

A. Parajó Calvo,  
C. Sogo Manzano,  
L. Valbuena Ruvira\*,  
B. Acea Nebril,  
R. Gayoso García,  
A. Gulías Piñeiro,  
L. Taboada Filgueira,  
D. Gómez Rodríguez

## Cáncer medular de mama

### SUMMARY

*The number of medullary carcinomas of the breast varies in different statistics, fundamentally depending on the criteria of the diagnosis. We revised 500 cases of operated breast cancer in the Department of Surgery from 1976 to 1990. Of all these patients, only 6 were diagnosed of medullary carcinoma following the histologically criteria proposed by Ridolfi et al. In all the cases, we revised the clinical histories and the histopathologic preparations. The ages ranged from 36 to 53 years, mean =  $46,6 \pm 5,64$ . The clinical follow-up varied from 8 to 110 months. In this series, the medullary carcinoma represent 1.2% of the mammary cancers, percentage that seems low in comparison to other authors. We point out the existence of 2 tumors in the same patient with an interval of 6 years and the favorable evolution in 5 of our cases, as well as the presence of axillary involvement in only one patient (1 lymph node). All of these data support the idea of the good prognosis in the medullary carcinoma when the diagnosis is restricted to typical cases. Only one patient developed metastatic disease and was the largest tumor in our group.*

Servicio de Cirugía General  
y del Aparato Digestivo A.  
\* Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Juan Canalejo.  
La Coruña.

Correspondencia:  
Alberto Parajó Calvo.  
Santo Domingo, 2, 1.º B.  
15001 La Coruña.

*Palabras clave*

*Cáncer de mama, Carcinoma medular, Mamografía.*

*Key words*

*Breast neoplasms, Medullary carcinoma, Mammography.*

### INTRODUCCION

El carcinoma medular de mama es un tumor poco frecuente y este hecho, unido a su buena delimitación macroscópica, que puede simular una tumoración benigna en la mamografía, hace que pueda ser mal diagnosticado clínicamente. Desde el punto de vista anatomopatológico existe una cierta controversia en cuanto al diagnóstico, pues si este tipo tumoral tiene mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante, es cuando se emplean estrictamente los criterios diagnósticos propuestos por Ridolfi et al.<sup>1,2</sup> En este tumor se produce la asociación paradójica entre un pronóstico más favorable y un aspecto indiferenciado y ominoso de las células tumorales.

### MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 6 pacientes diagnosticadas de carcinoma medular entre 500 casos de cáncer de mama

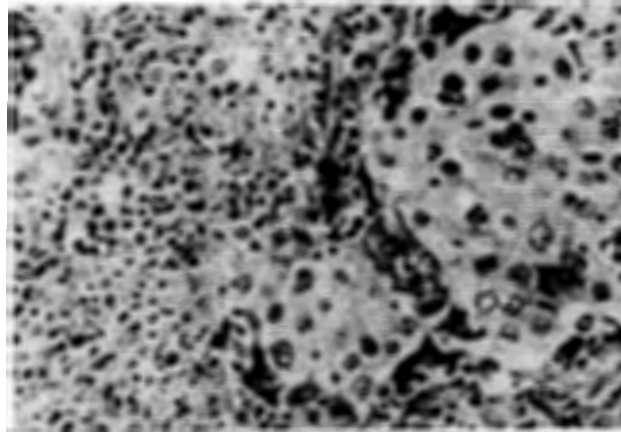
operados en el Departamento de Cirugía durante el período 1976-1990, siguiendo los criterios propuestos por Ridolfi et al. (tabla I). Se han examinado las historias clínicas y las preparaciones histopatológicas, estudiándose la incidencia, la edad, el tamaño tumoral, los hallazgos mamográficos, la afectación axilar, el tratamiento quirúrgico practicado y la evolución en todos los casos.

### RESULTADOS

En esta serie el carcinoma medular supone un 1,2% de todas las pacientes con cáncer de mama. La edad osciló entre 36 y 53 años (media = 46,6 años  $\pm$  5,64 (tabla II). Una mujer de 46 años presentó un carcinoma medular en región retroareolar derecha de 7 cm de diámetro máximo y, tras mastectomía radical modificada (MRM), tuvo 6 años después un tumor de 4 cm e igual tipo histopatológico en la mama contrala-



**Fig. 1.** Se aprecia la buena circunscripción microscópica del tumor (flechas), rodeado por el parénquima mamario, donde se ve un conducto dilatado (asterisco) (HE 40x).



