

CONTENIDO

POSTERS

▶ Abstract

▶ PDF

▶ Comentarios

▶ Título

▶ Resumen

▶ Introducción

▶ Material

▶ Resultados

▶ Discusión

▶ Conclusiones

▶ Referencias

▶ Imágenes

CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO DE MAMA EN UN VARÓN DE 74 AÑOS.*M. A. Torroba Carón, A. Giménez Bascuñana , N. Navarro Martínez, A. Chaves Benito y A. Nieto Olivares.**Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.*

IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 026

Fecha recepción: 25/01/2001

Fecha publicación: 02/04/2001

Evaluación: Ver "Taller de Patología de la Mama"

RESUMEN

Introducción: La presencia de un carcinoma de mama en el varón es muy escasa, siendo los más frecuentes del tipo ductal infiltrante . Es todavía más infrecuente que la variedad del tumor corresponda a un carcinoma papilar. El caso que comunicamos se trata de una variante intraquística de carcinoma papilar, que sin embargo es más frecuente en el varón que en la mujer. El comportamiento de estos tumores es igual tanto en hombres como en mujeres.

Material y métodos: Presentamos un caso de un carcinoma papilar intraquístico de la mama en un varón de 74 años, que acudió a nuestro hospital por un nódulo subareolar derecho. El estudio ecográfico fue de nódulo quístico, al cual se le practicó una P.A.A.F. Esta fue interpretada como probable ginecomastia florida, aconsejándose extirpación de la masa puesto que persistía radiológicamente una masa intraquística tras la extracción del líquido.

Resultados: El examen histológico mostró que la masa intraquística correspondía a un carcinoma papilar no infiltrante, con 100% de receptores estrogénicos y 80% de receptores de progesterona.

Conclusión: Estos tumores representan el 3-5% de los carcinomas de mama en el varón, pese a que son más frecuentes en ellos que en las mujeres. Se deduce de la literatura que ante una masa con componente intraquístico, y de citología dudosa, conviene realizar una biopsia para determinar la naturaleza de la lesión.

Palabras clave: mama | carcinoma papilar | intraquístico | varón



Fig. 1.

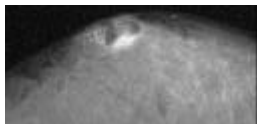


Fig. 2.

