

PRESENTACIÓN DE CASO

Carcinoma oculto de la mama

Occult cancer of the breast

Marisabel González Quintana^I. Glenys Madrigal Batista^{II}. Dayana Ugarte Moreno^{III}. Norlan Bressler Hernández^{IV}. Carlos Alfonso Sabatier^V. Josué de la Torre Pupo^{VI}. Mauricio Catalá Ferrer^{VII}.

I Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesora Auxiliar. Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de II Grado en Cirugía General. Investigadora Agregada. Profesora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de II Grado en Imagenología, Profesora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VI Especialista de I Grado en Oncología Clínica. Diplomado en Radioterapia y Cuidados Paliativos. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VII Especialista de II Grado en Oncología Clínica. Diplomado en Radioterapia. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 45 años de edad, con un cáncer oculto de la mama. La situación clínica en la que se detectan ganglios axilares afectados por metástasis de adenocarcinoma, pero sin evidencias de tumor en la mama, no es frecuente. Hoy en día se aplica una conducta quirúrgica

diferente, más centrada en el tratamiento de la axila, que evoluciona desde una mastectomía hasta solo un vaciamiento axilar homolateral.

Palabras clave: carcinoma oculto de la mama, linfadenectoma axilar, proceder quirúrgico.

ABSTRACT

We report the clinical case of a 45-year-old patient with a hidden breast cancer. The clinical situation in which axillary lymph nodes affected by adenocarcinoma metastasis are detected, but without evidence of tumor in the breast, is not frequent. Nowadays, a different surgical behavior is applied, more focused on the treatment of the armpit, which evolves from a mastectomy to only an ipsilateral axillary emptying.

Key words: occult cancer of the breast, axilar linfadenectomia, surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama tiene porcentajes de incidencia y mortalidad variables a nivel mundial. En Cuba desde los primeros años de la década del 90 del pasado siglo XX, el cáncer de mama evidenció un incremento progresivo de su incidencia; cada año se diagnostican más de 1.600 nuevos casos, en gran parte en estadios avanzados⁽¹⁾.

La mayoría de los casos de cáncer de mama son detectados, tanto por el examen físico, como por ultrasonido y mamografía; sin embargo se ha presentado, infrecuentemente, por presencia de una metástasis ganglionar en axila, con ausencia de lesión primaria mamaria detectable, tanto clínica como radiológicamente, denominándose como carcinoma oculto de mama⁽²⁾.

El primer reporte de tres pacientes con cáncer de mama detectados solamente por sus metástasis axilares, según la literatura revisada, fue en 1907 por Halsted^(3,4).

A principios de los años 90 del pasado siglo, se confirmó la alta sensibilidad de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) en la detección de cáncer mamario

oculto; esta técnica identifica el ganglio axilar metastásico primario, sin manifestación clínica ni imagenológica del tumor primario en la mama⁽⁵⁾.

Además de la RMN, se plantea por algunos autores la utilización de la tomografía axial computarizada (TAC), que tiene menos especificidad. Actualmente ha adquirido gran relevancia la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) como técnica de elección en la detección del tumor primario, así como en la monitorización de la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante⁽⁵⁾. Se describe también que la gammagrafía mamaria permite ver la actividad maligna a nivel celular, pudiendo descubrirse tumores entre 1 y 3 mm de diámetro en pacientes con este diagnóstico⁽⁶⁻⁹⁾.

El tratamiento quirúrgico en el carcinoma oculto de la mama, ha sido a través de los años muy controvertido, inclusive se ha planteado individualizar el tratamiento en algoritmos basados en la biología del tumor y extensión de la enfermedad⁽¹⁰⁾.

Tradicionalmente se planteaba para el cáncer oculto de mama, la mastectomía radical, modificada con vaciamiento radical axilar.