**Fig. 2.** Se reconocen grupos sólidos de células tumorales conformando un patrón sincitial, con irregularidades nucleares y mitosis. Se observa un denso infiltrado linfocitario (HE 400x).

teral, practicándose MRM. En ambos casos no hubo afectación axilar. En la última revisión, 110 meses después del primer tumor, estaba asintomática.

El tamaño tumoral varió entre 0,8 y 10 cm, con una media de 4,9 cm de diámetro. El vaciamiento axilar en los 7 cánceres sumó 109 ganglios (media = 15,5), detectándose sólo 1 caso de axila afectada (14,3%), y sólo en 1 ganglio. Respecto al tratamiento quirúrgico se practicó MRM tipo Madden en 4 casos (57,1%), tipo Patey en 1, mastectomía radical a lo Halsted en otro y cuadrantectomía y linfadenectomía axilar en el restante (14,3%, respectivamente). En el estadio postquirúrgico se clasificaron 2 casos en estadio I (28,5%), 1 en estadio IIA (14,3%) y 4 en IIB (57,1%). Ocurrió recidiva supraclavicular 22 meses después de la cirugía (Halsted) en una paciente de 50 años, con un tumor de 10 cm de diámetro máximo y en la que no había metástasis axilares. Fue el único exitus, con una supervivencia de 35 meses. En los demás casos, con un seguimiento entre 8 y 110 meses (media =  $39,8 \pm 38,0$ ), no se detectaron recidiva local ni metástasis a distancia.

## DISCUSION

El carcinoma medular de mama, originariamente descrito por Moore y Foote en 1949,<sup>3</sup> es un tumor poco frecuente, aunque existe una amplia variación en las estadísticas, entre un 2,2<sup>4</sup> y 7%.<sup>5</sup> Esta disparidad en la incidencia del tumor tiene mucho que ver, como

apuntan Ridolfi et al.<sup>1</sup> y Azzopardi,<sup>2</sup> con el rigor con que se emplean los criterios diagnósticos, incluyendo así mayor o menor número de pacientes en el grupo. Nosotros, siguiendo estos criterios (tabla I), obtenemos un porcentaje de 1,2%, que consideramos reducido respecto a las cifras de otros autores. En todos nuestros casos se pudo observar en el estudio histológico una buena delimitación de los tumores (fig. 1), con un aspecto de crecimiento sincitial de las células neoplásicas y marcado infiltrado linfoide (fig. 2). El interés de considerar al carcinoma medular como una entidad clinicopatológica definida no es sólo una cuestión académica, dadas la trascendencia y la influencia que tiene tanto sobre el tratamiento como sobre el pronóstico. Las cifras de supervivencia más altas se asocian con aquellos casos a los que se han exigido los criterios histopatológicos estrictos.<sup>1, 2, 6, 7</sup> Se ha alertado sobre la posibilidad de sobrediagnósticos, habiéndose reclasificado en un estudio más de la mitad de los casos que previamente habían sido diagnosticados como carcinoma medular.<sup>8</sup> Pedersen et al. indican que los criterios propuestos por Ridolfi et al. necesitan simplificarse y pulirse para reducir la significativa variabilidad inter e intraobservador detectada en su trabajo.<sup>9</sup> Clínicamente el carcinoma medular se presenta como una masa mamaria de tamaño variable, en nuestros pacientes de 4,9 cm de media de diámetro, la cual puede tener aspecto benigno tanto desde el punto de vista mamográfico como ultrasonográfico, planteando el diagnóstico diferencial



**Fig. 3.** Mamografía (caso 1). Nódulo en CSE izquierdo bien delimitado, con umbilicaciones y signo del cometa.

con el fibroadenoma.<sup>10</sup> En la mamografía puede aparecer como una masa oval o redondeada, no calcificada, con grados variables de lobulación marginal. A veces se observa el signo del cometa como en uno de nuestros casos (fig. 3). La citología por punción aspiración con aguja fina (PAAF) puede permitir el diagnóstico, aunque se ha señalado que en el carcinoma medular estaría limitada por las características celulares e histológicas del tumor.<sup>11</sup> El tratamiento del carcinoma medular ha seguido una evolución paralela al cáncer de mama en general, habiéndose practicado cirugía radical y radical modificada hasta la progresiva introducción de las técnicas conservadoras. En nuestros casos se había realizado mastectomía radical tipo Halsted en 1 caso (14,3%) y radical modificada (Madden y Patey) en 5 (71,4%), con una paciente tratada con cuadractomía y vaciamiento axilar seguida de radioterapia. Los procedimientos conservadores parecen cada vez más indicados para el control locorregional, sobre todo considerando la delimitación y el buen pronóstico de este tumor.<sup>12</sup> La supervivencia varía según los distintos autores entre 69<sup>5</sup> y 82,7%<sup>3</sup> a los 5 años y entre 68<sup>5</sup> y 84%<sup>1</sup> a los 10 años. En nuestros casos, con seguimiento entre 8 y 110 meses (media = 39,5 ± 34,3), sólo hemos tenido un exitus 35 meses tras la cirugía y se trataba del tumor de mayor diámetro (10 cm). En ninguno de los restantes hubo metástasis. Es destacable la escasez de metástasis axilares, con sólo 1 ganglio en una de nuestras pacientes, entre un total de 109 aislados en todas las intervenciones. Todos estos datos apoyan la idea del buen pronóstico del carcinoma medular cuando se restringe su diagnóstico a casos típicos.

