 5-fluorouracilo, doxorrubicina, ciclofosfamida y radioterapia sobre la cicatriz. Después de nueve años de seguimiento luego del procedimiento quirúrgico la paciente está sana.

DISCUSIÓN

El carcinoma metaplásico de la mama es una neoplasia rara que abarca a los carcinomas de células ahusadas, de células gigantes osteoclásticas, escamoso y sarcomatoide.¹⁻¹⁰ Este último subtipo tiene supervivencia de 49 a 68% a cinco años.^{1,11-16} En el examen histológico se advirtieron células ahusadas atípicas con alto índice mitótico en al menos 50% de la neoplasia y carcinoma *in situ* o invasor en la periferia del tumor.^{1,8,9,12,15,17} Las características citológicas, histológicas y ultraestructurales del componente estromal se superponen a las de los sarcomas, pero la inmunomarcación reveló que las células atípicas tenían características epiteliales y mesenquimales, lo que demostró inmunorreactividad para queratinas y EMA en la mayor parte de los casos

**Figura 3.** Zonas de carcinoma ductal invasor en la periferia del tumor (H-E, 4x).

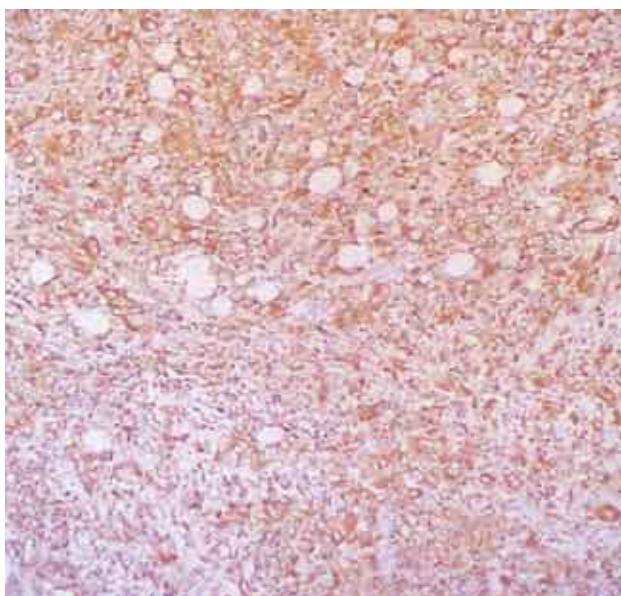


Figura 4. El estroma muestra inmunoreactividad difusa para vimentina (4x).

de ambos componentes.^{1-5,9,10,12,14,16,17} Existen datos de que estos tumores se originarían en las células mioepiteliales debido a su inmunoreactividad para la actina y proteína S-100.^{1,3,5,7,9,11-13,15,16,18,19} El carcinoma sarcomatoide casi nunca es positivo para los receptores de estrógeno, progesteron y cerB-2.^{3,9-12,17}

En la mayor parte de los casos el tumor se observa como una masa palpable de rápido crecimiento. La mamografía

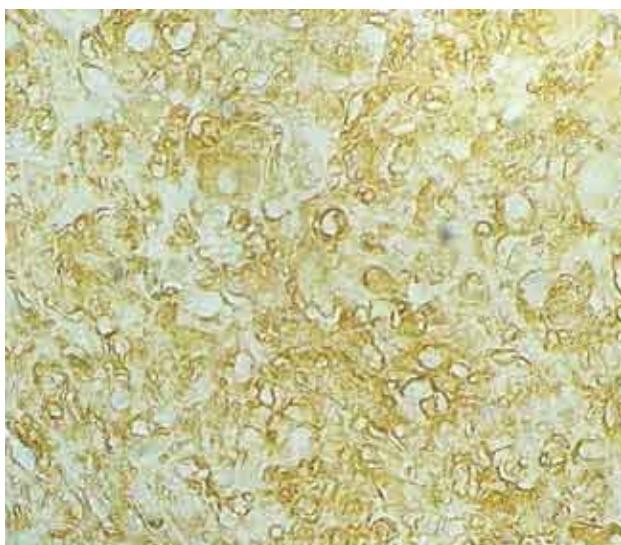


Figura 5. Se observan nidos de células atípicas positivas para EMA y que corresponden al componente ductal (10x).

