

Carcinoma epidermoide o escamoso de mama. Revisión a propósito de un caso.

* Dra. Jinna de Lourdes Aucancela Sánchez.
 ** Dr. José Guillermo Granoble Quiroz.
 *** Dr. Antonio Fabián Orellana González.
 **** Dr. Juan Carlos Pérez Merizalde

* Médico Post-gradista R1 de Anatomía Patológica. Hospital ION - SOLCA.
 ** Médico Residente R3 del Área de Pediatría Oncológica. Hospital SOLCA – Núcleo de Quito.
 *** Médico Post-gradista R1 de Cirugía General. Hospital Luis Vernaza - Guayaquil.
 **** Médico Tratante de Anatomía Patológica - Hospital ION-SOLCA

ABSTRACTO

El carcinoma escamoso o epidermoide de mama es un tumor infrecuente. Esta Representada dentro de un grupo heterogéneo de tumores (metaplásicos), donde el componente epitelial sufre un cambio metaplásico adoptando patrón fusocelular, condroide, óseo o escamoso. En ocasiones, a estos tumores se les ha denominado inadecuadamente carcinosarcomas. Este término debe reservarse para aquellas neoplasias, también bifásicas donde se puede demostrar por técnicas de inmunohistoquímica o por microscopía electrónica la naturaleza epitelial y mesenquimal independiente que presentan el componente carcinomatoso y sarcomatoso respectivamente.

Palabras Clave: Carcinoma epidermoide o escamoso, carcinoma metaplásico.

ABSTRACT

Breast carcinoma squamous or epidermoid is an infrequent tumor. It represents a group of heterogeneous tumors (metaplastics), where is adopting spindle cell pattern the epithelial component, chondroid, bony or squamous suffering a metaplastic change. In occasions they are named inappropriately carcinosarcoma to these tumors. This term most is reserved also to those biphasic neoplasms where could be demonstrated the epithelial nature and independent mesenchymal by immunohistochemicals technique or by electronic microscopy that present carcinomatous component and sarcomatous respectively.

Keywords: Epidermoid or Squamous Carcinoma, metaplastic carcinoma.

INTRODUCCIÓN.

El carcinoma epidermoide de mama es un tipo de neoplasia maligna infrecuente que conlleva dificultades tanto de diagnóstico como de tratamiento, así como una gran controversia entre autores respecto a su nomenclatura. La bibliografía es muy limitada y los estudios descriptivos publicados cuentan con un bajo número de casos, siendo difícil obtener conclusiones definitivas¹⁻⁵.

Desde el punto de vista histopatológico, este tumor puede presentar dificultades de diagnóstico diferencial con otros tumores primarios de la mama.

Presentamos un caso de una mujer de 42 años, diagnosticada de carcinoma epidermoide de mama, describiendo su anatomía patológica.

A propósito de este caso, realizamos una revisión y discusión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, instrucción secundaria, unión libre, mestiza, ocupación: quehaceres domésticos; con antecedentes patológicos

personales: Hepatitis A; Cirugía previa: salpingectomía; antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 14 años, Ciclos menstruales Irregulares, FUM: Julio del 2004; antecedentes patológicos familiares: Tías maternas: ca de pulmón, ca de páncreas, Tía paterna diabética.

La paciente informa mastalgia de 9 meses de evolución y hace 6 meses identificó presencia de nódulo en mama izquierda, acudiendo a un dispensario médico donde le realizan exámenes y dan tratamiento con antibióticos y analgésicos; al no mejorar cuadro y notar aumento de tumoración paciente decide acudir al instituto oncológico. A la exploración física hemodinámicamente estable.

Mama izquierda: al momento de HC se palpa masa dura, en cuadrante superior externo, móvil de aprox 4cm. de diámetro de bordes mal definidos, irregulares, dolorosa, adenopatía axilar ipsilateral móvil.

Posteriormente aumenta de tamaño a 10 cm con infiltración a piel en menos de un mes por lo que se realiza biopsia por punción. Se confirma un carcinoma ductal infiltrante grado histológico II, es de RE negativo, HER2 NEU negativo, recibe tratamiento con quimioterapia tipo FAC (5fu – Adria – Ciclosfos) con magnífica respuesta después del 2 ciclo de Qt. con reducción de la tumoración a 4 cm pasando a cirugía de rescate (Mastectomía Radical Modificada) después del 4To ciclo de Qt.

El tamaño histológico de la neoplasia es de 3.1cm de eje mayor sin infiltración a la piel o músculo esquelético (Foto1).

Correspondencias y Separatas:

Dr. Juan Carlos Pérez M.
 Servicio de Anatomía Patológica
 ION Solca Guayaquil
 Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
 Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer





Foto1: Tamaño de tumor 3.1cm de diámetro.
Muestra microscópicamente una neoplasia epitelial maligna de patrón sólido constituida por células de núcleos grandes, pleomórficos, con citoplasma amplio y eosinófilos (Foto 2-3).

