

CARCINOMA BASOCELULAR DE PEZÓN ASOCIADO A CÁNCER MUCINOSO DE MAMA. ENTIDAD POCO COMÚN

ALFONZO ESTABA, GILCELYS CASTRO, DILMERYS ALVAREZ, YRIS BRAVO BELLO, RONALD AROCHA GUERRA, ÁNGELA OJEDA SERRA, MELYS GIL

CENTRO CLÍNICO DEL CARIBE. PORLAMAR, ESTADO NUEVA ESPARTA

RESUMEN

OBJETIVO: Reportar un caso de cáncer basocelular de pezón asociado a carcinoma mucinoso, neoplasia maligna poco común. **MÉTODO:** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. **RESULTADOS:** Paciente femenino de 45 años de edad, abuela y tía paterna con cáncer de mama. Consulta por secreción por el pezón derecho, lesión costrosa y nódulo sub-areolar. Examen físico: úlcera de 0,5 cm, en pezón derecho (R3), nódulo sub-areolar ipsilateral, de 4 cm en cuadrante ínfero-interno y adenopatía axilar derecha de 1,5 cm. Micro-biopsia ecoguiada y biopsia del pezón con diagnóstico de carcinoma mucinoso y cáncer basocelular respectivamente. Se realizó mastectomía radical tipo Madden. Recibió seis ciclos de quimioterapia adyuvante más radioterapia. Evoluciona satisfactoriamente. Actualmente 2 años libre de enfermedad neoplásica. **CONCLUSIÓN:** El cáncer basocelular del complejo areola pezón es una entidad poco común, debido a que esta región no representa un área de exposición solar. Su frecuencia es mayor en el sexo masculino. Es de importancia el estudio histológico e inmunohistoquímico. El carcinoma mucinoso (coloide) de la mama, representa el 1 %- 7 % de todos los cánceres infiltrante. Mejor pronóstico y mayor intervalo libre de enfermedad, que otros tipos de cáncer y es más frecuente en mujeres mayores, generalmente la enfermedad metastásica ocurre con muy baja frecuencia.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, basocelular, mama, pezón, mucinoso.

SUMMARY

OBJECTIVE: The objective of this work is to report a basal cell carcinoma of the nipple case in conjunction with mucinous cancer; it is an uncommon malignancy entity. **METHOD:** We describe a clinical case and the literature revision. **RESULTS:** A 45 years old female patient, whose grandmother and aunt had diagnostic of breast cancer, presented clinic symptoms with right nipple discharge, scabby injury and sub areolar nodule. The physical examination: 0.5 cm right nipple sore and 4 cm sub-areolar nodule in the lower internal quadrant and 1.5 cm right axillary lymph node. Ultrasound guided core biopsy and nipple biopsy was done. The pathology report was: Mucinous cancer and basal cell carcinoma of the nipple. She was offered radical mastectomy (Madden type), and received eight cycles of adjuvant chemotherapy and radiotherapy. Present time she has two years without malignancy disease. **CONCLUSIONS:** The basal cell carcinoma of the nipple areola complex is an uncommon entity because this area is not exposure to the sun. It is high frequency in male. Histological and immunohistochemically are necessary to diagnosis. Mucinous breast carcinoma it's around 1 % to 7 % of all breast invasive cancer, are associated with a better prognosis, a longer disease free interval and a lower incidence of axillary node metastatic

KEY WORDS: Cancer, basal cell carcinoma, breast, nipple, mucinous cancer.

Recibido: 08/11/2015 Revisado: 26/02/2016

Aceptado para publicación: 12/03/2016

Correspondencia: Dr. Alfonso Estaba. Centro Clínico del Caribe. Av. Francisco E Gómez. Centro Comercial

el Parque. Ed. Centro Clínico, Urb. La Arboleda, Porlamar. Tel:04241880707.