Otros autores plantean la cirugía conservadora seguida de radioterapia, pero se ha reportado similar sobrevida y control local para ambas opciones. Se plantea actualmente la conducta a seguir, frente a una adenopatía metastásica de origen mamario sin tumor primario: realizar vaciamiento axilar, estudiar los factores pronósticos, receptores hormonales, pruebas de inmunohistoquímica y el número de ganglios axilares involucrados, ya que la tendencia actual es no realizar mastectomía a ciegas como clásicamente se realizaba, ya que se ha demostrado el por ciento elevado de casos, donde no se encuentra el tumor primario en la pieza resecada frente a una adenopatía metastásica de origen mamario^(3,5,9).

No obstante, el tratamiento puede modificarse en los centros que cuentan con los medios diagnósticos de RMN y PET.

DESARROLLO

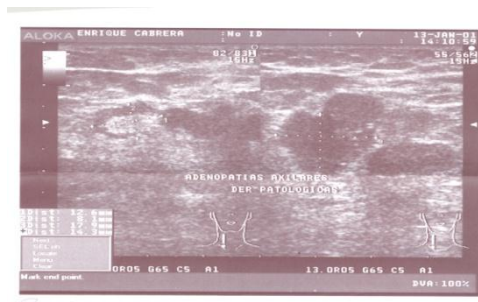
Presentación de caso

Paciente de 45 años de edad, con antecedentes de diagnóstico desde hace dos años, de neoplasia intracervical tipo II (NIC II0), realizándosele histerectomía total abdominal, que acude a consulta de mama de clasificación y seguimiento en esta institución (CIMEQ), por presentar dolor y aumento de volumen de la región axilar derecha.

Al examen físico se comprueba el aumento de volumen de la región axilar derecha y a la palpación, varias adenopatías, sin precisar características por ser dolorosas a la palpación; el examen físico de las mamas fue normal.

Se realiza Ultrasonido de mama (US):

Mama derecha: patrón glandular heterogéneo, sin definir quistes ni nódulos. En axila derecha múltiples adenopatías, la mayor de 21 x 19 mm, de aspecto



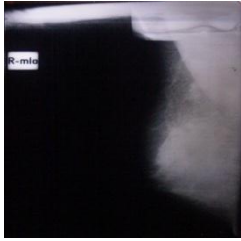
maligno (figura1).

Figura 1. Axila derecha con múltiples adenopatías de aspecto maligno

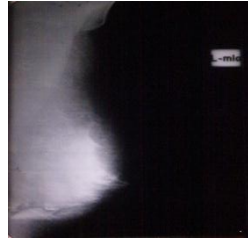
Mama izquierda: patrón glandular heterogéneo de aspecto normal; sin definir quistes ni nódulos; ganglios axilares izquierdos, los mayores de 6,5 mm bien definidos, de aspecto benigno.

BIRADS 0. Se sugiere Biopsia por Aguja Gruesa (BAG)

Mamografía: Patrón glandular heterogéneo. No se define nódulo por este estudio, ni micro calcificaciones de aspecto patológico en ambas mamas. Adenopatías axilares en mama derecha. BIRADS 0. Se sugiere realizar BAG. (Figuras 2, 3, 4 y 5).



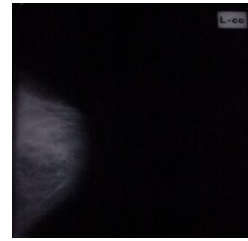
(Figura 2)



(Figura 3)



(Figura 4)



(Figura 5)

Adenopatías axilares en mama derecha.

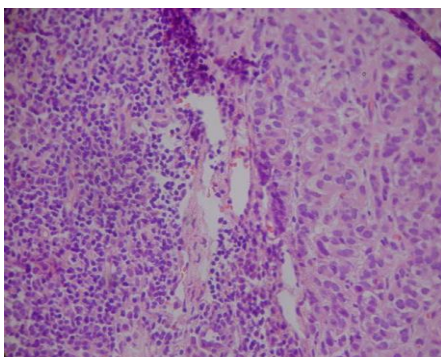
Resultados de la BAG de la adenopatía axilar izquierda: adenopatía axilar de origen metastásico, que morfológicamente impresiona como metástasis de cáncer de origen mamario. Se realiza técnica de mamoglobina que resultó ser positiva.

