

CONTENIDO	POSTERS
▶ Abstract	
▶ PDF	
▶ Comentarios	
▶ Título	CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO DE MAMA . DIAGNOSTICO CITOLÓGICO Y BIÓPSICO.
▶ Resumen	
▶ Introducción	<i>A. Chaves Benito; Amparo Torroba Carón; Alberto Giménez Bascuñana; Nieves Navarro Martínez; Andrés Nieto Olivares; María Martínez Gálvez .</i>
▶ Material	
▶ Resultados	<i>Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.</i>
▶ Discusión	
▶ Conclusiones	IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 065
▶ Referencias	Fecha recepción: 14/02/2001 Fecha publicación: 31/05/2001
▶ Imágenes	Evaluación: Ver "Taller de Patología de la Mama"

RESUMEN

Introducción: Presentamos los signos citológicos e histológicos de un caso de Carcinoma epidermoide primario de la mama : hacemos una revisión bibliográfica del tema, ya que se trata de una entidad poco frecuente y se definen los criterios diagnósticos.

Material y métodos : Se realizó una punción-aspiración con aguja fina de una lesión en intercuadrantes internos de la mama derecha, paraesternal, sin conexión con la piel. Las preparaciones citológicas, se tiñeron con Papanicolau y Hematoxilina-eosina. La exploración clínica, ginecológica y radiografías de pulmón fueron normales . Tras la extirpación de la lesión para estudio intraoperatorio se realizo fijación en formol al 4% y cortes en parafina que se tiñeron con Hematoxilina-eosina. Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica para determinar la expresión de receptores de Estrógeno y Progesterona, utilizando el método de avidina-biotina-peroxidasa y los anticuerpos monoclonales de DAKO, clonas 1D5 e 1A6 respectivamente.

Resultados: El caso que presentamos, es un Carcinoma epidermoide primario de la mama. En nuestro caso el diagnóstico radiológico fue quiste mamario complejo BIRADS -4 . El diagnóstico por punción fue de Carcinoma poco diferenciado , con abundante metaplasia escamosa. El estudio intraoperatorio confirmó el diagnóstico de Carcinoma escamoso, lo que se corroboró con los cortes en parafina. No se observaron zonas de Carcinoma ductal en los múltiples cortes estudiados. La determinación inmunohistoquímica de receptores hormonales Fue negativa. No se demostraron otros tumores primarios distantes ginecológicos, pulmonares, esofágicos ni cutáneos.

Conclusión: Los Carcinomas epidermoides primarios de mama representan una entidad poco frecuente , con una incidencia que oscila entre el 0'06% y el 2% , según las series . Su histogénesis no está clara .La clínica es parecida a otros tumores mamarios, pero radiológicamente es frecuente que se presenten como quistes complejos. Siempre se debe descartar que la tumoración contacte con la piel , que se trate de una metástasis extramamaria y es obligado que histológicamente sea mayoritariamente escamoso (más del 90% del tumor). La supervivencia parece ser similar a la de los Carcinomas ductales convencionales.