no muestra la imagen característica, pero la existencia de una masa circunscrita con márgenes espiculados y densidad aumentada, y la ausencia de microcalcificaciones, permiten orientarse hacia el diagnóstico de esta neoplasia.^{9,10,16}

En más de 50% de los casos se observó recurrencia local o metástasis a distancia en los cinco años posteriores al diagnóstico, lo que indica un pronóstico adverso.^{4,6,16,20} La metástasis a ganglios linfáticos axilares se observó en 25 a 30% de los casos.^{8,10,15-17,21}

El carcinoma sarcomatoide debe distinguirse de las otras variantes de carcinoma metaplásico y de otros tumores, como fibrosarcoma, osteosarcoma, mioepitelioma, histiocitoma fibroso maligno y cistosarcoma filodes, por sus implicaciones clínicas y terapéuticas.^{1,6,7,9,12-16,18,21,22}

Respecto del pronóstico, el factor de riesgo más importante es el tamaño tumoral al momento de la manifestación: es peor para los mayores de 5 cm.⁹ Otros factores son la delimitación del tumor, el tipo histológico (especialmente la variante del componente mesenquimal) y el deterioro ganglionar. Se sugiere que los infiltrados inflamatorios peritumorales también afectan el pronóstico, aunque ha sido poco estudiado.^{4,8,9}

Su nomenclatura aún es confusa, en numerosas publicaciones los términos ‘carcinoma de células ahusadas’, ‘carcino-sarcoma’, ‘carcinosarcoma’ y ‘carcino-metaplásico’ se usan como sinónimos, por lo que el pronóstico y tratamiento aún no son claros.^{2,9,10}

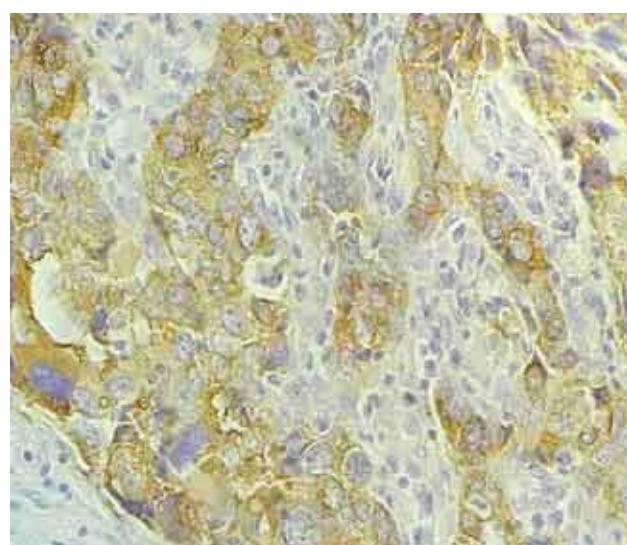


Figura 6. Marcación característica de membrana para CerB2 en las células del componente ductal (x40).

La manifestación, evolución clínica y las técnicas de inmunohistoquímica hacen de este caso algo inusual. Además de un tumor multicéntrico con inmunorreactividad para estrógeno, progesterona y cerB-2, al momento de la operación se descubrió en la paciente una metástasis ganglionar. A pesar del pronóstico desfavorable que la mayor parte de las publicaciones le adjudican a esta neoplasia, la paciente del caso que aquí se comunica no padece la enfermedad clínica nueve años después del procedimiento quirúrgico, por lo que esta lesión tendría un curso clínico semejante al carcinoma ductal clásico.