Receptor estrógeno progesterona positivo 100% de la masa de células tumorales; Herb2 negativo; Ki 67, 60% de la masa de células tumorales.

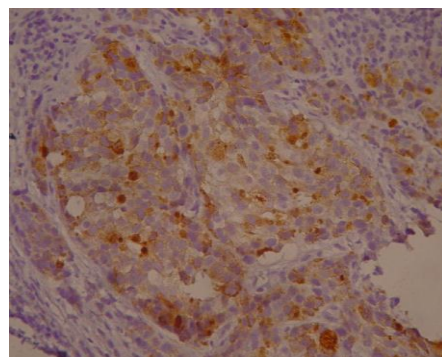
Se muestra en la Figura 6 la metástasis ganglionar axilar de un carcinoma poco diferenciado; a la izquierda de la imagen se observa el tejido linfoide y a la derecha la lesión neoplásica, constituida por células pequeñas de citoplasma basófilo y núcleo excéntrico de cromatina laxa, con un patrón de crecimiento mixto difuso trabecular.

Diagnóstico diferencial: metástasis de un melanoma amelanótico

En la Figura 7 se muestran los resultados de la inmunohistoquímica, para definir y confirmar el diagnostico: mamoglobina monoclonal específica para tejido mamario positivo, en tinción citoplasmática granulosa fina.



(Figura 6)



(Figura 7)

Figura 6. Metástasis ganglionar axilar de un carcinoma poco diferenciado.

Figura 7. Inmunohistoquímica, con diagnóstico: mamoglobina monoclonal específica, en tejido mamario.

Se le realizaron a la paciente estudios hematológicos completos, ultrasonido abdominal, TAC de tórax y abdomen, siendo todos los estudios normales.

Se discuten los resultados por el grupo multidisciplinario, en el Comité de Tumores de Mama, donde se plantea el diagnóstico de carcinoma oculto de la mama y se propone la intervención quirúrgica de linfadenectomía axilar izquierda, el día 14 de enero del año 2015.

Resultados de la pieza: Metástasis de ganglios linfáticos, tumor maligno de la mama femenina. Carcinoma poco diferenciado con metástasis a 24 nódulos linfáticos, disecados en el 100% de los mismos.

Evolución clínica

La paciente evoluciona satisfactoriamente de su intervención quirúrgica. Se clasifica como Etapa IV. La estrategia terapéutica indicada es de iniciar tratamiento con quimioterapia, con esquema AC (Adriamicina 60 mg/m² subcutáneo (s.c) y Ciclofosfamida 600 mg/m² de s.c día 1, cada 21 días por 4 - 6 ciclos) seguida de Taxotere a 75 mg/m² s.c día, 1 cada 21 días, además de, radioterapia tangencial sobre la mama y regiones ganglionares, hormonoterapia atendiendo al estado de los receptores hormonales y del status pre-menopáusico de la paciente y su inclusión en inmunoterapia con la vacuna Racotumomab.

DISCUSIÓN

A pesar de todo lo señalado, aun existen dudas en el manejo de los pacientes con carcinoma oculto de la mama. Los resultados obtenidos en el seguimiento de pacientes en los que se realizó la mastectomía radical modificada, así como la cirugía conservadora con vaciamiento axilar seguida de quimioterapia y radioterapia, han demostrado similar sobrevida y control local de la enfermedad, comparativamente con pacientes en las que solo se realizó el vaciamiento axilar;

Se plantea que en un por ciento elevado de las pacientes, no se encontró tumor en la cirugía de mama realizada, por lo que en la actualidad la mayoría de los autores plantean que el vaciamiento axilar es la técnica quirúrgica

recomendada, con la incorporación de medios diagnósticos que confirmen la no presencia de tumor en la mama homolateral^(3,6,11, 12).