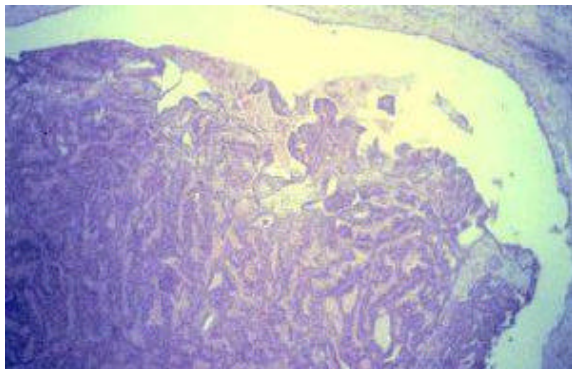


Figura 3

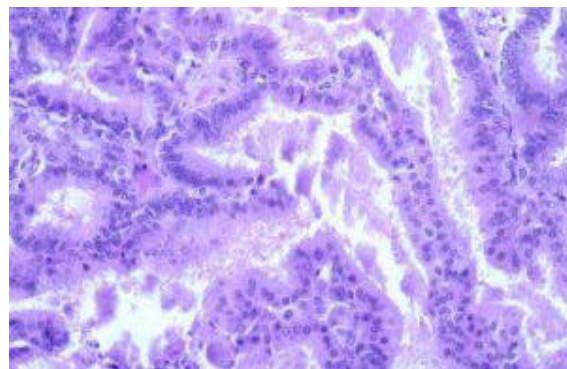


Figura 4

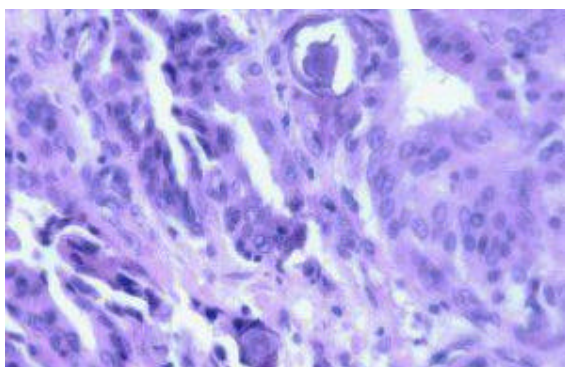


Figura 5

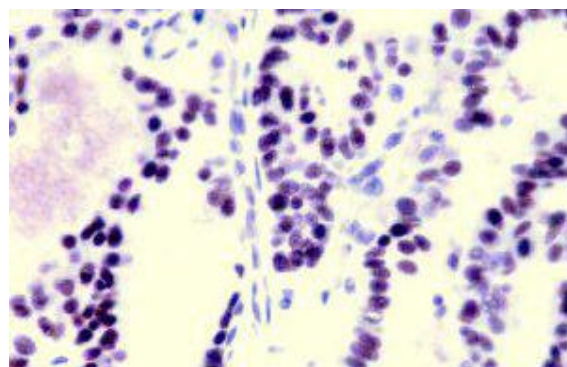


Figura 6

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de mama en el varón ocurre con una frecuencia muy baja, entre un 0,5% y un 2,4% de todos los cánceres de mama (1, 2). De ellos el 85% son carcinomas ductales infiltrantes representando sólo un 3-5% los carcinomas quísticos papilares (3). Estos tumores son más frecuentes en los varones que en las mujeres, debutando la mayoría como tumores intraquísticos no infiltrantes. Estos tumores se caracterizan por tener gran número de receptores estrogénicos, y también un número significativo de receptores de progesterona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 74 años que acudió a nuestro hospital por la existencia de un nódulo subareolar derecho, indoloro, de unos 3cm de diámetro. El estudio ecográfico mostró una masa quística delimitada y bilobulada (Figura 1). Se le realizó una punción aspiración con aguja fina tras la cual persistía una nodulación o masa intramural e intraquística en la neumoquístografía posterior (Figura 2), pese a la evacuación del líquido. El examen citológico del material remitido mostraba, sobre un fondo hemorrágico, placas de células ductales con atipias mínimas a veces de morfología papilar, sin celularidad suelta a excepción de macrófagos y otras células inflamatorias. Se informó de compatible con ginecomastia “florida” y se indicó extirpación por la imagen ecográfica residual y por la citología tan dudosa.

El material que posteriormente se remitió a nuestro Servicio de Anatomía Patológica correspondía a un fragmento nodular de parénquima mamario de 4x3x2.3cm que mostraba a la sección una zona quística hemorrágica con un engrosamiento focal en su pared, nodular, de 0.8cm de diámetro. El material se fijó en formol al 10% y se incluyó en parafina, realizándose posteriormente cortes a 4 micras y tiñéndose con hematoxilina-eosina. Se realizaron también técnicas inmunohistoquímicas

para receptores de estrógenos, de progesterona y para actina y proteína S-100.

RESULTADOS

Histológicamente se veía que la lesión nodular principal correspondía a una proliferación sólido-quística. En vecindad se reconocía la pared hemorrágica del quiste (Figura 3). La tumoración estaba constituida por papilas adosadas entre sí (Figura 4), dejando incluso espacios quísticos con secreción PAS+ y algunas microcalcificaciones (Figura 5), y formación focal de espacios cribiformes. Las células que revestían las papilas eran relativamente monomorfas con amplios citoplasmas eosinófilos y núcleos grandes con nucleolos prominentes y bajo índice mitótico. Las células tenían 100% de receptores estrogénicos (Figura 6) y 80% de receptores de progesterona. Se le realizó la proteína S-100 y actina para determinar células mioepiteliales, no observándose apenas ninguna alrededor de las células que revestían las papilas (lo que apoyó más la naturaleza carcinomatosa de la lesión, más que de un papiloma que era otro diagnóstico diferencial).

DISCUSIÓN

El cáncer de mama en el varón es muy raro, ya que ocurre con una incidencia de un 0,5% a 2,4% de todos los cánceres de mama (1). La mayoría de ellos se presentan como una masa o nódulo subareolar indoloro (2, 3), aunque otros lo hacen con pigmentación areolar, descarga de secreción por el pezón con/sin retracción, eritema o ulceración (1). La edad media al diagnóstico es de aproximadamente 60 años, una década más que en la mujer (2, 3). Sin embargo se ha visto incluso en niños y adultos menores de 30 años (1). En el estudio mamográfico (4, 5) se descubren nódulos bien definidos o masas quísticas, con presencia de microcalcificaciones hasta en un 30% (1). La mama izquierda se afecta más que la derecha y el carcinoma bilateral ocurre en el 1.4% de los casos (2).

