

J. M. Pérez-Aznar,
P. Quevedo
M. Manero,
E. García-Laborda,

Carcinoma papilar intraquístico en una mama supernumeraria

Intracystic papillary carcinoma in a supernumerary breast

SUMMARY

We report a case of intracystic papillary carcinoma (IPC) in accessory tissue along the «milk line» just below the normal right breast IPC is the least common type of all breast carcinomas.

Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid.

Palabras clave

Carcinoma papilar intraquístico, Tejido mamario ectópico.

Correspondencia:
Paloma Quevedo Moreno.
Manises, 8, 2.º C.
28224 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Key words

Intracystic papillary carcinoma, Accessory breast tissue.

Presentamos 1 caso de carcinoma papilar intraquístico (CPI) en tejido mamario ectópico localizado a lo largo de la línea inframamaria derecha. El CPI es el tipo de carcinoma de mama menos frecuente. Nuestro caso se diagnosticó en un estudio de rutina.

La mamografía del tejido ectópico mamario demostró un acúmulo de microcalcificaciones heterogéneas que sugerían malignidad y se recomendó biopsia.

El tejido accesorio mamario contiene todos los componentes de la mama normal y por ello puede



Fig. 1. Mama supernumeraria, justo por debajo de la mama derecha.

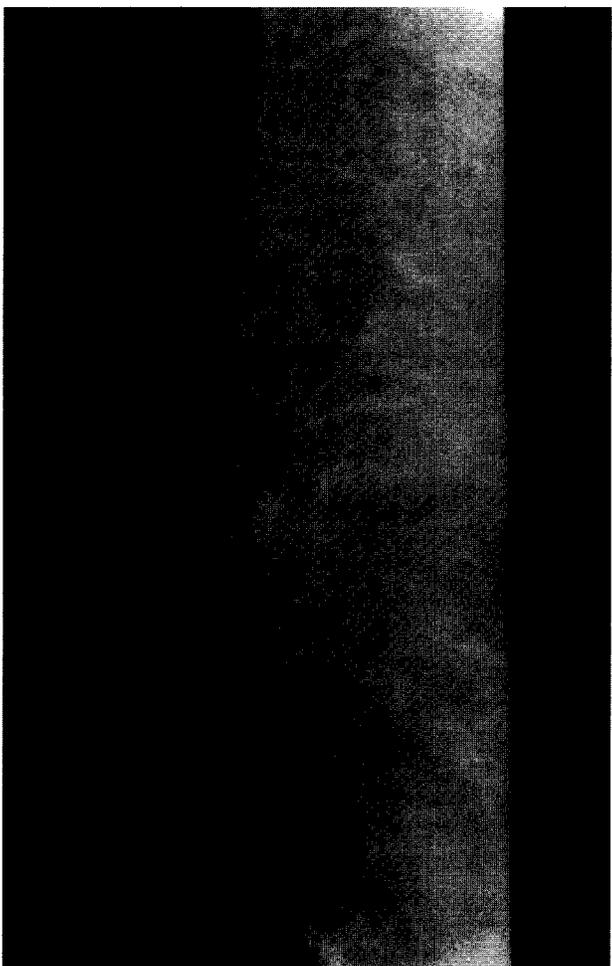


Fig. 2. Mamografía ampliada que muestra un grupo de microcalcificaciones heterogéneas agrupadas que sugieren malignidad.

presentar todos los tipos de carcinoma; el CPI es un tejido infrecuente, su incidencia varía entre 0,5 a 2% y presenta un pronóstico mejor que otros carcinomas de mama.^{1,2,3} Clínicamente este tumor debe sospecharse ante una lesión quística en una mujer postmenopáusica.^{1,3,4}

No hemos encontrado en la literatura revisada ningún caso de CPI diagnosticado en una mama supernumeraria.

CASO

Mujer de 45 años asintomática que acude a realizarse un estudio rutinario. La paciente no tenía histo-



Fig. 3. Mamografía 1 año después que muestra una lesión densa con microcalcificaciones numerosas e irregulares.

ria familiar de cáncer de mama ni antecedentes médicos de interés, con ciclos menstruales normales; en la exploración física se palpaba un nódulo por debajo de la mama derecha en relación con una mama supernumeraria (Fig. 1). La mamografía de la MD mostraba cambios característicos de enfermedad fibroquística. Se realizó una proyección ampliada de la mama supernumeraria que demostró un grupo de microcalcificaciones (Fig. 2) irregulares heterogéneas y agrupadas y se le recomendó a la paciente biopsia ante los hallazgos que sugerían malignidad. La paciente rehusó la biopsia.

Un año después acudió de nuevo a nuestro centro. Esta vez la mamografía del tejido accesorio mamario mostraba un nódulo denso de 1,5 cm con microcalcificaciones (Fig. 3).