E-mail: cirugiaaldia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es el más común de los cánceres en el hombre. El cáncer no melanómico, entre ellos el cáncer basocelular es el más frecuente con un 70 % - 80 % de los casos. Pero el cáncer basocelular del complejo areola-pezones es una entidad poco común, que se ha incrementado el doble en comparación con otras décadas⁽¹⁾. En la revisión de la literatura se han reportado solo 40 casos, la mayoría en hombres, quizá debido a la exposición solar en la región del tórax. De ellos solo 2 casos presentaron metástasis ganglionar, lo cual representa menos del 1 %, por lo que es muy raro, atribuidos a dos factores, uno que estuviera asociado a cáncer de mama o que presentara invasión de tejido más profundo⁽²⁾. Es más frecuente en el sexo masculino, edad promedio 49-75 años⁽³⁻⁶⁾. Se presenta como una zona eritematosa, descamativa, ulcerada y descarga por el pezón. Es importante hacer diagnóstico diferencial con enfermedad de Paget, enfermedad de Bowen, melanoma amelanico y carcinoma ductal infiltrante. El carcinoma mucinoso es un cáncer ductal invasor de bajo grado de malignidad, representa menos del 1 % - 7 % de todos los cánceres infiltrantes, se caracteriza por células tumorales inmersas en cúmulos de moco extracelular. Es de mejor pronóstico que el resto de los carcinomas de mama y con menor frecuencia de metástasis ganglionar⁽⁷⁻¹⁰⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 45 años de edad, abuela y tía paterna con cáncer de mama, con enfermedad actual de un año de evolución dado por descarga lactescente por el pezón derecho, luego lesión costrosa y posteriormente nódulo sub-areolar ipsilateral, motivo por el cual acude a consulta en noviembre de 2013. Examen físico: úlcera en pezón derecho (R3) de 0,5

cm de diámetro, (Figura 1) sin secreción por pezón, nódulo sub-areolar ipsilateral, de 4 cm de diámetro en cuadrante ínfero interno (Figura 2) y adenopatía axilar derecha de 1,5 cm. Mamografía 13/11/2013: opacidad nodular en región retro-areolar y cuadrante ínfero-interno. Ultrasonido: tres nódulos sólidos contiguos, de bordes definidos, contenido homogéneo, en cuadrante ínfero derecho de 10,2 mm x 9,8 mm y 20 mm x 8,9 mm y 10 mm x 6,7 mm respectivamente.

Se realizó PAAF en cuadrante ínfero-interno derecho (Nº 1545-2013): sugestivo de cáncer.



Figura 1. Lesión ulcerada. Pezón derecho R3.

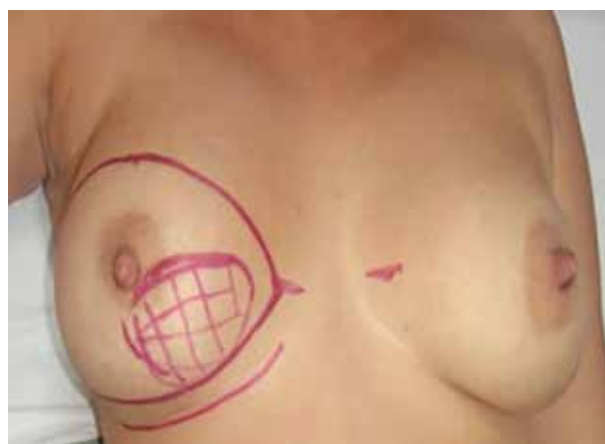


Figura 2. Nódulo cuadrante ínfero-interno derecho.

Micro-biopsia eco-guiada con aguja gruesa de la misma lesión 04/11/2013 (Nº. 046): cáncer mucinoso (Figura 3). Acude a consulta para segunda opinión, se realizó biopsia de piel de pezón derecho el 21/11/2013 (Nº 1805) que reporta: carcinoma basocelular sólido (Figura 4).