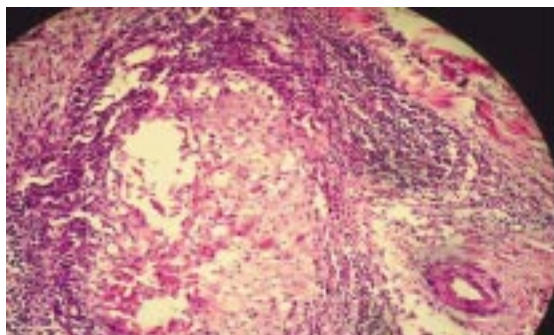


Foto2:Microscopia.

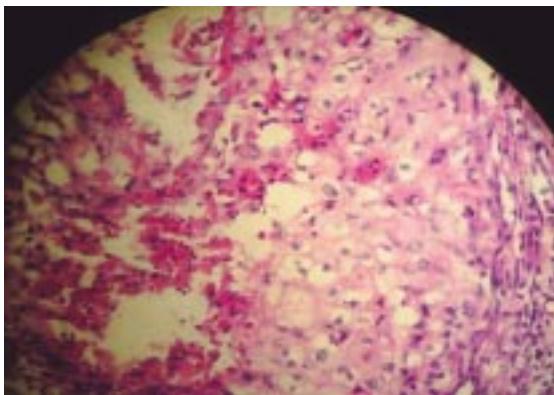


Foto3:Microscopia.

Además se identifican áreas quísticas con contenido de material queratínico, permeación vascular y perineural, no detectada, ganglios linfáticos libres de neoplasia.

Con todos estos datos se establece el diagnóstico de carcinoma epidermoide primario de glándula mamaria. Reporte de IHQ: citoqueratina: positivo en células tumorales.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, 1 meses después de la cirugía.

DISCUSIÓN

Se consideran dos grupos histológicos dentro de los carcinomas de mama: Frecuentes: carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobulillar infiltrante. Raros: Carcinoma medular, carcinoma tubular bien diferenciado, carcinoma papilar invasor, carcinoma secretorio (juvenil), adenocarcinoma con metaplasia (escamosa o epidermoide, cartilaginosa, ósea, mixta); enfermedad de Paget. El carcinoma ductal invasor es el más común de todos los carcinomas mamarios y representa el 74% aproximadamente^{4,12}.

El carcinoma epidermoide o escamoso se encuentra dentro de los metaplásicos de mama son tumores raros que representa menos del 5% de los tumores malignos de mama¹⁻⁵.

Es por eso que dentro del carcinoma metaplásico el primer problema que se plantea es de nomenclatura ya que no está bien definida y varía según los autores, refiriéndose a este tipo de tumores con diferentes denominaciones, que no siempre engloban a los mismos tipos. Así, se han llamado carcinoma escamoso, carcinoma sarcomatoide, carcinosarcoma, carcinoma fusiforme, carcinoma mioepitelial, etc.

Basándonos en la definición de metaplasia como la transformación de un tejido en otro³, el término carcinoma metaplásico englobaría a todos aquellos tumores con diferenciaciones distintas de las esperadas para un carcinoma ductal o lobulillar de mama y se dividirían en: carcinoma productor de matriz (tanto ósea como cartilaginosa), carcinoma de células fusiformes (monofásico), carcinosarcoma (con un patrón bifásico epitelial y estromal), carcinoma de células escamosas o epidermoide y carcinoma metaplásico con células gigantes osteoclasticas⁵.

En cuanto a la presentación, se puede decir que es un tumor que aparece más frecuentemente en mujeres de edad más avanzada (55-60 años de media)^{2, 6, 7} que en el carcinoma no metaplásico y el tamaño inicial suele ser mayor (5 cm de media)^{7, 8, 9}. Se presentan habitualmente en forma de masa palpable sin predilección por ningún cuadrante y con rápido crecimiento.

A la exploración radiológica, tanto mamográfica como ecográfica no se ha conseguido demostrar ninguna forma de presentación característica, aunque sí parece que tienden a aparecer de forma circunscrita y habitualmente sin microcalcificaciones².

La mayoría de estudios coinciden en señalar que los ganglios axilares suelen estar afectados con menor frecuencia que en los carcinomas no metaplásicos, aunque más que en los sarcomas de la mama³.

Otra conclusión que se extrae de los estudios realizados es que en estos tumores la frecuencia de positividad para los receptores hormonales, tanto de estrógeno como de progesterona, son menores que en el resto de carcinomas de mama^{6,8,11}.

En cuanto al diagnóstico anatomopatológico, aunque la forma más frecuente de presentación es como carcinoma epidermoide o escamoso³, la dificultad se presenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial entre un carcinoma de células fusiformes y un sarcoma. Esta dificultad desaparecería en caso de que en la muestra tumoral se apreciaran claramente células malignas estromales (fusiformes) y células malignas epiteliales. Cuando el tumor es exclusivamente fusocelular, el diagnóstico diferencial se realiza principalmente mediante inmuno-histoquímica. Esta nos mostrará positividad marcada para citoqueratinas, demostrando de este modo un origen epitelial y no estromal en el carcinoma metaplásico.