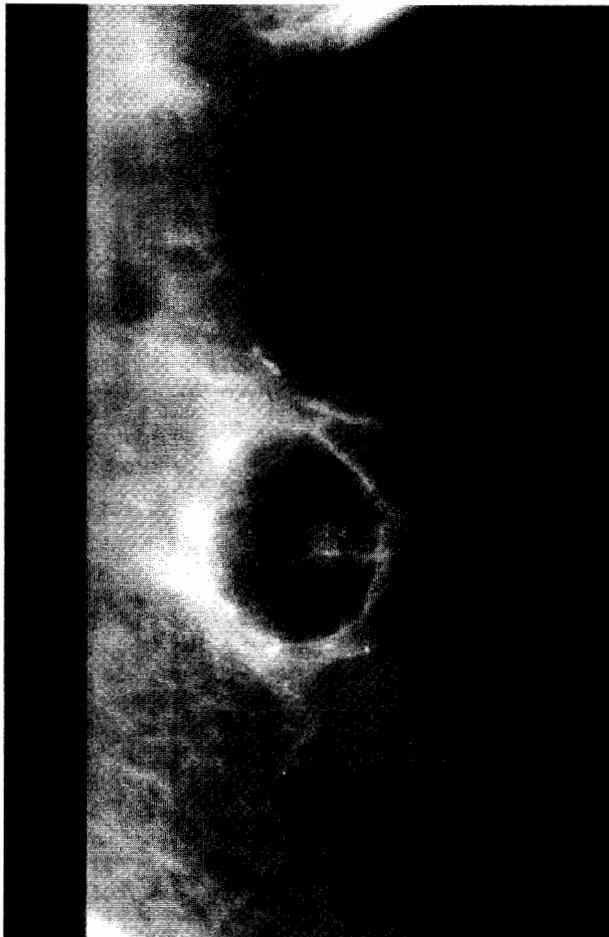


Fig. 4. Neumocistografía que confirma el crecimiento nodular en la pared quística.

Los ultrasonidos demostraban la naturaleza quística del nódulo y una masa sólida en la pared.

La pneumocistografía confirmó un crecimiento nodular en la pared del quiste (Fig. 4). Se realizó punción, obteniéndose un fluido sanguinolento. El estudio citológico mostró atipias celulares (acúmulos de células epiteliales con núcleos hiper cromáticos). El quiste se extirpó quirúrgicamente y el diagnóstico histológico fue de carcinoma papilar intraquístico con escisión del tejido accesorio de la mama.

Un año después se apreció recurrencia local y aumento de tamaño de un ganglio axilar que correspondió a una metástasis.

Fue necesario de nuevo la cirugía, realizándose disección axilar, radioterapia y quimioterapia. Seis años después la paciente permanece asintomática.

DISCUSIÓN

Éste es un caso infrecuente, puesto que combina un tipo inusual de carcinoma, el CPI, que se presenta en tejido ectópico de la mama en una mujer premenopáusica. Debido a estos factores y a su falta de manejo nuestros cirujanos pensaron que era un carcinoma de bajo grado y con tendencia a permanecer localizado. Se extirpó únicamente la lesión y el tejido accesorio del pecho sin examinarse quirúrgicamente la axila (la palpación axilar fue negativa).

Este caso nos aporta 2 cosas. Primero, la importancia de un diagnóstico histológico seguro de este tipo de carcinoma. Es importante que el tumor esté confinado al ducto dilatado quísticamente y que no se presente por dentro (carcinoma intraductal) o por fuera (carcinoma invasivo) de la pared del quiste. La forma pura de CPI tiene buen pronóstico y rara vez metastatiza en los ganglios de la axila o recidiva.^{2,4}

Segundo, la necesidad de analizar los ganglios axilares cuando se descubre un tumor en una mama supernumeraria, a lo largo de la línea mamaria, distal a la mama normal, porque incluso con un crecimiento lento el tumor presenta potencial metastásico.² En nuestro caso, por su localización justo por debajo de la mama normal, puede considerarse que el drenaje linfático es similar al de la mama normal, con tendencia a drenar a la axila desde los cuadrantes inferiores y a la pared abdominal adyacente.

Estas consideraciones deben tenerse en cuenta ante casos similares.

RESUMEN

Presentamos 1 caso de carcinoma papilar intraquístico (CPI) en tejido mamario ectópico localizado a lo largo de la línea inframamaria derecha; el CPI es el tipo más infrecuente de carcinoma de mama.

REFERENCIAS

1. Estabrook A, Asch T, Grump F, et al. Mammographic features of intracystic papillary lesions. *Surg. Obstet* 1990;170:113-6.
2. Ramos CV, Boeshart C, Restrepo GL. Intracystic papillary carcinoma of the male breast. *Arch Pathol Lab Med* 1985;109:858-61.
3. Reuter K, D'Orsi CJ, Reale F. Intracystic carcinoma of the breast: the role of ultrasonography. *Radiology* 1984;153:233-4.
4. Carter D, Orr SL, Merino MJ. Intracystic carcinoma of the breast. After mastectomy, radiotherapy or excisional biopsy alone. *Cancer* 1983;52:14-9.