

Carcinoma micropapilar invasivo de mama. Revisión de literatura a propósito de un caso

Liliana Maribel Bustamante Rodas^{1,2}, Liana Falcón^{1,2}, William Sánchez²

RESUMEN

El carcinoma micropapilar invasivo (CMI), está considerado uno de los tipos histológicos del carcinoma ductal infiltrante, es de presentación infrecuente, y tiene mal pronóstico. Se caracteriza por la alta frecuencia de compromiso linfático. Su presentación radiológica es típicamente maligna, siendo lo más frecuente la de una masa espiculada o microlobulada asociada a microcalcificaciones pleomórficas. Se revisa la literatura radiológica a propósito de un caso diagnosticado en nuestra unidad.

Palabras clave: Carcinoma ductal infiltrante. Carcinoma micropapilar invasivo de mama.

Micropapillary carcinoma of the breast: a case report and literature review

ABSTRACT

Invasive micropapillary carcinoma of the breast is considered one of the histological types of Infiltrating Ductal Carcinoma, unusually present, but with poor prognosis. It is characterized by the high frequency of lymphatic involvement. Its radiological presence is typically malignant, being the most frequent that one of a spiculated or microlobulated mass associated to pleomorphic microcalcifications. Radiology literature is reviewed due to a case diagnosed in our unit.

Key words: Infiltrating ductal carcinoma. Invasive micropapillary carcinoma of the breast.

1. Unidad de Diagnóstico Integral de la Mama. Clínica Internacional. Lima, Perú.

2. Centro de Diagnóstico por Imágenes. Clínica Internacional. Lima, Perú.

Cómo citar el artículo: Bustamante LM, Falcón L, Sánchez W. Carcinoma micropapilar invasivo de mama. Revisión de literatura a propósito de un caso. *Interciencia*. 2013;4(4):195-200

INTRODUCCIÓN

El carcinoma micropapilar invasivo (CMI) es una variante histológica poco frecuente del carcinoma ductal infiltrante (CDI). Se describió por primera vez en 1993¹ y desde entonces existe poca literatura radiológica. Es de presentación rara, menos del 2% dentro de los tipos de cáncer de mama, morfológicamente es distinto al carcinoma ductal; tiene como características presentar alta incidencia de invasión al tejido linfático, alta frecuencia de compromiso ganglionar, y tener mal pronóstico.

CASO CLÍNICO

Se describe a una paciente de 59 años de edad con antecedente de cáncer de mama derecha en el 2002 (se desconoció la estirpe histológica), con tratamiento quirúrgico radical modificado, resección axilar, quimioterapia y terapia con tamoxifeno durante 5 años. Una semana antes de la atención por nuestra unidad, nota la aparición de una tumoración en la región axilar izquierda.

Al examen físico se palpa una tumoración dura, no móvil, localizada en la profundidad del hueco axilar izquierdo, y en la mama se palpa una lesión nodular, móvil, menor de 10 mm a nivel periareolar del radio 3. La mamografía mostró un grupo de microcalcificaciones pleomórficas de 11 mm, asociado a una imagen nodular de localización subdérmica, a nivel periareolar del cuadrante superior y externo de la mama, a 1,5 cm del pezón. Adyacente a esta lesión, se observa otro pequeño grupo de microcalcificaciones del mismo tipo, de 10 mm, con densidades subyacentes. Asimismo, se realiza una mamografía con incidencia en región axilar izquierda evidenciándose una adenopatía con múltiples microcalcificaciones pleomórficas (ver Figura 1 y 2).