Se realizan estudios de extensión que incluye: Rayos X de tórax PA/lateral, ultrasonido de abdomen, tomografía de tórax y gammagrama óseo; los cuales informaron negativos para malignidad.

Se concluye como cáncer de mama mucinoso CT2 N1 M0 ST IIB y cáncer basocelular de

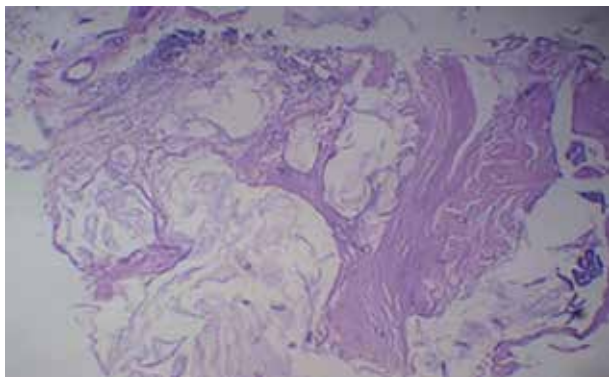


Figura 3. Carcinoma mucinoso.

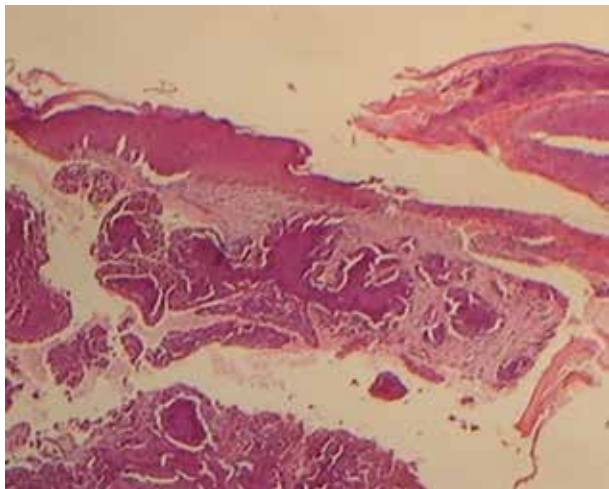


Figura 4. Cáncer basocelular de pezón.

pezón. Se realiza mastectomía radical de tipo Madden, el 03 de febrero 2014. (Figura 5). Se recibe resultado de biopsia Nº. 0313-2014: informando tumor que mide 5 cm, localizado en región retro-areolar, cuadrante ínfero-interno derecho de tipo ADC ductal infiltrante, piel y complejo areola-pezón, con foco de cáncer ductal *in situ* e infiltrante. En vista el resultado se envía láminas para revisión e inmunohistoquímica, la cual informa: carcinoma basocelular superficial, con bordes de resección libre de neoplasia e inmunohistoquímica Nº 046-13: cáncer mucinoso de la mama RE 60 % (+), RP 30 % (+), CerB2 1(+). Se concluye como: 1. Cáncer de mama infiltrante tipo mucinoso pT2 N0 M0 EST IIA RE 60 %, RP 30 %, CerB2- (-). 2. Cáncer basocelular de piel de pezón CT1N0M0 EST I. Recibió ocho ciclos de quimioterapia adyuvante (adriamicina/ciclofosfamida/taxotere) más radioterapia. Evoluciona en forma satisfactoria. Actualmente 2 años libre de enfermedad neoplásica.



