



Carcinoma Metaplásico presentado como Absceso de Mama: Revisión a propósito de un caso

Franklin García ¹.

Valls Juan ².

Luisana Alonso ³.

Andrester Paiva ⁴.

Lavi Jasson ⁵.

¹Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía IV.

²Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía IV.

³Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía IV.

⁴Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía IV.

⁵Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía IV.

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 24 de Febrero del 2009 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

Objetivo: Presentar el caso clínico, de una paciente que presentó un cáncer de mama en el contexto de un absceso y a quien se le realizó mastectomía ampliada con rotación de colgajo. Caso: Paciente femenino que Ingresa al servicio por presentar absceso de la mama derecha; Presentaba una lesión nodular de 7 cm de diámetro abscedada en cuadrante inferior interno de mama derecha, y ganglio axilar ipsilateral de 2 cm móvil se le realizó Drenaje de Absceso,

Hallazgos: Hematoma Abscedado se tomó cultivo y biopsia, la cual reportó: Carcinoma Metaplásico productor de Matriz, Confirmado por Inmunohistoquímica, se le planteó en ese momento Alta para tratamiento con Quimioterapia Neoadyuvante, recibiendo 8 ciclos de quimioterapia además de radioterapia externa, la paciente no acudió mas a consulta si no hasta que presentó ulceración e infección de mama derecha en zona tumoral por lo que se ingresa, realizando mastectomía ampliada vaciamiento axilar y rotación de colgajo, a los dos meses se evidenció persistencia de enfermedad y se manejo con podas tumorales, recibiendo nuevamente ciclos de quimioterapia, sin mejoría clínica, falleciendo a los doce meses de la primera cirugía. Conclusión: Este tipo de variante en el Cáncer de Mama es muy agresivo y de características muy particulares por lo cual se realizó revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE: carcinoma metaplasico, Tumor de mama productor de matriz, Absceso, mama

METAPLASTIC CARCINOMA OF THE BREAST PRESENTING AS AN ABSCESS

SUMMARY

Purpose: To present a case of a metaplastic carcinoma, presenting as an abscess and who underwent mastectomy with wide rotation flap. Case: female patient who is admitted for an abscess in the right breast; showed an abscedated nodular lesion, 7 cm in diameter. A biopsy, reported: metaplastic carcinoma producer of Matrix, Confirmed by Immunohistochemistry, she was given chemotherapy, receiving 8 cycles of chemotherapy in addition to external radiation, the patient came back several months afterwards showing recurrence of the tumor and a mastectomy was performed with poor results, and the patient died twelve months after the first surgery. Conclusions: This type of breast cancer is very aggressive and with specific characteristics.

KEY WORDS: metaplastic breast carcinoma, matrix producer tumor, abscess, breast

CARCINOMA METAPLÁSICO PRESENTADO COMO ABSCESO DE MAMA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El carcinoma metaplásico de mama es muy raro y presenta dificultades diagnósticas y terapéuticas, así como también dificultades a la hora de su clasificación. Existen pocos casos reportados en la literatura por lo cual se han planteado serias dificultades al respecto de esta patología. Desde el punto de vista anatomopatológico, presenta características particulares, presentamos el caso de una mujer de 47 años de edad quien presentó un carcinoma metaplásico de mama en el contexto de un absceso de mama.

CASO CLINICO

Paciente femenino conocida por el servicio por presentar Absceso de mama derecha; de varias semanas de evolución. Presentaba una lesión nodular de 7cm de diámetro abscedada en cuadrante inferior interno de mama derecha, y ganglio axilar ipsilateral de 2 cm móvil, se le realizó: drenaje del absceso con los siguientes hallazgos: Hematoma Abscedado, del cual se tomó cultivo y biopsia, la cual reportó: Carcinoma Metaplásico productor de Matriz, Confirmado por Inmunohistoquímica, se le planteó en ese momento Alta para tratamiento con Quimioterapia Neoadyuvante, la paciente no acudió mas a consulta si no hasta que presentó ulceración e

infección de mama derecha en zona tumoral por lo que se ingresa 6 meses después, con el diagnóstico de cáncer de mama T4c N2 Mx Estadío III B. (fig. 1)



Fig. 1: Presentación del tumor

Había recibido para ese entonces 8 ciclos de quimioterapia y radioterapia externa, dentro sus antecedentes ginecológicos menarquia a los 16 años, Sexarquia a los 19 años, N° parejas: 1 Patrón Menstrual 4/28 VIII G VIII P. Al examen físico Signos Vitales : PA: 120/90 mmHg FC: 80 FR: 18rpm peso: 56 Kg talla: 1.65 cm IMC: 20,58

MAMAS: Derecha: tumor ulcerado de 6 x 6 cm aprox. con descarga serohemática moderada fétida, en cuadrante infero interno, se palpaba ganglio en axila ipsilateral de 2 cm aprox. móvil, mama izquierda sin alteraciones.

Eco mamario: En la mama derecha hacia el cuadrante infero interno se aprecia imagen nodular hipoecoica de ecogenicidad interna heterogénea e irregular de contornos poco definidos de 65 mm presenta flujo doppler en su interior. Ganglio en axila derecha conformando conglomerado ganglionar siendo el de mayor tamaño de 28,9 mm. Mamografía: Mama derecha: Aumento de la densidad radiológica en el cuadrante infero interno, no es posible establecer diámetros dada la dificultad técnica.

