

CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO ASOCIADO A ADENOCARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EN UN HOMBRE REPORTE DE UN CASO

NARCIEL SÁEZ, JOSEPMILLY PEÑA, LEORÁN SANTOYA, JESÚS LASTRA, PEDRO MÁRQUEZ, CLAUDIA MESBER.

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL MILITAR "DR CARLOS ARVELO", CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El carcinoma papilar intraquístico es un subtipo de carcinoma ductal no invasivo, puede estar asociado o no a carcinoma *in situ* y a carcinoma infiltrante, es una patología poco frecuente por tanto su aparición en hombres es extremadamente rara. El tratamiento en estos casos es equivalente al carcinoma de mama en mujeres, debatiéndose entre mastectomía simple o mastectomía parcial más radioterapia. Presentamos el caso de un hombre a quien se diagnosticó preoperatoriamente con un carcinoma papilar y se realizó mastectomía simple más ganglio centinela.

PALABRAS CLAVE: Mama, hombre, carcinoma, papilar, intraquístico, cirugía, radioterapia.

SUMMARY

The papillary intra cyst carcinoma is a sub type of ductal no invasive carcinoma, it can be associated or no to carcinoma *in situ* and infiltrate carcinoma, is less frequent, for this reason his apparition in male is rare. The treatment in is equivalent to breast carcinoma in women, with two modalities of treatment: simple mastectomy or simple mastectomy with radiation therapy. We present clinical case of male whom is diagnostic pre surgery with a papillary carcinoma and realized simple mastectomy with sentinel node.

KEY WORDS: Breast, male, carcinoma, papillary, intra cyst, surgery, radiation therapy.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones papilares de la mama, son entidades poco comunes, representando menos el 5 % de las patologías mamarias y menos del 2 % del cáncer de mama ⁽¹⁾.

Estas lesiones pueden ser únicas o múltiples y ubicarse en cualquier parte de la mama. El carcinoma papilar usualmente tiene mejor pronóstico que otras formas de carcinoma ductal ⁽²⁾. Entre los subtipos no invasivos se encuentra en carcinoma papilar intraquístico, con un pronóstico favorable y una excelente sobrevida. Este tipo de neoplasia maligna, puede asociarse a carcinoma ductal *in situ* (46 %) o

Recibido:28/09/2011 Revisado:30/10/2011

Aceptado para publicación:12/11/2011

Correspondencia: Dr. Narciel Sáez. Hospital Militar
"Dr. Carlos Arvelo" Avenida: José Ángel Lamas,
Urb. Artigas, San Martín, Caracas, Venezuela.
Tel:+5821240611. E-mail: narciel@gmail.com

a carcinoma invasor (36 %) ⁽³⁾. El cáncer de mama en el hombre representa menos del 1 % de todos los diagnósticos de cáncer de mama ⁽⁴⁾. Presentamos el caso de un hombre de 62 años con un carcinoma papilar intraquístico, asociado a un carcinoma invasor.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años con antecedentes personales: hipertensión arterial de reciente diagnóstico, hernioplastia inguinal derecha. Antecedentes familiares: dos hermanas fallecidas por cáncer de mama. Refiere lesión nodular en mama derecha de crecimiento lento, de 5 años de evolución. Al examen físico: mamas: asimétricas, pequeñas. Mama derecha: tumor retro areolar de 5 cm x 4 cm aproximadamente, de consistencia dura, superficie irregular, móvil, no doloroso, piel y complejo areola pezón sin lesiones, no se palpan adenopatías. Mama izquierda: sin lesiones, axila negativa. Fosa supraclaviculares libres.



Figura 1. Paciente.

La mamografía demostró en la mama derecha, área densa, retro-areolar, configurada por dos imágenes que confluyen, la mayor de 2,8 cm x 2,2 cm, inmediatamente por detrás otra de 2,2 cm x 1,5 cm, de diámetro, los contornos no están correctamente definidos en su porción anterior (Figura 2).

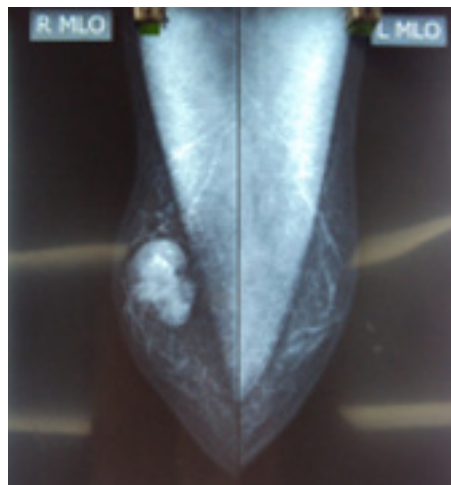


Figura 2. Mamografía.