## RESUMEN

El número de carcinomas medulares de mama varía en las distintas estadísticas, dependiendo fundamentalmente de los criterios empleados en el diagnóstico. Hemos revisado 500 casos de cáncer de mama operados en el Departamento de Cirugía entre los años 1976 y 1990. De todas ellas, sólo 6 pacientes han sido diagnosticadas de carcinoma medular, siguiendo los criterios histológicos propuestos por Ridolfi et al. En todos los casos se han revisado las historias clínicas y las preparaciones histopatológicas. La edad de las pacientes osciló entre 36 y 53 años, con una media de 46,6 (± 5,64). El seguimiento clínico varió según los casos desde 8 a 110 meses. En esta serie el carcinoma medular supone un 1,2% de todos los cánceres mamarios, porcentaje que parece muy reducido en relación con otros autores. Destacamos la existencia de 2 tumores en una misma paciente con 6 años de intervalo y la buena evolución de 5 de nuestros casos, así como la existencia de metástasis axilares en sólo 1 paciente (1 ganglio). Todos estos datos apoyan la idea del buen pronóstico del carcinoma medular cuando se restringe su diagnóstico a casos típicos. Solamente una paciente desarrolló enfermedad metastásica y se trataba del tumor de mayor diámetro del grupo.

## REFERENCIAS

1. Ridolfi RL, Rosen PP, Port A, Kinne D, Mike V. Medullary carcinoma of the breast. A clinico-pathologic study with 10 year follow-up. *Cancer* 1977; 40: 1365-1385.
2. Azzopardi JC. Problems in breast pathology. WB Saunders Company, Philadelphia 1979; 11: 286-293.
3. Moore OS, Foote FW. The relatively favorable prognosis of medullary carcinoma of the breast. *Cancer* 1949; 2: 635-642.
4. Puzzo L, Lanzafame S. Medullary carcinoma of the breast. Co-expression of keratin intermediate filaments and protein S-100 in tumor cells. *Pathologica* 1989; 81: 433-439.
5. Richardson WW. Medullary carcinoma of the breast. *Brit J Cancer* 1956; 10: 415-423.
6. Rapin V, Contesso G, Mouriesse H et al. Medullary breast carcinoma. A reevaluation of 95 cases of breast cancer with inflammatory stroma. *Cancer* 1988; 61: 2503-2510.
7. Martí M, Cortés M, Bombi J, Novell F, Prats M, Cardeasa A. Carcinoma medular de mama. Análisis de 27 casos. *Rev Senología y Patol Mam* 1988; 1: 164-168.
8. Rubens JR, Lewandowski KB, Kopans DB, Koerner FC, Hall DA, McCarthy KA. Medullary carcinoma of the breast. Overdiagnosis of a prognostically favorable neoplasm. *Arch Surg* 1990; 125: 601-604.

9. Pedersen L, Holck S, Schidt T, Zedeler K, Mouridsen HT. Inter- and intra observer variability in the histopathological diagnosis of medullary carcinoma of the breast, and its prognostic implications. *Breast Cancer Res Treat* 1989; 14: 91-99.
10. Meyer JE, Amin E, Lindfors KK, Lipman JC, Stomper PC, Genest D. Medullary carcinoma of the breast: mammographic and us appearance. *Radiology* 1989; 170: 79-82.
11. Lamb J, Anderson TJ. Influence of cancer histology on the success of fine needle aspiration of the breast. *J Clin Pathol* 1989; 42: 733-735.
12. Kurtz JM, Jacquemier J, Torhorst J et al. Conservation therapy for breast cancers other than infiltrating ductal carcinoma. *Cancer* 1989; 63: 1630-1635.
13. McDivitt RW, Stewart FW, Berg JW. Tumors of the breast. *Atlas of Tumor Pathology. Second series, fascicle 2.* Armed Forces Institute of Pathology. Washington, 1968.