Tomografía de tórax: Imagen de aspecto tumoral a nivel de la porción posterior de la mama derecha, redondeada, de bordes bien definidos, la cual mide 7 cm , así como también se evidencia centro hipodenso asociado a destrucción óseas adyacentes y captación del medio de contraste. Adecuada radiotransparencia del parénquima pulmonar, sin imágenes que sugieran infiltrados o consolidados. No hay evidencia de lesiones nodulares. No se observa derrame ni engrosamiento pleural. Se observa ganglio axilar derecho de 40 mm de diámetro.

Conclusión: LOE sólido a nivel del tercio posterior de la mama derecha con probable necrosis central e invasión de estructuras óseas y cartilaginosas adyacentes (pared costal anterior). Adenopatía axilar derecha de 40 mm. Se revisaron los resultados de anatomía patológica que reportaron: Carcinoma Metaplásico productor de Matriz (ADC) con un componente de aspecto condroide Maligno. En vista de esta situación se decide realizar mastectomía ampliada y vaciamiento axilar, además de rotación de colgajo. A los dos meses se evidenció persistencia de enfermedad la cual se manejó con podas tumorales, además de recibir nuevamente ciclos de quimioterapia, sin mejoría clínica, falleciendo a los doce meses de la primera cirugía.

DISCUSIÓN

El carcinoma metaplásico de mama es un tumor raro, que representa menos del 5% de los tumores malignos de la mama, recibe muchos nombres tales como: carcinoma sarcomatoide, carcinosarcoma carcinoma fusiforme carcinoma mioepitelial, etc. Esto debido a su gran heterogeneidad.¹⁻⁶ La histiogénesis de este tumor es desconocida. El carcinoma metaplásico

variante productor de matriz resulta positivo para CD 99 y es el único subtipo de carcinoma de mama que lo expresa, la positividad para P63 es exclusiva del carcinoma metaplásico y resulta negativo en los otros tumores de mama de patrón sarcomatoide, la expresión de varios marcadores mioepiteliales refuerza la teoría de la probable naturaleza mioepitelial del componente sarcomatoide del carcinoma metaplásico, variante productor de matriz.¹ La presentación de este tipo de cáncer como un absceso esta reportado en la literatura en un solo caso publicado³. Existen casos aislados en la literatura reportados como casos clínicos la serie más grande publicada en la literatura es de Al Sabed et al en Arabia Saudita, donde explican ampliamente la patología y sus factores pronósticos.⁵ donde los pacientes se benefician de una rápida cirugía antes de tratarlos con terapia neoadyuvante.²⁻⁶

Conclusiones

Este tipo de carcinoma de mama responde mejor a una terapia quirúrgica de entrada, en nuestra paciente logro evidenciarse que la terapia neoadyuvante no fue de ayuda, perdiéndose mucho tiempo hasta la resolución quirúrgica, luego de la resección de la mama presentó persistencia y solo se pudo manejar con podas tumorales hasta que falleció, se presenta este caso para mostrar que es mejor iniciar una terapia quirúrgica de entrada y luego complementarlo con terapia adyuvante, aún cuando el pronóstico es sombrío.

REFERENCIAS

1. Córdoba, A. Llano, P. Arrechea, M. Belouqui, R. Gómez, M. Martinez, J. Carcinoma Metaplásico de mama variante "Productor de Matriz". Expresión de CD99 y P63 [3 pp]. [en línea] VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet. <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/289.pdf> [consulta: 25 ene 2007]
2. Wang, X. Mori, I. Tang, W. Yang, Q. Nakamura, M. Nakamura, Y. "et al" Metaplastic Carcinoma of the Breast: p53 Analysis Identified the Same Point Mutation in the Three Histologic Components [4pp]. [en línea] Mod Pathol 2001;14 (11): 1183-1186 [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11706082?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11706082?dopt=) [consulta: 30 may 2007]
3. Wong, C. Wright, C. Colclough, A. Marsh, S. Case report: Metaplastic carcinoma presenting as a breast abscess. [3pp] [en línea]Internacional Seminars in Surgical Oncology 2006, 3:23 <http://www.issoonline.com/content/3/1/23> [consulta: 30 may 2007]
4. Amillano, K. Elorriaga, K. Alberro, J. Masrtikn, A. Rezola, R. Plazaola, A. Carcinoma metaplásico de mama. Revisión a propósito de un caso.[5pp][en línea] Oncología, 2004;27 (9):548-552 <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v27n9/06.pdf> [consulta: 29 jun 2007]
5. Al Sabed, AD. El Weshi, AN. Tulbah, AM. Rahal, MM. Ezzat, AA. Metaplastic carcinoma of the breast clinical presentation, treatment results and prognostic factors. [8pp][en línea] Acta Oncol 2006, 45(2): 188-95 <http://cat.inist.fr/iaModele=afficheN&cpsidt=17628698> [consulta: 28 may 2007]
6. Gallego, E. Pérez, L. Jiménez, J. Vicioso L. Carcinoma de mama productor de matriz.[4pp][en línea] Ginecología y Obstetricia Clínica 2005;6(4):212-215 http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2005_4/gi-6-4-005.pdf [consulta 15 may 2008]