En la ecografía se observa un nódulo marcadamente hipocogénico, de bordes irregulares, con microcalcificaciones internas y flujo interno al powerdoppler. En la axila izquierda se observa un ganglio de 65 mm de diámetro con

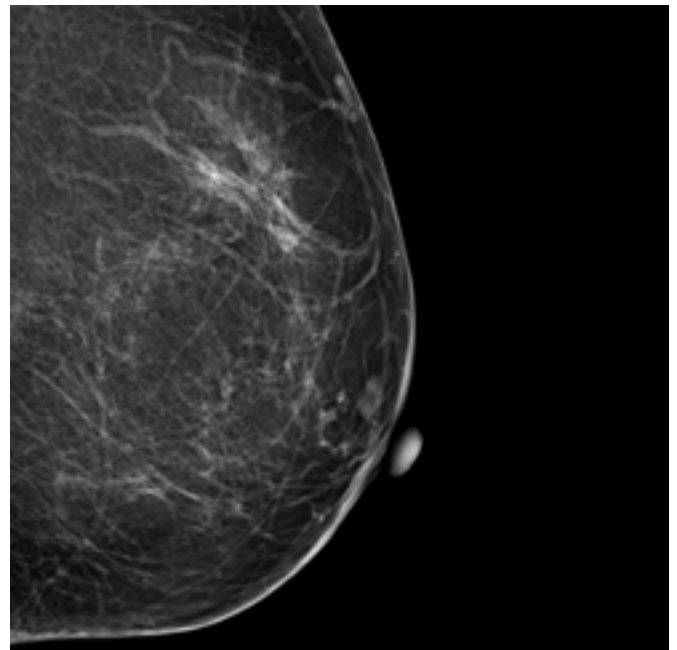


Figura 1. Estudio mamográfico con acercamiento, donde se observa dos grupos de microcalcificaciones pleomórficas, asociado a opacidades de aspecto nodular, la mayor de ellas de localización subdérmica.



Figura 2. Estudio mamográfico con foco en axila izquierda observándose adenopatía con múltiples microcalcificaciones pleomórficas. Otra adenopatía adyacente con engrosamiento cortical.

múltiples microcalcificaciones pleomórficas en su interior (ver Figuras 3 y 4).

Los hallazgos radiológicos son altamente sospechosos de proceso neoplasia indicándose biopsia *trucut* con guía ecográfica de la lesión mamaria y de la adenopatía axilar (ver Figura 5).

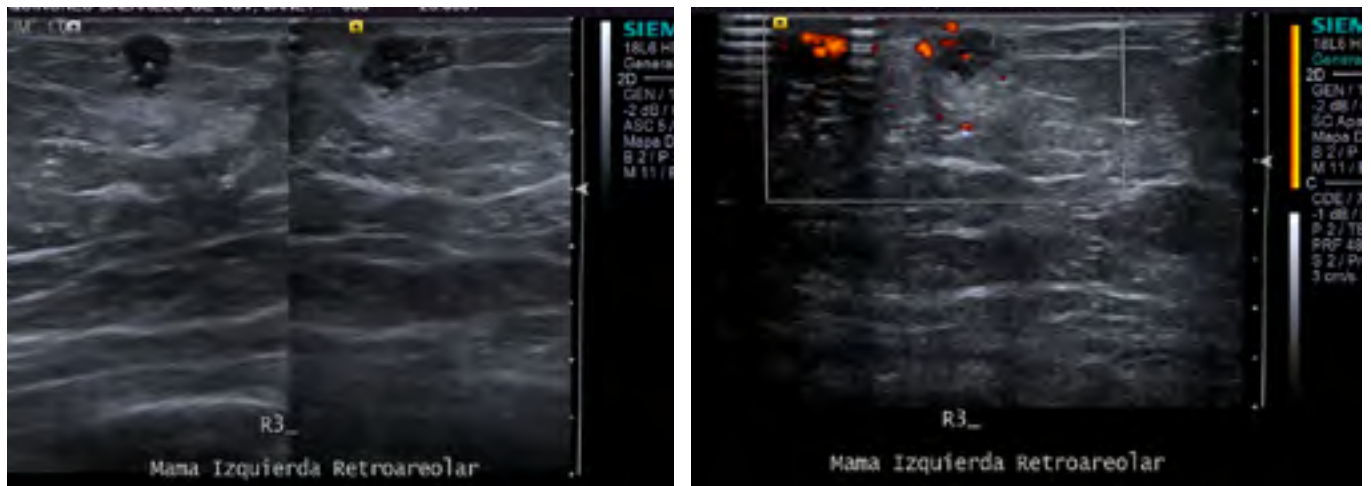


Figura 3. Estudio ecográfico. Nódulo subdérmico marcadamente hipocogénico, de bordes irregulares, con microcalcificaciones. Se observa flujo vascular.