En la punción aspiración con aguja fina de estos tumores (4) normalmente se obtiene un líquido hemorrágico o pardo claro, que resulta de frotis muy celulares con una proporción variable de células epiteliales aisladas o agregados, generalmente con características papilares obvias. En algunos estudios queda reflejada la posibilidad de diagnóstico citológico de carcinoma papilar (6), cuando se conjugan los siguientes hallazgos: hiper celularidad, grupos papilares, background hemorrágico, hileras ó “empalizadas” de células columnares altas, atipia celular y calcificación y, sobre todo, la presencia de gránulos eosinófilos citoplasmáticos bipolares. La diferenciación entre carcinoma papilar in situ o infiltrante no puede hacerse por el estudio citológico. Otros autores (7) opinan que es difícil confirmar malignidad en el líquido obtenido en una PAAF.

La imagen macroscópica es igual a la de los tumores encontrados en la mama femenina. La presencia de carcinoma papilar intraquístico es más frecuente que en la mujer; así, el 35% de los carcinomas en el varón son papilares, y sólo el 1% de los que ocurren en mujer lo son (1).

Los criterios macro y microscópicos (4) que se usan para el diagnóstico de carcinoma papilar intraquístico son el reconocimiento de nódulos delimitados y solitarios, que histológicamente queden separados del tejido mamario adyacente por una pared fibrosa y que estén formados en cierta proporción por papilas revestidas por una o más capas de células malignas, dispuestas fundamentalmente en tres patrones: papilar, cribiforme y sólido.

Ante una imagen papilar, y tras hacer diagnóstico diferencial con entidades papilares benignas como el papiloma (1), para lo cual es imprescindible valorar la presencia de células mioepiteliales, hay que pensar en patología maligna y distinguir si se trata de un carcinoma infiltrante o intraductal (4). A su vez y en las formas intraductales hay que ver si se trata de una forma difusa (y sería entonces un carcinoma intraductal variante papilar) o una forma localizada (y sería el carcinoma papilar intraquístico), que es un tumor solitario, evidente macroscópicamente dentro de un conducto dilatado oquistado.

En el carcinoma de mama del varón se constata un alto nivel de receptores estrogénicos, aproximadamente 85%. Sin embargo, el estatus hormonal no tiene el mismo valor pronóstico que en la mujer, probablemente por el bajo nivel de estrógenos circulantes.

CONCLUSIONES

Como conclusión y ante un varón que consulta por una tumoración en mama se ha de sospechar la posibilidad de que se trate de un carcinoma (además de una ginecomastia) a pesar de su baja incidencia, ya que un diagnóstico precoz mejorará su expectativa de vida. Realizaremos las siguientes pruebas: mamografía, ecografía y PAAF, ya que el carcinoma papilar intraquístico tiene características clínicas, radiológicas y patológicas, conjuntamente, muy características. El carcinoma papilar intraquístico generalmente es de bajo grado, con alta positividad de receptores estrogénicos. Es necesario buscar en el tejido mamario de alrededor focos de carcinoma intraductal variante papilar o incluso focos de carcinoma papilar infiltrante, por la alta frecuencia de asociación entre las distintas formas de carcinoma papilar. De la bibliografía (4) tal vez se deduzca la posibilidad de diagnóstico de estos tumores por PAAF; en nuestro caso, y aún a pesar de estructuras papilares, el relativo monomorfismo y la ausencia de atipias nos obligó a ser más cautos y no emitir un diagnóstico de malignidad, apuntando la posibilidad de una ginecomastia “florida” y recomendando la extirpación de la lesión.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

Correspondencia: M. A. Torroba Carón. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España. <mailto:watson1@teleline.es>

REFERENCIAS

1. Rosen PP, Oberman HA. En, Tumors of the Breast. AFIP Atlas of Tumor Pathology, Third Series-Fascicle 7. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, DC 1992.
2. France L, Michie S, Barrett-Lee P, Brain K, Harper P, Gray J. Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. *The Breast* 2000; 9: 343-8.
3. González-García MJ, Dalfó I, Baqué A. Cáncer de mama en el varón. *An Med Interna* 1999; 16: 434-5.
4. Leal C, Costa I, Fonseca D, Lopes P, Bento MJ, Lopes C. Intracystic (Encysted) papillary carcinoma of the breast: a clinical, pathological, and immunohistochemical study. *Hum Pathol* 1998; 29:1097-104.
5. Anan H, Okazi M, Fujimitsu R, Hamada Y, Sakata N, Nanbu M. Intracystic papillary carcinoma in the male breast. A case report. *Acta Radiol* 2000; 41: 227-9.
6. Kumar PV, Talei AR, Malekhusseini SA, Monabati A, Vasei M. Papillary carcinoma of the breast. Cytologic study of nine cases. *Acta Cytologica* 1999; 43: 767-70.
7. Imoto S, Hasebe T. Intracystic papillary carcinoma of the breast in male: case report and review of the japanese literature. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28: 517-20.