La biopsia con aguja gruesa dirigida por ultrasonido mamario del (26/5/2010): reportó carcinoma quístico papilar. No se observa invasión perineural. La invasión vascular no se puede precisar debido a la naturaleza papilar-quística de la lesión. Se practica radiografía de tórax y ultrasonido abdominal sin lesiones aparentes.

Con diagnóstico de cáncer de mama derecha quístico papilar: carcinoma in situ vs., cáncer T2N0M0 estadio IIA se planifica para cirugía.

El paciente es llevado a mesa operatoria, realizándose mastectomía simple derecha más ganglio centinela, encontrando como hallazgo un tumor de 4 cm x 3 cm, retro-areolar, de bordes mal definidos. La biopsia peroperatoria por corte congelado del ganglio centinela fue negativa para malignidad.

El resultado del estudio anatomopatológico definitivo de la pieza de la mastectomía fue de carcinoma papilar intraquístico con carcinoma ductal infiltrante, tamaño tumoral: 2 cm y carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado, según escala de Scaff Bloom Richardson, con carcinoma papilar intraquístico,



Figura 3. Ganglio centinela.

tamaño tumoral 3,5 cm. No se observa necrosis tumoral, ni calcificaciones. No se observa invasión perineural focal, ni embolismo vascular tumoral. Bordes de resección libres de tumor. Presencia de focos de carcinoma ductal *in situ*. Mama no neoplásica: hiperplasia ductal atípica. Inmunohistoquímica reveló, receptores de estrógeno (+++), progesterona (+), Her2 (-). Con diagnóstico: cáncer de mama derecha ductal infiltrante PT1N0M0 estadio IIA. RE (+) RP (+) her 2(-) se discute en el Departamento de Terapéutica Oncológica indicándosele tratamiento adyuvante.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama en el hombre es una patología infrecuente, aun más raro es el carcinoma papilar intraquístico en este género. El tratamiento de este tipo de lesiones debe ser el mismo que en el cáncer de mama en la mujer. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la presencia de una masa mamaria de varios meses de evolución no dolorosa, de consistencia elástica, móvil no fija a planos profundos y la secreción sanguinolenta a través del pezón. La presencia de adenopatías axilares palpables es



Figura 4. Mastectomía simple más ganglio centinela.

rara incluso en las formas infiltrantes. La mayoría de los pacientes se encuentra en la sexta década de la vida ⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista mamográfico los carcinomas papilares intraquísticos infiltrantes o no, se describen como masas homogéneas bien definidas y solo ocasionalmente, se pueden descubrir signos sugestivos de malignidad como el signo de cola de cometa o micro calcificaciones agrupadas ⁽⁶⁾.

La mayoría de los estudios coinciden en la mastectomía simple vs., mastectomía parcial es el tratamiento de las neoplasias papilares no infiltrantes, reportándose como innecesaria la realización de linfadenectomía en estos casos ⁽⁷⁾.

Camus y col., ⁽⁵⁾ recomiendan el empleo de mastectomía simple frente a la mastectomía parcial en los casos de carcinoma ductal *in situ* en varones, debido a la frecuencia de recidiva encontrada en su serie. La mastectomía parcial seguida de radioterapia es una alternativa válida. La utilización de ganglio centinela en los casos de carcinoma papilar invasor ha ido en aumento, con muy buenos resultados, nuestro paciente motivo de este estudio evolucionó bien al tratamiento oncológico aplicado.

REFERENCIAS

1. Arora N, Hill C, Hoda SA, Rosenblatt R, Pigalarga R, Tousimis EA. Clinic-pathologic features of papillary lesions on core needle biopsy of the breast predictive of malignancy. *Am J Surg.* 2007;194:444-449.
2. Mo YH, Wang J, Kuo WH, Mao TL, Chen CM, Liu HM. Intraductal papillary carcinoma of bilateral breasts. *Clin Imaging.* 2003;27:394-397.
3. González C, Betancourt L, Spinetti D, Verdes A, Díaz F, Martínez P, et al. Carcinoma papilar intraquístico no invasivo de mama en el hombre. *Rev Venez Oncol.* 2009;21(1):36-39.
4. Yoney A, Kuku A, Unsal M. Male breast cancer: A retrospective analysis. *Cancer Radiother.* 2009;13:103-107.
5. Camus MG, Joshi MG, Mackarem G, Lee AKC, Rossi RL, Munson JL, et al. Ductal carcinoma *in situ* of the male breast. *Cancer.* 1994;74:1289-1293.
6. Balsa-Marín T, Díez J, Timon J, Gil B, Palomar A, González N. Non invasive intracystic papillary carcinoma of the male breast. A case report. Article in Spanish. *Cir Esp.* 2005;78(4):266-267.
7. Solorzano CC, Middleton LP, Hunt KK, Mirza N, Meric F, Kuerer HM, et al. Treatment and outcome with intra cystic papillary carcinoma of the breast. *Am J Surg.* 2002;184:364-368.