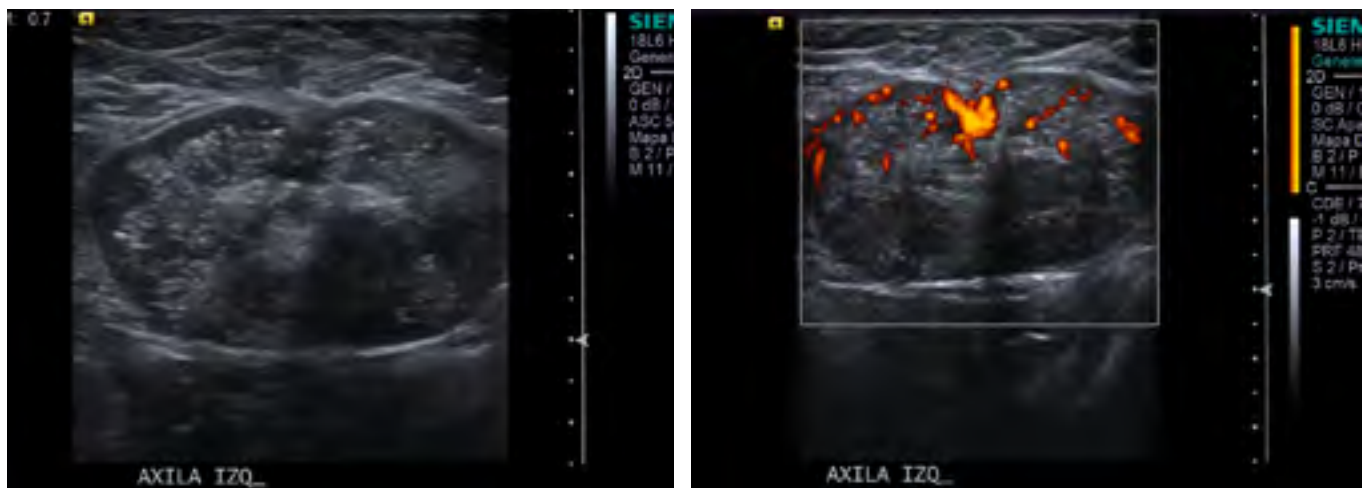


Figura 4. Adenopatía axilar de 60 mm con múltiples microcalcificaciones y significativo flujo vascular al *powerdoppler*.