REFERENCIAS

1. Wargotz ES, Deos PH, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. II. Spindle cell carcinoma. Hum Pathol 1989;20(8):732-40.
2. Patterson SK, Tworek JA, Roubidoux MA, Helvie MA, Oberman HA. Metaplastic carcinoma of the breast: mammographic appearance with pathologic correlation. AJR Am J Roentgenol 1997;169(3): 709-12.
3. Pellicer EM, Gómez Rueda N, Sundblad AS, et al. Carcinoma metaplásico de la mama. Revisión de 17 casos con estudio inmunohistoquímico. Patología (Méx) 1995;33:71-75.
4. Borowsky AD, Gobbi H. Metaplastic carcinoma of the breast: grading and behavior of predominantly spindle cell tumors. Pathology Case Reviews 1999;4:208-13.
5. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinoma of the breast. I. Matrix-producing carcinoma. Hum Pathol 1998;20(7):628-35.
6. Gobbi H, Simpson JF, Borowsky A, Jensen RA, Page DL. Metaplastic breast tumors with a dominant fibromatosis-like phenotype have a high risk of local recurrence. Cancer 1999;85(10):2170-82.
7. Al-Nafussi A. Spindle cell tumors of the breast: practical approach to diagnosis. Histopathology 1999;35(1):1-13.
8. Kaufman MW, Mart JR, Gallager HS, Hoehn JL. Carcinoma of the breast with pseudosarcomatous metaplasia. Cancer 1984;53(9):1908-17.
9. Amillano PK, Rezola SR, Alberro AJA, Elorriaga BK, Martín LA, Plazaola AA. Carcinoma metaplásico de mama. Revisión a propósito de un caso. Oncología 2004;27(9):42-46.
10. Pérez Mies B, Crespo CM, Echeverría IC, Claver CM, Tello RA. Carcinoma sarcomatoide monofásico de mama "fibromatosis-like". A propósito de un caso y revisión de la literatura. Patología (Esp) 2004;37(4):411-4.
11. Bauer TW, Rostock RA, Eggleston JC, Baral E. Spindle cell carcinoma of the breast: four cases and review of the literature. Hum Pathol 1984;15(2):147-52.
12. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas. III. Carcinosarcoma. Cancer 1989;64(7):1490-9.
13. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. IV. Squamous cell carcinoma of ductal origin. Cancer 1990;65(2):272-6.
14. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinoma of the breast: V. Metaplastic carcinoma with osteoclastic giant cells. Hum Pathol 1990;21(11):1142-50.
15. Gersell DJ, Katzenstein AL. Spindle cell carcinoma of the breast. A clinicopathologic and ultrastructural study. Hum Pathol 1981;12(6):550-61.
16. Rosen PP. Patología mamaria de Rosen. 2^a ed. Bogotá: AMOLCA, 2005.
17. Brenner RJ, Turner RR, Schiller V, Arndt RD, Giuliano A. Metaplastic carcinoma of the breast: report of three cases. Cancer 1998;82(6):1082-7.
18. Tavassoli FA. Myoepithelial lesions of the breast. Myoepitheliosis, adenomyoepithelioma, and myoepithelial carcinoma. Am J Surg Pathol 1991;15(6):554-68.
19. Weidner N, Levine JD. Spindle-cell adenomyoepithelioma of the breast. A microscopic, ultrastructural, and immunocytochemical study. Cancer 1988;62(8):1561-7.
20. Toikkanen S. Primary squamous cell carcinoma of the breast. Cancer 1981;48(7):1629-32.
21. Battifora H. Spindle cell carcinoma. Ultrastructural evidence of squamous origin and collagen production by the tumor cells. Cancer 1976;37(5):2275-82.
22. Rosen PP, Ernsberger D. Mammary fibromatosis. A benign spindle-cell tumor with significant risk for local recurrence. Cancer 1989;63(7):1363-9.