En el carcinoma oculto de la mama se ha demostrado, que clínicamente no hay evidencia, ni mediante la mamografía o ecografía de la presencia de tumor mamario. La confirmación de la lesión primaria ha sido investigada mediante varios métodos diagnósticos como la RM, PET y el eco doppler^(3,4,8).

Al estudio de cinco pacientes con evidencia de cáncer oculto de la mama, diagnosticados por US y MX, se ha incorporado la cirugía radioguiada con (MethoxyIsoButillsonitrilo)-^{99m} Tecnecio(MIBI), gammagrafía y Single Photon Emission Computer Tomography (SPECT), utilizando el ^{99m} Tc-MIBI como radiotrazador. En el caso que el procedimiento radioisotópico mostrara una imagen funcional compatible con un carcinoma, se llevó a cabo la detección radioguiada intraquirúrgica con detector gamma portátil de la formación descubierta y su pertinente extirpación. De ahí que se haya sugerido esta técnica en el diagnóstico y tratamiento del carcinoma oculto de mama con una herramienta eficaz y un progreso en el abordaje de esta patología⁽¹²⁾.

En estos casos la evaluación patológica inicial de un ganglio axilar afectado, debe incluir la BAG de la adenopatía afectada. En la paciente estudiada el fragmento de la BAG del ganglio axilar, demostró morfológicamente de que se trataba de una metástasis de cáncer de origen mamario y se le aplicó la técnica de mamoglobina monoclonal específica del carcinoma mamario, que fue positiva. El resultado del resto de receptores hormonales y pruebas de inmunohistoquímica permitieron una mejor evaluación diagnóstica, de pronóstico y de tratamiento^(11,13-14).

No obstante, hay pacientes donde el resultado del estudio histopatológico no es concluyente, en los que el patrón histológico indiferenciado, o inmunohistoquímico triple, resulta negativo y el patólogo no puede diagnosticar el origen del tumor. En estas situaciones se recomienda una batería más extensa de inmunohistoquímica para excluir entidades como melanoma, linfoma, enfermedades inflamatorias por cáncer de pulmón y la utilización de citoqueratinas de bajo peso molecular como CK67 (pulmón, ovario, endometrio y mama) y CK20 (gastrointestinal, urotelial y carcinoma de células de Merckel)⁽¹¹⁾.

Las técnicas diagnósticas de RMN, PET y Gammagrafía han demostrado que son técnicas de elección en la detección del tumor primario, así como la monitorización de la respuesta a la quimioterapia neo adyuvante^(3, 4,6).

En la paciente se obtuvo el diagnóstico solo por la BAG, por no contar en esos momentos con las otras técnicas mencionadas, de alta sensibilidad para el diagnóstico del tumor primario. Con los resultados de las pruebas de inmunohistoquímica se planificó el tratamiento con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia postoperatoria. Se continúa el seguimiento indicado en este tipo de paciente.

CONCLUSIONES

El cáncer oculto de mama es una enfermedad poco frecuente, que constituye uno de los desafíos actuales en el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario.

La tendencia actual en el cáncer oculto de la mama es de máxima conservación; estudios de series han demostrado similares resultados de intervalo libre de enfermedad y supervivencia en pacientes tratadas con mastectomías y las tratadas solo con el vaciamiento axilar y radioterapia de la mama y quimioterapia post operatoria, preconizándose la disección axilar con radioterapia y tratamiento sistémico de acuerdo a los resultados del análisis inmunohistoquímico de la metástasis ganglionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

. Pardo M.S, Ramírez A.I, Selva C.A, Cuza P.M. Modificación y conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. MEDISAN.2011;15(1): 92

1. Abellán G. L; Balsalobre S., García L.M, Aránzazu.M, Martínez M.L, Carrillo L.A, Rodríguez G.M, Pablo; Vázquez R.P, Luis.J Carcinoma oculto de la mama: Un reto diagnóstico y terapéutico. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):794
2. Luna. M.A., Sánchez M.S, A. Mariscal, S. Vizcaya, V. Vallejos, M. Sola, M. Margeli, B. Cirauqui. Cáncer oculto de la mama. Curso clínico y revisión de