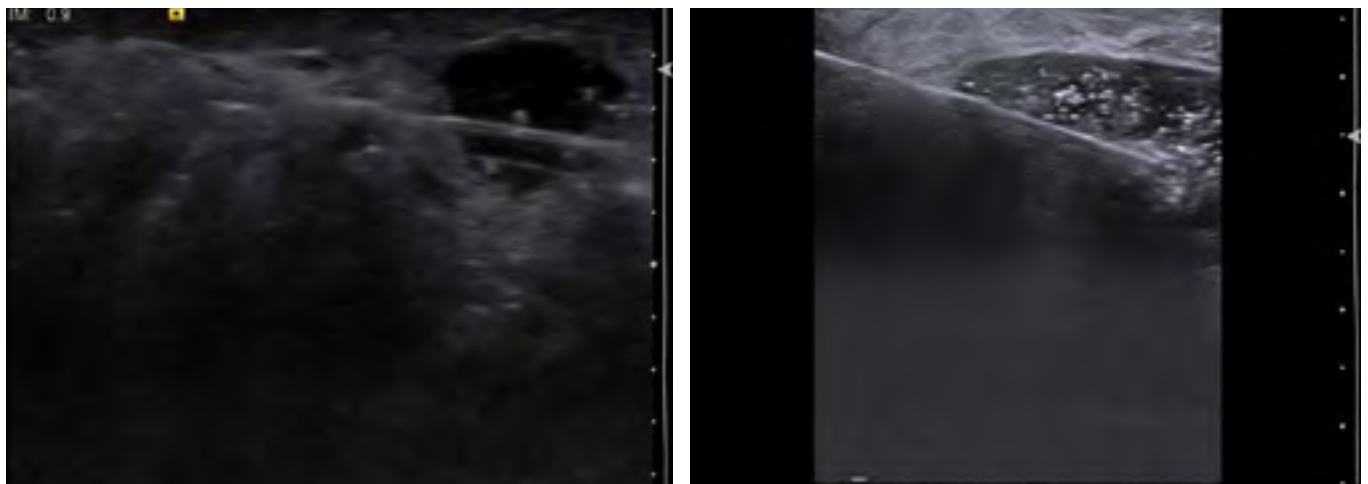


Figura 5. Biopsia *tru cut* bajo guía ecográfica de nódulo en mama y adenopatía axilar izquierda.

El diagnóstico anatomopatológico determinó un carcinoma micropapilar invasivo, con grado nuclear alto y presencia de invasión vascular. El estudio de inmunohistoquímica informa receptores de estrógeno (RE) y de progesterona (RP) en un 90 % y 50 %, respectivamente. Se expone este caso por ser una patología infrecuente y con una presentación clínico-radiológica súbita. Se realiza una revisión actualizada con enfoque radiológico.

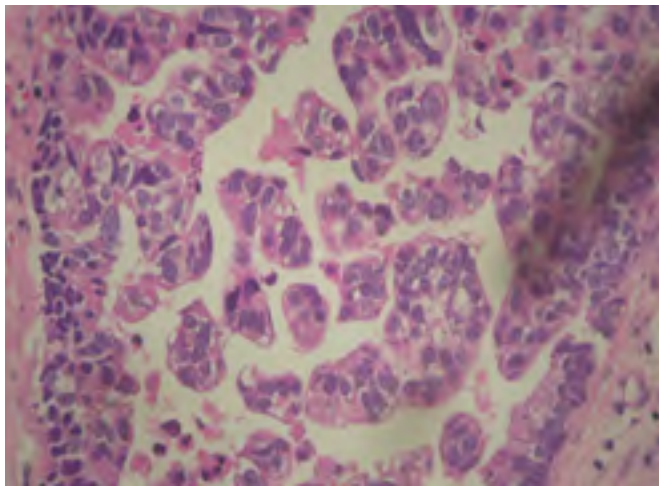


Figura 6. Estudio anatomopatológico con diagnóstico de carcinoma micropapilar invasivo.

DISCUSIÓN

El carcinoma ductal infiltrante de la mama es una patología heterogénea, conformada por una serie de subtipos histológicos infrecuentes, cada uno con diferente presentación clínica y diferente pronóstico². Entre estos subtipos se encuentra el carcinoma micropapilar invasivo (CMI), con una frecuencia del 0,7 % a 3 % de los cánceres de mama³. Fue descrito por primera vez en 1993 por Siriaunkgul y Tavassoli¹, y en el 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera en la clasificación del cáncer de mama.

Yerushalmi y col.⁴ lo cataloga de peor pronóstico, con tendencia a la invasión vascular linfática y a la metástasis ganglionar. En la mayoría de los casos, la presentación histológica es mixta. Se ha encontrado carcinoma ductal *in situ* (CDIS) entre el 78 - 93% de los casos^{3,5,6} de

tipo cribiforme, sólido o micropapilar. El CMI puro es una variante extremadamente rara⁷. Se debe diferenciar del carcinoma papilar invasivo por sus características clínicas e histológicas². El CMI se caracteriza por nidos sólidos o tubulares de células (pseudopapilas), rodeado de espacios «claros» (ver Figura 1).