La decisión de tratamiento en estos tumores plantea dificultades, ya que debido al bajo número de casos recogidos en la literatura no

hay estudios comparativos que demuestren el beneficio de cada uno de ellos.

Sí parece haber consenso en el tratamiento que es el quirúrgico, siendo la mastectomía radical la más utilizada, especialmente debido al tamaño tumoral y a la presentación. Como se mencionó anteriormente, la linfadenectomía o bien la extirpación del ganglio centinela parece ser necesaria porque aunque se sabe que es menos frecuente la afectación ganglionar que en el resto de carcinomas, es más frecuente que en los sarcomas, variando entre 1-20% según estudios^{3,6}. En nuestro caso se inició tratamiento con quimioterapia por el tamaño de la tumoración con excelente respuesta complementándose posteriormente con cirugía de rescate. No hay estudios que demuestren la utilidad de tratamiento complementario con quimioterapia y radioterapia.

Aunque hay algunos casos descritos en los que se ha utilizado quimioterapia complementaria, no se pueden extrapolar conclusiones debido al bajo número de casos estudiados. Hasta no disponer de estudios randomizados que valoren la utilidad del tratamiento complementario, la tendencia es la de tratar estos tumores como el resto de carcinomas de mama^{5,10}. En cuanto al pronóstico, el factor de riesgo más importante, influyendo claramente en la evolución, es el tamaño del tumor a la presentación, observándose que por encima de 5 cm el pronóstico empeora¹¹. La mayoría de estudios llegan a la conclusión de que el pronóstico es peor que en los carcinomas no metaplásicos^{3, 6, 9, 11}, aunque hay algunos estudios en los que se concluye que el pronóstico es mejor^{5,8}, probablemente por incluir casos con menor tamaño tumoral.

Bibliografía:

1. Kuo SH, Chen CL, Huang CS, Cheng AL. Metaplastic carcinoma of the breast: analysis of eight Asian patients with special emphasis on two unusual cases presenting with inflammatory-type breast cancer. *Anticancer Res* 2000 May-Jun; 20(3B):2219-22. Review.
2. Patterson SK, Tworek JA, Roubidoux MA, Helvie MA, Oberman HA. Metaplastic carcinoma of the breast: mammographic appearance with pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 1997 Sep; 169(3):709-12.
3. Park JM, Han BK, Moon WK, Choe YH, Ahn SH, Gong G. Metaplastic carcinoma of the breast: mammographic and sonographic findings. *J Clin Ultrasound* 2000 May; 28(4):179-86.
4. Gunhan-Bilgen I, Memis A, Ustun EE, Zekioglu O, Ozdemir N. Metaplastic carcinoma of the breast: clinical, mammographic, and sonographic findings with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2002 Jun; 178(6):1421-5.
5. Bellino R, Arisio R, D'Addato F, Attini R, Durando A, Danese S, Bertone E, Griro R, Massobrio M. Metaplastic breast carcinoma: pathology and clinical outcome. *Anticancer Res* 2003 Jan-Feb; 23(1B):669-73.
6. Rayson D, Adjei AA, Suman VJ, Wold LE, Ingle JN. Metaplastic breast cancer: prognosis and response to systemic therapy. *Ann Oncol* 1999 Apr; 10(4):413-9.
7. Kurian KM, Al-Natussi A. Sarcomatoid/metaplastic carcinoma of the breast: a clinicopathological study of 12 cases. *Histopathology* 2002 Jan; 40(1):58-64.
8. Chao TC, Wang CS, Chen SC, Chen MF. Metaplastic carcinomas of the breast. *J Surg Oncol* 1999 Aug; 71(4):220-5.
9. Khan HN, Wyld L, Dunne B, Lee AH, Pinder SE, Evans AJ, Robertson JF. Spindle cell carcinoma of the breast: a case series of a rare histological subtype. *Eur J Surg Oncol* 2003 Sep; 29(7): 600-3.
10. Goldhirsch A, Glick JH, Gelber Rd et al: Meeting highlights: International Consensus Panel on the treatment of primary breast cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19(8):3817- 27.
11. Gudman H, Pollock RE, Janjan NA, Johnston DA. Biologic distinctions and therapeutic implications of sarcomatoid metaplasia of epithelial carcinoma of the breast. *J Am Coll Surg* 1995 Feb; 180:193-9.

Del Editor

PARA EDITORES EJECUTIVOS DE REVISTAS MÉDICAS

La Sociedad Ecuatoriana de Editores Médicos (SEEM) invita a los directivos de revistas del área de la salud, que no sean socios de la SEEM, a comunicarse con la entidad para fines de membresía.

P.O Box 09-01-10322
Fax: 593-4/ 2881862
Telfs.: 2882282 / 2889277
Guayaquil - Ecuador