Palabras clave: carcinoma epidermoide | escamoso | mama | punción-aspiración

IMÁGENES

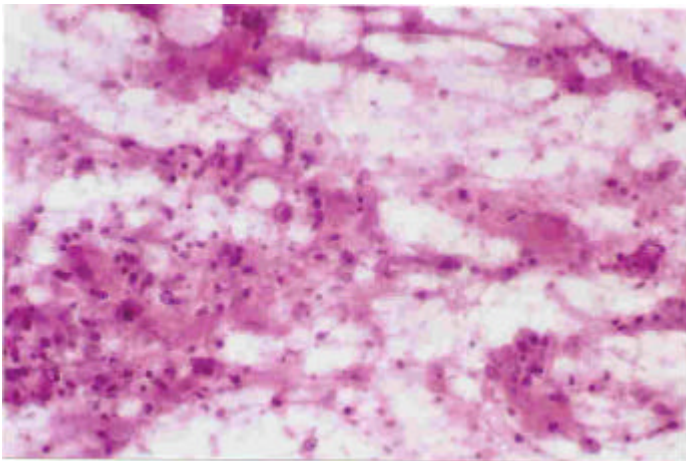


Figura 1

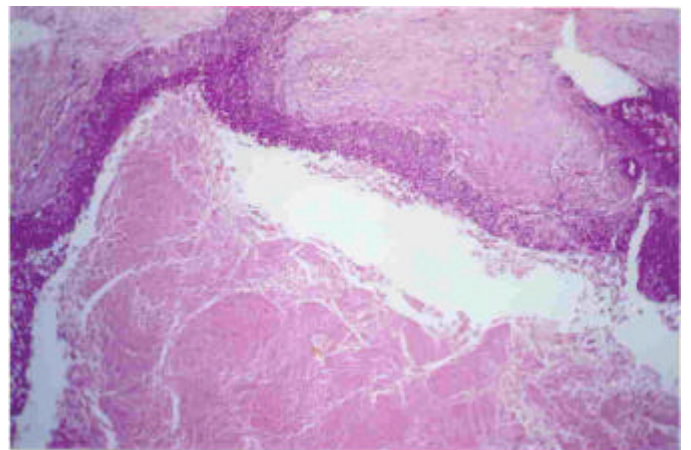


Figura 2

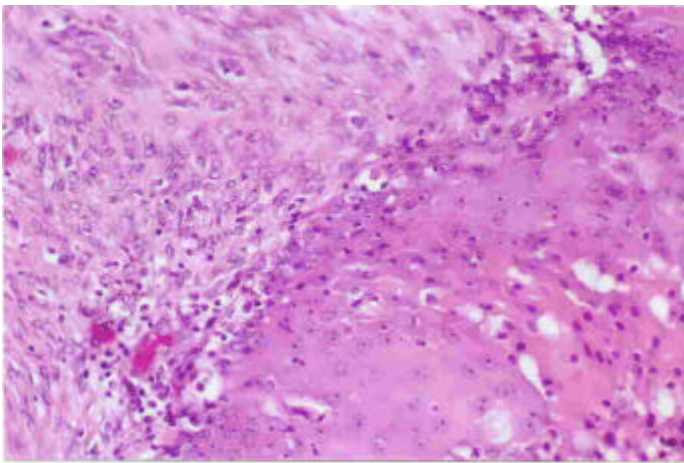


Figura 3

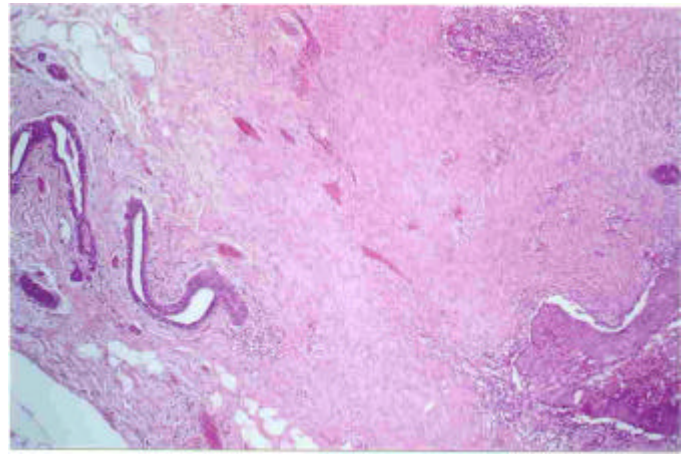


Figura 4

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide primario de mama es una entidad poco frecuente que representa entre un 0'06% un 2% de todos los carcinoma mamarios. Se define como un carcinoma epidermoide puro, que no muestra afectación de la piel suprayacente, en un paciente si ninguna otra neoplasia de estirpe escamosa extramamaria. Presentamos las claves diagnósticas, citológicas y biópsicas a partir de un caso de este tipo de tumor, cuyo origen es supuestamente metaplásico a partir del epitelio ductal mamario.

MATERIAL Y MÉTODOS

La paciente, una mujer de raza caucásica de 64 años, sin antecedentes de interés, acudió a la consulta externa de Cirugía de nuestro Hospital el 1 de diciembre de 2000 porque desde hacía tres meses notó un nódulo de aproximadamente 3 cm en la línea intercuadrántica interna de la mama derecha no doloroso y móvil.

La exploración física general, ginecológica, otorrinolaringológica y radiografías de pulmón y TC toracoabdominal fueron normales. El estudio citológico cervico-vaginal fue normal. No existía engrosamiento cutáneo, retracción del pezón ni adenopatías axilares. Se realizaron mamografías y, a continuación, ecografía con punción aspiración con aguja fina (PAAF), tiñéndose las preparaciones obtenidas con hematoxilina-eosina y Papanicolau. Posteriormente se efectuó una resección quirúrgica con amplios márgenes de la lesión que incluyó estudio intraoperatorio en congelación y posterior fijación en formol al 4% e inclusión en parafina, tiñéndose con hematoxilina- eosina y técnica de Pas. Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica sobre tejido fijado en formol e incluido en parafina con anticuerpos monoclonales

frente a receptores estrogénicos (Dako, clona 1Ds) y progesterona (Dako, clona 1A6) mediante el sistema Avidina-Biotina-Peroxidasa.