Figura 5. Pieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

El cáncer basocelular es el más común de los cánceres de piel, a nivel mundial. Siendo poco frecuente el cáncer basocelular del complejo

areola pezón. El primer caso fue descrito por Robinson en un paciente masculino de 60 años de edad en el año 1893. El cáncer⁽⁴⁾ basocelular del complejo areola pezón, es una entidad poco común, se observa con mayor frecuencia en el sexo masculino, en edades comprendidas entre 49-75 años, afectando con mayor frecuencia la mama izquierda⁽³⁾. Hay factores asociados a predisposición genética, sistema inmunológico, exposición a radiación, exposición solar, historia familiar, enfermedad en el pezón pre-existente, exposición a rayos X, queratosis actínica⁽¹⁾. Con relación al caso descrito la paciente presenta como riesgo edad y exposición solar, del resto no hay otros factores de riesgo. En la presentación clínica se puede observar lesión descamativa, ulcerada, placas, masas sub-areolar y algunas asociadas con adenopatías. La mayoría son cáncer basocelular del tipo superficial, seguido de tipo sólido y pocos casos del pigmentado. El cáncer basocelular superficial es el de mejor pronóstico, en algunos casos la escisión amplia con márgenes negativos más complemento con radioterapia se puede considerar tratada. El cáncer basocelular raramente presenta metástasis con un porcentaje 0,0028 %- 0,5 %, incrementando el potencial de 9 % a 11 % en el caso de ser agresivo: invasión linfática, úlceras de gran tamaño y asociado a cáncer ductal infiltrante.

En el tratamiento de esta entidad se puede considerar: resección amplia más radioterapia o ganglio centinela más mastectomía total y otros consideran tratamiento médico⁽⁸⁾. El carcinoma mucinoso representa el 1 % 7 % de todos los cánceres infiltrantes, es más frecuente en mujeres mayores, generalmente se presenta como una lesión palpable con secreción por el pezón y ulceración de piel.

El cáncer basocelular del complejo areola pezón es una entidad poco común, debido a que esta región no representa un área de exposición solar. Su frecuencia es mayor en el sexo masculino. El diagnóstico diferencial se establece con enfermedad de Paget, carcinoma ductal de

mama, melanoma amelanico y enfermedad de Bowen, por lo cual es de importancia el estudio histológico e inmunohistoquímico. El carcinoma mucinoso representa el 2 % de todos los cánceres infiltrantes y es más frecuente en mujeres mayores, generalmente se presenta como una lesión palpable con secreción por el pezón y ulceración de piel, y suelen ser de buen pronóstico.

REFERENCIAS

1. Kalyani R, Vani BR, Srinivas MV, Veda P. Pigmented basal cell carcinoma of nipple and areola in male breast: A case report with review of literature. *Int J Biomed SCI.* 2014;10(1):69-72.
2. Gupta C, Sheth D, Snower DP. Primary basal cell carcinoma of the nipple. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128(7):792-793.
3. Oram Y, Demirkesen C, Akkaya AD, Koyuncu E. Basal cell carcinoma of the nipple: An uncommon but ever-increasing location. *Case Rep Dermatol Med.* 2011;2011:818291
4. Robinson H. Rodent ulcer of the male breast. *Trans Pathol Sec London.* 1893;44:147-148.
5. Rasmussen BR, Rose C, Chrestensen IB. Prognostic factors in primary mucinous breast carcinoma. *Am J Clin Pathol.* 1987;87(2):155-60.
6. Ha KY, Deleon P, Deleon W. Invasive mucinous carcinoma of the breast. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2013;26(3):295-297.
7. Huang CW, Pan CK, Shih TF, Tsai CC, Juan CC, Ker CG. Basal cell carcinoma of the nipple-areola complex: A case report. *Kaohsiung J Medicine.* 2005;21(10):480-483.
8. Quist SR, Franke I, Helmdach M, Kraus C, Reis A, Froster UG, et al. Completed basal cell carcinoma remission with Imiquimod in a patient with nevoid basal cell carcinoma syndrome and associated basal cell carcinoma of the scalp and invasive ductal breast cancer. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(3):611-613.
9. Krause W. Diseases of the male nipple and areola. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9(12):1004-1009.
10. Marín E. En: Hernández G, Bernardello E, Pinotti J, Barros A, editores. *Carcinomas invasores. Histopatología.* 2ª edición. Colombia: McGraw Hill; 2007.p.228-236.