La edad promedio de presentación es de 55 años⁷. Es una patología que se detecta en estadios avanzados, de mal pronóstico, tiene alta recurrencia local y metástasis a distancia⁸. El hallazgo clínico de tumor palpable es el más frecuente. Adrada y col.³ determinó esta característica en el 61% de los casos, asociándose en algunos casos a eritema, retracción de la piel y del complejo areola pezón. Similar porcentaje (65 %) fue reportado por Se Un Yun y col.¹⁰

Las características por imagen son variables pero típicamente malignas, desde microcalcificaciones en aproximadamente el 45 % de los casos, hasta una tumoración espiculada o de márgenes microlobulados. Adrada y col.³ evidenciaron entre las características mamográficas predominantes: una masa de alta densidad, de márgenes espiculados o microlobulados no asociada a microcalcificaciones, (y en otros casos sí) por lo general, pleomórficas y agrupadas, como es el caso presentado. Estas características también fueron descritas antes por Günhan-Bilgen y col.⁷ y Sun Jung Rhee y col.⁸, describiendo además masas de morfología redonda u ovoide, y microcalcificaciones amorfas y punctatas, respectivamente.

El rango del tamaño tumoral oscila entre 1 y 5 cm. En menor frecuencia se observó solo microcalcificaciones, asimetrías y distorsión de arquitectura glandular e inclusive masas de bordes bien definidos^{3,7}. La ecografía detecta masas marcadamente hipocogénicas⁸ con características sospechosas de malignidad, similar a nuestra paciente, de ecotextura homogénea, que deja sombra acústica posterior y otras lesiones muestran refuerzo acústico normal⁷.

En pocos casos, la mamografía o ecografía no muestran hallazgos significativos^{3,7}. Adrada y col.³ y Hyo Soon Lim y col.⁵ evidenciaron – en la resonancia magnética (RM)– tumoraciones irregulares o espiculadas, así como lesiones con realce de tipo no masa, todas ellas con curva de realce tipo II o III. Similares hallazgos reportó Sun Jung Rhee y col.⁸ Lamentablemente estas características no se pudieron corroborar en el presente caso.

El CMI tiende a ser una enfermedad multifocal y multicéntrica. Walsh y Bleiweiss⁶ y Sun Jung Rhee y col.⁸, evidenciaron similar porcentaje de casos con múltiples lesiones (31 %). Hyo Soon Lim y col.⁵ reportaron esta característica en el 21 % casos estudiados, sugiriendo que la RM es el método adecuado para determinar la verdadera extensión de la enfermedad, cambiando el tratamiento quirúrgico.

El compromiso vascular linfático y la metástasis ganglionar, son característicos en esta patología, ya que este tipo de carcinoma es altamente linfotrópico^{3,4,7,9}. Se ha encontrado compromiso ganglionar en el 66 % a 90 % de los casos^{10,11}. Günhan-Bilgen y col. evidenciaron adenopatías axilares en el 42,9 % de los casos⁷, Sun Jung Rhee y col.⁸, en el 78 % de los casos, y Adrada y col.³ observaron invasión vascular linfática en el 55 % de los casos, de los cuales, el 65 % tuvo metástasis ganglionar.

Günhan-Bilgen y col.⁷ consideraron que si bien el CMI no presenta características radiológicas específicas, las imágenes ayudan en el diagnóstico diferencial de otras entidades que histológicamente pueden confundir. El carcinoma papilar invasivo, el carcinoma coloide y las metástasis (adenocarcinoma seroso papilar del ovario, variante micropapilar del carcinoma de células transicionales de vejiga), son entidades a descartar^{7,12}, ya que la presentación radiológica en estos casos es de una masa de bordes bien definidos, o bajo la forma de un quiste complejo en el caso del carcinoma papilar.

El estudio de inmunohistoquímica revela alta expresión del receptor de estrógeno (80 % a 90 %) y progesterona (60 % a 70 %)^{3,8,9}, y entre el 30 % y 55 %, tienen HER 2 positivo^{3,4,8,9}. La probabilidad de metástasis ganglionar no está relacionada con el tamaño ni la extensión de la lesión⁶, como en el caso presentado, en que a pesar de ser una lesión pequeña con microcalcificaciones, se asocia a compromiso ganglionar significativo.