RESULTADOS

En el estudio mamográfico se identificó un nódulo redondeado en la línea intercuadrántica interna de mama derecha, de márgenes bien definidos sin calcificaciones.

La ecografía confirmó la presencia de un nódulo de un diámetro máximo de 2.6 cm con una amplia zona quística central de ecoestructura mixta y un componente sólido irregular periférico clasificándose como grado BIRADS 4.

Se practicó una PAAF en el momento del estudio ecográfico obteniéndose abundante material hemático. Parte de dicho material se extendió en cinco portaobjetos para estudio citológico y con el resto se realizó un bloque celular que se procesó como biopsia.

En el estudio citológico (**Figura 1**) el fondo era hemático con abundantes restos necróticos y moderada inflamación aguda, coexistiendo con numerosas células predominantemente sueltas, pero también en pequeños grupos, que mostraban citoplasmas amplios, densos y orangófilos bien definidos, así como núcleos grandes e irregulares con nucleolos únicos o múltiples muy prominentes y ocasional multinucleación. Con estos hallazgos se emitió el diagnóstico de carcinoma poco diferenciado de mama con signos sugestivos de diferenciación escamosa.

El bloque celular producto de la punción mostró grupos cohesivos de células con límites citoplásmicos bien definidos, con ocasionales espinas intercelulares, eosinofilia y disqueratosis citoplásmica focal, marcadas atipias nucleares y frecuentes mitosis. Con estos hallazgos se emitió el diagnóstico de Carcinoma epidermoide de mama y recomendamos descartar, clínicamente, que se tratase de una metástasis de otro tumor escamoso primario en otra localización.

Dado que las pruebas clínicas, ginecológicas, otorrinolaringológicas y radiológicas (radiografías y TC toracoabdominal) fueron normales, la lesión se catalogó clínicamente como un tumor primario de mama.

La paciente fue sometida a la extirpación quirúrgica de la lesión con amplios márgenes realizándose un estudio intraoperatorio, mediante improntas citológicas y cortes en congelación, confirmándose el diagnóstico de carcinoma epidermoide que se encontraba a 1.5 cm del borde más cercano. La pieza tenía unos diámetros máximos de 13 x 7 x 3 cm y en su centro contenía una lesión quística de contenido pardo hemorrágico y una pared blanquecina, engrosada y firme de un espesor máximo de 1 cm y superficie interna irregular. Los diámetros máximos de esta lesión eran de 2.5 x 2.3 x 1.8 cm. El

tejido mamario restante era predominantemente adiposo, con aisladas zonas alargadas, grisáceas de consistencia blanda. Se incluyó toda la lesión, tejido mamario periférico y múltiples cortes de los bordes quirúrgicos marcados con tinta china.

El estudio histológico mostró una neoformación epitelial en las paredes del quiste (**Figura 2**) compuesta por células de núcleos únicos o múltiples, grandes e irregulares, con nucleolos prominentes, citoplasmas amplios y densos, frecuente disqueratosis y ocasional formación de globos córneos que se articulaban mediante espinas intercelulares (**Figura 3**). Existía un moderado número de mitosis. La tumoración tenía un borde bien definido y estaba rodeada por tejido fibroso maduro moderadamente celular. No se demostró infiltración del estroma circundante por la tumoración. Con técnica de Pas no se observó mucosecreción citoplásmica. No se identificó componente intraductal en los conductos periféricos ni en el resto de la mama (**Figura 4**). La tumoración se encontraba alejada de la epidermis y no mostraba ningún contacto con ella. El borde quirúrgico más cercano se encontraba a 1.3 cm. El resto del tejido mamario era predominantemente atrófico, observándose dos conductos con hiperplasia ductal sin atipias foco de adenosis esclerosante. No se detectó positividad nuclear en las células tumorales con las determinaciones inmunohistoquímicas de receptores estrogénicos y progesterona.

Tras estudios de la lesión se informó como Carcinoma epidermoide bien diferenciado de mama con marcada degeneración quística central, sin evidencia de infiltración estromal.

Después de la extirpación quirúrgica se le administró radioterapia adyuvante, encontrándose la paciente en el momento actual con buen estado general y sin evidencia de recaídas o metástasis.