- la literatura. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. Vol. 39, Issue1, January-February 2012;21-28.
3. J. Bauzo, M.A. Obieto, P. Rozola, L. Tardin, A. Andrés, A. Spolaptan, A. Parra, E, F, Rambalde, E. Prats. Carcinoma papilar del tiroides sincrónico con cáncer de mama. Hallazgo casual en una exploración (F- FDG PET-TAC) por búsqueda de cáncer oculto de mama. *Rev. Española de Medicina Nuclear e Imagen molecular*. Vol. 31. Issue 4, July- August 2012; 213-215.
 4. García-Verastegui , LS Ríos-Rodríguez N ,Tenorio-Flores E ,García-Blanco MC. Incidencia del cáncer oculto de mama con metástasis ganglionar, hallazgos imagenológicos *Anales de Radiología México*. 2017;ene;16(1):3-13.
 5. Hernández HL. Cáncer oculto de mama. Presentación de caso. *Revista Archivo medico de versión ISSN 1025-0255*. AMC v. 14 n. 5 Camagüey Sept. Oct. 2010.
 6. Huicochea CS, González Balboa, Tovar CS, Olarte CM Vázquez LT. Cáncer de Mama. *Anales de Radiología México* 2009;1:117-126.
 7. Salas MV, Huertas MP, Torres SY, Ramos RCC. Dolor Lumbar como única manifestación de un cáncer oculto de la mama. Utilidad de la PET. *Rheumatology. Clinic*. 2015;11.(2)118-120.
 8. Sardanelli F, Giusepitti GM, Panizza P. Sensitivity of MRI versus mammography for detecting foci of multifocal, multicentre breast cancer in fatty and dense breasts using the whole-breast pathologic examination as a gold standard. *AJR. Am. J. Roentgenol*. 2004;183:1149-567
 9. Lee ChK, Schwartz JR, Iglesias GR, Vèlez FR, Gómez SL. Cáncer de mama oculto: dos casos clínicos analizados según el concepto actual. *Rev. Med. Chile*. 2006;134(9).
 10. Oluwadamilola M. Fayanju, MD, MPHS, Donna B. Jeffe PhD, Julie A. Margenthaler, MD. Occult primary breast cancer at a comprehensive cancer center. *Journal of Surgical Research*. 2013;185(2),684-689.
 11. Costa MV, Coutinho MT, Contreras, Ravelo R, Marín CE, Ramírez AK, Acosta MME, Pérez J, Longobardi I, Martínez O, Dos Ramos U,.Carcinoma oculto de la Mama. Experiencia en el Centro Clínico de Estereotaxia. *CECLINES. Rev. Venez. Cirug*.2014;(1).

12. L. Barbará, L. Llanes, F. Terrier, G. Dopta. Carcinoma oculto de mama. Detección y cirugía radioguiada con ^{99m}Tc -MIBI. Revista Española de Medicina Nuclear 2003;(22) 1,6–12.
13. Sánchez de Ibargüen AC, Sánchez RC, Alonso M, Hurtado NA; Sánchez YMR. Carcinoma de origen desconocido: diagnóstico y manejo terapéutico. Oncología (Barc.) 2006;29(3)
14. He M, Tang LC, Yu KD, Cao Y, Shen ZZ, Shao ZM, Di GH. Treatment outcomes and unfavorable prognostic factors in patients with occult breast cancer. European Journal of Surgical Oncology. 2012;38(11)1022-1028.

Recibido: 16 de octubre de 2018

Aceptado: 27 de noviembre de 2018

Marisabel González Quintana. Calle 216 esq.13. Siboney, Playa
Apto 6096. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba
Correo electrónico: mgonzalez@cimeq.sld.cu