Guo X y col.¹³ determinaron que la metástasis ganglionar linfática tiene relación con las características patológicas (grado histológico, densidad vascular linfática y la infiltración linfocítica). Este caso no es ajeno a la presentación radiológica altamente sospechosa de malignidad, sin embargo, la aparición rápida y significativa del compromiso ganglionar hace de esta entidad una patología que debe considerarse entre nuestras posibilidades diagnósticas.

El CMI es un tipo histológico del carcinoma ductal infiltrante, es raro, agresivo, con mal pronóstico y alta frecuencia de metástasis. Esta patología no presenta características radiológicas que nos orienten a su sospecha diagnóstica, sin embargo, su alta incidencia de compromiso vascular linfático y la metástasis ganglionar, nos debe concientizar para realizar un diagnóstico oportuno. Es característica su representación histológica, pero algunas entidades como el carcinoma papilar, coloide o las metástasis de otros órganos, pueden confundir en el diagnóstico, siendo de ayuda los hallazgos radiológicos para diferenciarlos cada uno.

AYUDAS O FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Ninguna.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos de interés respecto al presente manuscrito.

REFERENCIAS

1. Siriaunkgul S, Tavassoli FA. Invasive micropapillary carcinoma of the breast. *Mod Pathol*. 1993;6:660-2.
2. Pal SK, Lau SK, Kruper L, Nwoye U, Garberoglio C, Gupta RK. Papillary carcinoma of the breast: an overview. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;122(3):637-45.
3. Adrada B, Arribas E, Gilcrease M, Yang WT. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: mammographic, sonographic, and MRI features. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;193(1):W58-63.
4. Yerushalmi R, Hayes MM, Gelmon KA. Breast carcinoma-rare types: review of the literature. *Ann Oncol*. 2009;20:1763-70.
5. Lim HS, Kuzmiak CM, Jeong SI, Choi YR, Kim JW, Lee JS, Park MH. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: mr imaging findings. *Korean J Radiol*. 2013;14(4):551-8.
6. Walsh MM, Bleiweiss IJ. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: eighty cases of an underrecognized entity. *Hum Pathol*. 2001;32:583-589.
7. Günhan-Bilgen I, Zekioglu O, Ustün EE, Memis A, Erhan Y. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: clinical, mammographic, and sonographic findings with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;179:927-93.
8. Rhee SJ, Han BK, Ko EY, Shin JH. Invasive Micropapillary carcinoma of the breast: mammographic, sonographic and MR imaging findings. *J Korean Soc Magn Reson Med*. 2012;16(3):205-16.
9. Yun SU, Choi BB, Shu KS, Kim SM, Seo YD, Lee JS, et al. Imaging findings of invasive micropapillary carcinoma of the breast. *J Breast Cancer*. 2012;15(1):57-64.
10. Luna-Moré S, Casquero S, Pérez-Mellado A, Rius F, Weill B, Gornemann I. Importance of estrogen receptors for the behavior of invasive micropapillary carcinoma of the breast. Review of 68 cases with follow-up of 54. *Pathol Res Pract*. 2000;196:35-9.
11. Nassar H, Wallis T, Andea A, Dey J, Adsay V, Visscher D. Clinicopathologic analysis of invasive micropapillary differentiation in breast carcinoma. *Mod Pathol*. 2001;14:836-41.
12. Kaya H, Midi A, Güllüoğlu B, Arıbal E. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: case report. *Marmara Med J*. 2004;17(1):39-41.
13. Guo X, Chen L, Lang R, Fan Y, Zhang X, Fu L. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: association of pathologic features with lymph node metastasis. *Am J Clin Pathol*. 2006;126:740-6.

Correspondencia:

Liliana Maribel Bustamante Rodas
Clínica Internacional
Av. Guardia Civil 385 San Borja. Lima, Perú.
Tel: (51) 964580156
E-mail: dra.bustamanter_81@yahoo.es