DISCUSIÓN

El carcinoma escamoso primario de mama es una entidad poco frecuente. Su incidencia en las diferentes series está entre el 0.06 y el 2% (1). Para que estas lesiones sean catalogadas como primarias de mama, deben excluirse un origen cutáneo en la piel suprayacente y un origen metastásico a partir de otro tumor primario (2), que se suele localizar en primer lugar en el cervix uterino, pero que también puede ser primario de la piel, pulmón y esófago.

La histogénesis no está claramente definida, pero la hipótesis más defendida es que se trata de lesiones originadas mediante una transformación metaplásica maligna del epitelio ductal mamario (1) por lo que se considera una variante del carcinoma metaplásico (4, 5).

El examen radiológico de estas lesiones puede hacer sospechar la existencia de una tumoración escamosa maligna, en nódulos quísticos de ecoestructura mixta y paredes engrosadas e irregulares. Sin embargo, en los tumores sólidos

la imagen mamográfica y ecográfica es superponible a un carcinoma ductal de mama (2).

Con el estudio citológico se puede sugerir el diagnóstico de carcinoma epidermoide, si bien no es posible excluir con esta técnica la posibilidad de una metaplasia escamosa focal en un carcinoma ductal de la mama convencional (3).

El estudio histológico es el que proporciona el diagnóstico definitivo al demostrar un predominio de diferenciación escamosa en más del 90% del tumor con ausencia o tan sólo presencia focal de carcinoma ductal de mama convencional (1, 3-5). Los receptores estrogénicos y de progesterona son siempre negativos.

La edad de presentación es similar a la de otros carcinomas mamarios (entre 53 y 62 años), predominando en mujeres postmenopáusicas.

Los diagnósticos diferenciales, una vez excluido el carcinoma epidermoide metastásico, son: el carcinoma mixto con áreas de ductal convencional, el carcinosarcoma en el que coexisten áreas escamosas con otras sarcomatosas, el carcinoma adenoescamoso, que muestra mucosecreción al menos focal, el tumor phyllodes con metaplasia escamosa extensa y el adenoma siringomatoso del pezón con nidos escamosos (1, 5).

El pronóstico de este tipo de tumores no está aún bien establecido. Algunos autores sugieren que la edad inferior a 40 años, los tumores con un tamaño mayor de 3 cm y la presencia de metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico tienen mayor tendencia a las recidivas locales y a la diseminación sistémica (1). En los trabajos publicados la supervivencia a los cinco años se encuentra entre el 50 y el 60% (4, 5). El grado de diferenciación tumoral no parece tener influencia en la evolución después del tratamiento quirúrgico. No está demostrado que la Radioterapia adyuvante mejore la supervivencia de estas enfermas.

CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide escamoso de la mama es una entidad poco frecuente que representa, según las series, entre el 0.06 y el 2% de los carcinomas mamarios. Con los estudios radiológicos se puede sospechar este diagnóstico en los casos con degeneración quística. La PAAF permite, así mismo, sugerir una diferenciación escamosa, pero es el estudio histológico el que proporciona la certeza diagnóstica.

Los carcinomas epidermoides primarios de mama aparecen en mujeres postmenopáusicas y tienen un curso clínico indolente, por lo que se requiere un diagnóstico con estrictos criterios clínicos e histológicos que permitan diferenciarlos de otras entidades más frecuentes con peor pronóstico, especialmente el carcinoma epidermoide metastásico y el carcinoma ductal de mama con diferenciación escamosa.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

Correspondencia: A. Chaves Benito. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España. <mailto:andressempere@wanadoo.es>

REFERENCIAS

1. F. Cardoso, C. Leal, A. Meira, R. Azevedo, M. J. Mauricio. J.M. Leal da Silva, C. Lopes and E. Pinto Ferreira. Squamous cell carcinoma of the breast. *The Breast* 2000; 9: 315-319.
2. Younathan C. M., Steinbach B. G., DeBose C. D. Case Report. Metastatic cervical carcinoma to the breast. *Gynecologic Oncology* 1992; 45: 211-213.
3. Uzoaru I., Adeyanju M., Ray V. H. et al. Primary squamous cell carcinoma of the breast presenting as a nipple discharge. *Acta Cytologica* 1994; 38(1): 112-113.
4. Campana Y. J., Vilcoq J. R., Vielh P. et al. Carcinoma epidermoide primitif du sein. Etude clinique, histopathologique et pronostique de 14 patients. *Bull Cancer* 1992; 79: 675-679.
5. Wargotz E. S., Norris H. J. Metaplastic carcinomas of the breast. *Cancer* 1990; 65: 272-276.