



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Cáncer de mama ectópico axilar

M. Sánchez Sevilla^a, J.A. García Mejido^{a,*}, E. Iglesias Bravo^a, J.A. Sainz Bueno^a,
C. Delgado Jiménez^b y R. Garrido Teruel^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Recibido el 26 de septiembre de 2012; aceptado el 4 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Ectópico;
Axila;
Mama

Resumen La presencia de tejido mamario ectópico ocurre en el 2-6% de la población general, siendo la localización más frecuente en la región axilar. El tejido mamario ectópico está sometido a las mismas influencias hormonales y riesgos de enfermedad, incluyendo carcinomas, que las mamas anatómicas. La incidencia de carcinoma en tejido ectópico es del 0,3% de todos los cánceres de mama y la localización más frecuente es la axila. El tratamiento debe seguir las mismas recomendaciones que el cáncer de mama, con igual estadio TNM.

© 2012 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ectopic, Axillary,
Breast

Ectopic axillary breast cancer

Abstract Ectopic breast tissue occurs in 2-6% of the general population. The most frequent location is the axillary region. Ectopic breast tissue is subject to the same hormonal influences and risk of disease, including carcinoma, as anatomical breast. The incidence of carcinoma in ectopic tissue is approximately 0.3% of all breast cancers. Treatment should follow the same recommendations as those for breast tumors with the same tumor-node-metastasis stage.

© 2012 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante la embriogénesis las líneas mamarias se extienden desde la región axilar hasta las ingles¹. En la especie humana la regresión incompleta condiciona la formación de tejido mamario ectópico con complejo areola-pezones (politelia) o sin el mismo (polimastia). El tejido mamario ectópico se

estima en torno al 2-6% en distintas poblaciones, pero el número de casos documentados en la literatura de cáncer en dicho tejido es escaso. El lugar más frecuente de cáncer de mama ectópico es la región axilar²⁻⁴.

Caso clínico

Paciente de 42 años con antecedentes personales de menarquia a los 13 años, eumenorreica, usuaria de anticonceptivos hormonales orales durante 7 años, 4 partos eutócicos y un aborto, lactancia materna durante un año y fumadora de 5 cigarrillos al día; antecedentes familiares de padre fallecido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jagmejido@hotmail.com
(J.A. García Mejido).



Figura 1 Nódulo en la región axilar izquierda.

por leucemia y abuelo materno con diagnóstico de cáncer de pulmón y próstata.

Consulta por autoexploración de nódulo en la región axilar izquierda desde hace 3 meses. Aporta mamografía y ecografía mamaria extraclínicas con informe de cambios compatibles con mastopatía fibroquística con nódulos quísticos en la mama izquierda y nódulo de $12 \times 7 \times 15$ mm en la región axilar izquierda, sugestivo de ganglio linfático con cambios inflamatorios.

A la inspección destacan unas mamas simétricas, sin alteraciones de piel ni complejo areola-pezones y a la exploración destaca un nódulo de 1,5 cm en la región axilar izquierda, móvil y rodadero (fig. 1), sin nódulos al nivel de ambas mamas.

Se solicita estudio ecográfico axilar donde se visualiza en la región axilar izquierda una adenopatía de aspecto bilobulado de $14,9 \times 10,7$ mm sugestiva de lesión inflamatoria, y con punción-aspiración con aguja fina se llega al diagnóstico de abundantes grupos de células epiteliales con signos displásicos sugestivos de carcinoma.

Ante los resultados de la citología se indican las siguientes pruebas complementarias de imagen: mamografía, con hallazgo de un patrón radiológico denso heterogéneo sin distorsiones ni microcalcificaciones sugestivas de malignidad, y al nivel de la axila izquierda imagen de alta densidad sugestiva de proceso neoplásico; ecografía mamaria y axilar con diagnóstico de lesiones quísticas bilaterales y adenopatía axilar izquierda redondeada con contenido heterogéneo de 16,3 mm; resonancia magnética nuclear que informa de pequeños quistes mamaros bilaterales y pequeña asimetría de intensidad de señal retroareolar y en el cuadrante inferoexterno de mama izquierda, sin visualización de imágenes ni realces patológicos evidentes en el mismo, así como tampoco zonas ni curvas de captación máxima patológicas ni sospechosas tras la administración del medio de contraste endovenoso; y tomografía axial computarizada toracoabdominal con visualización de al menos 2 adenopatías axilares izquierdas patológicas, redondeadas sin hilios grasos de 12 y 25 mm (fig. 2).

La biopsia con aguja gruesa del nódulo axilar izquierdo diagnóstica tejido fibroglandular mamario, con extensa infiltración por adenocarcinoma, sin identificar el contexto de ganglio linfático. En el estudio inmunohistoquímico las



Figura 2 Tomografía axial computarizada de cáncer de mama ectópico axilar.

células neoplásicas muestran positividad para CK7, CA125 y CEAp, negatividad para TTF-1, estrógenos y progesterona y BRST-2, CK20, B72.3 y andrógenos no valorables. Aunque el inmunofenotipo no permite excluir totalmente otras opciones como páncreas u ovario y sugerir origen mamario por el contexto clínico, se recomienda exéresis para discriminación entre metástasis ganglionar y carcinoma primario en el tejido mamario axilar ectópico.

Se practica exéresis de la tumoración y linfadenectomía axilar izquierda en bloque (fig. 3), con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante sobre tejido mamario axilar de 2,5 cm (pT2), de alto grado de malignidad, score 8 de Bloom-Richardson modificado, con bordes quirúrgicos libres de infiltración tumoral y metástasis de carcinoma en 5 los 19 ganglios aislados (pN2a). El estudio inmunohistoquímico fue el siguiente: receptores de estrógenos y progesterona negativos, Ki-67 80%, p53 positiva, HER-2 negativo.

Con el diagnóstico de carcinoma primario de mama ectópica axilar estadio IIIA es valorada por el Servicio de Oncología Médica que indica quimioterapia esquema FEC-docetaxel y radioterapia complementaria. La paciente se encuentra libre de enfermedad 24 meses tras el diagnóstico.



Figura 3 Pieza quirúrgica macroscópica extirpada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812741>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812741>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)